**ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΜΗΜΑ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ**

Διδακτορικό Πρόγραμμα (Ph.D.) στη Δημόσια Διοίκηση

# Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας από τη δημιουργία του μέχρι σήμερα, Αποτελεσματικότητα, Διαφάνεια και Ελλείψεις του Ενιαίου Οργανισμού Παροχών Υγείας

Διδακτορική Διατριβή

Χρυσαυγή Κ. Ζιρπιάδου

Σεπτέμβριος , 2026

UNIVERSITY of NICOSIA

Μέλη τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής

Θεοφάνους Ανδρέας, Επιβλέπων Καθηγητής

Κέντας Γιώργος, Καθηγητής

Σαμούτης Γιώργος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μέλη εξεταστικής επιτροπής

Δημουλάς Κωνσταντίνος, Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Καράνης Παναγιώτης, Καθηγητής Πανεπιστημίου Λευκωσίας

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο εκσυγχρονισμός των ευρωπαϊκών κρατών είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με το συνεχή εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας τους. Η υγεία του πληθυσμού ενός κράτους, άλλωστε, αποτελεί ένα κρίσιμο δείκτη για την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Μαζί με την επιστημονική και την τεχνολογική εξέλιξη βελτιώνεται και η ποιότητα της ζωής καθώς και η υγεία των πολιτών του εκάστοτε κράτους. Οι νέες προκλήσεις που τα κράτη καλούνται να αντιμετωπίσουν λόγω των νέων οικονομικών, δημογραφικών και κοινωνικών δεδομένων μαζί με τις πιέσεις που ασκούνται σε αυτά λόγω των εκάστοτε συνθηκών τα υποχρεώνει να μεταρρυθμίζουν και να εκσυγχρονίζουν τα συστήματα υγείας που χρησιμοποιούν σε τακτά χρονικά διαστήματα. Για να επιτευχθεί η βέλτιστη κατανόηση του τρόπου λειτουργίας των συστημάτων υγείας, στο παρόν πόνημα αναλύονται και συγκρίνονται 3 εντελώς διαφορετικά μεταξύ τους συστήματα υγείας της Αγγλίας (NHS-Μοντέλο Beveridge), της Γερμανίας (Μοντέλο Bismark) και τις ΗΠΑ (Φιλελεύθερο Μοντέλο) με κοινό στόχο την εξυπηρέτηση των απαιτήσεων των πολιτών προασπίζοντας το πολυτιμότερο αγαθό, αυτό της «Υγείας».

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η μελέτη του θεσμικού πλαισίου όσον αφορά το ζήτημα των παροχών υγείας στο ελληνικό κράτος πριν από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της διαφάνειας με την ενοποίηση των ταμείων, δηλαδή με τη δημιουργία του. Αρχικά, πραγματοποιήθηκε μία ιστορική αναδρομή στην οργανωτική δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και έπειτα αναλύθηκε εκτενώς το θεσμικό πλαίσιο των ποικίλων ασφαλιστικών ταμείων και οι παροχές αυτών έως το 2012, χρονιά κατά την οποία δημιουργήθηκε ο ΕΟΠΥΥ. Στην συνέχεια μελετήθηκε το θεσμικό πλαίσιο του νέου Οργανισμού, οι αλλαγές που προκλήθηκαν, οι νέες παροχές που θεσπίστηκαν και ακολούθησε η αποτίμηση του συνολικού του έργου.

Για την κριτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του ΕΟΠΥΥ, η παρούσα διατριβή εξετάζει 3 υποθέσεις εργασίας οι οποίες αναφέρονται – πρώτον στη μείωση των δαπανών υγείας και δεύτερον-στην αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Τρίτη υπόθεση της εργασίας αποτελεί το κατά πόσον έχουν επιτευχθεί οι διαδικασίες διαφάνειας σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και εάν έχει μειωθεί ή όχι, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μετά τη δημιουργία του Οργανισμού (ΕΟΠΥΥ).

Η έρευνα της συγκεκριμένης διατριβής πραγματοποιήθηκε ποσοτικά και αφορά -στην αύξηση ή τη μείωση των δαπανών υγείας, στην ποιότητα και στη διαφάνεια των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας- με τη χρήση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου κυρίως, αλλά και ανοιχτού. Τα ερωτηματολόγια που δημιουργήθηκαν είναι πρωτογενή, δηλαδή δεν έχουν χρησιμοποιηθεί σε καμία άλλη έρευνα έως σήμερα- γι' αυτό και υλοποιήθηκε αρχικά πυλωτική έρευνα. Τα ερωτηματολόγια

είναι δύο, ανώνυμα και εμπιστευτικά οι απαντήσεις των οποίων χρησιμοποιήθηκαν μόνο για την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης διατριβής. Το πρώτο αφορά τους πολίτες- ασφαλισμένους καθώς και τους υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ και το δεύτερο απευθύνεται στους παρόχους υγείας, συμβεβλημένους και μη συμβεβλημένους με τον Οργανισμό, ακόμα και σε υγειονομικούς υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας. Για τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 2.1, όπου στο πρόγραμμα αυτό εισάγονται δεδομένα και προκύπτουν αποτελέσματα σε πίνακες συχνοτήτων και γραφήματα.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε και μία άλλη έρευνα σχετικά με τις 3 υποθέσεις εργασίας, και συγκεκριμένα μία κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όπου μελετήθηκαν οι 3 Υποθέσεις εργασίας και σε θεωρητικό πλαίσιο. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στη θεωρητική θεμελίωση περικλείει μια μεθοδική ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας, την ανάλυση δεδομένων και στατιστικών αποτελεσμάτων από επίσημες πηγές, καθώς και την αξιολόγηση αντίστοιχων ερευνών, μελετών και επιστημονικών άρθρων. Με τον τρόπο αυτό, τεκμηριώθηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των στοιχείων της έρευνας συμβάλλοντας στην καλύτερη κατανόηση και τεκμηριωμένη μελέτη της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ. Αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι τα ποσοτικά αποτελέσματα υποστηρίζουν τις θεωρητικές υποθέσεις, δηλαδή δείχνουν ότι οι αρχικοί στόχοι του ΕΟΠΥΥ για μείωση δαπανών, ενίσχυση της διαφάνειας και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δεν έχουν επιτευχθεί στο επιθυμητό επίπεδο, ενώ η ενιαία πρόσβαση παρουσιάζει προβλήματα στην πράξη. Απαιτούνται περαιτέρω μεταρρυθμίσεις, ώστε ο ΕΟΠΥΥ να καταφέρει να προσεγγίσει το όραμα ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος υγείας.

Λέξεις Κλειδιά: δαπάνες υγείας, παροχές υγείας, διαφάνεια στην υγεία, ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας,ψηφιακός μετασχηματισμός στην υγεία, αποτελεσματική υγεία

UNIVERSITY of NICOSIA

# ABSTRACT

The modernization of the European states is inextricably linked with the continuous modernization of their Health Services. For that matter , the health of the population of a state constitutes a critical indicator of its socioeconomic status. The quality of life , as well as the health of the citizens of each state improves along with the scientific and technological development. The new challenges that the states are faced with due to the new financial , demographic and social circumstances together with the pressure they have to undertake because of the current conditions, compel them to reform and modernise the health systems they use at regular intervals. In order to achieve the best understanding of the way the health systems work , three totally different health systems are analyzed and compared in the present dissertation , the health system of England (NHS- Beveridge Model ) , the one of Germany ( Bismark Model ) and that of the USA ( Liberal Model ) , with the common aim of attending the demands of the citizens by defending their most precious possession , that of being healthy.

The purpose of the present thesis is the study of the institutional framework concerning the question of healthcare provision in the Greek state before the formation of EOPYY and the evaluation of the effectiveness and transparency achieved by the unification of the funds, in other words ,by its formation. Initially , a historical flashback on the organisational structure of the health service in Greece was realised and after that , the institutional framework of the various insurance funds was analysed in detail along with their provisions until 2012 , the year when EOPYY was created. Next , the institutional framework of the new Organisation was studied , as well as the changes that were caused , the new health benefits that were established and the assessment of its total work.

For the critical evaluation of the effectiveness of EOPYY , the present thesis examines three task cases that firstly refer to the reduction of health expenses and secondly , to the increase of the quality of the provided health services on the first and second degree of Healthcare ,after the establishment of EOPYY . The third task case is about the degree of achievement of the transparency procedures concerning the provided health services and the possible reduction or not , of the uncotrollable prescribing with the introduction of the electronic prescribing after the establishment of EOPYY.

The research of the given thesis was realised quantitatively and is about the increase or decrease of the health expenses , the quality and the transparency of the provided health services. It was conducted with the use of questionnaires primarily with closed questions as well as open ones . The questionnaires involved are original , meaning they have not been used in any other research so far ; that's why a pilot

research was carried out at first. There are two questionnaires which are anonymous and confidential and their answers were used only for the completion of the present thesis. The first questionnaire refers to the citizens with insurance as well as to the employees of EOPYY and the second one is directed to the health providers , being contracted or not with the Organisation and it's even addressed to the health officials of the Ministry of Health. In order to deduce conclusions the statistic program IBM SPSS Statistics 2.1 was used in which data were introduced and conclusions were drawn in frequency tables and graphs.

Moreover , another research was conducted concerning the three task cases. In particular, it's a theoretical research of secondary sources where all three task cases were studied on an academic basis. The methodology followed for their theoretical foundation includes a methodic review of relevant bibliography , the analysis of data and statistical results coming from official sources and the assessment of respective researches , studies and scientific articles. In this way the validity and the credibility of the elements of the research were documented, contributing to the better understanding and the well-founded study of the function of EOPYY. What was ascertained is that the quantitative results support the theoretical suppositions , that is , they show that the initial purpose of EOPYY aiming at the reduction of expenses , the reinforcement of transparency and the improvement of the quality of services has not been achieved to the desired point, while the united access presents difficulties in practice. More reformations are required so that EOPYY can manage to approach the vision of an effective and viable health system.

Key Words : health expenses , health benefits , transparency in the health sector , quality in health services, digital transformation in health care, efficient health

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΑΦΙΕΡΩΣΗ

***«στους γονείς μου που έφυγαν νωρίς***

***στις κόρες μου, και***

***σε ότι καινούργιο έρχεται για καλό»***

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι την ηθική υποχρέωση να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους μου συμπαραστάθηκαν σε αυτή την προσπάθεια.

Καταρχάς, να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον Επιβλέποντα Καθηγητή της Διδακτορικής μου Διατριβής κ. Ανδρέα Θεοφάνους. Οφείλω να τον ευχαριστήσω όχι μόνο για την αμέριστη επιστημονική αρωγή που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής, αλλά και για τις ουσιαστικές διορθώσεις του κατά την ολοκλήρωση της. Τον ευχαριστώ ακόμη και για το γεγονός ότι με περιέβαλε με εμπιστοσύνη και με μία αίσθηση ασφάλειας που έκανε τα πάντα να μοιάζουν πιο εύκολα.

Επιπρόσθετα ευχαριστώ τα άλλα 2 μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, κ. Καθηγητή Γιώργο Κέντα και κ. Καθηγητή Γιώργο Σαμούτη για τις καίριες επισημάνσεις τους.

Επίσης θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για τους γονείς μου οι οποίοι έφυγαν νωρίς αλλά μου έδωσαν αγάπη και δύναμη να προσπαθώ και να υλοποιώ τους στόχους μου, αγνοώντας τις δυσκολίες. Το ευχαριστώ είναι λίγο για τις κόρες μου και τον σύζυγο μου που ήταν οι αθόρυβοι συμπαραστάτες σε όλη την πορεία της διδακτορικής διατριβής. Η αγάπη, η υπομονή, η εμπιστοσύνη, η διαρκής και ανιδιοτελής υποστήριξη τους καθημερινά είναι για εμένα τα πιο πολύτιμα αγαθά της ζωής μου.

Ακόμη, ένα ειλικρινές ευχαριστώ στους συναδέρφους μου, στους επαγγελματίες υγείας, σε όλους τους φίλους και συνεργάτες, στους απλούς πολίτες, για την άριστη συνεργασία μας κατά την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Τέλος, ευχαριστώ τον Θεό που μου δίνει υγεία και δύναμη να μην εγκαταλείπω τους στόχους μου και με βοηθάει πάντα στις δυσκολίες, όπως και τώρα στην ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής.

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι η εργασία που περιλαμβάνεται στην παρούσα διδακτορική εργασία εκπονήθηκε σύμφωνα με τους κανονισμούς του Πανεπιστημίου Λευκωσίας.

Η παρούσα διπλωματική εργασία συντάχθηκε αποκλειστικά από εμένα, εκτός από τα σημεία όπου αναφέρεται διαφορετικά μέσω παραπομπής ή αναγνώρισης της πηγής.

Δεν έχει υποβληθεί προηγουμένως, στο σύνολό της ή εν μέρει, στο συγκεκριμένο ή σε οποιοδήποτε άλλο εκπαιδευτικό ίδρυμα για την απόκτηση πτυχίου, διπλώματος ή άλλου τίτλου σπουδών.

Ονοματεπώνυμο: Ζιρπιάδου Χρυσαυγή Σεπτέμβριος, 2026

UNIVERSITY of NICOSIA

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Πολιτικών Επιστημών και Διακυβέρνησης του University of Nicosia του Πανεπιστημίου Λευκωσίας δεν σημαίνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ..... ii

ABSTRACT ..... iv

ΑΦΙΕΡΩΣΗ ..... vi

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ ..... vii

ΔΗΛΩΣΗ ..... viii

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ..... x

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ..... xvii

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ..... xxix

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ ..... xxx

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ ..... xxxii

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ..... xxxiii

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ** .....

1.1 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι ..... 1

1.2 Ερευνητικά ερωτήματα/Υποθέσεις Εργασίας ..... 2

1.3 Περιγραφή περιγράμματος εργασίας ..... 3

1.4 Μεθοδολογία έρευνας ..... 4

1.5 Προστιθέμενη αξία της έρευνας ..... 5

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ** .....

2.1 Η έννοια του Αγαθού Υγεία ..... 8

2.2 Παροχές Υγείας ..... 13

2.3. Δαπάνες Υγείας ..... 18

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ** .....

3.1 Η οργανωτική δομή του Ελληνικού συστήματος Υγείας κατά τη δημιουργία του (1821 - 1922) ..... 27

3.2. Ο Θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα – Οι πρώτες Υγειονομικές Παροχές ..... 32

3.3 Η δημιουργία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων (1933 – 1981) ..... 36

3.4 Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) ..... 43

3.5 Διάρθρωση υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες 61

3.5.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ..... 62

3.5.2 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας ..... 66

3.5.3 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ..... 69

3.6 Τα χαρακτηριστικά και ο τρόπος λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. ..... 69

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΑ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΩΣ ΤΗΝ ΕΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ .....**

4.1 Οι παροχές υγείας των Ταμείων ξεχωριστά έως το 2012 ..... 72

4.1.1 Κρατικά Ασφαλιστικά Ταμεία ..... 76

4.1.2 Ιδιωτική Ασφάλιση ..... 78

4.2 Υγειονομικές δαπάνες -η εξέλιξη τους και η κατανομή τους έως το 2012 ..... 82

4.3 Δημόσιοι Φορείς Χρηματοδότησης των Ταμείων Υγείας έως το 2012 ..... 90

4.3.1 Το Κράτος- Φορολογία ..... 90

4.3.2 Η Κοινωνική Ασφάλιση ..... 91

4.4 Ιδιωτικοί Φορείς Χρηματοδότησης των Ταμείων Υγείας έως το 2012 ..... 92

4.4.1 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας ..... 93

4.4.2 Δαπάνες Χρηστών ..... 94

4.5 Προβλήματα της Πολυμορφίας των Ταμείων Υγείας έως το 2012- Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) ..... 97

4.6 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Υγείας ..... 98

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΕΘΝΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ .....**

5.1 Η περίπτωση της Αγγλίας ..... 101

5.1.1 Έννοια και Ορισμός Συστήματος Υγείας ..... 101

5.1.2 Ιστορική Αναδρομή του Υγειονομικού Συστήματος της Αγγλίας ..... 104

5.1.3 Εθνικό Συστήμα Υγείας της Αγγλίας –NHS (1948-σήμερα) ..... 111

5.1.4 Χρηματοδότηση Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας –NHS ..... 117

5.1.5 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας-Σύγχρονες Μελέτες ..... 119

5.1.6 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας στον 21ο αιώνα- Συνοπτική Ανασκόπηση του NHS (1948-έως σήμερα) ..... 122

5.1.7 Προτάσεις για το μέλλον του Εθνικού Σύστηματος Υγείας της Αγγλίας ..... 124

5.2 Η περίπτωση της Γερμανίας ..... 127

5.2.1 Ιστορική Αναδρομή του Υγειονομικού Συστήματος της Γερμανίας ..... 127

5.2.2 Κύριες φάσεις ανάπτυξης του γερμανικού συστήματος υγείας ..... 130

5.2.3 Σημερινή μορφή του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Γερμανίας ..... 134

5.2.4 Παροχές Υγείας ..... 137

5.2.5 Χρηματοδότηση ..... 139

5.2.6 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα του Συστήματος Υγείας της Γερμανίας ..... 143

5.2.7.Προτάσεις για βελτίωση του Γερμανικού Συστήματος Υγείας ..... 146

5.3 Η περίπτωση των ΗΠΑ ..... 148

5.3.1 Έννοια Ορισμός υγειονομικού Συστήματος των ΗΠΑ ..... 148

5.3.2 Ιστορική αναδρομή Υγειονομικού Συστήματος των ΗΠΑ ..... 153

5.3.3 Υγειονομικό Σύστημα των ΗΠΑ-τα πιο σημαντικά γεγονότα-μεταρρυθμίσεις .. 156

5.3.4 Χρηματοδότηση Υγειονομικού Συστήματος των ΗΠΑ ..... 161

5.3.5 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του Υγειονομικού Συστήματος των Η.Π.Α – σύγχρονες μελέτες ..... 164

5.3.6 Η κατάσταση σήμερα του Αμερικάνικου Υγειονομικού Συστήματος ..... 168

5.3.7 Προτάσεις για το μέλλον του Συστήματος Υγείας των ΗΠΑ ..... 171

5.4 Συγκρίσιμα στοιχεία των Συστημάτων Υγείας Αγγλίας –Γερμανίας – Η.Π.Α ..... 172

5.5 Συμβολή των Τριών Συστημάτων Υγείας Αγγλίας- Γερμανίας- ΗΠΑ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας ..... 176

5.6 Ομοιότητες και Διαφορές του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και των Τριών Συστημάτων Υγείας Αγγλίας – Γερμανίας – ΗΠΑ ..... 178

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΠΥΥ) .....**

6.1 Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ..... 181

6.2 Το θεσμικό πλαίσιο του Οργανισμού ..... 181

6.2.1 Ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ ..... 181

6.2.2 Οι στόχοι του ΕΟΠΥΥ ..... 182

6.3 Η χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ ..... 183

6.4 Οι παροχές Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ σήμερα ..... 183

6.5 Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ ..... 192

6.6 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση – Άυλη συνταγογράφηση– Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας ..... 194

6.6.1 Ο ρόλος και οι υποχρεώσεις του Ιατρικού Προσωπικού ..... 195

6.6.2 Ο ρόλος και οι υποχρεώσεις των φαρμακοποιών- παρόχων υγείας ..... 196

6.6.3 Υποχρεώσεις Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας-Ιδιωτικά συμβεβλημένα Ιατρικά Κέντρα- Εργαστήρια καθώς και Ιδιωτικές κλινικές ..... 198

6.6.4 Βάση Δεδομένων Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης ..... 198

6.6.5 Οφέλη Άυλης Συνταγογράφησης ..... 200

6.7 Βασικές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις του ΕΟΠΥΥ ..... 201

6.7.1 Καθιέρωση του αυτόματου μηχανισμού επιστροφών claw back και του κλιμακούμενου ποσοστού εκπτώσεων – επιστροφών rebate ..... 202

6.7.2 Ανάθεση σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες του ελέγχου και της τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών κλειστής νοσηλείας ..... 206

6.7.3 Σύσταση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης ..... 207

6.7.4 Καθιέρωση ορίων συνταγογράφησης ιατρικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων ..... 208

6.7.5 Εφαρμογή ποσού καταβολής 1 ευρώ από τους ασφαλισμένους ανά συνταγή προς όφελος του Ε.Ο.Π.Π.Υ ..... 209

6.7.6 Πραγματοποίηση τελικής εκκαθάρισης αρχείων των λογαριασμών των ιδιωτών συμβεβλημένων παρόχων από 01-01-2016 και των νέων συμβάσεων από 1-1-2017 .. 210

6.7.7 Καταχώρηση υλικών σε μητρώα και εφαρμογή άυλων barcodes ..... 211

6.8 Θεωρητική Αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ σήμερα-Τα σχέδια για το μέλλον ..... 212

6.8.1 Ψηφιακός Μετασχηματισμός- Σκοπός - Στόχοι του Έργου ..... 212

6.8.2 Παροχή υπηρεσιών εξειδικευμένης τεχνικής υποστήριξης του ΕΟΠΥΥ για την υλοποίηση των δράσεων ψηφιακού μετασχηματισμού ..... 214

6.8.3 Παροχή υπηρεσιών υποστήριξης στις εφαρμογές Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών ..... 215

6.8.4 Κατ' οίκον παράδοση φαρμάκων για πέντε σοβαρές παθήσεις ..... 216

6.8.5 Εθνική Αρχή Ηλεκτρονικής Υγείας Εθνικό Σημείο Επαφής Ηλεκτρονικής Υγείας ..... 216

6.8.6 Διαδικτυακός τόπος ΕΟΠΥΥ στην παρούσα κατάσταση ..... 218

6.8.7 Συμπεράσματα-Προτάσεις ..... 218

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ .....**

7.1 Μεθοδολογία έρευνας ..... 220

7.2 Ο πληθυσμός και το δείγμα της έρευνας ..... 226

7.3 Πειραματικό Πρωτόκολλο-(Ερωτηματολόγια) ..... 226

7.3.1 Συμπεράσματα από τις απαντήσεις των Υπαλλήλων του ΕΟΠΥΥ- ασφαλισμένων (πολιτών) στην πιλοτική έρευνα ..... 228

7.3.2 Συμπεράσματα από τις απαντήσεις των Παρόχων Υγείας στην πιλοτική έρευνα 229

7.3.3 Διορθώσεις – Αλλαγές που προέκυψαν από την πιλοτική έρευνα- Ερωτηματολόγιο Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ-πολιτών καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας..... 231

7.3.4 Διορθώσεις – Αλλαγές που προέκυψαν από την πιλοτική έρευνα- Ερωτηματολόγιο Παρόχων Υγείας..... 233

7.4 Το ερευνητικό εργαλείο..... 234

7.5 Έγκριση και ηθικά ζητήματα..... 235

7.6 Μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων..... 236

7.7 Περιορισμοί της έρευνας..... 237

7.8 Βασικά χαρακτηριστικά, προδιαγραφές και έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας των απαντήσεων..... 238

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....**

8.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων..... 241

8.1.1 Στατιστικά αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των πολιτών- καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ..... 242

8.1.2 Στατιστικά αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των παρόχων υγείας..... 324

8.2 Σχολιασμός αποτελεσμάτων..... 385

8.2.1 Ερωτηματολόγιο πολιτών- καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ..... 385

8.2.2 Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας..... 389

8.2.3 Αποτελέσματα της κριτικής ανασκόπησης της υφιστάμενης βιβλιογραφίας των δευτερογενών πηγών σε σχέση με τις 3 Υποθέσεις Εργασίας..... 392

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ.....**

9.1 Συμπεράσματα ποσοτικής έρευνας των 3 Υποθέσεων Εργασίας..... 404

9.1.1 Μείωση Δαπανών..... 406

9.1.2 Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών..... 413

9.1.3 Διαφάνεια και Υπευθυνότητα..... 417

9.1.4 Προστιθέμενη αξία της έρευνας..... 419

9.2 Συμπεράσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης των δευτερογενών πηγών των 3 Υποθέσεων Εργασίας ..... 420

9.3 Συσχετισμός συμπερασμάτων της ποσοτικής έρευνας και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης των 3 Υποθέσεων Εργασίας..... 423

9.4 Επιρροές των Τριών Ξένων Συστημάτων Υγείας στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας Σήμερα..... 425

9.5 Κριτική Αξιολόγηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας..... 428

9.6 Γενικά Συμπεράσματα-Εισηγήσεις..... 430

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... 437

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι Διαθέσιμες ηλεκτρονικές υπηρεσίες ΕΟΠΥΥ (2024)..... 471

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Ερωτηματολόγιο πολιτών- καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ..... 474

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Ερωτηματολόγιο Παρόχων Υγείας ..... 493

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV Ερωτηματολόγιο πολιτών- καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ ..... 510

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V Ερωτηματολόγιο Παρόχων Υγείας ..... 528

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας από την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας ..... 541

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII Συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και αύξησης ή μείωσης της αμοιβής τους..... 542

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII Συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και αύξησης ή μείωσης της κόπωσής τους ..... 544

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1: Δαπάνες Υγείας……19

Πίνακας 2.2: Κατηγορίες και υποκατηγορίες Δαπανών Υγείας…….19

Πίνακας 2.3: Συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2021…..23

Πίνακας 3.1: Υπουργείο Υγείας 1922…….31

Πίνακας 3.2:Ιδιωτική δραστηριότητα στον τομέα της Υγείας……..…..65

Πίνακας 3.3: Σύγκριση Ιδιωτικής με Δημόσιας περίθαλψης ανά Περιφέρεια……65

Πίνακας 4.1: Φορείς χρηματοδότησης……75

Πίνακας 4.2:Συγχώνευση Ταμείων με τον Ν.3655/2008 (όσον αφορά τους κλάδους υγείας…….76

Πίνακας 4.3: Παροχές Προγραμμάτων Υγείας Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών…....81

Πίνακας 4.4: Ανάλυση λογαριασμών Συστήματος Λογαριασμών Υγείας κατηγορίας Παροχών Υγείας…….....84

Πίνακας 4.5: Ανάλυση λογαριασμών Συστήματος Λογαριασμών Υγείας κατηγορίας Παρόχων Υγείας…….....84

Πίνακας 4.6: Ανάλυση λογαριασμών Συστήματος Λογαριασμών Υγείας κατηγορίας Δαπανών Υγείας- Μέθοδοι Χρηματοδότησης……85

Πίνακας 4.7: Απόλυτη Συνολική Δαπάνη Υγείας ανά Τομέα (δημόσια/ιδιωτική)……87

Πίνακας 4.8**:** Ποσοστιαία Συνολική Δαπάνη Υγείας ανά Τομέα (δημόσια/ιδιωτική)……89

Πίνακας 5.1: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2022 ή πλησιέστερο έτος…….....151

Πίνακας 5.2: Προσδόκιμο ζωής για το 2019……..152

Πίνακας 5.3: Κατανομή πηγών χρηματοδότησης της υγείας στις Η.Π.Α (2022)……..161

Πίνακας 5.4 : Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία στις Η.Π.Α (2022)…….....162

Πίνακας 5.5 : Θνησιμότητα σε παραμέτρους του υγειονομικού συστήματος……..166

Πίνακας 5.6:Βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας και ομοιότητές του με αντίστοιχα αλλοδαπά συστήματα……..179

Πίνακας 6.1: Ανώτατο όριο δαπανών φαρμακευτικών εταιρειών ετών 2012-2018…….203

Πίνακας 6.2: Επιτρεπόμενα όρια δαπανών ανά ΚΑΕ ετών 2023…….204

Πίνακας 6.3: Rebate Φαρμακείων…….205

Πίνακας 8.1: Φύλο……..…242

Πίνακας 8.2: Ηλικία……...243

Πίνακας 8.3: Οικογενειακή κατάσταση…….244

Πίνακας 8.4: Αριθμός τέκνων……....244

Πίνακας 8.5: Επίπεδο εκπαίδευσης……....245

Πίνακας 8.6: Οικονομική δραστηριότητα……..246

Πίνακας 8.7: Θέση εργασίας……..247

Πίνακας 8.8: Ασφάλιση……..247

Πίνακας 8.9: Ασφαλιστικό ταμείο…….248

Πίνακας 8.10: Ιδιωτική ασφάλιση……..249

Πίνακας 8.11: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης……....249

Πίνακας 8.12.1:Δεν είμαι ικανοποιημένος/η με τις παροχές του ΕΟΠΥΥ……250

Πίνακας 8.12.2: Κάλυψη στο κόστος των επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιατρούς…....250

Πίνακας 8.12.3: Λιγότερος χρόνος αναμονής για ιατρικές επισκέψεις…….251

Πίνακας 8.12.4: Δωρεάν σύγχρονα ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικών εξετάσεων……251

Πίνακας 8.12.5 : Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις……..252

Πίνακας 8.12.6: Δωρεάν ετήσιος προληπτικός ιατρικός έλεγχος……..252

Πίνακας 8.12.7: Κάλυψη εξόδων οδοντιατρικής περίθαλψης……253

Πίνακας 8.12.8: Άμεση και δωρεάν περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές……...253

Πίνακας 8.12.9: Κάλυψη εξόδων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές……254

Πίνακας 8.12.10: Κάλυψη εξόδων για χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές…….254

Πίνακας 8.12.11: Λιγότερος χρόνος για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές……...255

Πίνακας 8.12.12: Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας……255

Πίνακας 8.13.1: Επίσκεψη σε συμβεβλημένο ιατρό……..256

Πίνακας 8.13.2: Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό……..256

Πίνακας 8.13.3: Προληπτικές εξετάσεις……....257

Πίνακας 8.13.4: Παρακλινικές εξετάσεις……...257

Πίνακας 8.13.5: Αναγραφή συνταγών……....258

Πίνακας 8.13.6: Θεραπείες ειδικής αγωγής……258

Πίνακας 8.13.7: Παροχές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού – ορθοπεδικών ειδών……..258

Πίνακας 8.13.8: Χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο……...259

Πίνακας 8.13.9: Χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική…….259

Πίνακας 8.13.10: Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού…….260

Πίνακας 8.13.11: Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο……260

Πίνακας 8.13.12: Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο……260

Πίνακας 8.13.13: Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης……..261

Πίνακας 8.14.1: Δαπάνες – Επίσκεψη σε ιατρό – Πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας……262

Πίνακας 8.14.2: Δαπάνες – Παρακλινικές εξετάσεις πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας…262

Πίνακας 8.14.3: Δαπάνες – Συνταγογράφηση φαρμάκων πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας……..263

Πίνακας 8.14.4: Δαπάνες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας……..264

Πίνακας 8.14.5: Δαπάνες ειδικών θεραπειών – φυσιοθεραπείες – λογοθεραπείες - εργοθεραπείες – ψυχοθεραπείες πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας…….265

Πίνακας 8.14.6: Δαπάνες υγειονομικού υλικού πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας……...265

Πίνακας 8.15: Ποσό δαπάνης για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας…….266

Πίνακας 8.16: Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;……..268

Πίνακας8.17.1:Δαπάνες–Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό δευτεροβάθμιας υπηρεσίας……...269

Πίνακας 8.17.2: Δαπάνες – Παρακλινικές εξετάσεις δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας..270

Πίνακας 8.17.3: Δαπάνες – Συνταγογράφηση φαρμάκων δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας……..271

Πίνακας 8.17.4: Δαπάνες – Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική……272

Πίνακας 8.17.5: Δαπάνες – Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική……272

Πίνακας 8.17.6: Δαπάνες – Μονάδα τεχνητού νεφρού……...273

Πίνακας 8.17.7: Δαπάνες – Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης……274

Πίνακας 8.18: Ποσό δαπάνης για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……275

Πίνακας 8.19: Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;…….276

Πίνακας 8.20: Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας……..277

Πίνακας 8.21: Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……278

Πίνακας 8.22.1: Ικανοποίηση – Ιατρική επίσκεψη -Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας…….280

Πίνακας 8.22.2: Ικανοποίηση – Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις…….280

Πίνακας 8.22.3: Ικανοποίηση – Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού – Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας……...280

Πίνακας 8.22.4: Ικανοποίηση – Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες – Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας……..281

Πίνακας 8.22.5: Ικανοποίηση – Παροχή φαρμάκων – Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας…282

Πίνακας 8.22.6: Ικανοποίηση – Παροχή Υγειονομικού Υλικού – Πρωτοβάθμια φροντίδα…….282

Πίνακας 8.23.1: Ικανοποίηση – Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……..283

Πίνακας 8.23.2: Ικανοποίηση – Διαγνωστικές εξετάσεις – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……..283

Πίνακας 8.23.3: Ικανοποίηση – Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……..284

Πίνακας 8.23.4: Ικανοποίηση – Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……..284

Πίνακας 8.23.5: Ικανοποίηση – Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……..285

Πίνακας 8.23.6: Ικανοποίηση – Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……..285

Πίνακας 8.23.7: Ικανοποίηση – Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας…….286

Πίνακας 8.23.8: Ικανοποίηση – Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……..287

Πίνακας 8.24: Ποιότητα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας…….287

Πίνακας 8.25: Ποιότητα Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας…….288

Πίνακας 8.26: Reliability Statistics…….289

Πίνακας 8.26.1: Ιατρική επίσκεψη…….290

Πίνακας 8.26.2: Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις…….290

Πίνακας 8.26.3: Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού……...291

Πίνακας 8.26.4.: Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες……292

Πίνακας 8.26.5: Παροχή φαρμάκων……...292

Πίνακας 8.26.6: Παροχή Υγειονομικού Υλικού……....293

Πίνακας 8.27: Reliability Statistics……....294

Πίνακας 8.27.1: Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό……294

Πίνακας 8.27.2: Διαγνωστικές εξετάσεις……295

Πίνακας 8.27.3: Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο……295

Πίνακας 8.27.4.: Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική……296

Πίνακας 8.27.5.: Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο…….297

Πίνακας 8.27.6: Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική……297

Πίνακας 8.27.7: Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού……298

Πίνακας 8.27.8: Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης……298

Πίνακας 8.28.1: Ιατρική Επίσκεψη σε συμβεβλημένο Ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ……..299

Πίνακας 8.28.2: Διαγνωστικές – Παρακλινικές Εξετάσεις σε συμβεβλημένο εργαστήριο με τον ΕΟΠΥΥ……300

Πίνακας 8.28.3: Προμήθεια Φαρμάκων, παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από συμβεβλημένο πάροχο……....301

Πίνακας 8.28.4: Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες σε συμβεβλημένο πάροχο……..302

Πίνακας 8.29.1: Ιατρική Επίσκεψη σε νοσοκομειακό Ιατρό……..303

Πίνακας 8.29.2: Διαγνωστικές- Παρακλινικές Εξετάσεις σε Δημόσιο Νοσοκομείο……..304

Πίνακας 8.29.3: Προμήθεια Φαρμάκων από το Φαρμακείο του Νοσοκομείου ή του ΕΟΠΥΥ……..304

Πίνακας 8.29.4: Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες από Δημόσιο Ίδρυμα……..305

Πίνακας 8.29.5: Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο……306

Πίνακας 8.29.6: Χειρουργεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο……306

Πίνακας 8.29.7: Θεραπεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο…….307

Πίνακας 8.29.8: Θεραπεία στην Μονάδα Νεφρού Δημόσιου Νοσοκομείου…….308

Πίνακας 8.30.1: Ιατρική Επίσκεψη σε Ιατρό σε Ιδιωτική Κλινική η Ιατρικό Κέντρο……309

Πίνακας 8.30.2: Διαγνωστικές – Παρακλινικές Εξετάσεις σε Ιδιωτική Κλινική ή Ιατρικό Κέντρο…….310

Πίνακας 8.30.3: Νοσηλεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο……..310

Πίνακας 8.30.4: Χειρουργεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο……..311

Πίνακας 8.30.5: Θεραπεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο……312

Πίνακας 8.30.6: Θεραπεία στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιδιωτικού Νεφρολογικού Κέντρου……..312

Πίνακας 8.30.7: Θεραπεία και Νοσηλεία σε Κέντρο Αποκατάστασης……..313

Πίνακας 8.31: Ικανοποίηση από τα είδη και το ποσοστό κάλυψης παροχών σε είδος…...314

Πίνακας 8.32: Ικανοποίηση από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων νοσηλείας στη συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική…….314

Πίνακας 8.33: Ικανοποίηση από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων του χειρουργείου στη συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική…….315

Πίνακας 8.34: Ικανοποίηση από τον τρόπο αντιμετώπισης στις υπηρεσίες υγείας……...316

Πίνακας 8.35: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.316

Πίνακας 8.36: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας……..317

Πίνακας 8.37: Ικανοποίηση από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης….318

Πίνακας 8.38: Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και στις παροχές του ΕΟΠΥΥ μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης…….319

Πίνακας 8.39: Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των δαπανών μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης……320

Πίνακας 8.40: Θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες
παροχές;.....322

Πίνακας 8.41: Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;…….323

Πίνακας 8.42: Φύλο……...324

Πίνακας 8.43: Ηλικία…….....324

Πίνακας 8.44: Οικογενειακή κατάσταση……325

Πίνακας 8.45: Εκπαίδευση…….326

Πίνακας 8.46: Ιδιότητα……...327

Πίνακας 8.47: Statistics – Χρόνια εργασίας……327

Πίνακας 8.48: Χρόνια εργασίας……..328

Πίνακας 8.49: Ιδιώτης ή Δημόσιος πάροχος……..328

Πίνακας 8.50: Συμβεβλημένος με ΕΟΠΥΥ……329

Πίνακας 8.51: Δημόσια Δομή…….330

Πίνακας 8.52: Reliability Statistics…….....330

Πίνακας 8.52.1: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε ιατρό……..331

Πίνακας 8.52.2: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εξετάσεις…….332

Πίνακας 8.52.3: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Συνταγογράφηση φαρμάκων…….332

Πίνακας 8.52.4: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού…….333

Πίνακας 8.52.5: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Ειδικών θεραπειών…….333

Πίνακας 8.52.6: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Υγειονομικού υλικού…….334

Πίνακας 8.53: Reliability Statistics……...335

Πίνακας 8.53.1: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε ιατρό……...336

Πίνακας 8.53.2: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εξετάσεις…….....337

Πίνακας 8.53.3: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Συνταγογράφηση φαρμάκων……..……337

Πίνακας 8.53.4: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού……..338

Πίνακας 8.53.5: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Ειδικών θεραπειών……..……...…….339

Πίνακας 8.53.6: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Υγειονομικού υλικού…….....340

Πίνακας 8.54: Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας……...341

Πίνακας 8.55 : Reliability Statistics……342

Πίνακας 8.55.1: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό……..342

Πίνακας 8.55.2: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο……..343

Πίνακας 8.55.3: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής……344

Πίνακας 8.55.4: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική……..344

Πίνακας 8.55.5: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες– Συνταγογράφηση φαρμάκων……..345

Πίνακας 8.55.6: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική…….....346

Πίνακας 8.55.7: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική……..346

Πίνακας 8.55,8: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού…….347

Πίνακας 8.55.9: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης……....348

Πίνακας 8.56: Reliability Statistics……...348

Πίνακας 8.56.1: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό……..349

Πίνακας 8.56.2: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο……350

Πίνακας 8.56.3: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής……...351

Πίνακας 8.56.4.: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική……..351

Πίνακας 8.56.5: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Συνταγογράφηση φαρμάκων…….352

Πίνακας 8.56.6: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική…….353

Πίνακας 8.56.7: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική……..354

Πίνακας 8.56.8: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού……...355

Πίνακας 8.56.9: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης……..356

Πίνακας 8.57: Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας……357

Πίνακας 8.58: Οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;…….358

Πίνακας 8.59: Οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;…….360

Πίνακας 8.60: Ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας……361

Πίνακας 8.61: Ποιότητα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας…….362

Πίνακας 8.62: Reliability Statistics……...363

Πίνακας 8.62.1: Ποιότητα ιατρικής επίσκεψης…….363

Πίνακας 8.62.2: Ποιότητα διαγνωστικών – παρακλινικών εξετάσεων…….364

Πίνακας 8.62.3: Ποιότητα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού……..364

Πίνακας 8.62.4: Ποιότητα σε ειδικές θεραπείες……365

Πίνακας 8.62.5: Ποιότητα στην παροχή φαρμάκων……..365

Πίνακας 8.62.6: Ποιότητα στην παροχή υγειονομικού υλικού…….366

Πίνακας 8.63: Reliability Statistics……...366

Πίνακας 8.63.1: Ποιότητα επίσκεψης σε νοσοκομειακό ιατρό…….367

Πίνακας 8.63.2: Ποιότητα επίσκεψης σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής……..367

Πίνακας 8.63.3: Ποιότητα εξετάσεων σε δημόσιο νοσοκομείο…….368

Πίνακας 8.63.4: Ποιότητα εξετάσεων σε ιδιωτική κλινική……...368

Πίνακας 8.63.5: Ποιότητα νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο……369

Πίνακας 8.63.6: Ποιότητα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική……369

Πίνακας 8.63.7: Ποιότητα χειρουργείων σε δημόσιο νοσοκομείο……370

Πίνακας 8.63.8: Ποιότητα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική……...370

Πίνακας 8.63.9: Ποιότητα περίθαλψης για θεραπεία σε κέντρα τεχνητού νεφρού……371

Πίνακας 8. 63.10: Ποιότητα νοσηλείας σε κέντρα αποκατάστασης……..371

Πίνακας 8.64: Χρόνος αναμονής πρωτοβάθμια…….372

Πίνακας 8.65: Χρόνος αναμονής δευτεροβάθμια……...373

Πίνακας 8.66: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας……374

Πίνακας 8.67: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας…..375

Πίνακας 8.68: Αμοιβή…….....377

Πίνακας 8.69: Κόπωση……...377

Πίνακας 8.70: Ικανοποίηση από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης…..378

Πίνακας8.71: Διευκόλυνση εργασίας από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης……..379

Πίνακας 8.72: Μείωση συνταγογράφησης και δαπανών υγείας από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης……380

Πίνακας 8.73: Καλύτερο υγειονομικό σύστημα με εφαρμογή ΑΜΚΑ, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και φακέλου Υγείας…….....383

Πίνακας 8.74: Διαφάνεια με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης……384

Πίνακας 9.1 Ασφαλιστικό ταμείο * Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας……..408

Πίνακας 9.2 Ασφαλιστικό ταμείο * Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……..410

Πίνακας 9.3 Χρόνια εργασίας * Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας……..411

Πίνακας 9.4 Χρόνια εργασίας * Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών……..412

Πίνακας 9.5 Ασφαλιστικό ταμείο * Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας……..414

Πίνακας 9.6 Ασφαλιστικό ταμείο * Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας……..416

Πίνακας 9.7 Ιδιότητα * Διαφάνεια ……..419

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 4.1: Μέσες Μηνιαίες Δαπάνες Νοικοκυριού για Υπηρεσίες και Προϊόντα Υγείας…….....95

Διάγραμμα 5.1: Υποστήριξη για τις ιδρυτικές αρχές του NHS……...121

Διάγραμμα 5.2: Ικανοποίηση του κοινού για το NHS, 1983–2017……121

Διάγραμμα 5.3 : Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ΑΕΠ για το έτος 2019……...…….142

Διάγραμμα 5.4: Έσοδα από συστήματα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία για τα έτη 2010-2019……...142

Διάγραμμα 8.1: Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ……268

Διάγραμμα 8.2: Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;…….....277

Διάγραμμα 8.3: Θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές……...322

Διάγραμμα 8.4: Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας……341

Διάγραμμα 8.5: Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας…….357

Διάγραμμα 8.6: Καλύτερο υγειονομικό σύστημα με εφαρμογή ΑΜΚΑ, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και φακέλου Υγείας…….....383

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 4.1: Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης ανά φορέα κοινωνικής ασφάλισης για το έτος 2009……..74

Γράφημα 4.2 Κατανομή νοσηλευτικής δαπάνης ανά φορέα κοινωνικής ασφάλισης για το έτος 2009…….....74

Γράφημα 4.3: Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης για το έτος 2020……75

Γράφημα 4.4: Αριθμός Ασφαλιστικών Εταιρειών οι οποίες δραστηριοποιούνταν στον Ελλαδικό Χώρο……80

Γράφημα 4.5: Συνολική Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό (%) του ΑΕΠ για την Ελλάδα κατά τα έτη 2009 έως 2012……86

Γράφημα 4.6 και 4.7 : Απόλυτη και Ποσοστιαία σύγκριση της κατανομής των δαπανών υγείας σε δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση…….88

Γράφημα 4.8: Κατανομή Δαπανών Οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης ανά Κατηγορία Υπηρεσίας (σε εκατομμύρια ευρώ)…….92

Γράφημα 4.9: Κατανομή Χρηματοδότησης Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ανά πάροχο για τα Έτη 2009 με 2012 (σε εκατομμύρια ευρώ)…….94

Γράφημα 4.10: Κατανομή Δαπανών Χρηστών ανά Κατηγορία Υπηρεσίας (%)……96

Γράφημα 5.1: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2016...…….119

Γράφημα 5.2: Δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2022……...…….150

Γράφημα 5.3: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2020 ή πλησιέστερο έτος…….....150

Γράφημα 5.4: Θνησιμότητα υπαγόμενη σε παραμέτρους του συστήματος υγείας σε 16 οικονομικά αναπτυγμένες χώρες μεταξύ των ετών 1997/8 και 2006/7……...165

Γράφημα 8.1: Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας……...278

Γράφημα 8.2: Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας……279

Γράφημα 8.3: Ποιότητα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας…….....288

Γράφημα 8.4: Ποιότητα Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας……..289

Γράφημα 8.5:Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας……..317

Γράφημα 8.6:Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας……..318

Γράφημα 8.7: Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία……323

Γράφημα 8.8: Οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;……..…359

Γράφημα 8.9: Οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;……..360

Γράφημα 8.10: Ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας……361

Γράφημα 8.11: Ποιότητα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας……362

Γράφημα 8.12: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας…..374

Γράφημα 8.13: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας…375

Γράφημα 8.14: Διαφάνεια με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης…..…384

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 5.1: Οργάνωση του Συστήματος Υγείας της Αγγλίας……..117

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

## Ελληνικές Συντομογραφίες

| | |
|---|---|
| ΑΕΠ | Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν |
| ΑΜΚΑ | Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης |
| ΓΣΕΕ | Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας |
| ΔΕΗ | Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού |
| ΔΝΤ | Διεθνές Νομισματικό Ταμείο |
| ΔΣ | Διοικητικό Συμβούλιο |
| ΔΥΠΕ | Διοικήσεις Υπηρεσίων Υγείας |
| ΔΦΥ | Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας |
| ΕΑΕΕ | Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος |
| ΕΕ | Ευρωπαϊκή Ένωση |
| ΕΚΑΒ | Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας |
| ΕΚΑΠΤΥ-ΕΟΠΥΥ | Εθνικό Κέντρο Αξιολόγησης της Ποιότητας& Τεχνολογίας της Υγείας του ΕΟΠΥΥ |
| ΕΚΕΠΥ | Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας |
| ΕΚΠΥ | Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας |
| ΕΛΣΤΑΤ | Ελληνική Στατιστική Αρχή |
| ΕΟΠΥΥ | Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας |
| ΕΟΚ | Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα |
| ΕΟΦ | Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων |
| ΕΣΑΥ | Επιτροπή Αγωγής Υγείας |
| ΕΤΑΑ | Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων |
| ΕΤΑΠ – ΜΜΕ | Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης |
| ΕΣΥ | Εθνικό Σύστημα Υγείας |
| ΕΦΚΑ | Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης |
| ΗΔΙΚΑ | Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης |
| ΗΙΦ | Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος |
| ΙΚΑ | Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων |
| ΙΚΑ-ΕΤΑΜ | Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών |
| ΚΑΑ-ΚΝ | Κέντρα Αποθεραπείας -Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας |
| ΚΑΕ | Κώδικάς Κατάταξης Εσόδων |
| ΚΕΝ | Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο |
| ΚΕΣΥ | Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας |
| ΚΕΦΙΑΠ | Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης |
| ΚΝΣ | Κεντρικό Νευρικό Σύστημα |
| ΚΥΑ | Κοινή Υπουργική Απόφαση |
| ΜΕΘ | Μονάδες Εντατικής Θεραπείας |
| ΜΗΝ | Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας |
| ΝΑΤ | Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο |
| ΝΔ | Νέα Δημοκρατία |
| ΝΠΔΔ | Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου |
| ΝΠΙΔ | Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίυ |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | |
|---|---|
| ΟΑΕΔ | Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού |
| ΟΑΕΕ | Οργανισμός Ασφαλίσεως Ελεύθερων Επαγγελματιών |
| ΟΓΑ | Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων |
| ΟΟΣΑ | Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης |
| ΟΠΑΔ | Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου |
| ΠΕ.ΔΙ | Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΠΥ |
| ΠΕΣΥ | Περιφερειακό Εθνικό Σύστημα Υγείας |
| ΠΙΚΠΑ | Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Προστασίας & Αντιλήψεως |
| ΠΟΥ | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |
| ΠΦΥ | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας |
| ΣΔΙΤ | Σύμπραξη Δημοσίου Ιδιωτικού Τομέα |
| ΣΗΠ | Σύστημα Ηλεκτρονικής Προέγκρισης Φαρμάκων |
| ΣΗΣ | Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης |
| ΣΛΥ | Σύστημα Λογαριασμών Υγείας |
| ΣτΕ | Συμβουλίου της Επικρατείας |
| ΤΑΕ | Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων |
| ΤΑΠ – ΟΤΕ | Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Οργανισμού Τηλεπικοινωνιών Ελλάδος |
| ΤΑΥΤΕΚΩ | Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας |
| ΤΕΑΠΑΣΑ | Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης & Πρόνοιας Απασχολούμενων στα Σώματα Ασφαλείας |
| ΤΕΒΕ | Ταμείο Επαγγελματιών & Βιοτεχνών Ελλάδος |
| ΤΕΥ | Τοπική Επιτροπή Υγείας |
| ΤΚΑ | Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης |
| ΤΟΜΥ | Τοπικές Μονάδες Υγείας |
| ΤΠΕ | Τεχνολογία Πληροφοριών Επικοινωνίας |
| ΤΣΑ | Ταμείο Συντάξεως Αυτοκινητιστών |
| ΤΣΑΥ | Τομέας Σύνταξης & Ασφάλισης Υγειονομικών |
| ΤΥΔΚΥ | Τομέας Υγείας Δημοτικών & Κοινοτικών Υπαλλήλων |
| ΥΠΕ | Υγειονομική Περιφέρεια Ελλάδος |
| ΥΠΕΔΥΦΚΑ | Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης |
| ΦΑΥ | Φάκελος Υγείας |
| ΦΚΑ | Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης |
| ΦΥΚ | Φάρμακα Υψηλού Κόστους |

UNIVERSITY of NICOSIA

## Ξενόγλωσσες Συντομογραφίες

| | |
|---|---|
| AHA | Area Health Authorities |
| AHAs | Τοπικές Υγειονομικές Αρχές |
| AHRQ | Agency for Healthcare Research and Quality |
| Ba-Fin | Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht |
| BAS | Bundesamt für Soziale Sicherung |
| BMA | British Medical Association |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| CAM | Complementary and Alternative Medicine |
| CCGs | Clinical Commissional Groups |
| CDC | Centers for Disease Control and Prevention |
| CHIP | Chlidren's Health Insurance Program |
| CQC | Care Quality Commission |
| DHAs | Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft |
| EMTALA | Emergency Medical Treatment and Labort Act |
| EMS | Emergency Medical Services |
| FDA | Food and Drug Administration |
| FHSAs | Family Health Service Authorities |
| FMAP | Federal Medical Assistance Percentage |
| FTs | Foundation Trusts |
| GP | General Practitioner |
| HC | Functions |
| HMOs | Health Maintenance Organizations |
| HP | Providers |
| HF | Financing Schemes |
| HEE | Health Education England |
| HHS | Department of Human Health and Services |
| ICSs | Integrated Care Systems |
| IPAs | Independent Practice Associations |
| IRA | Inflation Reduction Act |
| ISTCs | independent sector treatment Centres |
| KBV | Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| KZV | Kassenzahnärztliche Vereinigungen |
| KZBV | Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung |
| KPIs | Key Performance Indicators |
| KV | Kassenärztliche Vereinigungen |
| KV's | Kassenärztliche Vereinigungen |
| NCPeH | National Contact Point for e-Health |
| NICs | National Insurance Contributions |
| NICE | National Institute of Health and Care Excellence |
| NIH | National Institutes of Health |
| NHS | National Health Service |
| OECD | Organization for Economic Co-Operation and Development |
| OECD | Organization for Economic Co-Operation and Development |
| PCGs | Primary Care Groups |
| PCTs | Primary Care Trusts |

| | |
|---|---|
| PFI | Private Finance Initiative |
| PPOs | Preferred Provider Organizations |
| RHA | Regional Health Authorities |
| RKI | Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο για τις λοιμώδεις και μη-μεταδοτικές ασθένειες |
| SHA | System of Health Accounts |
| SHAs | Strategic Health Authorities |
| SHIP | State Health Insurance |
| SVR | Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen |

UNIVERSITY of NICOSIA

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

## 1.1 Ερευνητικός σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η μελέτη του θεσμικού πλαισίου αναφορικά με το ζήτημα των παροχών υγείας στο ελληνικό κράτος πριν από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η αξιολόγηση της ποσότητας, της ποιότητας των νέων παροχών υγείας, καθώς και της διαφάνειας σχετικά με το εάν και κατά πόσο έχουν επιτευχθεί με την ενοποίηση των ταμείων, δηλαδή με τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Ως στόχοι του θεωρητικού πλαισίου της διατριβής ορίστηκαν οι εξής:

α. Αρχικά, κρίθηκε σκόπιμο να πραγματοποιηθεί μία ιστορική αναδρομή της οργανωτικής δομής του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και έπειτα να αναλυθεί το θεσμικό πλαίσιο των ποικίλων ασφαλιστικών ταμείων και οι παροχές που αυτά προσέφεραν ως το 2012, χρονιά κατά την οποία δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας. Η αναδρομή αυτή αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο της μελέτης καθώς αποδίδει με ακρίβεια την κατάσταση που επικρατούσε πριν την έλευση του ΕΟΠΠΥ. Η προσέγγιση αυτή αναπτύσσεται ώστε να γίνει όσο το δυνατόν πιο κατανοητή η μεταβολή που επήλθε μετά την ίδρυσή του.

β. Στη συνέχεια, επιχειρείται η αποτίμηση της ενοποίησης των ταμείων, η οποία πραγματοποιήθηκε χρονικά μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΠΥ. Ταυτόχρονα, μελετάται το θεσμικό πλαίσιο του οργανισμού καθώς και οι αλλαγές που προκλήθηκαν και οι νέες παροχές υγείας που θεσπίστηκαν. Ο παραπάνω στόχος αποτελεί, επίσης, ένα κρίσιμο στοιχείο της έρευνας, προκειμένου αυτή να προβεί στην αποτίμηση του συνολικού έργου του ΕΟΠΠΥ, η οποία επιχειρείται για πρώτη φορά σε διδακτορικό επίπεδο, έπειτα από έρευνα που έχει προηγηθεί, τα αποτελέσματα της οποίας θα οδηγήσουν κατά το μάλλον ή ήττον στη βελτιστοποίηση των παροχών του Οργανισμού.

γ. Τέλος, αποπειράται η κριτική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του Οργανισμού με τη μέθοδο της ποσοτικής έρευνας και συγκεκριμένα με 3 Υποθέσεις εργασίας - αν αυτή έχει επιτευχθεί και σε τι βαθμό- στα επίπεδα της ποσότητας, της ποιότητας και της διαφάνειας στα είδη των νέων παροχών Υγείας και συγχρόνως την υφιστάμενη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για να μελετηθούν οι 3 αυτές Υποθέσεις εργασίας και σε θεωρητικό πλαίσιο βάσει δημοσιευμένων άρθρων σε εφημερίδες και

περιοδικά, στο διαδίκτυο, άλλες έρευνες και μελέτες. Στα πλαίσια τόσο της ποσοτικής έρευνας όσο και της κριτικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας των δευτερογενών πηγών - με τα αποτελέσματα που θα ανακύψουν- πιθανολογείται ότι θα φωτιστούν καλύτερα οι ελλείψεις του οργανισμού, η ικανοποίηση από τις παροχές υγείας (τόσο στους πολίτες ασφαλισμένους όσο και στους παρόχους υγείας), το κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας βελτιώθηκαν ως προς την ποιότητα τους καθώς και το εάν και σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στον χώρο της υγείας με τις καινοτόμες αλλαγές, όπως αυτής της εισαγωγής του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ για κάθε πολίτη και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

## 1.2 Ερευνητικά ερωτήματα/Υποθέσεις Εργασίας

Σύμφωνα με το θεωρητικό προβληματισμό της συγκεκριμένης μελέτης ο οποίος αναφέρεται στην ιστορική αναδρομή του ελληνικού συστήματος υγείας και στις παροχές στους ασφαλισμένους πριν και μετά τη συνένωση των ταμείων υγείας και τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Υγείας (ΕΟΠΥΥ), στην παρούσα διατριβή επιχειρείται να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα του Οργανισμού σχετικά με τις δαπάνες και τις παροχές του, η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και το μέγεθος επίτευξης της διαφάνειας στην Υγεία με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**.**

Αναλυτικότερα η συγκεκριμένη εργασία εξετάζει:

- Το κατά πόσον οι δαπάνες Υγείας μειώθηκαν μετά τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ),
    - στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης
    - στον τομέα της Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης
- Εάν από τη λειτουργία του Οργανισμού και έπειτα έχει σημειωθεί βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας,
    - στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης
    - στον τομέα της Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης
- Κατά πόσον έχουν επιτευχθεί οι διαδικασίες διαφάνειας σχετικά με τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας και εάν έχει μειωθεί ή όχι, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μετά την δημιουργία του Οργανισμού (ΕΟΠΥΥ).

## 1.3 Περιγραφή περιγράμματος εργασίας

Στόχος της συγκεκριμένης διδακτορικής διατριβής αποτελεί η μελέτη σε θεωρητικό επίπεδο του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και οι βασικές μεταρρυθμίσεις του έως σήμερα με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ καθώς και η έρευνα 3 Υποθέσεων και συγκεκριμένα της αύξησης ή μείωσης των δαπανών υγείας, της αύξησης ή μείωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της αύξησης της διαφάνειας με την εφαρμογή των επιτευγμάτων της τεχνολογίας μέσω της μεθόδου της ποσοτικής έρευνας και η κριτική ανάγνωση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας των δευτερογενών πηγών. Για τη βέλτιστη κατανόηση και μελέτη της παρούσας διατριβής περιγράφονται παρακάτω τα κεφάλαια που την αποτελούν.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται οι έννοιες τους αγαθού «Υγεία» καθώς και οι παροχές και οι δαπάνες υγείας. Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται σε ιστορική αναδρομή του συστήματος Υγείας της Ελλάδας (από το 1821) έως και τη δημιουργία του ΙΚΑ (1937) και του ΕΣΥ (1981). Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η πολυμορφία του ασφαλιστικού συστήματος της Ελλάδος έως την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (2012). Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται εκτενώς 3 εντελώς διαφορετικά μεταξύ τους συστήματα υγείας της Αγγλίας (NHS-Μοντέλο Beveridge), της Γερμανίας (Μοντέλο Bismark) και τις ΗΠΑ (Φιλελεύθερο Μοντέλο). Επιτυγχάνεται η σύγκριση των τριών και η συμβολή τους στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) από τη δημιουργία του- το θεσμικό του πλαίσιο- τους στόχους του έως και τα σχέδια για το μέλλον του. Στο έκτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης διατριβής όσο και η περιορισμοί αυτής. Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας, καθώς και τα αποτελέσματα με την μελέτη της υφιστάμενης βιβλιογραφίας της κριτικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας των δευτερογενών πηγών. Τέλος στο όγδοο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα από τη διεξαγωγή των 2 ερευνών και οι εισηγήσεις που προέκυψαν για το μέλλον του ΕΟΠΥΥ.

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, ακολουθήθηκαν οι προδιαγραφές του επίσημου Οδηγού Διδακτορικών Διατριβών του Πανεπιστημίου Λευκωσίας, ο οποίος καθορίζει τη δομή, τη μορφοποίηση και τις αρχές επιστημονικής τεκμηρίωσης. Ο οδηγός ανακτήθηκε μέσω της σχετικής ηλεκτρονικής πύλης του Πανεπιστημίου και αποτέλεσε βασικό σημείο αναφοράς για την ορθή μεθοδολογική συγκρότηση του έργου. Επιπλέον, για τη σύνταξη των βιβλιογραφικών αναφορών επιλέχθηκε το πρότυπο APA (American Psychological Association), όπως προβλέπεται από τον οδηγό. Η βιβλιογραφία συλλέχθηκε συστηματικά από ακαδημαϊκές βάσεις

δεδομένων, επίσημες στατιστικές πηγές και επιστημονικά άρθρα, με στόχο την εξασφάλιση εγκυρότητας και αξιοπιστίας. Η χρήση ενιαίου συστήματος παραπομπών συνέβαλε στην ομοιομορφία και στην επιστημονική συνέπεια της διατριβής.

## 1.4 Μεθοδολογία έρευνας

Στο συγκεκριμένο πόνημα η έρευνα πραγματοποιείται, με ποσοτική έρευνα των 3 υποθέσεων εργασίας οι οποίες αφορούν την αύξηση ή τη μείωση των δαπανών υγείας, την ποιότητα και τη διαφάνεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης, σταχυολογεί την ίση κατανομή στους ασφαλισμένους και τις ελλείψεις που παρουσιάζει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Αναλυτικότερα θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση των ερωτημάτων με τη χρήση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου κυρίως, αλλά και ανοιχτού. Τα ερωτηματολόγια που θα δημιουργηθούν θα είναι πρωτογενή, δηλαδή δεν έχουν χρησιμοποιηθεί σε καμία άλλη έρευνα έως σήμερα- γι' αυτό και θα υλοποιηθεί αρχικά πιλοτική έρευνα. Τα ερωτηματολόγια θα είναι δύο, ανώνυμα και εμπιστευτικά οι απαντήσεις των οποίων θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την ολοκλήρωση της συγκεκριμένης διατριβής. Το ένα θα αφορά τους πολίτες- ασφαλισμένους καθώς και τους Υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ και το δεύτερο θα απευθύνεται στους παρόχους Υγείας, δηλαδή στους ιατρούς, φαρμακοποιούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους, προμηθευτές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, νοσηλευτές και άλλους, τόσο σε συμβεβλημένους παρόχους, όσο και σε μη συμβεβλημένους με τον Οργανισμό, ακόμα και σε υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας των παραπάνω ειδικοτήτων. Για τη διεξαγωγή των συμπερασμάτων θα γίνει χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 2.1, όπου στο πρόγραμμα αυτό εισάγονται δεδομένα και προκύπτουν αποτελέσματα σε πίνακες συχνοτήτων και γραφήματα.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιείται και μία άλλη έρευνα σχετικά με τις 3 υποθέσεις εργασίας, και συγκεκριμένα μία κριτική ανάγνωση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας των δευτερογενών πηγών για να μελετηθούν οι 3 Υποθέσεις εργασίας και σε θεωρητικό πλαίσιο. Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί στη θεωρητική θεμελίωση περικλείει μια μεθοδική ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας, την ανάλυση δεδομένων και στατιστικών αποτελεσμάτων από επίσημες πηγές, καθώς και την αξιολόγηση αντίστοιχων ερευνών, μελετών και επιστημονικών άρθρων. Ακολούθως, θα πραγματοποιηθεί μια ανάλυση του περιεχομένου που συλλέχθηκε με στόχο την ανάδειξη των κρίσιμων παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία του οργανισμού και σε σχέση με τις 3 υποθέσεις εργασίας της ποσοτικής έρευνας που ερευνώνται στο παρόν πόνημα. Τέλος, θα εκπονηθεί μια συγκριτική αξιολόγηση των συμπερασμάτων της ποσοτικής έρευνας των 3

υποθέσεων εργασίας και της έρευνας- της υφιστάμενης βιβλιογραφίας των δευτερογενών πηγών -με βάση δεδομένα από προηγούμενες αντίστοιχες μελέτες- ώστε να προκύψουν ορθά συμπεράσματα και να προβληθούν προτάσεις βελτίωσης.

## 1.5 Προστιθέμενη αξία της έρευνας

Η συγκεκριμένη διδακτορική διατριβή φιλοδοξεί να προεκτείνει την επιστημονική γνώση όσον αφορά στο θεωρητικό ερευνητικό πλαίσιο του ελληνικού συστήματος υγείας καθώς και στις βασικές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις του συστήματος που έχουν προκύψει με την πάροδο των ετών. Επίσης η βιβλιογραφική αναζήτηση θα εστιάσει στη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), το θεσμικό πλαίσιο του, τις παροχές υγείας, στον τρόπο λειτουργίας του καθώς και στη μελέτη 3 ξένων χωρών και συγκεκριμένα στα Συστήματα Υγείας της Αγγλίας, της Γερμανίας και των ΗΠΑ.

Άλλωστε, ας μη λησμονείται πως από την ίδρυσή του ΕΟΠΥΥ το 2012 δεν έχουν διενεργηθεί έρευνες σε διδακτορικό επίπεδο οι οποίες να μελετούν αναλυτικά τη λειτουργία του και την αποτελεσματικότητα του, στο σύνολο του Οργανισμού με τις πιο πρόσφατες μεταρρυθμίσεις έως σήμερα- με ποσοτική έρευνα στο εύρος των 3000 ερωτηματολογίων η οποία να μελετά την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού τόσο από την πλευρά των πολιτών αλλά και των παρόχων- παρά μόνο μία διδακτορική διατριβή για τις μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας της Ελλάδας από το 2012 έως το 2018 με ποιοτική έρευνα[1]- συνεντεύξεις- και σε επίπεδο μεταπτυχιακών εργασιών με ποσοτική έρευνα οι οποίες μελετούν την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ μόνο όμως από την πλευρά των ασφαλισμένων-χρηστών και όχι από την πλευρά των παρόχων- προμηθευτών υγείας και υγειονομικών υπαλλήλων όπως ταυτόχρονα μελετώνται στο παρόν πόνημα. Επιπρόσθετα δεν υπάρχει καμία μελέτη σχετικά με το κατά πόσον έχουν επιτευχθεί οι διαδικασίες διαφάνειας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και εάν έχει μειωθεί ή όχι, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Έπειτα από μελέτη- μπορούμε να σημειώσουμε ότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν- από την έρευνα που εκπονήθηκε στο παρόν πόνημα, παρουσιάζουν σημαντική ταύτιση με αντίστοιχα αποτελέσματα άλλων μεταπτυχιακών εργασιών που αφορούσαν το θέμα της αποτελεσματικότητας του ΕΟΠΥΥ από την πλευρά των χρηστών του. Στην ανάλυσή μου, επισημαίνονται αντίστοιχα προβλήματα όπως, η γραφειοκρατία και οι μεγάλες αναμονές στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Ειδικότερα, όλες οι εργασίες αναγνωρίζουν τις περιορισμένες

[1] «Αποτίμηση της Αποτελεσματικότητας των μεταρρυθμίσεων του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2012-2018», Βλάσση Αλεξάνδρα, Τμήμα Ιατρικής του Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη 2023

και υποβαθμισμένες υποδομές και την ανάγκη για εκσυγχρονισμό των διαδικασιών του οργανισμού, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών του. Αυτή η ταύτιση ενισχύει την αξιοπιστία των ευρημάτων και επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα για αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού.

Παράλληλα μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα που πραγματοποιείται και τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν αναφορικά με την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ, θα προκύψουν χρήσιμα επιστημονικά συμπεράσματα τόσο για τη λειτουργία του Οργανισμού όσο και του ΕΣΥ, καθώς θα συμβάλλουν στην κατανόηση και στη βελτιστοποίηση της λειτουργίας του Οργανισμού στο σύνολο του και του τομέα της υγείας γενικότερα. Μέσα από τη μελέτη και την παρουσίαση των παρεχόμενων υπηρεσιών, των οικονομικών προκλήσεων, της ανάλυσης των απαντήσεων των ασφαλισμένων πολιτών και υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ καθώς και των απόψεων του υγειονομικού προσωπικού-παρόχων υγείας είναι δυνατό να αναδειχθούν οι αδυναμίες και οι παθογένειες και να εξεταστούν ενδεδειγμένες λύσεις για να δημιουργηθεί εν τέλει ένα πιο αποδοτικό και βιώσιμο Σύστημα Υγείας.

Επιπλέον, ενδέχεται να επιτευχθεί μια ορθότερη διαχείριση των πόρων, ισότιμα κριτήρια πρόσβασης των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τέλος μια γενικότερη προώθηση και υποστήριξη της δημόσιας υγείας από το κράτος με εκσυγχρονισμό του ΕΟΠΥΥ. Παράλληλα, αναμένεται να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τους φοιτητές και τους ερευνητές, οι οποίοι στοχεύουν να εμβαθύνουν σε αντικείμενα και τομείς όπως η δημόσια διοίκηση και η πολιτική της υγείας, ενισχύοντας την ακαδημαϊκή γνώση και προασπίζοντας την επιστημονική έρευνα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Ειδικότερα, θα μελετηθούν στο παρόν πόνημα τόσο οι δαπάνες υγείας όσο και οι παροχές Υγείας από τη δημιουργία του Οργανισμού και έπειτα και το πόσο καλύπτουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων-ασθενών και το επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών Υγείας που παρέχει το Κράτος στους ασφαλισμένους μέσω του ΕΟΠΥΥ. Η βελτίωση της ποιότητας συμβάλλει όχι μόνο στην τελειοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας προς τους πολίτες αλλά και γενικότερα στην οικονομική ανάπτυξη, μέσω της μείωσης του κόστους, της εισαγωγής καινοτόμων μεθόδων ελέγχων και εργασίας, της αύξησης της αποτελεσματικότητας και της αποκρυστάλλωσης της διαφάνειας της διοίκησης.

Συνάμα, ένα άλλο ζήτημα που θα μελετηθεί στη συγκεκριμένη εργασία είναι η άποψη των παρόχων Υγείας -συμβεβλημένων και μη- με τον ΕΟΠΥΥ και γενικότερα των υγειονομικών σε σχέση με το τι πιστεύουν περί της μείωσης των δαπανών, της αύξησης των

παροχών υγείας, την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, παρατίθεται η κρίση τους για τις αλλαγές που επήλθαν στο επάγγελμα τους από την ενοποίηση των ταμείων και τη δημιουργία του Οργανισμού τόσο αναφορικά με την κόπωσή τους όσο και με το εισόδημά τους, καθώς και εάν διευκολύνθηκε η εργασία τους γενικότερα με την εισαγωγή των καινοτόμων αλλαγών στην υγεία και ειδικότερα με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την τεχνολογία γενικότερα.

Σε όλα τα παραπάνω συμβάλλει και η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης της οποίας τον αντίκτυπο θα εξετάσουμε στην συγκεκριμένη μελέτη αναζητώντας, μεταξύ άλλων, το μέγεθος της συμβολής της στη διαφάνεια και στην ποιότητα καθώς και στην ίση κατανομή των παροχών υγείας στους ασφαλισμένους. Με βάση την υφιστάμενη βιβλιογραφική ανασκόπηση απαραίτητη βιβλιογραφική ανασκόπηση των δευτερογενών πηγών και από την ποσοτική έρευνα που θα πραγματοποιηθούν, θα αποκαλύψουν αποτελέσματα που βασίζονται στις ελλείψεις που παρουσιάζει το ΕΣΥ γενικότερα. Όλα τα παραπάνω σε τόσο συγκεντρωτικό επίπεδο και μεγάλης σε έκταση έρευνας τίθενται για πρώτη φορά σε επίπεδο διδακτορικής διατριβής και πιθανολογείται ότι θα συμβάλλουν στο να απαντηθούν σωστά και -με το πέρας της έρευνας- θα μελετηθούν και θα περιγράφουν τα ανωτέρω αποτελέσματα ώστε να συμβάλουν στην προαγωγή της Υγείας γενικότερα.

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

## 2.1 Η έννοια του Αγαθού Υγεία

Το αγαθό της υγείας θεωρείται προϋπόθεση για την απόλαυση της ζωής. Ο σωματικά και ψυχικά υγιής άνθρωπος είναι ικανός να βιώνει υγιή συναισθήματα, να παράγει και να δημιουργεί. Η υγεία συμβάλλει στην επίτευξη της ατομικής και συλλογικής ευημερίας. Από την άλλη πλευρά, η ασθένεια, η οποία δύναται να προκαλέσει μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων που επιφέρει στο σύνολο της κοινωνίας, ενίοτε θεωρείται ως μία μορφή παρέκκλισης, η οποία, με τη σειρά της, συνεπάγεται τρόπον τινά αδυναμία εκπλήρωσης διάφορων κοινωνικών ρόλων (Gochman, 1988; Galea, 2021).

Βάσει των προαναφερθέντων, θεωρείται ότι εκ των πραγμάτων αποδίδεται αξία στην υγεία για τρείς βασικούς λόγους:

1. Ο Πρώτος εξ' αυτών σχετίζεται με το γεγονός ότι η υγεία είθισται να αποτελεί τον καταλύτη για την εκπλήρωση στόχων του ανθρώπινου προορισμού και επομένως είναι ζωτικής σημασίας για όλες τις εκφάνσεις της βιολογικής αλλά και της κοινωνικής μας ζωής.
2. Ακολούθως, διότι ο ρόλος της ασθένειας συνδέεται με τις καταστάσεις της δυσφορίας και του ανεπιθύμητου.
3. Τέλος, διότι η υγεία αποτελεί μία επιθυμητή και ιδεατή κατάσταση.
   (Downie et al., 1996; Galea, 2021)

Επιπρόσθετα, η καθοριστική επίδραση της υγείας στην ευημερία των κοινωνιών και στην οικονομική ανάπτυξη έχει αναγνωριστεί διεθνώς, στοιχείο που εξηγεί και το συχνό χαρακτηρισμό της ως «οικονομικής μηχανής» (Mirvis et al., 2008).
Για όλους τους ανωτέρω λόγους, τα κράτη παγκοσμίως καταβάλλουν συνεχείς προσπάθειες ώστε να ρυθμίσουν και να διαμορφώσουν τα συστήματα υγείας με τέτοιον τρόπο, ώστε να εξασφαλίσουν τις βέλτιστες δυνατές λύσεις αναφορικά με την κατάσταση της υγείας των πληθυσμών τους.

Καθίσταται, συνεπώς, σαφές ότι η υγεία του πληθυσμού ενός κράτους αποτελεί έναν εξαιρετικά κρίσιμο δείκτη για την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Μαζί με την επιστημονική και την τεχνολογική εξέλιξη βελτιώνεται η ποιότητα της ζωής καθώς και η ευημερία των πολιτών. Στην ιστορία της παγκόσμιας ιατρικής επιστήμης εντοπίζεται

πληθώρα προσεγγίσεων για τον τρόπο με τον οποίο κάθε πολιτισμός σε κάθε εποχή αντιλαμβάνεται την έννοια της υγείας. Παρά τις διαφορετικές προσπάθειες ορισμού της παρατηρείται η καθολική αναγνώριση της υψηλής της σημασίας (Schimidt,2010; Moon et al., 2017).

Ήδη από την αρχαιότητα οι Έλληνες, όπως ο Αλκμαίων ο Κροτωνιάτης, τόνισαν τη σχεσιακή συνθήκη της έννοιας της δικαιοσύνης με αυτήν της υγείας. Ο φιλόσοφος θεωρούσε την υγεία ως μία κατάσταση ισονομίας. Με άλλα λόγια την ισορροπία του συνόλου των μερών του οργανισμού. Σύμφωνα με τον Πλάτωνα, αντιστοίχως, η υγεία οριζόταν ως η ευημερία της ψυχής στο σώμα και, πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την τριμερή διαίρεση της ψυχής στην οποία πίστευε, την επικυριαρχία του λογιστικού επί του επιθυμητικού. Για τον Αριστοτέλη, η υγεία ήταν η προϋπόθεση για την επιτυχία ενός στόχου. Με άλλα λόγια η ύπαρξη υγείας και σωματικής ευεξίας έδινε περισσότερες ευκαιρίες για επιτυχία (Aristotle., 1926; Schimidt,2010; Moon et al., 2017).

Η υγεία θεωρείται πολυδιάστατη έννοια (Boruchovitc & Mednick 2002). Σύμφωνα με τον Luck (2000), η υγεία είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ικανοποίηση αναγκών ή προσδοκιών αλλά και με την ανταπόκριση ή προσαρμογή στις συνθήκες του περιβάλλοντος και οι διαστάσεις της είναι:

- **Σωματική,** όπου αφορά τη λειτουργία του σώματος
- **Ψυχική**, αφορά τον ψυχισμό και την καθαρή σκέψη
- **Συναισθηματική,** σχετίζεται καθαρά με τα συναισθήματα
- **Κοινωνική**, σύμφωνα με την ικανότητα δημιουργίας δεσμών αλληλεγγύης
- **Πνευματική**, αφορά πεποιθήσεις και πρακτικές
- **Κοινωνιακή,** σχετίζεται με το περιβάλλον του κάθε ατόμου (Ewles, & Simnett, 2003)

Οι πλέον γνωστές προσεγγίσεις της υγείας στην διεθνή βιβλιογραφία - αποδίδουν εναλλακτικές διαστάσεις όπως :

- **Το βιοϊατρικό πρότυπο,** αποδίδει τον ορισμό της υγείας ως απουσία της νόσου
- **Το ολιστικό πρότυπο**, το οποίο σταχυολογεί το άτομο ως όλον (συνολική αποτίμηση) συμπεριλαμβανομένης τόσο της σωματικής και της ψυχικής, όσο και της κοινωνικής διάστασης της υγείας, στοιχεία άρρηκτα συνδεδεμένα και σε συνεχή αλληλεπίδραση.

- **Το πρότυπο της «ιδανικής υγείας»**, το οποίο αναφέρεται στην πλήρη δυναμική του ατόμου.
- **Το περιβαλλοντικό πρότυπο**, το οποίο εντάσσει την υγεία σε μια εξίσωση που εμπεριέχει τα επίπεδα προσαρμοστικότητας του ατόμου στο περιβάλλον του.
- **Το εκλεκτικό πρότυπο**, στο οποίο η υγεία τεκμαίρεται ως η παραγωγικότητα με αρνητικούς όρους και αποτυπώνει τη μαρξική οπτική για τον καπιταλισμό (Larson, 1991; Galea, 2021).

Σήμερα, η υγεία θεωρείται, ίσως, το σημαντικότερο αγαθό για την ανθρώπινη ζωή και η θέση αυτή αποτελεί κοινό τόπο και πάγιο αίτημα για την πλειονότητα των κρατών που επενδύουν υψηλά ποσά για να την εξασφαλίσουν (Δημουλάς, 2011). Παρ΄ όλα αυτά η επίτευξη της διασφάλισής της  για όλους είναι ένα δύσκολο εγχείρημα.

Στην Ελλάδα, σύμφωνα με το άρθρο 21, παράγραφος 3 του Συντάγματος, το κράτος οφείλει «να νοιάζεται για την υγεία των πολιτών και να λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των πολιτών» (Τεύχος Α΄ 211/24.12.2019). Η προάσπιση του δικαιώματος της υγείας και η ανάγκη περίθαλψης των πολιτών φανερώνουν την υψηλή σημασία του αγαθού της υγείας.

Η έννοια του όρου υγεία, ωστόσο, δεν έχει προσδιοριστεί με ακρίβεια από τον νομοθέτη καθώς για αυτήν έχουν διατυπωθεί ποικίλες απόψεις. Ο ΠΟΥ στην προσπάθειά του να προσδιορίσει σαφέστερα τον όρο, ορίζει την υγεία στο προοίμιο του καταστατικού του χάρτη (1946) ως «την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απολύτρωση από ασθένεια και αναπηρία».[2]

Το δικαίωμα στην υγεία – πέρα από την κοινωνική του φύση που αναφέρθηκε παραπάνω – είναι και ατομικό αφού σύμφωνα με το άρθρο 7, παράγραφος 2 «τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική βλάβη υγείας ή άλλη μορφή όπως άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη υπονόμευση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται δια νόμου» (Τεύχος Α’, 211/24.12.2019,). Ταυτόχρονα, σημαντική κρίνεται και η κατοχύρωση του δικαιώματος για προάσπιση της υγείας και της γενετήσιας ταυτότητας, μετά και την σχετική αναθεώρηση του 2001 που καθορίζει ότι: «Οποιοδήποτε έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Ως εκ τούτου,

[2]Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. (https://www.who.int/about/who-we-are/constitution, πρόσβαση στις 13 Φεβρουαρίου 2021).

ορίζεται επίσης από το Σύνταγμα η προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων.»

Εν συνεχεία, όσον αφορά στη φύση του δικαιώματος της υγείας, είναι απαραίτητο να επισημανθεί η άμεση σύνδεσή του με την ευθύνη της πολιτείας. Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 1 του Νόμου 1397/1983 αναφορικά με το ΕΣΥ αναλύεται ότι «το κράτος έχει την κύρια ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας εν συνόλω των πολιτών», ενώ στο ίδιο άρθρο δηλώνεται ότι «υπάρχει ισότιμος διαμοιρασμός στις παροχές υγείας σε κάθε πολίτη ανεξαρτήτως από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από το ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας» (Ν.1397/1983). Μάλιστα, με νομολογία του Συμβουλίου της Επικρατείας (ΣτΕ 400/86) το άρθρο 21.3 «ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος υποχρέωση του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους δίνει το δικαίωμα να απαιτήσουν από την Πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρέωσής της» (Αρ. απόφασης Α 400/86).

Η συνταγματική κατοχύρωση του αγαθού της υγείας κρίνεται απαραίτητη για ένα κράτος δικαίου καθώς αυτή παρουσιάζει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Αρχικά, χαρακτηρίζεται ως μία αβέβαιη κατάσταση τόσο αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας όσο και σε σχέση με το αποτέλεσμα της χρήσης αυτών. Η ανισορροπία της πληροφόρησης των ασθενών συγκριτικά με τους γιατρούς προκαλεί μαζί με την αβεβαιότητα το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης στον τομέα της υγείας. Επιπρόσθετα, είναι σοβαρό το ζήτημα του μονοπωλίου στον τομέα της υγείας, καθώς δύναται να αρθεί κάθε ανταγωνισμός στην ιατρική κοινότητα. Οι ασθενείς σπάνια αλλάζουν γιατρό και έτσι είναι πολλές οι φορές που στην ιατρική κοινότητα παρουσιάζονται φαινόμενα αισχροκέρδειας (Arrow, 1963; Μαλλιαρού κ.ά., 2011).

Σύμφωνα με τον Arrow, η στενή σύνδεση της υγείας με την ευημερία και την οικονομική ανάπτυξη έχει αναγνωριστεί ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία, γεγονός που δικαιολογεί την αντιμετώπισή της ως βασικού μοχλού οικονομικής και κοινωνικής προόδου. Υπέδειξε επίσης την ανάγκη, να αποτελέσει η υγεία, και τα σχετιζόμενα με αυτήν, δημόσιο[3] και όχι ιδιωτικό[4] αγαθό . Συγκεκριμένα, υποστήριξε ότι η υγεία πρέπει να παρέχεται ισότιμα.

[3] Ως δημόσιο αγαθό ορίζεται αυτό το οποίο διατίθεται σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες και η ποσότητά του δε δύναται να επιμεριστεί ή να εξατομικευτεί (Υφαντόπουλος, 2003: 238).

[4] Ως ιδιωτικό αγαθό ορίζεται αυτό το οποίο η ποσότητα και η τιμή του διαφέρει και τα οφέλη του μπορούν να απολαύσουν όσοι δύνανται να καταβάλλουν το αντίστοιχο αντίτιμο (Υφαντόπουλος, 2003: 238).

Δηλαδή με βάση τις ανάγκες των πολιτών και όχι της οικονομικής κατάστασης τους ή του κοινωνικού τους υποβάθρου. Σύμφωνα με την παραπάνω φιλοσοφία, η υγεία και οι υπηρεσίες που την αφορούν οφείλουν να κατανέμονται στο σύνολο των ατόμων που διαβιούν εντός της κοινωνίας. Κανένας δεν πρέπει να αποκλείεται από αυτήν ανεξάρτητα από τη δυνατότητά του ή όχι να ανταπεξέλθει στις οικονομικές της απαιτήσεις. Επίσης, ο ίδιος τονίζει ότι η φύση ορισμένων ασθενειών δημιουργεί τον κίνδυνο μετάδοσης τους από ένα άτομο σε άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου και, λόγω του μονοπωλίου της πληροφόρησης σε θέματα υγείας, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να διαπραγματεύεται τις τιμές και να αξιολογεί την θεραπεία του (Arrow, 1963; Galea, 2021).

Μάλιστα ο ίδιος αρχικά επισημαίνει ότι η ιδιαίτερη φύση του αγαθού της υγείας συνδέεται με την αβεβαιότητα, την ασύμμετρη πληροφόρηση και την περιορισμένη δυνατότητα των ασθενών να αξιολογούν τόσο την ποιότητα όσο και την αναγκαιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στοιχεία που διαφοροποιούν ουσιωδώς την αγορά υγείας από τις συνήθεις αγορές αγαθών και υπηρεσιών (Arrow, 1963; Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2024).

Συνεπώς, επειδή οι επιδράσεις της ασθένειας διαχέονται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο και στην περίπτωση της υγείας δεν πληρούνται οι αρχές του ανταγωνισμού, το αγαθό της υγείας δεν μπορεί να θεωρείται εμπόρευμα και ιδιωτικό αγαθό (Νιάκας, 1993; Επιτροπή Ανταγωνισμού, 2024). Την άποψη αυτή έρχεται να πληρώσει και το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα, κάτι που καθιστά επιτακτικό το αίτημα για μεγιστοποίηση της κρατικής παρέμβασης (Titmus, 1970; Galea, 2021).

Επομένως, και εφόσον η υγεία θεωρείται ένα πολύτιμο κοινωνικό αγαθό δεν μπορεί να είναι εμπορεύσιμη με στόχο το κέρδος, οπότε δεν μπορεί να καθοριστεί και με βάση τις αρχές της αγοράς, παρουσιάζει πολλές ιδιαιτερότητες λόγω των οποίων δεν μπορούν να ισχύουν οι κανόνες της ελεύθερης αγοράς (Fuchs, 2010). Οι περισσότερες χώρες της ΕΕ έχουν θεσμοθετήσει το μοντέλο διαχείρισης της υγείας ως κοινωνικό αγαθό το οποίο πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως, και η κατανομή του μέσω της ελεύθερης αγοράς είναι γενικά ανεπιθύμητη για λόγους οικονομικής αποδοτικότητας και δίκαιου καταμερισμού, με γνώμονα την υγεία ως υπέρτατο αγαθό της ανθρώπινης φύσης (Henderson & Petersen, 2002; Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία, 2025).

Είναι προφανές πως στον τομέα της υγείας επικρατούν δύσκολες συνθήκες και πως η φροντίδα υγείας ως αγαθό είναι διαφορετικό από τα άλλα αγαθά (Lineaweaver, 2008). Οι

βασικότεροι λόγοι διαφοροποίησης αυτής είναι η ασυμμετρία της πληροφόρησης, η αναντιστοιχία στην ζήτηση, η έλλειψη σωστής λήψης αποφάσεων αναφορικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες, η αβεβαιότητα, ο ηθικός κίνδυνος όπου όταν πληρώνει το κράτος- η κατανάλωση υπηρεσιών αυξάνεται, ο μειωμένος ανταγωνισμός, οι έντονοι ρυθμοί εργασίας που χαρακτηρίζει τα επαγγέλματα υγείας, η ζήτηση σε σχέση με την προσφορά και τις πραγματικές ανάγκες, η πρόοδος της τεχνολογίας, οι εξωτερικοί παράγοντες και το περιβάλλον όπου επηρεάζουν τόσο την κατάσταση της υγείας των πολιτών όσο και την ένταση και ακολούθως την επέκταση του προβλήματος.

Έτσι, εφόσον η υγεία κατατάσσεται στα δημόσια αγαθά και χαρακτηρίζεται ως πολύτιμο κοινωνικό αγαθό, χαρακτηρίζεται από αδιαιρετότητα πράγμα που σημαίνει ότι το σύνολο των πολιτών μπορούν να την απολαμβάνουν (Arrow, 1963; Galea, 2021). Το τελευταίο θεωρείται, σήμερα, η κρισιμότερη πρόκληση που έχει να αντιμετωπίσει η πολιτεία. Η ανάγκη των ισότιμων παροχών υγείας κρίνεται επιτακτική ειδικά σε περιόδους οικονομικών κρίσεων ή σε περιοχές που ταλανίζονται από οικονομικά ή/και κοινωνικά προβλήματα.

Τα συστήματα υγείας, επομένως, οφείλουν να επενδύουν στην υγεία ως τον υψηλότερο σημασίας κλάδο που εξασφαλίζει την ευζωία και την ευτυχία των πολιτών τους. Οι παροχές υγείας, που μελετώνται σε αυτή την εργασία είναι απαραίτητο να μην αποτελούν προνόμιο αλλά αναφαίρετο δικαίωμα και ένα σύγχρονο σύστημα υγείας πρέπει να εξασφαλίζει το δικαίωμα στην υγεία σε υψηλό ποιοτικά επίπεδο, τόσο για τον κάθε πολίτη όσο και για τη Δημόσια Υγεία, στο σύνολο της.

## 2.2 Παροχές Υγείας

Στον ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία εκτός από τη σωματική υγεία συμπεριλαμβάνονται και ψυχό-κοινωνικοί παράγοντες, που πιστεύεται ότι συμβάλλουν στον καθορισμό αυτού που μπορεί να οριστεί ως «υγεία υψηλού επιπέδου» (Ιωαννίδη κ.ά., 1999). Η εξασφάλιση της υγείας προϋποθέτει ένα ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών, το οποίο εκτείνεται από την προαγωγή και την πρόληψη έως τη θεραπεία και την αποκατάσταση (WHO & UNICEF, 1978).

Με τον όρο ασφαλιστικές παροχές καλούνται όλα εκείνα τα μέτρα για την πρόληψη, αποκατάσταση ή την μείωση των αποτελεσμάτων που επιφέρουν οι διάφοροι κίνδυνοι λόγω πολλαπλών συνεπειών όπως ανθρώπινων, βιολογικών και κοινωνικό-οικονομικών

δραστηριοτήτων. Οι ασφαλιστικές παροχές υγείας έχουν ως προϋπόθεση να καταπραΰνουν τους πολίτες από την ενδεχόμενη επίπτωση των κινδύνων της ασθένειας είτε εξασφαλίζοντας εξ' ολοκλήρου την οικονομική απώλεια του εισοδήματος, είτε συμπληρώνοντας μέρος αυτής που προκλήθηκε από την διακοπή της εργασίας. Παράλληλα, οι ασφαλιστικές παροχές υγείας έχουν ως στόχο να προλαμβάνουν το κίνδυνο της ασθένειας ή να αποκαταστήσουν ενδεχόμενη σωματική βλάβη σε περιπτώσεις όπως προαναφέρθηκαν. Οι πρώτες παροχές ονομάζονται παροχές σε χρήμα, ενώ οι δεύτερες παροχές σε είδος (Σούλης, 1989; Jongen et al., 2018).

Οι παροχές σε χρήμα είναι παροχές για:

- Διατήρηση του εισοδήματος.
- Παροχές αποκατάστασης ειδικών επιβαρύνσεων
  (Οι τελευταίες διακρίνονται σε μακροπρόθεσμες περιοδικές παροχές και σε βραχυπρόθεσμες περιοδικές παροχές, που διαρκούν μέχρι να εξουδετερωθούν οι επιπτώσεις του κινδύνου, και σε εφάπαξ παροχές)

Οι παροχές σε είδος μπορούν:

- να προσφέρονται από τον ίδιο τον ασφαλιστικό φορέα μέσω αυτόνομων παραγόμενων υπηρεσιών,
- να αγοράζονται από τον ασφαλισμένο ασθενή από οποιοδήποτε φορέα ή άτομο που παράγει αγαθά και υπηρεσίες υγείας και να αποζημιώνονται μερικώς ή ολικώς από τον ασφαλιστικό φορέα,
- επίσης οι παροχές μπορούν να προσφέρονται από συμβεβλημένους παραγωγικούς φορείς υγείας (Σούλης, 1989; Baxter, et al., 2018).

Οι παροχές αυτές διακρίνονται σε εκείνες όπου υπάρχει επιστροφή- αποζημίωση (μερική ή ολική) χρηματικών καταβολών και σε αυτές που υπάρχει άμεση προμήθεια σε είδος. Οι παροχές σε είδος- μπορούν να περιλαμβάνουν παροχές για ιατρική περίθαλψη, για προληπτική ιατρική, για νοσοκομειακή περίθαλψη, για φάρμακα και διάφορα άλλα φαρμακευτικά αγαθά και σκευάσματα, για ιατρικές και άλλες εξετάσεις, για εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικές- ακτινολογικές και άλλες), για προμήθεια ιατρικών ειδών και υγειονομικού υλικού, για προμήθεια ορθοπεδικών ειδών- ακουστικών βαρηκοΐας, για προμήθεια οπτικών ειδών, για φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, για θεραπείες λουτροθεραπείας, αεροθεραπείες, για μετακινήσεις χρόνιων ασθενών όπως νεφροπαθών, καρκινοπαθών και άλλων.

Το σύνολο των αναγκών του πληθυσμού καλύπτονταν, στην περίοδο πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, από τριάντα – περίπου – διαφορετικά μεταξύ τους ασφαλιστικά ταμεία και κλάδους ασφάλισης. Η ύπαρξη τόσων πολλών και διαφορετικών μεταξύ τους ταμείων επέφερε την πληθώρα παροχών (Οικονόμου, 2012). Πολλές και σημαντικές ήταν οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνταν κυρίως όσον αφορά την ποιότητα των παροχών που ήταν απόλυτα εξαρτημένη από τον αντίστοιχο οργανισμό που τις πρόσφερε.

Συγκεκριμένα το 50% του πληθυσμού καλυπτόταν από το ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων- όλοι οι υπάλληλοι του ιδιωτικού τομέα και οι εργάτες), το 20% από τον ΟΓΑ (αγρότες), το 13% από τον ΟΑΕΕ (ελεύθεροι επαγγελματίες και έμποροι), το 12% από τον ΟΠΑΔ (δημόσιοι υπάλληλοι και στρατιωτικοί) ενώ το 10% αποτελούνταν από διάφορα ταμεία όπως ΔΕΗ (υπάλληλοι στην Εταιρεία Ηλεκτρισμού Ελλάδος) ΤΣΑΥ (γιατροί – φαρμακοποιοί), ΤΥΔΚΥ(δημοτικοί υπάλληλοι), Οίκος Ναύτου και άλλα.

Η περιφερειακή και τοπική αυτοδιοίκηση, από την άλλη πλευρά, δεν ήταν ικανή να ανταπεξέλθει στις υψηλές απαιτήσεις καθώς δεν υπήρχε η απαραίτητη εμπειρία (Οικονόμου, 2012; Greenhaldh & Papoutsi, 2018). Ο ιδιωτικός τομέας, ωστόσο, παρά το γεγονός ότι δεν ήταν ενταγμένος στο κεντρικό σχεδιασμό προσέφερε –και συνεχίζει να το πράττει- τα μέγιστα στην παροχή υπηρεσιών. Όμως, δεν αρκεί παρά για να καλύψει μόνο ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού. Οι ιδιωτικές εταιρίες, άλλωστε, τείνουν να ακολουθούν μία επιλεκτική πολιτική με βασικό αποδέκτη τον υγιή και νεαρό πληθυσμό.

Ήδη από το 1998 αναπτύχθηκαν αρκετά προγράμματα φροντίδας της υγείας για παροχή εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής κάλυψης βάσει των προτύπων που τέθηκαν από τους Οργανισμούς Διαχείρισης Υγείας και από τους Οργανισμούς Επιλεγμένων Προμηθευτών . Σε αυτό το σημείο είναι ουσιαστικό να αναφερθεί ότι οι ιδιωτικές εταιρίες δεν παρέχουν οδοντιατρική φροντίδα, παροχές εναλλακτικής ιατρικής, οφθαλμολογικές υπηρεσίες και πλαστική χειρουργική. Δεν συμπεριλαμβάνονται, επίσης, καλύψεις για ασθενείς με μακροχρόνιες ή προυπάρχουσες παθήσεις (Οικονόμου, 2012; Greenhaldh & Papoutsi, 2018).

Σύμφωνα με τον νόμο 1397/1983,με τον οποίο καθιερώθηκε το ΕΣΥ «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας εν συνόλω των πολιτών» (Άρθρο 1), ενώ ταυτόχρονα «οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται με ίσους όρους σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και

αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου» (Άρθρο 2).

Η συγκρότηση και η έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε ένα σπουδαίο εγχείρημα που επηρέασε άμεσα τόσο την κοινωνική ασφάλιση όσο και τις παροχές υγείας. Με τη δημιουργία του έγινε πραγματικότητα η ενοποίηση όλων των επιμέρους κλάδων υγείας και ασφαλιστικών ταμείων ενώ σηματοδοτήθηκε η αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας του ελληνικού κράτους. Ανάμεσα στους κύριους σκοπούς του οργανισμού είναι οι υπηρεσίες υγείας τόσο στους ασφαλισμένους και τους συνταξιούχους αλλά και στα προστατευόμενα μέλη αυτών (ν.3918/2011).

Η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα γίνεται από τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων και περιφερειακά ιατρεία κέντρων υγείας), τις υγειονομικές δομές του πρώην ΙΚΑ και λίγων πολυιατρείων άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα (συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία, συμβεβλημένα ιατρικά εργαστήρια και συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα καθώς και από συμβεβλημένους θεραπευτές ειδικών θεραπειών και συμβεβλημένους παρόχους ιατρικών ειδών). Η παροχή δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας γίνεται από τα δημόσια νοσοκομεία, τα στρατιωτικά νοσοκομεία και από τις συμβεβλημένες με τον Οργανισμό κλινικές και τα ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Ειδικότερα, ό όρος «παροχή υγείας» περικλείει τα εξής:

α. πρόληψη και προαγωγή της υγείας,

β. πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη με τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις που περιλαμβάνει,

γ. φαρμακευτική περίθαλψη,

δ. εργοθεραπεία, λογοθεραπεία αλλά και ψυχοθεραπεία σε ενήλικες,

ε. φυσικοθεραπευτικές πράξεις,

στ. οδοντιατρική περίθαλψη (προληπτική, θεραπευτική, προσθετική),

ζ. λογοθεραπεία, εργοθεραπεία και ψυχοθεραπεία σε Παιδιά και Εφήβους,

η. νοσοκομειακή περίθαλψη,

θ. αποζημίωση αποκλειστικής νοσοκόμας σε δημόσια νοσοκομεία,

ι. αποζημίωση μετακίνησης ασθενών για ιατρικό σκοπό,(νεφροπαθείς- καρκινοπαθείς)

κ. αποζημίωση δαπανών τοκετού μόνο για τοκετό στο σπίτι,

λ. ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή,

μ. παροχές υγείας σε είδος σε κράτη – μέλη της Ε.Ε. και λοιπές χώρες,(μόνο για έκτακτες καταστάσεις)

ν. αποζημίωση θεραπευτικών μέσων και προθέσεων, τεχνικών μέσων υγείας – πρόσθετη περίθαλψη,

ξ. αποζημίωση λουτροθεραπείας, χορήγηση επιδόματος αεροθεραπείας και κάθε άλλης αποζημίωσης που θα αποφασίσει το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ ή θα θεσπιστεί με νόμο». (Αριθμ. /Γ.Π. 46846 – ΦΕΚ Τεύχος Β 2315/19.06.2018).

ο. αποζημίωση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και υγειονομικού υλικού

Σύμφωνα με την τροποποίηση και αντικατάσταση, της με αριθμ. πρωτ. Φ.90380/25916/3294/31.10.2011 (Β΄ 2011) ΚΥΑ, όπως ισχύει, με θέμα «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ με την Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846 – ΦΕΚ Τεύχος Β 2315/19.06.2018 ο ΕΟΠΠΥ:

α. Ενσωματώνει τη ρύθμιση για την κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών.

β. Εξορθολογικοποιεί με σαφείς κώδικες, ανά κατηγορία πάθησης (ICD10), τη διαδικασία χορήγησης και αποζημίωσης των Σκευασμάτων Ειδικής Διατροφής, δηλαδή για τα Τρόφιμα για Ειδικούς Ιατρικούς Σκοπούς.

γ. Δημιουργεί έναν νέο χώρο στα πλαίσια συμβάσεων με τις ιδιωτικές κλινικές που διαθέτουν Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) για την κάλυψη των ασθενών, με σκοπό τη διάθεση συγκεκριμένο αριθμό κλινών στους ασφαλισμένους πολίτες και να ενημερώνουν ανελλιπώς το ΕΚΕΠΥ για τη διαθεσιμότητα των κλινών αυτών.

δ. Θεσμοθετεί τη δυνατότητα σύμβασης του Οργανισμού με αυτούσιες ιδιωτικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ), αφού προηγουμένως έχει γίνει εκτίμηση αναφορικά με το οικονομικό όφελος των συμβάσεων αυτών σε σχέση με τη δαπάνη νοσηλείας σε ιδιωτικές κλινικές για τις ίδιες πράξεις.

ε. Ρυθμίζει με τον αποδοτικότερο τρόπο την αποζημίωση των θεραπειών υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας.

στ. Ρυθμίζει με ακρίβεια τους όρους νοσηλείας και σε δεύτερο χρόνο αποζημίωσης για τις θεραπείες Χρόνιων Παθήσεων, και, συνάμα, εισάγει καθοριστικό πλαίσιο για τη νοσηλεία σε Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας.

ζ. Διαχωρίζει την κατηγορία συμμετοχής σε φυσικοθεραπείες ανάλογα με το είδος της πάθησης: Ήτοι μηδενική συμμετοχή για τα χρόνια νοσήματα και συμμετοχή 15% για παροδικές καταστάσεις.

η. Προσαρμόζει τις παροχές για την ειδική αγωγή στο πρόσφατο πόρισμα της Επιστημονικής Επιτροπής του Υπουργείου για την Ειδική Αγωγή.

θ. Ρυθμίζει με σαφείς κανόνες τη διαδικασία χορήγησης και αποζημίωσης των επιθεμάτων ανά κατηγορία διαταραχής (ICD10) και άλλων ειδών υγειονομικού υλικού.

ι. Ορίζει σε μηδενική τη συμμετοχή για αναλώσιμα υλικά σοβαρών χρόνιων και νεοπλασματικών παθήσεων και συσκευών, τροποποιώντας εξ ολοκλήρου και το πλαίσιο των συμβάσεων με τους παρόχους, έχοντας ως κύριο μέλημα την ενοικίαση και όχι την προμήθεια-αγορά για τις αναπνευστικές συσκευές».

Η χρηματοδότηση όλων των παραπάνω αποτελεί τομέα των κρατικών δαπανών για την υγεία και απαιτεί προσεκτικό σχεδιασμό και προσαρμογή στα νέα δεδομένα και στις απαιτήσεις του πληθυσμού, όπως φαίνεται και από τη μελέτη των δεδομένων που παρουσιάζονται στην επόμενη ενότητα.

## 2.3. Δαπάνες Υγείας

Ένα από τα μεγαλύτερα ζητήματα που ταλανίζουν τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας, στις περισσότερες δυτικές χώρες, είναι η ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας σε αναντιστοιχία με την οικονομική τους άνοδο αλλά και τα υγειονομικά αποτελέσματα σε σύγκριση με τη συνολική βελτίωση των επιπέδων υγείας. Οι τρείς ουσιώδεις κατηγορίες δαπανών υγείας όπως καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία και παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες 2.1 και 2.2 χαρακτηρίζονται ως εξής: Οι ιατρικές, οι νοσοκομειακές και οι δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και λοιπών προϊόντων.

**Πίνακας 2.1: Δαπάνες Υγείας**

| ΙΑΤΡΙΚΕΣ | ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ | ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ |
|---|---|---|
| Αμοιβές γιατρών | Δαπάνες για νοσηλεία | Δαπάνες για φάρμακα |
| Αμοιβές Οδοντιάτρων | Δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων πριν το χειρουργείο ή κατά την νοσηλεία | Δαπάνες για οπτικά |
| Αμοιβές Φυσιοθεραπευτών | Δαπάνες χειρουργείων | Δαπάνες για ορθοπεδικά είδη |
| Έξοδα για διάφορες θεραπείες | Δαπάνες φαρμάκων κατά την νοσηλεία και άλλων ιατρικών ειδών | Δαπάνες αναπνευστικών ειδών |
| Έξοδα για εργαστηριακές εξετάσεις | Δαπάνες για Εξωτερικά Ιατρεία | Δαπάνες για υγειονομικό υλικό (επιθέματα, στομίες, καθετήρες κ.α.) |
| Έξοδα για παρακλινικές εξετάσεις | | |
| Έξοδα για επείγουσα μεταφορά ασθενών ( Ε.Κ.Α.Β) | | |

Πηγή: (Σούλης, 1991)

Οι ιατρικές δαπάνες όπως αναλύονται συγκεκριμένα στον παρακάτω πίνακα 2.2 αφορούν κυρίως τις αμοιβές των επαγγελματιών υγείας αλλά και τις διαγνωστικές εξετάσεις που εκτελούνται. Αντίστοιχα, οι νοσοκομειακές περιλαμβάνουν το κόστος περίθαλψης, εξοπλισμού και αναλώσιμων υλικών, ενώ τέλος οι φαρμακευτικές δαπάνες σχετίζονται με τη χορήγηση και την προμήθεια φαρμάκων, είτε συνταγογραφούμενων είτε και όσων δεν απαιτούν συνταγογράφηση.

**Πίνακας 2.2 : Κατηγορίες και υποκατηγορίες Δαπανών Υγείας**

| **Κατηγορία Δαπανών** | **Υποκατηγορίες** |
|---|---|
| **Ιατρικές Δαπάνες** | - Αμοιβές ιατρών (γενικοί ιατροί, ειδικοί, ιδιώτες και δημόσιοι) |
| | - Αμοιβές νοσηλευτών και λοιπού ιατρικού προσωπικού |
| | - Δαπάνες για διαγνωστικές εξετάσεις (αιματολογικές, απεικονιστικές κ.λπ.) |
| | - Κόστος ιατρικών επισκέψεων σε δημόσια και ιδιωτικά ιατρεία |

| Κατηγορία Δαπανών | Υποκατηγορίες |
|---|---|
| **Νοσοκομειακές Δαπάνες** | - Νοσήλια και διαμονή σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία |
| | - Δαπάνες για χειρουργικές επεμβάσεις και επεμβατικές πράξεις |
| | - Κόστος ιατρικού εξοπλισμού (μαγνητικοί τομογράφοι, αξονικοί τομογράφοι κ.λπ.) |
| | - Συντήρηση και λειτουργία νοσοκομειακών εγκαταστάσεων |
| | - Υγειονομικά υλικά (γάζες, σύριγγες, επιδέσμους κ.λπ.) |
| **Φαρμακευτικές Δαπάνες** | - Κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων |
| | - Δαπάνες για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα (OTC) |
| | - Ειδικά και ακριβά φάρμακα για χρόνιες παθήσεις |
| | - Εμβόλια και προληπτικά φαρμακευτικά σκευάσματα |
| | - Προμήθεια φαρμάκων από φαρμακεία και νοσοκομεία |

Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2020

Στη συνέχεια, οι δαπάνες Υγείας διαχωρίζονται σε Δημόσιες Δαπάνες Υγείας και σε Ιδιωτικές.

- Δημόσιες Δαπάνες Υγείας
  - Δαπάνες Φορέων κοινωνικής Ασφάλισης
  - Δαπάνες δημοσίου για επιχορηγήσεις σε Υγειονομικά Ιδρύματα, Νομαρχίες κ.α
  - Δαπάνες του κράτους για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη των πολιτικών και στρατιωτικών υπαλλήλων και των συνταξιούχων του δημοσίου
  - Δημόσιες Επενδύσεις για την Υγεία
- Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας

- Δαπάνες των ανασφαλίστων
- Δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες υγείας που δεν δύναται να καλυφθούν από ασφαλιστικούς οργανισμούς
- Δαπάνες για συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα παροχής υπηρεσιών υγείας
- Δαπάνες για κάλυψη των εξόδων από τη διαφορά θέσης νοσηλείας
- Δαπάνες για άτυπες αμοιβές γιατρών
- Ιδιωτικές Επενδύσεις για την Υγεία (Σούλης, 1989)

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2018 η συνολική χρηματοδότηση για τις τρέχουσες δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανήλθε στο 7,72% του ΑΕΠ, με το ποσοστό της ιδιωτικής χρηματοδότησης να αυξάνεται από 39,1% το 2017 σε 40,9% το 2018 (Capital, 2018). Αυτές οι εξελίξεις καταδεικνύουν τη δυναμική του ελληνικού τομέα υγείας και το αυξημένο ενδιαφέρον διεθνών επενδυτών για την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη στη χώρα, αλλά και τη γενικότερη στροφή της πολιτικής στα ιδιωτικά συστήματα υγείας.

Γενικότερα, το ΕΣΥ υποστηρίζεται οικονομικά τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς πόρους. Όσον αφορά τους πρώτους αυτοί προέρχονται από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Βασικές πηγές της τελευταίας είναι οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και ένα μέρος του κρατικού προϋπολογισμού από το οποίο καλύπτονται διάφορων τύπων δαπάνες, επιδοτήσεις σε δημόσια νοσοκομεία και ασφαλιστικά ταμεία, επενδύσεις σε αγαθά και χρηματοδότηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας (Οικονόμου, 2012; Winters et al., 2018).

Οι δαπάνες του ιδιωτικού τομέα δύνανται να λάβουν διάφορες μορφές. Μία εξ αυτών είναι η καταβολή χρημάτων για τις παροχές που είτε δεν εξασφαλίζονται από το δημόσιο είτε ο ασθενής επιλέγει να στραφεί στον ιδιωτικό τομέα για διάφορους λόγους. Άλλος τύπος δαπάνης αποτελούν οι συμμετοχές των ασθενών στα κόστη της περίθαλψης δηλαδή η συμμετοχή στα φάρμακα, οι παράτυπες πληρωμές, οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης (Οικονόμου, 2012; Winters et al., 2018).

Ανεξάρτητα από τη διαδικασία χρηματοδότησης και το μοντέλο που ακολουθείται, αναμφίβολα, οι δαπάνες υγείας παραμένουν σε υψηλό επίπεδο, γεγονός που είναι εφάμιλλο με αυτό που αποκαλούμε «προκλητή» και «υπερβάλλουσα ζήτηση» (Κυριόπουλος, 1992; Olayiwola et al., 2018). Οι κυριότεροι παράγοντες που οδηγούν στην αύξηση της ζήτησης

και στη ταυτόχρονη επιβάρυνση για τις υπηρεσίες υγείας, τόσο των κρατικών όσο και των ιδιωτικών προϋπολογισμών, (Barros, 1998) είναι:

- Δημογραφικοί ( αύξηση προσδόκιμου ζωής, γήρανση του πληθυσμού)
- Οικονομικοί (αύξηση ή μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, αύξηση ανέργων)
- Επιδημιολογικοί (αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου με επικράτηση νέου τύπου ασθένειες, όπως καρδιακά νοσήματα, νεοπλασματικά, νευρολογικά, ψυχικές νόσους, αναπηρίες κ.α.)
- Κοινωνικοί και Πολιτισμικοί (αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων, αλλαγές στη στάση των πολιτών απέναντι στις μορφές φροντίδας υγείας, καλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, ευκολότερη ενημέρωση)
- Αύξηση των Ιατρών και των Επαγγελματιών Υγείας
- Οργανωτικοί (διερεύνηση του τομέα υγείας με πολλά νοσοκομεία, καλύτερη χωροταξική κατανομή και ευκολότερη πρόσβαση)
- Τεχνολογικοί( με την ραγδαία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας)
- Εμπορικοί-Κερδοσκοπικοί

Σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 έως και τις αρχές του 1970 παρατηρήθηκε ραγδαία αύξηση των δαπανών Υγείας συνολικά στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), γεγονός που ανάγκασε πολλές από αυτές να βρεθούν ζημιωμένες με σημαντικά ελλείματα. Για να περιοριστεί το ζήτημα αυτό, εφαρμόστηκε ο περιορισμός στους διατιθέμενους πόρους - από πολλές κυβερνήσεις- που διέθεταν σε άλλους τομείς της οικονομίας, λαμβάνοντας παράλληλα ανάλογα μέτρα για την αύξηση της αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος και ως ανταποδοτικό μέτρο, κατάφεραν να μετακυλήσουν μέρος των υγειονομικών δαπανών ακόμα σε ορισμένες περιπτώσεις και το σύνολο τους στην ιδιωτική δαπάνη (Glennester, 1997; Winters, et al., 2018).

Κατά τη δεκαετία του 1980 και τις αρχές της δεκαετίας του 1990, οι δαπάνες υγείας ακολούθησαν ανοδική πορεία στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, γεγονός που συνδέθηκε τόσο με τη δομή των συστημάτων χρηματοδότησης όσο και με τις επιμέρους πολιτικές υγείας που εφαρμόζονταν σε εθνικό επίπεδο. Στην Ελλάδα, η αυξητική τάση των δαπανών συνεχίστηκε έως την έναρξη της οικονομικής κρίσης, οπότε και διεκόπει απότομα. Ειδικότερα, μετά το 2009 οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν σημαντικά, ενώ έως το 2013 η υποχώρησή τους είχε φθάσει περίπου το 25% σε σύγκριση με τα προ κρίσης επίπεδα.

Η εξέλιξη αυτή αποδίδεται κυρίως στα περιοριστικά δημοσιονομικά μέτρα που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο της οικονομικής προσαρμογής, τα οποία επηρέασαν τόσο τη δημόσια όσο και την ιδιωτική δαπάνη υγείας (Economou, 2010).

Σύμφωνα με την έκθεση "Health at a Glance 2023" του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), οι συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) στις χώρες του ΟΟΣΑ παρουσίασαν την ακόλουθη τάση:

- 2021: 9,7% του ΑΕΠ
- 2022: 9,2% του ΑΕΠ

Αυτή η μείωση από το 2021 στο 2022 αντικατοπτρίζει τη μειωμένη ανάγκη για δαπάνες υγείας μετά την πανδημία και τη γενικότερη απόρροια από τον αντίκτυπο του πληθωρισμού. Επιπλέον, σε 11 χώρες του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ το 2022 ήταν χαμηλότερες από το 2019 (Health daily, 2023).

Παρακάτω παρουσιάζεται ένας πίνακας με τις συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ το 2021:

**Πίνακας 2.3: Συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ, 2021**

| Χώρα | Δαπάνες Υγείας (% ΑΕΠ, 2021) |
|---|---|
| Ηνωμένες Πολιτείες | 16,8% |
| Γερμανία | 12,8% |
| Γαλλία | 12,4% |
| Ιαπωνία | 11,1% |
| Καναδάς | 10,7% |
| Ηνωμένο Βασίλειο | 10,3% |
| Ιταλία | 9,6% |
| Ισπανία | 9,5% |

| Χώρα | Δαπάνες Υγείας (% ΑΕΠ, 2021) |
|---|---|
| Ελλάδα | 9,2% |
| **Μέσος Όρος ΟΟΣΑ** | **9,7%** |

*Πηγή: OECD Health at a Glance, 2023*

Όπως γίνεται αντιληπτό το σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα αφού στις παροχές υγείας συμμετέχει τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας. Στη περίπτωση του ΕΣΥ η χρηματοδότηση είναι μικτή, δηλαδή δεν υπάρχει υπεροχή του ενός τρόπου χρηματοδότησης απέναντι στον άλλο. Από την άλλη πλευρά, ειδοποιός διαφορά σε σχέση με τις χώρες της ΕΕ είναι η ιδιωτικοποίηση (Λιαρόπουλους κ.ά., 2004). Η Ελλάδα το 2007 είχε ένα από τα μεγαλύτερα μερίσματα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ και συγκεκριμένα 39,7% των συνολικών δαπανών υγείας.

Το δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι κυρίως νοσοκομειακό, δηλαδή η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη καταλαμβάνουν πάνω από το 55% των δημοσίων δαπανών για τον εν λόγω τομέα. Αντίθετα, το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας διατίθεται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στην οδοντιατρική περίθαλψη κυρίως.

Οι πηγές χρηματοδότησής του, στηρίζονται εν πολλοίς στον κρατικό προϋπολογισμό, την κοινωνική ασφάλιση καθώς και τις πληρωμές των ιδιωτών. Τα έσοδα του κρατικού προϋπολογισμού προέρχονται ομολογουμένως από τη γενική φορολογία και καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τις δαπάνες των Κέντρων Υγείας, των αμοιβών των εργαζομένων στα νοσοκομεία των αγροτικών ιατρείων, των επιχορηγήσεων στα δημόσια ταμεία και στα ασφαλιστικά ταμεία κ.α. Ειδικότερα, οι δαπάνες υγείας, από την πλευρά του δημοσίου, περιλαμβάνουν τις δαπάνες της πολιτείας και τους χρηματικούς πόρους των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΤΚΑ). Από την άλλη πλευρά, στις ιδιωτικές πληρωμές περιλαμβάνονται δαπάνες που επιβαρύνουν τον ίδιο τον ασθενή και αυτές αφορούν τις πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, τις ασφαλιστικές εισφορές και άλλες ιδιωτικές δαπάνες (OECD, 2012).

Από τη δεκαετία του 1970 και αργότερα, η φορολογία ξεκίνησε να παρουσιάζει περισσότερη συμμετοχή στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσω της μορφής κλειστού νοσηλίου σε χαμηλή τιμή. Η τακτική αυτή επέφερε σημαντικές αρνητικές

επιπτώσεις αφού παρουσιάστηκαν σοβαρά ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία (Ρεκλείτη κ.ά., 2012). Τα έσοδα από τα νοσήλια δεν μπορούσαν να καλύψουν πάνω από το 20% του προϋπολογισμού με συνέπεια το κράτος να υποχρεώνεται να χρηματοδοτεί το υπόλοιπο ποσό.

Το ζήτημα αντιμετωπίστηκε με την ΚΥΑ για τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια, σύμφωνα με την οποία όταν ο χρόνος νοσηλείας είναι αρκετά μεγαλύτερος σε σχέση με τον προβλεπόμενο, ο ασθενής χρεώνεται επιπλέον για τη νοσηλεία, τη φαρμακευτική περίθαλψη και τα υλικά («Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ, ΦΕΚ 2150/Β/27.9.2011).

Η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί σημαντική εναλλακτική πηγή χρηματοδότησης του τομέα της υγείας, καθώς οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι σε θέση να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών κινδύνων. Στο πλαίσιο αυτό, οι κλάδοι ασθενείας συνιστούν έναν από τους βασικότερους πυλώνες λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων, δεδομένου ότι μέσω αυτών καλύπτονται ουσιώδεις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (International Labour Organization, 1952; , Ρεκλείτη κ.ά., 2012).

Τα έσοδα της κοινωνικής ασφάλισης εξασφαλίζονται στην πλειονότητά τους από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, με τα ποσοστά συνεισφοράς τους να διαφέρουν ανάλογα με τον εκάστοτε ασφαλιστικό φορέα. Στην περίπτωση των αυτοαπασχολούμενων έχουμε τις ιδίες εισφορές ενώ, για κάποια ταμεία, προβλέπονται και έσοδα από κοινωνικούς πόρους και κρατικής επιχορήγησης. Και σε αυτήν την περίπτωση παρουσιάστηκαν σοβαρά ελλείμματα ειδικά μετά την δεκαετία του 1980. Η ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης, τα δημογραφικά ζητήματα, η επιλογή χρησιμοποίησης της επιλογής των επιδομάτων για τις ευπαθείς ομάδες και των εισφορών οδήγησαν στη δημιουργία ελλείμματος στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Το φαινόμενο εντάθηκε από το 1993 και έπειτα, χρονιά δηλαδή κατά την οποία αυξήθηκε το ημερήσιο νοσήλιο σε μια προσπάθεια να μειωθεί – όσο το δυνατόν – η κρατική συμμετοχή στη χρηματοδότηση των νοσοκομειακών ιδρυμάτων (Ρεκλείτη κ.ά., 2012).

Με τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ από το 2012 ενισχύθηκαν οι μηχανισμοί ελέγχου της δαπάνης υγείας μέσω των συμβάσεων που συνάπτει ο Οργανισμός με παρόχους και προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, κεντρική θέση κατέχουν οι μηχανισμοί του rebate και του clawback. Το rebate συνιστά υποχρεωτική έκπτωση που παρέχουν οι συμβεβλημένοι πάροχοι προς τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το clawback αφορά τον μηχανισμό

αυτόματης επιστροφής ποσών όταν η πραγματική δαπάνη υπερβαίνει τα προκαθορισμένα όρια του κλειστού προϋπολογισμού. Οι μηχανισμοί αυτοί εφαρμόζονται σε επιμέρους κατηγορίες παρόχων και υπηρεσιών και αποτελούν βασικά εργαλεία δημοσιονομικού ελέγχου και συγκράτησης της δαπάνης του Οργανισμού (Ν. 4052/2012).

Τέλος, πηγή χρηματοδότησης αποτελούν και οι ιδιωτικές πληρωμές, δηλαδή οι δαπάνες που καταβάλλουν οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι. Πρόκειται, συνήθως, για πολύ υψηλά χρηματικά ποσά – από τα υψηλότερα στην Ευρώπη – αν αναλογιστεί κανείς ότι το ΕΣΥ σχεδιάστηκε για να παρέχει δωρεάν τις υπηρεσίες του. Οι πληρωμές αφορούν αμοιβές ιδιωτών γιατρών και ιατρικών κέντρων περισσότερο στον τομέα της εξωνοσοκομειακής φροντίδας και όχι τόσο τη φαρμακευτική και τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Σημαντική παράμετρος που λαμβάνεται υπόψιν για την επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού και των νοσοκομειακών κλινών ανάλογα με την περιοχή (Ρεκλείτη κ.ά., 2012).

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στηρίζονται κυρίως στους πόρους των νοικοκυριών και καλύπτουν υπηρεσίες ή αγαθά που δεν αποζημιώνονται πλήρως από την κοινωνική ασφάλιση, τις συμμετοχές των χρηστών σε επιμέρους παροχές υγείας, καθώς και την εκούσια προσφυγή σε ιδιωτικούς παρόχους. Στην ελληνική περίπτωση, το υψηλό επίπεδο ιδιωτικής δαπάνης συνδέεται τόσο με τα κενά κάλυψης και τις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος όσο και με τις δυσχέρειες πρόσβασης, όπως οι αναμονές, οι ελλείψεις στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα και η προσφυγή σε ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες. (OECD, 2023).

Βάσει των προαναφερθέντων, καθίσταται πρόδηλο πως επιβάλλεται η ανάγκη για επανακαθορισμό των μέσων και του τρόπου χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος, λόγω της αναποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών σε σχέση πάντα με το υπερβολικό κόστος που δαπανάται. Συνεπώς, είναι εξαιρετικά αναγκαίες οι συνεχόμενες προσπάθειες ελέγχου του κόστους και βελτίωσης της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ακόμα επιβάλλεται η εφαρμογή μέτρων για εξομάλυνση των δαπανών υγείας τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών με την εφαρμογή σύγχρονων πολιτικών ελέγχου και συγκράτησης του κόστους.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα σύγχρονα συστήματα υγείας αποτελούν πολύπλοκα προσαρμοστικά οικοσυστήματα με αλληλοεξαρτώμενα μέρη που αλληλεπιδρούν με μη γραμμικό τρόπο. Σημαντικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι η ποικιλομορφία, η συσχέτιση, η ανάδραση και η αυτό-οργάνωση, που προσδίδουν στα συστήματα αυτά την ικανότητα να αναδεικνύουν νέα πρότυπα. Ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η αντιμετώπιση των αναγκών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού σε όλο το φάσμα της φροντίδας (προστασία-πρόληψη- προαγωγή της υγείας, θεραπεία και αποκατάσταση), αλλά και ιατροκοινωνικής μέριμνας (Τούντας, 2008). Οι κοινωνίες, όμως, αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν και οι ανάγκες υγείας, οι αξίες και οι προσδοκίες για περίθαλψη και φροντίδα.

Οι δημογραφικές, κοινωνικές, οικονομικές και τεχνολογικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί τις τελευταίες δεκαετίες έχουν οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης και συνεπώς του κόστους περίθαλψης σε ένα περιβάλλον όμως με περιορισμένους πόρους, γεγονός που πλήττει τους τρεις θεμελιώδεις στόχους των συστημάτων υγείας: την ιατρική αποτελεσματικότητα, την οικονομική αποδοτικότητα και την κοινωνική ισότητα (Υφαντόπουλος, 2006).

Αποτελεί γεγονός πως τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας παρουσιάζουν μια σημαντική ανοδική εξέλιξη ως προς την ποιότητά τους από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα. Η ιστορική εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, αλλά και της διαδικασίας παροχής φροντίδας προς το άτομο και την κοινωνία, επηρεάζεται όπως είναι φυσικό, από τις εκάστοτε κυρίαρχες κοινωνικές, πολιτικές, πολιτιστικές και οικονομικές συνθήκες.

## 3.1 Η οργανωτική δομή του Ελληνικού συστήματος Υγείας κατά τη δημιουργία του (1821 - 1922)

Κατά την πρώτη περίοδο διακυβέρνησης του Ιωάννη Καποδίστρια, καταγράφεται σημαντική προσπάθεια θεσμικής οργάνωσης του νεοσύστατου ελληνικού κράτους. Ωστόσο, στον τομέα της υγείας δεν σημειώνονται ακόμη συγκροτημένες κρατικές παρεμβάσεις υγειονομικής πολιτικής (Ψήφισμα υπ' αριθ. 15 (20 Αυγ. 1828); Ευαγγελίδης, 1984; Λαυρεντιάδου, 2019).

Ο Καποδίστριας επέδειξε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την προστασία των ορφανών και τη γενικότερη μέριμνα των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, δίνοντας έμφαση στην εκπαίδευση και την περίθαλψή τους (Διάταγμα 16 Μαίου 1828). Παρά τις προθέσεις αυτές, οι δημοσιονομικές δυσκολίες και η ανάγκη χρηματοδότησης στρατιωτικών επιχειρήσεων περιόρισαν δραστικά τις δυνατότητες του κράτους να αναλάβει προνοιακό ρόλο. Η κοινωνική πολιτική εκείνης της περιόδου βασίστηκε σε στοιχειώδη και κατασταλτικά μέτρα στήριξης των αδυνάτων, παρά σε οργανωμένο σύστημα υγείας. Παρόλα αυτά, στα πρώτα έτη της ίδρυσής του το κράτος θεμελίωσε βασικά θεσμικά και νομικά πλαίσια για την οργάνωση δομών όπως τα σχολεία και τα νοσοκομεία (Ίδρυση στρατιωτικών νοσοκομείων 1828–1831), ενώ ανέλαβε την εποπτεία των ιδρυμάτων αυτών και ανέπτυξε αρχικά μέτρα δημόσιας υγείας, κυρίως στον τομέα της επιδημιολογικής προστασίας (Σταθόπουλος, 1996; Λαυρεντιάδου, 2019).

Κατά την περίοδο της βασιλείας του Όθωνα (1832–1862), πραγματοποιήθηκαν οι πρώτες ουσιαστικές ενέργειες για την υγειονομική οργάνωση του νεοσύστατου ελληνικού κράτους. Την υγειονομική ανασυγκρότηση ανέλαβε ο αυλικός γιατρός της Βαυαρικής Αυλής, Carl Witmer, ο οποίος είχε καθοριστικό ρόλο στον σχεδιασμό της δημόσιας υγείας. Μάλιστα, το 1833, ιδρύθηκε επίσημα το «Υγειονομικόν Τμήμα» της Γραμματείας Εσωτερικών, υπεύθυνο για την εποπτεία της δημόσιας υγείας, την αδειοδότηση του ιατρικού επαγγέλματος, τη λειτουργία υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση λοιμωδών νοσημάτων. Παράλληλα, θεσμοθετήθηκε η θέση του νομιάτρου, αρμόδιου για την υγειονομική επιτήρηση κάθε νομού.

Το 1834 συστάθηκε το «Ιατροσυνέδριον» (Βασιλικό Διάταγμα 12ης Ιουλίου 1834, «Περί συστάσεως του Βασιλικού Ιατροσυνεδρίου» (1834), συμβουλευτικό όργανο για ιατρικά και επιστημονικά ζητήματα, με αρμοδιότητες όπως η εξέταση και η αδειοδότηση ιατρών, η γνωμοδότηση σε ιατροδικαστικά ζητήματα και η διαμόρφωση προτύπων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Η ίδρυση αυτών των θεσμών σηματοδότησε τη μετάβαση από την εμπειρική στην κρατικά εποπτευόμενη ιατρική πρακτική, θέτοντας τις βάσεις για τη συγκρότηση συστήματος δημόσιας υγείας στην Ελλάδα (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Κατά τον 19ο αιώνα, ο τομέας της υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε σταδιακά, βασισμένος σε επιμέρους κρατικές πρωτοβουλίες και φιλανθρωπική δράση. Το 1837, στο πλαίσιο ίδρυσης του Οθώνειου Πανεπιστημίου, δημιουργήθηκε η Ιατρική Σχολή Αθηνών, μία από τις τέσσερις ιδρυτικές σχολές του πρώτου ελληνικού πανεπιστημίου (Διάταγμα περί

συστάσεως Πανεπιστημίου Αθηνών, (1837); (Ζηλίδης, 2001). Τα πρώτα μαθήματα ξεκίνησαν τον Μάιο του ίδιου έτους. Η προσπάθεια συστηματικής εκπαίδευσης στον τομέα της μαιευτικής ξεκίνησε το 1836 με τη δημιουργία του πρώτου δημόσιου Μαιευτηρίου, το οποίο λειτούργησε και ως Σχολή Μαιών. Η φοίτηση ήταν μονοετής και ρυθμιζόταν από διατάγματα που όριζαν τα προσόντα εισαγωγής, διαχωρίζοντας τις διπλωματούχες μαίες από τις εμπειρικές (Διάταγμα περί ιδρύσεως Σχολής Μαιών, 1838).

Παράλληλα, η Πολιτεία άρχισε να οικοδομεί έναν υγειονομικό μηχανισμό. Το 1833 θεσμοθετήθηκε ο ρόλος του νομίατρου, ενώ το 1852 καθιερώθηκε ο θεσμός του επαρχιακού ιατρού, υπεύθυνου για την υγειονομική φροντίδα στην ύπαιθρο, υπό την εποπτεία του επάρχου (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009). Οι ελλείψεις σε επιστημονικά καταρτισμένους ιατρούς, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, παρέμειναν έντονες, με αποτέλεσμα η ιατρική φροντίδα να παρέχεται συχνά από πρακτικούς θεραπευτές (Δαρδαβέσης, 2008).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη κατά τον 19ο αιώνα βασίστηκε σχεδόν αποκλειστικά σε φιλανθρωπικά ιδρύματα και δημοτικά νοσοκομεία. Το πρώτο σημαντικό νοσοκομείο του νεοσύστατου ελληνικού κράτους ήταν το Δημοτικό Νοσοκομείο Σύρου (1830), το οποίο λειτούργησε με τη στήριξη της τοπικής κοινότητας και φορολογικών πόρων του λιμανιού (ΦΕΚ 1845/ΙΑ/9069). Λίγα χρόνια αργότερα, στον Πειραιά, το "Τζάνειο" Νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1875 χάρη στη δωρεά του Νικήτα Τζάννε και προσέφερε κρίσιμες υπηρεσίες στους κατοίκους του λιμανιού (Βασιλόπουλος, 2009). Το 1884 εγκαινιάστηκε ο "Ευαγγελισμός" στην Αθήνα, έργο του φιλανθρωπικού Συλλόγου Κυριών και άλλων χορηγών, το οποίο αποτέλεσε σταθμό για τη νοσηλευτική και την εκπαίδευση Αδελφών Νοσοκόμων (Βασιλικό Διάταγμα του 1881; Δικαίος, κ.ά., 1999). Η Πολυκλινική Αθηνών ιδρύθηκε το 1903 από τους αδελφούς Αλιβιζάτους για την παροχή δωρεάν περίθαλψης σε άπορους ασθενείς, συμβάλλοντας καθοριστικά στην πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα της πρωτεύουσας.

Το σύστημα υγείας, ωστόσο, παρέμεινε κατακερματισμένο και σημαντικά υποχρηματοδοτούμενο. Στις περισσότερες περιοχές της χώρας απουσίαζαν βασικές υποδομές, και η φροντίδα των ασθενών στηριζόταν στις μοναστικές κοινότητες, σε φιλανθρωπικά σωματεία και στην ιδιωτική πρωτοβουλία (Κοντούλη & Γείτονα, 1992). Παρά τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, το κράτος δεν διέθετε τους απαραίτητους οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους για τη συγκρότηση εθνικού δικτύου υγειονομικής περίθαλψης (Δαρδαβέσης, 2008).

Η πρώτη ουσιαστική κρατική προσπάθεια συγκρότησης δημόσιου συστήματος υγείας καταγράφεται με τον Νόμο 346/1914 «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας», ο οποίος προέβλεπε τη δημιουργία Κεντρικής Διεύθυνσης Υγείας και περιφερειακών υγειονομικών συμβουλίων (ΦΕΚ Α' 70/14.03.1914; Ζηλίδης, 2001). Ο νόμος αυτός αποτέλεσε τομή στην υγειονομική πολιτική της χώρας, προετοιμάζοντας το έδαφος για την ίδρυση υπουργείου Υγείας και Προνοίας στα επόμενα χρόνια, παρότι οι εξελίξεις διακόπηκαν από τους βαλκανικούς και έπειτα από τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο.

Το έτος 1914 αποτελεί σημείο καμπής για την ιστορία της Ελλάδας, όχι μόνο λόγω της έναρξης του Α' ΠΠ, αλλά και εξαιτίας των συνεπειών των Βαλκανικών Πολέμων και της αυξημένης προσφυγικής ροής, οι οποίες επέβαλαν ριζικές αλλαγές στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας. Την ευθύνη της κοινωνικής φροντίδας, έως εκείνη την χρονική στιγμή, την είχαν σε μεγάλο βαθμό αναλάβει η Εκκλησία και η ιδιωτική φιλανθρωπία. Ωστόσο, με την ίδρυση του Πατριωτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Προστασίας και Αντιλήψεως (ΠΙΚΠΑ), το κράτος αναλαμβάνει πιο ενεργό ρόλο. Το ΠΙΚΠΑ συστάθηκε για την υποστήριξη παιδιών με κοινωνικές ανάγκες, την περίθαλψη τραυματιών των πολέμων και την παροχή φροντίδας σε οικονομικά αδύναμους στρατευμένους (Νόμος 808/1917,(ΦΕΚ Α΄ 183/2-9-191). Μετά τη Μικρασιατική Καταστροφή, το Ίδρυμα επεκτείνει τη δράση του, παρέχοντας υποστήριξη στους πρόσφυγες σε θέματα στέγασης, σίτισης και ιατρικής φροντίδας (Σταθόπουλος, 1996).

Το 1917, συστήνεται το «Υπουργείο Περιθάλψεως» αρμόδιο για την περίθαλψη των προσφύγων, των οικογενειών του στρατιωτικού σώματος και των θυμάτων του πολέμου. «Το Ν.Δ./1917 «Περί συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως» (ΦΕΚ 112/14.06.1917) καθόριζε: «Συνιστάται Υπουργείον Περιθάλψεως εις την δικαιοδοσίαν του οποίου υπάγεται η μέριμνα περί της περιθάλψεως των προσφύγων, περί της κανονικής καταβολής του επιδόματος εις τας οικογενείας των επιστρατευμένων και περί άλλης παντοδαπής προστασίας και υποστηρίξεως των ιδίων οικογενειών προς τούτοις δε και μέριμνα προς προσέλευσιν εθελοντών». (Νομοθετικό Διάταγμα. Περί συστάσεως Υπουργείο Περιθάλψεως. Αθήνα: ΦΕΚ 112/ 14 – 6 – 1917).

Το 1922 στην ηγεσία του ελληνικού κράτους βρέθηκε ο Π. Πρωτοπαπαδάκης όπου με το Νόμο 2882/1922 «Περί μεταρρυθμίσεως και συμπληρώσεως του Υπουργείου της Περιθάλψεως, μετονομαζόμενου εις Υπουργείον Υγιεινής και Προνοίας» (ΦΕΚ 122 ), μετονομάζει το Υπουργείο σε «Υπουργείου Υγιεινής και Προνοίας». Το Υπουργείο

αποτελούνταν από τις Διευθύνσεις Διοικητικού, Κοινωνικής Πρόνοιας, Δημόσιας Αντιλήψεως, Θυμάτων Πολέμου, Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγιεινής. Συστάθηκε, επίσης, μια Γενική Υγειονομική Επιθεώρηση, έξι ειδικές Υγειονομικές Επιθεωρήσεις, Περιφερειακές Υγειονομικές Επιθεωρήσεις και Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο πρώην Ιατροσυνέδριο. Έκτοτε η ονομασία του άλλαζε συχνά, συμβολίζοντας την ανάθεση ή αφαίρεση τομέων της κυβερνητικής πολιτικής, όπως ειδικότερα η κοινωνική ασφάλιση, η ασφάλιση ασθένειας, οι κοινωνικές υποθέσεις, οι πολιτικές για την οικογένεια, για τους νέους, τους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρία. Σήμερα ονομάζεται Υπουργείο Υγείας.

Οι ραγδαίες εξελίξεις που ακολούθησαν μετά τη Μικρασιατική καταστροφή δεν επέτρεψαν τη λειτουργία του πρώτου υπουργείου Υγείας ενώ το Δεκέμβριο του 1922 εκδόθηκε διάταγμα με το οποίο ιδρύεται «Υπουργείον Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως» το οποίο ενσωματώθηκε στο Υπουργείο του 1917 (Νομοθετικό Διάταγμα 13/14 – 12 – 1922. Περί ιδρύσεως Υπουργείου Υγιεινής, Προνοίας και Αντιλήψεως και ενσωματώσεως εις αυτό του Υπουργείου Περιθάλψεως. Αθήνα: Φ.Ε.Κ. 269, 1922). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το ΠΙΚΠΑ, ιδιαίτερα μετά την Μικρασιατική Καταστροφή αναλαμβάνει ενεργό ρόλο στην υγειονομική περίθαλψη των προσφύγων (Νομοθ. Διάταγμα 26-9-1923). Στον παρακάτω πίνακα 3.1 παρατίθεται η συγκρότηση του Υπουργείου το οποίο στη συνέχεια καταργήθηκε από τη δικτατορία του Θ. Πάγκαλου (Δαρδαβέσης, 2007).

**Πίνακας 3.1: Υπουργείο Υγείας 1922**

| | |
|---|---|
| **Α/Α ΤΜΗΜΑΤΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ** | **Α/Α ΤΜΗΜΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ** |
| 1. Περιθάλψεως Προσφύγων | 1. Λοιμωδών Νόσων |
| 2. Λαϊκής Κατοικίας | 2. Κοινωνικής Υγιεινής |
| 3. Τεχνικών Υπηρεσιών | 3. Ιατρικής Αντιλήψεως |
| 4. Προσωπικού | 4. Υγειονομικής Επιθεωρήσεως |
| 5. Διεκπεραιώσεως | **Α/Α ΤΜΗΜΑΤΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΣ** |
| 6. Επιθεωρήσεως | 1. Προστασίας Θυμάτων Πολέμου |
| **Α/Α ΓΡΑΦΕΙΑ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ** | 2. Αγαθοεργών Ιδρυμάτων |
| 1. Νομικού Συμβούλου | 3. Προστασίας Απόρων |
| 2. Ιδιαίτερου Γραφείου Υπουργού | **Α/Α ΣΥΜΒΟΥΛΙΑ** |
| | 1. Ανώτατον Υγειονομικόν Συμβούλιον |
| | 2. Διοικητικόν Συμβούλιον |
| | 3. Ειδικόν Υγειονομικόν Συμβούλιον |
| | 4. Κεντρικόν Συμβούλιον Προνοίας και Στεγάσεως Προσφύγων |

Πηγή: (Δαρδαβέσης, 2007)

Καταλήγοντας, η υπό εξέταση περίοδος χαρακτηρίζεται από διαδοχικές εθνικές κρίσεις που ανέδειξαν επιτακτικά την ανάγκη συγκρότησης κρατικών μηχανισμών κοινωνικής προστασίας και την ενίσχυση της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης. Οι κοινωνικοοικονομικές συνέπειες των Βαλκανικών Πολέμων, η κατάρρευση του Μικρασιατικού Μετώπου και η προσφυγική κρίση που ακολούθησε τον ξεριζωμό του Ελληνισμού της Ιωνίας, διαμόρφωσαν ένα ασφυκτικό περιβάλλον. Οι μαζικές απώλειες σε ανθρώπινο δυναμικό και οι μαζικές μετακινήσεις πληθυσμών επέβαλαν την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης, της στέγασης και της συγκρότησης ενός βασικού δικτύου κοινωνικών υπηρεσιών. Η Πολιτεία, υπό αυτές τις συνθήκες, κλήθηκε να ανταποκριθεί σε στοιχειώδεις κοινωνικές ανάγκες, συχνά υπό το πρίσμα της ανάπτυξης άλλων δημόσιων τομέων.

## 3.2. Ο Θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα – Οι πρώτες Υγειονομικές Παροχές

Η κοινωνική ασφάλιση στην περίπτωση της Ελλάδας ακολούθησε διαφορετική πορεία σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Ο ιδιαίτερος αυτός χαρακτήρας διαμορφώθηκε λόγω των ιστορικών συνθηκών που επικρατούσαν στον ελλαδικό χώρο. Ο πολύχρονος αγώνας για ανεξαρτησία, η αδυναμία εκβιομηχάνισης, το εξαρτημένο από πολιτικά συμφέροντα συνδικαλιστικό κίνημα ήταν μερικοί από τους παράγοντες καθυστέρησης στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Το αποτέλεσμα ήταν να αναπτυχθεί ένα κατακερματισμένο και περιστασιακό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο χαρακτηρίζεται από την απουσία ενιαίου πολιτικού πλαισίου. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008).

Παρά τις εκάστοτε κυβερνητικές παρεμβάσεις, το εύρος των κοινωνικών προκλήσεων που αντιμετώπιζε η Ελλάδα υπερέβαινε κατά πολύ τις διαθέσιμες δημοσιονομικές δυνατότητες του κράτους. Προκειμένου να καλυφθούν βασικές ανάγκες κοινωνικής ασφάλισης, οι εργαζόμενοι ανέλαβαν πρωτοβουλίες αυτό-οργάνωσης, δημιουργώντας συντεχνιακές ενώσεις και ταμεία αλληλοβοήθειας. Ήδη από το 1836, καταγράφεται η πρώτη συστηματική προσπάθεια για την οργάνωση συνταξιοδοτικών και ασφαλιστικών μηχανισμών, κυρίως μέσω του θεσμού των κλαδικών ταμείων αρωγής (Σταθόπουλος, 1996).

Τα ταμεία αυτά ιδρύονταν ανά επαγγελματικό κλάδο, με στόχο την κάλυψη βασικών κοινωνικών κινδύνων – όπως ασθένεια, ατυχήματα και απώλεια εισοδήματος – και τη

διασφάλιση της ευημερίας τόσο των μελών τους όσο και των οικογενειών τους. Μέχρι τις αρχές του 20ού αιώνα, ο αριθμός των ταμείων αυξήθηκε σημαντικά, ξεπερνώντας τα 200 σε πανελλαδικό επίπεδο. Ωστόσο, η ύπαρξη πολυάριθμων, μικρής κλίμακας ταμείων, με περιορισμένους οικονομικούς πόρους και ασταθή οργανωτική δομή, οδήγησε σε αποσπασματικότητα και επιχειρησιακές δυσκολίες, που επηρέασαν αρνητικά την αποτελεσματικότητα του ευρύτερου ασφαλιστικού πλαισίου της χώρας (Malavazos et al., 2019).

Η αδύναμη πολιτική φωνή της εργατικής τάξης, σε συνδυασμό με την έλλειψη πίεσης για θεσμικές μεταρρυθμίσεις, συνέβαλε στην παγίωση μιας περιορισμένης προσέγγισης ως προς την κοινωνική προστασία των μικρομεσαίων κοινωνικών στρωμάτων.

Στις 15 Δεκεμβρίου του 1836 ιδρύθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ) με το οποίο εμφανίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα μέσω αντίστοιχου διατάγματος (Βασιλικό Διάταγμα «Περί αστυνομίας της Ναυτιλίας, 1836/Τεύχος Α/75) . Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι στις αρχές του 20$^{ου}$ αιώνα μόνο το 10% περίπου του ενεργού πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

Καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση των πρώιμων μορφών κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα διαδραμάτισε ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, ως φορέας ανθρωπιστικής βοήθειας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Ο οργανισμός αυτός, σε συνεργασία με κοινωφελή ιδρύματα και φιλανθρωπικούς συλλόγους, στόχευε στην κάλυψη βασικών αναγκών στέγασης, σίτισης και ένδυσης του πληθυσμού που βίωνε τις συνέπειες πολέμων, επιδημιών ή φυσικών καταστροφών (Σταθόπουλος, 1996). Η παρέμβαση του Ερυθρού Σταυρού εντασσόταν σε ένα ευρύτερο πλέγμα κρατικών και μη κρατικών δράσεων που επιδίωκαν το συστηματικό σχεδιασμό της κοινωνικής πρόνοιας και τη θεσμική απάντηση στις σύνθετες κοινωνικές προκλήσεις της εποχής.

Ειδικά στον τομέα της δημόσιας υγείας, η περίοδος χαρακτηρίζεται από μια στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα και την πρόληψη, λόγω της έξαρσης επιδημιών όπως η ελονοσία, ο τύφος και η φυματίωση. Στο πλαίσιο αυτό, ιδρύθηκαν Υγειονομικά Κέντρα σε περιφερειακό επίπεδο, καθώς και Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί (με δυναμικότητα έως έξι κλινών), κυρίως σε απομακρυσμένες και αγροτικές περιοχές, με σκοπό την παροχή άμεσης ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους (Malavazos et al., 2019). Οι δομές αυτές υπάγονταν διοικητικά και οικονομικά στο πλησιέστερο δημόσιο νοσοκομείο, συνιστώντας

έναν από τους πρώτους μηχανισμούς αποκέντρωσης των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα.

Κατά τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα, τα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα παρουσίαζαν σοβαρούς περιορισμούς σε υποδομές, ιατρικό προσωπικό και εξοπλισμό. Παρά την ελλιπή τους δυναμική, προσέφεραν δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες στο σύνολο του πληθυσμού, λειτουργώντας κυρίως ως ιδρύματα φιλανθρωπικού χαρακτήρα. Ωστόσο, τόσο τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα όσο και οι λαϊκές τάξεις συχνά απέφευγαν τη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, λόγω της υποβαθμισμένης εικόνας και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας των ιδρυμάτων, τα οποία συνδέονταν περισσότερο με την περίθαλψη των απόρων παρά με τη σύγχρονη ιατρική φροντίδα (Σταθόπουλος, 1996).

Η γενικευμένη φτώχεια και η εξάπλωση της επαιτείας οδήγησαν την κρατική διοίκηση στη λήψη κατασταλτικών μέτρων μέσω της δημοτικής αστυνομίας. Παράλληλα, υιοθετήθηκαν κάποια βασικά προνοιακά μέτρα, όπως η χορήγηση βοηθημάτων σε ανήμπορους προς εργασία πολίτες, ωστόσο οι παρεμβάσεις αυτές ήταν αποσπασματικές και ανεπαρκείς για τη διαχείριση των κοινωνικών προβλημάτων της εποχής.

Η εξέλιξη του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα μπορεί να αναλυθεί σε τέσσερις διακριτές φάσεις:

α) Η πρώτη περίοδος εκτείνεται από τη δημιουργία των πρώτων ασφαλιστικών ταμείων μέχρι την έναρξη του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου και χαρακτηρίζεται από πρωτογενείς μορφές επαγγελματικής αλληλοβοήθειας.

β) Η δεύτερη φάση αφορά τη μεταπολεμική περίοδο, κατά την οποία αυξήθηκε η ασφαλιστική κάλυψη σημαντικών τμημάτων του πληθυσμού.

γ) Κατά τη μεταπολιτευτική περίοδο (μετά το 1974), παρατηρείται γενίκευση της κοινωνικής ασφάλισης και διεύρυνση των παροχών και κοινωνικών δαπανών.

δ) Τέλος, από τη δεκαετία του 1990 έως σήμερα, σημειώνονται εκτεταμένες μεταρρυθμίσεις στο ασφαλιστικό σύστημα, λόγω των δημοσιονομικών προκλήσεων και της γήρανσης του πληθυσμού ( Προβόπουλος, 1987; Κοντιάδης, 2007).

Γενικά, πέρα από τις επιμέρους χρονικές διαφοροποιήσεις μπορεί κανείς να διακρίνει δύο περιόδους. Αφενός, η πρώτη είναι αυτή πριν την ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και αφετέρου η δεύτερη είναι το χρονικό διάστημα που

ακολουθεί μετά τη δημιουργία του ΙΚΑ, το 1934 με τον Νόμο 6296. Τεκμαίρεται, έτσι, πως η ίδρυση του ΙΚΑ αποτέλεσε καίρια τομή στην ιστορική πορεία της ασφάλισης για το ελληνικό κράτος καθώς δομείται σε μία χρονική στιγμή κατά την οποία η χώρα έπρεπε να αντιμετωπίσει πλήθος κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων τα οποία αποτέλεσαν επακόλουθο της Μικρασιατικής καταστροφής και της μαζικής εισροής των προσφύγων που ακολούθησε, γεγονός που εξετάζεται στην επόμενη ενότητα αναλυτικά αυτού του κεφαλαίου.

Η εντονότερη παρουσία των ασφαλιστικών ταμείων ξεκινά από την περίοδο του 1915, όταν παρά τις επίμονες προσπάθειες του Ελευθερίου Βενιζέλου, δημιουργούνται αρκετά και διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία. Το 1922, μάλιστα, ο Νόμος 2868/1922 «περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων», αποτελεί τον πρώτο ασφαλιστικό νόμο του ελληνικού κράτους με τον οποίο η ασφάλιση επιβάλλεται για το σύνολο του εργατικού δυναμικού (Προβόπουλος, 1987). Έτσι, για πρώτη φορά μέσω της υποχρεωτικής ασφάλισης, εισέρχεται το κοινωνικό αγαθό «Υγεία», που συνεπάγεται την πλήρη Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη των ασφαλισμένων. (Νεκτάριος, 1996; Κουσέρης, 2025)

Όσον αφορά την περίοδο πριν τη σύσταση του ΙΚΑ, η κοινωνική ασφάλιση εξυπηρετούσε μεμονωμένα συμφέροντα ορισμένων κατηγοριών και όχι το σύνολο. Το 1879, συστήνεται το πρώτο εργατικό συνδικάτο, ο Αδελφικός Σύνδεσμος Ξυλουργών του Ναυπηγείου της Σύρου. Οι πρωτοποριακές για την εποχή σοσιαλιστικές θέσεις υιοθετούνται από μία αρκετά μεγάλη μερίδα του ελληνικού εργατικού δυναμικού με αποτέλεσμα την ανάπτυξη του συνδικαλιστικού κινήματος που κορυφώνεται το 1918- χρονιά ίδρυσης της Γενική Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας (ΓΣΕΕ).

Από την άλλη μεριά, οι εργαζόμενοι στους σιδηροδρόμους, ευνοήθηκαν από το γενικότερο κλίμα, διεκδίκησαν και απέκτησαν δικαιώματα κοινωνικής ασφάλισης. Αρχικά, συστήνεται το Ταμείο Συντάξεως των Σιδηροδρομικών Πειραιώς – Αθηνών – Πελοποννήσου(Ν. ΓΣΚ/1907) και μέσα στην επόμενη δεκαετία θα έχουν δημιουργηθεί ταμεία συντάξεων για όλες τις σιδηροδρομικές εταιρείες (Τσαλίκης, 2008). Μετά τη δημιουργία του ελληνικού κράτους γίνεται προσπάθεια να ρυθμιστούν τα ζητήματα που αφορούσαν όσους συμμετείχαν στον εθνικό απελευθερωτικό αγώνα, ήτοι τους στρατιωτικούς και τους ναυτικούς ενώ, στη συνέχεια, η προσπάθεια αυτή επεκτάθηκε και στο κλάδο των μεταλλωρύχων.

Συνάμα, επισημαίνεται ότι , πριν τη δημιουργία του ΙΚΑ, το κράτος πρόνοιας ήταν περιορισμένο, επιδίωκε να εξομαλύνει με όσα μέσα διέθετε την φτώχεια, την επαιτεία, τους άστεγους, τα ορφανά παιδιά, και, ακολούθως, να τους παρέχει δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στα Νοσοκομεία, καθώς και να προβεί στην πρόληψη των επιδημιών όπως προαναφέρθηκαν. .

Κατά τον 19ο και τις αρχές του 20ού αιώνα, ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα ουσιαστικά δεν υφίστατο, ενώ η κρατική προστασία απέναντι σε κοινωνικούς κινδύνους όπως η αναπηρία, τα εργατικά ατυχήματα, το γήρας, ο θάνατος, η ασθένεια, η μητρότητα ή η συνταξιοδότηση ήταν αποσπασματική και ανεπαρκώς θεσμοθετημένη (Προβόπουλος, 1987)

Στα τέλη του 19ου αιώνα, το εργατικό δυναμικό της χώρας διεκδικεί πιο δυναμικά τα δικαιώματα του και επιτυγχάνει σημαντικές ρυθμίσεις όπως ο Νόμος ΒΩΜΑ/1901 (ΦΕΚ 72/Α` 23.3.1901) και ο Νόμος 2868/22Ν. 2868/1922 (ΦΕΚ 119/Α` 20.7.1922), χωρίς όμως να μπορεί να υποστηριχθεί η ιδέα ότι καλύφθηκε το σύνολο των αναγκών του. Στην αρχή του 20ου αιώνα αρχίζουν να σχηματίζονται πολλά μικρά ταμεία με σκοπό την ευρεία κάλυψη αναγκών των ασφαλισμένων. Από το 1923 έως το 1940 συστήνονται περίπου 150 κύρια και επικουρικά ταμεία όπως το ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, το ΤΣΑΥ, το ΤΣΑ, το ΤΑΕ αλλά και το κίνημα των εργατών μετάλλου, των εμποροϋπαλλήλων και αυτό των αρτοποιών (Ν.6298/1934 ; Ν.6364/1934; Πέτρουλας κ..ά., 1993).

Κυρίαρχο γνώρισμα της εξεταζόμενης περιόδου αποτελεί η πλήρης απουσία ενός συνεκτικού κεντρικού σχεδιασμού και μιας ενιαίας στρατηγικής όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού τόσο στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης όσο και στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Η έλλειψη ενός θεσμικά οργανωμένου πλαισίου με ουσιαστικές και καθολικές παροχές συνέβαλε στη διατήρηση των κοινωνικών ανισοτήτων και λειτούργησε ανασταλτικά στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της χώρας

## 3.3 Η δημιουργία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων (1933 – 1981)

Η θεσμοθέτηση της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα εισέρχεται σε νέα φάση με την προοδευτική ίδρυση ασφαλιστικών ταμείων για επαγγελματικές ομάδες από το 1925 και εξής. Παρά τη σταδιακή ενσωμάτωση ορισμένων εργαζομένων στο ασφαλιστικό σύστημα, σημαντικό ποσοστό του εργατικού δυναμικού παρέμεινε εκτός κάλυψης. Η συγκρότηση ενός ενιαίου φορέα κοινωνικής ασφάλισης επιχειρήθηκε με την κατάθεση, στις 19 Μαΐου

1932, του πρώτου σχεδίου νόμου για την ίδρυση του ΙΚΑ. Η πρόταση αυτή προκάλεσε έντονες κοινωνικές και πολιτικές αντιδράσεις (Ν. 6298/1934 (ΦΕΚ 346/Α΄ 10.10.1934). Οι εργοδοτικοί φορείς αντιμετώπισαν την προοπτική ως δυσβάσταχτο οικονομικό βάρος, ενώ ο ιατρικός κόσμος εξέφρασε τον φόβο για υποβάθμιση του επαγγελματικού του κύρους μέσω ενδεχόμενης υπαλληλοποίησης. Παράλληλα, η Ένωση Ελληνικών Τραπεζών αντιτάχθηκε στη θέσπισή του, ενώ το Λαϊκό Κόμμα προσέφερε περιορισμένη στήριξη, αποδεχόμενο την ανάγκη ίδρυσης μόνο στην αρχή του εγχειρήματος (Μαυρέας, 1988; Φωκά-Μεταξά, 2018).

Το νομοσχέδιο τελικά ψηφίστηκε τον Οκτώβρη του 1932 επί πρωθυπουργίας του Ελευθέριου Βενιζέλου[5], όπου εκείνη την ημέρα κατείχε και το χαρτοφυλάκιο του Υπουργείου Υγιεινής[6]. Ως πρότυπο σύστασης και οργάνωσής του χρησιμοποιήθηκε το Ταμείο Καπνεργατών το οποίο ως τότε κάλυπτε αρκετές από τις ανάγκες των εργαζομένων (Μαυρέας, 1988; Φωκά- Μεταξά, 2018). Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου σκοπός ήταν η υιοθέτηση και απόκτηση της ασφάλισης των προσώπων σε περίπτωση ασθενείας, αναπηρίας ή/και γήρατος καθώς και των συγγενών αυτών (άρθρο 1, Νόμος 5733). Όσον αφορά τη διοίκηση του ΙΚΑ στο άρθρο 18 αναφέρονταν ότι θα δημιουργούνταν δύο συμβούλια, το μόνιμο Εποπτικό Συμβούλιο και το Συμβούλιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων το οποίο θα αναλάμβανε την εποπτεία της πορείας της κοινωνικής ασφάλισης στο ελληνικό κράτος (άρθρο 18, Νόμος 5733). Τη διοίκηση, επίσης, θα αναλάμβαναν τέσσερις εκπρόσωποι εργαζομένων, τέσσερις από την πλευρά των εργοδοτών και τρεις από το κράτος (άρθρο 15, Νόμος 5733). Όσον αφορά στην εισροή χρημάτων στον οργανισμό, αυτά θα προέρχονταν από εισφορές τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από τους εργοδότες- με τους εργοδότες να αναλαμβάνουν τη μερίδα του λέοντος (άρθρο 23, Νόμος 5733; Μαυρέας, 1988). Την εποπτεία των οικονομικών ανέλαβε το Υπουργείο Οικονομικών και πιο συγκεκριμένα η Διεύθυνση Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας (άρθρο 20, Νόμος 5733).

Η ήττα του Βενιζέλου στις εκλογές επέφερε τη δημιουργία νέας κυβέρνησης από το Λαϊκό Κόμμα (1933), ο νόμος 5733 -που δεν εφαρμόστηκε ποτέ – υπόκειται σε επεξεργασία. Αποτέλεσμα αυτής είναι η κατάθεση ενός νέου νομοσχεδίου στις 27 Οκτωβρίου του 1933. Ο νέος Νόμος 6298/34 ακολούθησε διαφορετική τακτική από τον προηγούμενο και προκάλεσε και αυτός εν συνεχεία ισχυρές αντιδράσεις στις αμφότερες

[5] Εκλέχτηκε στις εκλογές στις 19 Μαϊου του 1932
[6] Το αντίστοιχο της εποχής Υπουργείο Υγείας, άρα ο ίδιος ο Βενιζέλος ήταν και Υπουργός Υγείας κατά την ψήφιση του νομοσχεδίου

τάξεις (εργαζόμενοι-εργοδότες) (Λιάκος,1993; Φωκά- Μεταξά, 2018). Αν και το ΙΚΑ ιδρύθηκε το 1934, η λειτουργία του οργανώθηκε ουσιαστικά αργότερα, ενώ το θεσμικό πλαίσιο τροποποιήθηκε μεταγενέστερα από τον Α.Ν. 1846/1951

Το ΙΚΑ ξεκινά τη λειτουργία του μετά από αρκετό χρονικό διάστημα- κατά τη διάρκεια της κατάλυσης του πολιτεύματος από τον Ιωάννη Μεταξά. Συγκεκριμένα την 1η Δεκεμβρίου του 1937, ο ίδιος δηλώνει: «Αι Κοινωνικαί Ασφαλίσεις είναι ο κατ' εξοχήν φορεύς του υπέροχου αισθήματος της αλληλεγγύης, της θεμελιώδους αυτής αρχής, επί της οποίας στηρίζονται αι ηθικαί και ανθρώπιναι κοινωνίαι και η ισχύς της πατρίδος. Από το αίσθημα της αλληλεγγύης, που ανυψώνει ηθικώς τον άνθρωπον θα προέλθει η ειλικρινής συνεργασία εργατών και εργοδοτών, η αγάπης προς την εργασίαν, η βιομηχανική πρόοδος της χώρας και η ευημερία του συνόλου. Είμαι πολύ ευτυχής αλλά και υπερήφανος διότι ευρίσκομαι εις την ευχάριστον θέσιν να χαιρετίσω την έναρξιν του μεγάλου τούτου έργου δια το οποίον θα συμνύνωνται αι μέλλουσαιγενεαί.» (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2008).

Η ίδρυση του ΙΚΑ αποτέλεσε την κορωνίδα για την ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Η οργάνωση του ΙΚΑ προσπάθησε να στηριχτεί στο γερμανικό μοντέλο ασφάλισης για τους μισθωτούς και τους υπαλλήλους με τους ασφαλιστικούς φορείς[7] να υπάγονταν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας (Σούλης, 1990). Στο ΙΚΑ ήταν ασφαλισμένοι άμεσα οι μισθωτοί και έμμεσα τα μέλη των οικογενειών τους. Το ίδρυμα βασιζόταν στις εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών ενώ, ως βασικός ασφαλιστικός φορέας κάλυπτε όλους τους ασφαλιστικούς κινδύνους εκτός από την ανεργία (Σταθόπουλος, 1996).

Για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της ανεργίας, συστάθηκε ένα ιδιωτικό τμήμα της Οικονομίας, ο «Οργανισμός Απασχολήσεως», γνωστός με τη σημερινή του ονομασία ως ΟΑΕΔ, ο οποίος λειτουργεί υπό την αιγίδα και αποκλειστική εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας. Ο οργανισμός χρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό και από εισφορές του εργοδότη και εργαζόμενου, τις οποίες εισέπραττε το ΙΚΑ και απέδιδε στη συνέχεια στον ΟΑΕΔ[8]. Όμως, η δράση του δεν σταματούσε μόνο σε ζητήματα ασφαλιστικής κάλυψης στον τομέα της ανεργίας, αλλά παράλληλα κατείχε ενεργό ρόλο με διευρυμένες

[7] 330 ασφαλιστικοί φορείς στο σύνολο τους
[8] Σύσταση ΟΑΕΔ 1969 με το Νομοθετικό Διάταγμα (Ν.Δ.) 212/69

δραστηριότητες στην επαγγελματική κατάρτιση του Εργατικού Δυναμικού της χώρας (Σταθόπουλος, 1996; Μαλαγκονιάρης, 2022).

Το έτος 1953, μέσω του ΝΔ2592/1953 (Γαλανόπουλος, 2001) καταβάλλεται προσπάθεια αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις αρχές της διοικητικής αποκέντρωσης για συμμετοχή στη λήψη των αποφάσεων και στην ενιαία διαχείριση των οικονομικών πόρων. Το σχετικό διάταγμα θεωρήθηκε προοίμιο του ΕΣΥ και χαρακτηρίστηκε προχωρημένο για την εποχή του. Στην διάρκεια της δεκαετίας του 1960 η κοινωνική ασφάλιση επεκτείνεται στους αγρότες (ΟΓΑ), στους δημοσίους υπαλλήλους (ΟΠΑΔ) και στους αυτοαπασχολούμενους (ΤΕΒΕ). Το 1961, συγκεκριμένα, ιδρύεται ο Οργανισμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), μέσω του Ν 3169/61, με τον οποίο ιδρύονται και 500 αγροτικά ιατρεία (Ζαχάρωφ, 2007; Μαλλιώρη & Σισμανίδης, 2020).

Πολλά είναι τα οικονομικά προβλήματα που δημιουργούνται έπειτα και από την έκβαση του Β' Παγκοσμίου Πολέμου για το ΙΚΑ τα οποία σε συνδυασμό με την ίδρυση και άλλων ασφαλιστικών ιδρυμάτων υποσκάπτουν το κύρος του ιδρύματος και έτσι η δεκαετία του 1960 ξεκινά με τριγμούς για το νεόδμητο οργανισμό (Λιάκος, 1993; Κοτζαμάνης, 2023). Κατά τη μακρά του πορεία, η σημαντικότερη αλλαγή του άνωθεν οργανισμού ήταν η προσπάθεια μετατροπής του σε κάτι παραπάνω από ένα ίδρυμα ασφάλισης. Το ΙΚΑ μετατρέπεται σταδιακά σε ρυθμιστικό παράγοντα για την άσκηση της κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής. Ειδικότερα, αυτή επεκτάθηκε στην συνταξιοδότηση των ομογενών, της προνοιακής συνταξιοδότησης, της διεύρυνσης των δικαιωμάτων του και τέλος του δικαιώματός του να ρυθμίζει τις παροχές των συνταξιούχων που ανήκαν σε ταμεία που συγχωνεύτηκαν με αυτό (Προβόπουλος, 1985; Μαλαγκονιάρης, 2022).

Την ίδια εποχή το ΙΚΑ αναπτύσσει όλο και περισσότερες δικές του υποδομές για την περίθαλψη των ασφαλισμένων του, ενώ τα υπόλοιπα ταμεία υπογράφουν συμβάσεις με ιδιώτες ιατρούς, δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, εν μέρει συμβάλλοντας στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Μάλιστα, σε μία εποχή όπου οι περισσότεροι ιατροί ασκούν ιδιωτικό έργο, ενώ παράλληλα ιδρύονται και πολλές ιδιωτικές κλινικές (Βενιέρης, 1997; Μαλλιώρη & Σισμανίδης, 2020).

Από το 1945 έως το 1982 η παροχή υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιούνταν από μεικτούς φορείς και υπηρεσίες με αναποτελεσματικό τρόπο και δίχως οργανωτική δομή (Ζηλίδης, 1988; Κοτζαμάνης, 2023). Κύρια σημεία της υγειονομικής μεταρρύθμισης της εποχής ήταν:

- η ίδρυση αρκετών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ συνεχίζει να ιδρύει και νεοσύστατες μονάδες υγείας,
- η προτεραιότητα στην οργάνωση και την ανάπτυξη της νοσοκομειακής περίθαλψης (Κοντούλη & Γείτονα, 1992)

Συνεπώς το ΙΚΑ μαζί με τον ΟΓΑ ορίζονται ως σημεία καμπής στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Η ταχεία ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας συμπαρέσυρε μια σειρά από επαγγελματικές ενώσεις στη δημιουργία ασφαλιστικών οργανισμών. Χαρακτηριστικό γνώρισμα στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης, αποτέλεσε η ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών, ιδιαίτερα στις δύο μεγάλες πόλεις της Ελλάδος (Πολύζος, 1994; Υπουργείο Υγείας, 2018).

Κατά την περίοδο της επταετίας (1967–1974) το ελληνικό σύστημα υγείας παρέμεινε κατακερματισμένο και υποβαθμισμένο. Οι υγειονομικές πολιτικές του καθεστώτος9 δεν προχώρησαν σε ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις· για παράδειγμα, το 1968 ο Υπουργός Υγείας παρουσίασε σχέδιο αναδιοργάνωσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας με στόχο την αποκέντρωση, την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, χωρίς όμως ουσιαστική εφαρμογή.

Παρά τις επίσημες ανακοινώσεις, τα νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία παρέμεναν ως είχαν, ενώ οι αποφάσεις του κράτους χαρακτηρίζονταν από αυξημένη πελατειακή λογική και όχι από συνεκτική υγειονομική στρατηγική. Μια περιορισμένη νομοθετική παρέμβαση ήταν η υποχρέωση των νέων ιατρών να υπηρετούν για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα σε απομακρυσμένες περιοχές, λόγω έλλειψης γενικών ιατρών στην περιφέρεια. Ωστόσο, αυτή η πρακτική δεν συνιστούσε οργανωμένο δίκτυο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά απλώς επίσπευσε τη διάθεση εργαλείων στο δημόσιο σύστημα.

Αναφορικά με την νοσοκομειακή περίθαλψη- τα ασφαλιστικά ταμεία, δεν ιδρύθηκε νέο ενιαίο δημόσιο σύστημα υγείας ούτε θεσπίστηκαν νέες παροχές. Τα κύρια ασφαλιστικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ/ΤΑΕ) συνέχισαν ανεξάρτητη λειτουργία χωρίς να ενοποιηθούν. Ο δημόσιος τομέας υποστήριζε λίγα μόνο νοσοκομεία σε μεγάλες πόλεις και επιχορηγούσε παλαιά φιλανθρωπικά ιδρύματα, ενώ ο ιδιωτικός τομέας επεκτεινόταν ραγδαία. Σύμφωνα

[9] Το 1968 πρωθυπουργός της χώρας ήταν ο Γεώργιος Παπαδόπουλος. Στο αρμόδιο για την υγεία και την πρόνοια υπουργικό χαρτοφυλάκιο υπηρέτησε αρχικά ο Ευστάθιος Πουλάτζας και, μετά τον ανασχηματισμό της 20ής Ιουνίου 1968, ο Λουκάς Πατράς.

με μελέτη, κατά την επταετία συνέβη «πλήρης αποδιοργάνωση του όποιου συστήματος υγείας προϋπήρχε», με ταυτόχρονη εδραίωση του ιδιωτικού τομέα και αύξηση των κρατικών πελατειακών πρακτικών (Athanasiadis et al., 2015). Οι υπάρχουσες δομές υγείας ήταν παλαιές και διασκορπισμένες, με ελάχιστους νέους κρατικούς φορείς να ιδρύονται ή να μεταρρυθμίζονται εκείνη την εποχή.

Συνολικά, η περίοδος της δικτατορίας των συνταγματαρχών δεν εμπλούτισε το ΕΣΥ με νέες θεσμικές αλλαγές για καθολική κάλυψη. Αντίθετα, επικράτησε περαιτέρω αποδιοργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών και ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα. Η διατήρηση του κατακερματισμένου ασφαλιστικού μοντέλου και η μείωση των κρατικών δαπανών σήμαινε ότι, παρά την οικονομική ανάπτυξη της εποχής, μεγάλα κοινωνικά στρώματα συνέχισαν να μην απολαμβάνουν ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Η πτώση της δικτατορίας άνοιξε το δρόμο για την επανεξέταση της εθνικής πολιτικής υγείας και, τελικά, την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983.

Από την περίοδο 1975-1981 θεσπίζονται μια σειρά από νόμοι αναφορικά με το υγειονομικό σύστημα. Το πιο σημαντικό νομοσχέδιο αποτέλεσε το νομοθέτημα του τέως υπουργού Υγείας Σ. Δοξιάδη[10] με τίτλο «Μέτρα προστασίας της υγείας» (Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, 1981). Το εν λόγω νομοσχέδιο πρόεβλεπε ένα αποκεντρωμένο και θεμελιωμένο σε τομείς- σύστημα υγείας με πρωταρχικό στόχο αφενός την περαιτέρω ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας μια συγκεκριμένης κοινωνικής ομάδας, εν προκειμένω του πληθυσμού των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών και αφετέρου την αναδιοργάνωση ενός διοικητικού σχήματος νοσοκομειακής οργάνωσης.

Κυριότερες πτυχές του συγκεκριμένου νομοσχέδιου ήταν :

- **Όργανα του Τομέα Υγείας**
  - σε κεντρικό επίπεδο, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) το οποίο θα συστηνόταν στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών ως ανώτατο γνωμοδοτικό όργανο για κάθε απόφαση αναφορικά με τον τομέα της υγείας,
  - σε περιφερειακό επίπεδο, το Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (ΠΕΣΥ), το οποίο θα συστηνόταν στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας κυρίως ως γνωμοδοτικό όργανο,

[10] Κατά την πρώτη μεταπολιτευτική περίοδο, και ειδικότερα στην Κυβέρνηση Εθνικής Ενότητας που σχηματίστηκε στις 24 Ιουλίου 1974, πρωθυπουργός ήταν ο Κωνσταντίνος Καραμανλής, ενώ το αρμόδιο για την υγεία υπουργικό χαρτοφυλάκιο των Κοινωνικών Υπηρεσιών ανέλαβε ο Σπυρίδων Δοξιάδης

- σε επίπεδο τοπικιστικού χαρακτήρα υγείας, η Τοπική Επιτροπή Υγείας (ΤΕΥ), η οποία θα συστηνόταν στην έδρα κάθε τομέα υγείας με απόφαση του νομάρχη, κυρίως ως γνωμοδοτικό όργανο.

➢ **Αποκέντρωση – Τομεοποίηση**

- **Περιφερειοποίηση:** η χώρα θα χωριζόταν σε υγειονομικές περιφέρειες με βασικό στόχο την αποκέντρωση και την αρμονική προώθηση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.
- **Τομεοποίηση:** καθιερώνεται ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών.

➢ **Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

- Κέντρα υγείας εδρεύουν τοπικά σε κάθε τομέα υγείας ως μονάδα γενικού κρατικού νοσοκομείου του νομού
- Αγροτικά ιατρεία ως παραρτήματα των κέντρων υγείας
- Τμήματα ανάρρωσης ως μακρινοί δορυφόροι των κέντρων υγείας

➢ **Μονάδες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.**

Το νομοσχέδιο διέκρινε τα γενικά νοσοκομεία σε τρία επίπεδα: περιφερειακά, νομαρχιακά και τοπικά με κριτήριο την έκταση της νοσηλευτικής περίθαλψης και της ιατρικής εκπαίδευσης που θα παρείχαν στο πλαίσιο της υγειονομικής περιφέρειας

➢ **Ορθολογική ίδρυση και επέκταση των νοσηλευτικών μονάδων**

Απαγορεύτηκε η δημιουργία και η ανάπτυξη νέων νοσηλευτικών μονάδων πέρα από τον αριθμό που προγραμματίζεται για κάθε υγειονομική περιφέρεια.

➢ **Χρόνος απασχόλησης των γιατρών**

Καθορίστηκαν ως προς την απασχόληση δύο κατηγορίες τακτικού ιατρικού προσωπικού, δηλαδή ο νοσοκομειακός ιατρός πλήρως και αποκλειστικής απασχόλησης και ο γιατρός μερικής απασχόλησης (Θεοδώρου, κ.ά., 1999; Μαλαγκονιάρης, 2022).

Έως τα τέλη της δεκαετίας του 1980 τόσο το ΙΚΑ όσο και τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία (ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, ΤΣΑ) αντιμετώπιζαν πολλά και σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Το ΙΚΑ κάλυπτε το 47% του πληθυσμού πράγμα που σήμαινε ότι ήταν το μεγαλύτερο από τα ταμεία το οποίο, μαζί με το ΝΑΤ λειτουργούσε άνευ κοινωνικών πόρων. Το Ταμείο Δημοσίων Υπαλλήλων και ο ΟΓΑ τα οποία ήταν και σε μεγάλο χρηματοδοτούμενα από το επίσημο κράτος , κάλυπταν το 38% του πληθυσμού. Το υπόλοιπο ποσοστό κάλυπταν τα

άλλα 28 ταμεία Ταυτόχρονα, λειτουργούσαν άλλοι 295 φορείς με τη χρηματοδότηση να διαφέρει ανάλογα με τον φορέα (Σολωμός, 1991; Κοτζαμάνης, 2023).

Παρά τη θέσπιση ποικίλων μορφών κοινωνικής ασφάλισης κατά τον 20ό αιώνα, σημαντικό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού παρέμεινε ανασφάλιστο, αποκλεισμένο από βασικές υπηρεσίες υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας. Η ύπαρξη μεγάλου αριθμού ταμείων, με διαφορετικές δομές, κανόνες και επίπεδα παροχών, συνέβαλε στη δημιουργία ενός κατακερματισμένου και δυσλειτουργικού συστήματος, το οποίο όχι μόνο αδυνατούσε να διασφαλίσει ενιαία ποιότητα παροχών, αλλά βρισκόταν συχνά σε κατάσταση οικονομικής ασφυξίας (Φωκά-Μεταξά, 2018; Κοντιάδης, 2007).

Πολλά από τα ταμεία αντιμετώπιζαν σοβαρά οργανωτικά και διαχειριστικά προβλήματα, με αποτέλεσμα την ύπαρξη έντονων ανισοτήτων μεταξύ των ασφαλισμένων, τόσο ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες όσο και ως προς την ποιότητα των παροχών. Οι ανισότητες αυτές παρέμειναν αισθητές και μετά την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, το οποίο παρά την πρόθεσή του να δημιουργήσει ένα καθολικό και ενιαίο σύστημα υγείας, δεν κατόρθωσε εξαρχής να εξαλείψει τις παθογένειες του παρελθόντος (Μαυρέας, 1988; Δαρδαβέσης, 2008).

Επομένως, η διατήρηση των προβλημάτων στο χώρο της υγείας κατέστησε αναγκαία μια πιο αποφασιστική κρατική παρέμβαση. Η ίδρυση ενός ενιαίου, οργανωμένου και πιο συγκεντρωτικού συστήματος υγείας θεωρήθηκε τότε ως επιτακτική ανάγκη, ικανή να καλύψει τις ανισότητες και τα ελλείμματα κοινωνικής προστασίας που είχαν συσσωρευθεί επί δεκαετίες.

## 3.4 Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)

Κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα και έως τα πρώτα μεταπολιτευτικά χρόνια, ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα χαρακτηριζόταν εν πολλοίς από την απουσία συγκροτημένου κεντρικού σχεδιασμού. Το δημόσιο σύστημα υγείας ήταν περιορισμένο, επικεντρωμένο σχεδόν αποκλειστικά στη νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόταν αποκλειστικά μέσω των ιατρείων των ασφαλιστικών ταμείων, όπως το ΙΚΑ και άλλοι επαγγελματικοί φορείς (Φωκά - Μεταξά, 2018). Η ανισομερής κατανομή των υπηρεσιών μεταξύ των αστικών κέντρων και της υπαίθρου διεύρυνε το χάσμα πρόσβασης στη φροντίδα υγείας. Επιπλέον, το κόστος της ιατρικής και φαρμακευτικής

περίθαλψης ήταν απαγορευτικό για μεγάλα τμήματα του πληθυσμού, γεγονός που ενίσχυε τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.

Η υγειονομική φροντίδα λειτουργούσε ουσιαστικά ως ταξικό προνόμιο, προσβάσιμη κυρίως στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Η ταξική αυτή διαφοροποίηση στην πρόσβαση σε βασικά κοινωνικά αγαθά, όπως η υγεία, αντανακλούσε τις βαθιές ανισότητες της ελληνικής κοινωνίας, οι οποίες διατηρήθηκαν έως και την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983 (Κοντιάδης, 2007).

Η άναρχη και αποσπασματική ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα στη μεταπολεμική Ελλάδα επιδεινωνόταν από τις χρόνιες δυσλειτουργίες των ασφαλιστικών ταμείων. Η χρηματοδότηση της υγείας βασιζόταν κυρίως στις ασφαλιστικές εισφορές και στην ιδιωτική δαπάνη, με το κράτος να περιορίζεται σε έναν δευτερεύοντα ρόλο, κυρίως ως προς την τυπική λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων και την κάλυψη της περίθαλψης των οικονομικά αδύναμων ομάδων (Πετρόγλου, 1990; Σκουτέλης, 1993; Σταθάκος, 2020).

Μετά τη Μεταπολίτευση, η υγεία αναδείχθηκε ως μείζον «κοινωνικό ζήτημα». Οι πολιτικές και συνδικαλιστικές δυνάμεις αξιοποίησαν τη διάχυτη δυσαρέσκεια του πληθυσμού για την άνιση κατανομή των υπηρεσιών και τη χαμηλή ποιότητα περίθαλψης, εντάσσοντας το ζήτημα στον πυρήνα των πολιτικών τους διεκδικήσεων (Lenoir, 1985). Η διεθνής κρίση των συστημάτων υγείας τη δεκαετία του 1970 ενίσχυσε περαιτέρω τις πιέσεις για θεσμικό μετασχηματισμό και στην Ελλάδα, επιταχύνοντας τις διαδικασίες για την καθιέρωση ενός ενιαίου και καθολικού ΕΣΥ.

Οι πρώτες φιλοδοξίες της κυβέρνησης[11] εκείνης της εποχής για οργάνωση του υγειονομικού τομέα, πραγματοποιήθηκαν με την κύρωση του Ν. 1278/1982 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ). Ο Ν. 1397 που ψηφίστηκε ένα χρόνο αργότερα (1983) αποτέλεσε μια από τις μεγαλύτερες νομοθετικές μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού Κράτους- όσον αφορά στον τομέα της Υγείας, αφού κατοχυρώνονται οι όροι και τα πλαίσια για την ανάπτυξη του σημερινού «Εθνικού Συστήματος Υγείας». Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου (Αυγερινού), οι στόχοι του Ν.1397 ήταν η άμβλυνση των ανισοτήτων ως προς τις παροχές υγείας ανεξαρτήτως κοινωνικής θέσης και οικονομικής κατάστασης , ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο κύριος

[11] Κυβέρνηση ΠΑΣΟΚ επί προεδρίας Ανδρέα Παπανδρέου σύστησε την αφετηρία του ΕΣΥ, κυρίως μέσα από τις μεταρρυθμίσεις του Υπουργού Υγείας Γεώργιου Γεννηματά (πρακτικά Βουλής)

προγραμματισμός στον τομέα της υγείας. Επιπρόσθετα, αποσκοπεί στη δικαιότερη κατανομή των πόρων, στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αλλά και στην καθιέρωση του γιατρού πλήρους απασχόλησης (Δικαίος κ.ά., 1999)

Το νομοθέτημα 1397/1983 θεσμοθέτησε στην Ελλάδα το ΕΣΥ με κύριο στόχο την καθολική πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας. Στο προοίμιο του νόμου αναφέρεται ρητά ότι η «υγεία είναι κοινωνικό αγαθό» που παρέχεται ισότιμα «ανεξάρτητα από την οικονομική ή κοινωνική καταγωγή των πολιτών». Με άλλα λόγια, η φροντίδα υγείας πρέπει να είναι «δωρεάν κατά τη χρήση» και προσβάσιμη σε όλους τους πολίτες. Διεθνείς μελέτες επισημαίνουν ότι το ΕΣΥ σχεδιάστηκε ως δημόσιο σύστημα τύπου Beveridge με αποκλειστικό ρόλο του κράτους στην παροχή περίθαλψης, ώστε να διασφαλίζεται «καθολική κάλυψη» του πληθυσμού (Tountas et al., 1995).

Το ΕΣΥ αποδίδει στην υγεία τον χαρακτήρα κοινωνικού δικαιώματος. Έτσι, σύμφωνα με τη συνταγματική και νομική θεωρία, η υγεία θεωρείται θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα που αντιστοιχεί σε θετική υποχρέωση του κράτους να παρέχει δωρεάν υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες. Η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικού αγαθού εξασφαλίζει ότι η προσβαση δεν βασίζεται σε αγοραστικές δυνατότητες αλλά στη δημόσια ευθύνη για ισότητα και αλληλεγγύη (Tountas et al., 1995).

Ο ρόλος του κράτους στο νέο σύστημα ήταν κυρίαρχος και παρεμβατικός. Με τον Ν.1397/1983 θεσπίστηκε μονοπώληση του δημόσιου τομέα υγείας και περιορισμός της ιδιωτικής δραστηριότητας: ο νόμος κατήργησε στην πράξη το προηγούμενο καθεστώς ελεύθερης επιλογής και όρισε ότι όλοι οι φορείς περίθαλψης υπάγονται στο δημόσιο. Σε διεθνές επίπεδο επιβεβαιώνεται ότι μετά το 1983 η φροντίδα υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτήθηκε κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία και η ιδιωτική δαπάνη παρέμειναν ως συμπληρωματικά στοιχεία (Tountas et al., 1995).

Η αρχιτεκτονική του ΕΣΥ όπως περιγράφεται στον Ν.1397/1983 προβλέπει ενιαία και αποκεντρωμένη οργάνωση. Ο νόμος χώρισε τη χώρα σε περιφέρειες υγείας και όρισε την ύπαρξη περιφερειακών διοικητικών συμβουλίων (ΠΕ.Σ.Υ.) με συμμετοχή εκπροσώπων του προσωπικού και της τοπικής κοινωνίας. Επιπρόσθετα, θεσπίστηκαν νέα Κέντρα Υγείας Αστικού και Αγροτικού τύπου για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς και περιφερειακά ιατρεία και οικογενειακοί ιατροί ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Παράλληλα, προβλεπόταν ενιαίος προγραμματισμός και ισοκατανομή υπηρεσιών μεταξύ

δημόσιου και ασφαλιστικού τομέα, με στόχο τη δικαιοσύνη στην κατανομή πόρων. Στην πράξη ιδρύθηκαν δεκάδες Κέντρα Υγείας και μικρά νοσοκομεία αγροτικών περιοχών, παρέχοντας υπηρεσίες και πρόσβαση για όλους, δωρεάν κατά τη χρήση. Αν και πολλοί από τους αρχικούς στόχους (όπως απόλυτη αποκέντρωση ή ενιαία οργάνωση) εφαρμόστηκαν μερικώς, ο Ν. 1397/1983 έδωσε το πλαίσιο για ένα ενιαίο δημόσιο δίκτυο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα (Economou, 2010).

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε σημείο καμπής στην υγειονομική ιστορία της Ελλάδας, καθώς συνιστούσε την πρώτη ουσιαστική και συντονισμένη προσπάθεια εξορθολογισμού και ενοποίησης ενός κατακερματισμένου και άνισου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, το ΕΣΥ στηρίζεται στις αρχές της κρατικής ευθύνης για την προστασία της υγείας και της κρατικής χρηματοδότησης, της καθολικής και ισότιμης παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως επίσης και των αρχών της αποκέντρωσης των υπηρεσιών και της οργάνωσης σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που ελέγχονται από το κράτος (Κοντιάδης, 2007).

Η ανάγκη για μεταρρύθμιση ενισχύθηκε από τις διεθνείς εξελίξεις, ιδίως μετά την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας του 1977, η οποία, υπό την αιγίδα του ΠΟΥ, θέσπισε τον στόχο «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000», ενθαρρύνοντας τα κράτη να προχωρήσουν σε διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις με έμφαση στην καθολική πρόσβαση και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (World Health Organization, 1978).

Ο ΠΟΥ έθεσε ήδη από τη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (1978) ως στόχο την «Υγεία για όλους έως το 2000» .Με τον εν λόγω τίτλο , η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας υπογράμμισε την αναγκαιότητα ανάπτυξης συστημάτων υγείας που θα διασφαλίζουν ισότιμη και καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας για ολόκληρο τον πληθυσμό κάθε κράτους. Η Ελλάδα, αν και με χρονική καθυστέρηση, ανταποκρίθηκε σε αυτή τη διεθνή πρόκληση μέσω της θέσπισης του Ν.1397/1983, που έθεσε τις βάσεις για τη δημιουργία του ΕΣΥ, προσανατολισμένου στην καθολική κάλυψη και τη δημόσια ευθύνη για την παροχή φροντίδας υγείας (Έλληνας, 2009).

Ανατρέχοντας πάλι στη σημασία του Νόμου για το ΕΣΥ και σύμφωνα με το άρθρο 1 ορίζεται ρητώς: «το κράτος έχει την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας εν συνόλω των πολιτών» (παρ. 1). «Οι υπηρεσίες παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από

ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού» (παρ.2). (Ν. 1397/1983 - ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983)

Κατά τις εξεταζόμενες δεκαετίες 80-90', η εξέλιξη των ΠΦΥ και ΔΦΥ στην Ελλάδα υπήρξε άρρηκτα συνδεδεμένη με τη θεσμοθέτηση και τη σταδιακή αναμόρφωση του ΕΣΥ. Πριν από την ίδρυση του ΕΣΥ, το σύστημα χαρακτηριζόταν από έντονο κατακερματισμό, περιορισμένο κεντρικό σχεδιασμό και νοσοκομειοκεντρικό προσανατολισμό, ενώ η ΠΦΥ παρεχόταν κυρίως μέσω των ιατρείων του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, χωρίς ενιαία οργάνωση και με εμφανείς ανισότητες μεταξύ αστικών κέντρων και υπαίθρου. Με τον Ν. 1397/1983 επιχειρήθηκε η συγκρότηση ενός καθολικού και δημόσιου συστήματος υγείας, με βασικούς στόχους την ισότιμη πρόσβαση, την ανάπτυξη κέντρων υγείας και την ενίσχυση της περιφερειακής οργάνωσης, ιδίως στην ΠΦΥ. Ωστόσο, στην πράξη, η μεταρρύθμιση ενίσχυσε κυρίως τη ΔΦΥ μέσω της ανάπτυξης του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα, της καθιέρωσης νέων δομών και της ενσωμάτωσης του ιατρικού προσωπικού στο ΕΣΥ, ενώ η ΠΦΥ, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, παρέμεινε ασθενής, αποσπασματική και συχνά εξαρτημένη από ασφαλιστικούς φορείς και ιδιωτικές υπηρεσίες. Κατά τη δεκαετία του 1990, παρά τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις που επιδίωξαν τον εκσυγχρονισμό της διοίκησης, την αποκέντρωση και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών, η βασική παθογένεια δεν ανατράπηκε: η ΔΦΥ εξακολούθησε να απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των πόρων και της πολιτικής προσοχής, ενώ η ΠΦΥ δεν κατόρθωσε να λειτουργήσει ως ολοκληρωμένος μηχανισμός πρόληψης και συνεχούς παρακολούθησης του πληθυσμού. Έτσι, η περίοδος αυτή, παρά τις σημαντικές θεσμικές τομές, ανέδειξε τόσο τη σημασία του ΕΣΥ για τη διεύρυνση της δημόσιας περίθαλψης όσο και τα διαχρονικά όρια της άνισης ανάπτυξης μεταξύ πρωτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου τομέα (Tountas et al., 1995).

Η εφαρμογή όμως του Νόμου δεν είχε κοινή αποδοχή από όλες τις κοινοβουλευτικές παρατάξεις Κύριοι εκφραστές της αντιπολίτευσης ήταν κυρίως από φιλελεύθερες πολιτικές δυνάμεις, κερδοφόρα ασφαλιστικά ταμεία, ιατρικές οργανώσεις και τον ιδιωτικό ιατρικό τομέα. Επιπρόσθετα, οι ιδιώτες γιατροί και οι ιδιοκτήτες ιδιωτικών κλινικών αντιτάχθηκαν σθεναρά στον νόμο, θεωρώντας ότι πλήττονται τα επαγγελματικά και οικονομικά τους συμφέροντα. Αντίστοιχα, και η Εκκλησία της Ελλάδος, καθώς και διάφορα φιλανθρωπικά σωματεία και ιδρύματα, αντέδρασαν έντονα, θεωρώντας ότι ο ρόλος τους ως πάροχοι κοινωνικής αρωγής και περίθαλψης υπονομευόταν. Παράλληλα, ακόμη και υποστηρικτές του συστήματος άσκησαν κριτική, καθώς το ΕΣΥ διατήρησε ιατροκεντρικά χαρακτηριστικά που εμπόδιζαν την ισόρροπη και ολοκληρωμένη λειτουργία του (Θεοδώρου,Μ.,

Μητροσύλη,Μ., 1999). Μετά το 1983 οι αξιολογήσεις του ΕΣΥ επισημαίνουν μιξη επιτευγμάτων και ελλείψεων. Σύμφωνα με την μελέτη των, (Tountas et al., 2002) «κατά τη 17ετία λειτουργίας του ΕΣΥ, ορισμένοι αρχικοί στόχοι επετεύχθησαν, άλλοι μερικώς και άλλοι καθόλου». Το σύστημα παρέμεινε προβληματικό ως προς τη διοίκηση και την πρωτοβάθμια φροντίδα, ενώ ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας συνεχίζει να παράγεται ιδιωτικά ή μέσω συμπληρωματικών πληρωμών12 (Tountas et al., 2002).

Αν και ο Ν. 1397/1983, που θεμελίωσε το ΕΣΥ, θεωρείται αναμφισβήτητα η σημαντικότερη και πιο ριζοσπαστική μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, έχει δεχθεί κατά καιρούς έντονη κριτική για τις ελλείψεις και τις δομικές του αδυναμίες. Κατά κύριο λόγο, παρατηρείται ότι το θεσμικό πλαίσιο του ΕΣΥ δεν κατόρθωσε να ενσωματώσει κρίσιμα διδάγματα από τη λειτουργία άλλων ευρωπαϊκών ή διεθνών συστημάτων υγείας, ούτε και τις συστάσεις του ΠΟΥ, ιδίως σε θέματα που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα, την αποκέντρωση και την κοινωνική συμμετοχή (Κυριόπουλος, 1990).

Αναφορικά με την κριτική που ασκήθηκε στο ΕΣΥ, ο κύριος όγκος της εστιαζόταν στο ότι δεν κατόρθωσε να αναπτύξει με ισόρροπο και αποτελεσματικό τρόπο ορισμένους καίριους τομείς της φροντίδας υγείας. Πρώτον, υστερούσε στην οργάνωση μιας ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ικανή να λειτουργεί ως πρώτη επαφή του πολίτη με το σύστημα και να κατορθώσει να αποσυμφορήσει τα νοσοκομεία. Δεύτερον, δεν υπήρξε επαρκής επένδυση σε ζητήματα πρόληψης, στην αγωγή υγείας και τη δημόσια υγεία, με αποτέλεσμα το βάρος να μετατοπίζεται κυρίως στη θεραπεία και όχι στην έγκαιρη αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου. Τρίτον, παρέμεινε περιορισμένη η ανάπτυξη της κοινοτικής φροντίδας και της κατ' οικον. υποστήριξης, ιδίως για χρόνιους ασθενείς, ηλικιωμένους και ευάλωτες ομάδες. Επιπλέον, η κοινωνική εργασία δεν ενσωματώθηκε ουσιαστικά στον πυρήνα των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που αποδυνάμωσε τη δυνατότητα ολιστικής προσέγγισης των κοινωνικών και ψυχοοικονομικών αναγκών των ασθενών. Τέλος, δεν ενισχύθηκε σε σημαντικό βαθμό ο ρόλος της νοσηλευτικής επιστήμης και των λοιπών επαγγελματιών υγείας, καθώς η λειτουργία του συστήματος οργανώθηκε κυρίως γύρω από τον ιατρό και το νοσοκομείο, περιορίζοντας έτσι τη διεπιστημονικότητα, την ευελιξία και τη συνολική αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ (Economou, 2010). Επίσης, υπήρχε εμφανής απουσία ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού μηχανισμού διοίκησης, διαχείρισης

[12] Σήμερα, η εκτίμηση είναι ότι περίπου το μισό κόστος καλυπτόταν από ιδιωτικές δαπάνες

και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Η απουσία ενιαίων μηχανισμών λογοδοσίας, ελέγχου και αξιολόγησης είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία διοικητικών στρεβλώσεων, αλλά και τη δυσχέρεια στον προγραμματισμό και στη δίκαιη κατανομή των πόρων (Τούντας, 2021).

Έντονη κριτική ασκήθηκε στο γεγονός ότι το θεσμικό και οργανωτικό πλαίσιο του ΕΣΥ αναπτύχθηκε κυρίως γύρω από τον ιατροκεντρικό άξονα, δηλαδή δόθηκε δυσανάλογη έμφαση στις νοσοκομειακές υπηρεσίες και στο ρόλο του γιατρού, σε βάρος άλλων κρίσιμων τομέων, όπως η πρόληψη, η κοινοτική φροντίδα, η κοινωνική εργασία και η ενίσχυση της νοσηλευτικής επιστήμης. Η προσέγγιση αυτή περιόρισε τη δυνατότητα ολιστικής φροντίδας και ενίσχυσε την εξάρτηση του συστήματος από τον ιατρικό κλάδο, γεγονός που επηρέασε αρνητικά την ευελιξία και την αποτελεσματικότητα του ΕΣΥ (Κυριόπουλος, 1990; Τούντας, 2021).

Παρά τις υψηλές προσδοκίες και τους ιδρυτικούς του στόχους, το ΕΣΥ ήδη από τα πρώτα χρόνια εφαρμογής του βρέθηκε αντιμέτωπο με σειρά εσωτερικών αντιφάσεων, θεσμικών αδυναμιών και έντονων κοινωνικοπολιτικών αντιδράσεων. Η σταδιακή συσσώρευση οργανωτικών ελλείψεων, η ανεπάρκεια στη διοικητική του υποστήριξη, οι διαπιστωμένες χρηματοδοτικές δυσχέρειες, αλλά και οι συστημικές ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας, οδήγησαν αναπόφευκτα στην ανάγκη μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων.

Ήδη από τη δεκαετία του 1990 και ιδίως μετά το 1992, καταγράφηκαν τουλάχιστον τρεις σημαντικές απόπειρες αναδιοργάνωσης του συστήματος με σκοπό την αποδοτικότερη λειτουργία του, την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την ορθολογικότερη κατανομή των πόρων. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές αποτέλεσαν τον προάγγελο περαιτέρω νομοθετικών παρεμβάσεων που ακολούθησαν τις επόμενες δεκαετίες, με στόχο την προσαρμογή του ΕΣΥ στις δημοσιονομικές πιέσεις, τις εξελίξεις στη δημόσια υγεία και τις απαιτήσεις της κοινωνίας για καθολική και ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα (Τούντας, 2021).

Η δεκαετία του 1990 στην Ελλάδα ξεκίνησε με δυσοίωνες δημοσιονομικές συνθήκες: ο πληθωρισμός ξεπερνούσε το 20% και το δημοσιονομικό έλλειμμα εκτινάχθηκε γύρω στο 16%.Το 1990 σχηματίστηκε κυβέρνηση του Κωνσταντίνου Μητσοτάκη (ΝΔ) που εξήγγειλε φιλελεύθερες μεταρρυθμίσεις σε κράτος και οικονομία, προσδοκώντας ανάκαμψη της ανάπτυξης. Στο διεθνές περιβάλλον, η Ελλάδα είχε ενταχθεί στην ΕΟΚ (1981) και βρισκόταν σε πορεία προς την Ευρωπαϊκή Νομισματική Ένωση (Συνθήκη Μάαστριχτ

1992), γεγονός που επιβάρυνε την ανάγκη για δημοσιονομική σταθερότητα. Παράλληλα, η Ελληνική κοινωνία αντιμετώπιζε σοβαρές ελλείψεις σε δημόσιες υπηρεσίες, ενώ το ΕΣΥ, αντιμετώπιζε πολλά οργανωτικά προβλήματα. Το έλλειμμα, η ανεπάρκεια και η μονοπωλιακή δαπάνη στις δημόσιες μονάδες υγείας οδήγησαν στην αντίληψη ότι απαιτούνταν «εκσυγχρονισμός» με αναδιάρθρωση και ορθολογισμός με ενίσχυση της αγοράς στον τομέα της υγείας (Στασινοπούλου, 1992). Υπό αυτό το πρίσμα, ο Υπουργός Υγείας Γ. Σούρλας εισήγαγε τον νόμο 2071/1992 ως «νόμο–άνοιγμα στην αγορά», με σκοπό την ανακατονομή των πόρων στην Υγεια.

Ο παραπάνω Νόμος προάγεται ως λύση για τον «Εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας» , ο οποίος όριζε σημαντικές αλλαγές ως προς τη φιλοσοφία και τις ρυθμίσεις τόσο του Ν1397/1983, όσο και των μετέπειτα τροποποιήσεων του (Νιάκας, 1993).

Ο Ν. 2071 έδινε τη δυνατότητα στους ασθενείς- ασφαλισμένους την ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσηλευτηρίου ανεξαρτήτως αν ανήκουν στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα, απελευθέρωσε τον ιδιωτικό ιατρικό τομέα και οδήγησε στην ταυτόχρονη ίδρυση ιδιωτικών θεραπευτηρίων, έδωσε τη δυνατότητα στους γιατρούς του ΕΣΥ για παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής και αύξησε τη συμμετοχή των χρηστών στην αγορά φαρμάκων καθώς και θέσπισε τις διαδικασίες για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Ν.2071/1992). Οι αλλαγές αυτές σηματοδοτούσαν τη μετάβαση από τη δημόσια, στην ατομική ευθύνη του τομέα της υγείας, με ταυτόχρονη επαύξηση της ιδιωτικής παροχής υπηρεσιών και στην εντατικοποίηση του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

Αναλυτικότερα, Ο Ν. 2071/1992 («Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας») εισήγαγε εκτενείς αλλαγές στο ΕΣΥ, εστιάζοντας ιδιαίτερα στην αποκέντρωση και τη διοικητική αναδιάρθρωση. Κύρια στοιχεία του νόμου ήταν:

- Αποκέντρωση σε Υγειονομικές Περιφέρειες: Η χώρα χωρίστηκε σε 13 υγειονομικές περιφέρειες με Προεδρικό Διάταγμα 370/1992, ενώ σε κάθε περιφέρεια ιδρύθηκαν «Περιφερειακές Διευθύνσεις Υπηρεσιών Υγείας» (ΔΥΠΕ). Οι ΔΥΠΕ είχαν κύρια ευθύνη το συντονισμό και την εποπτεία των μονάδων υγείας της περιφέρειας και όριζαν κατάλογο αναγκών τοπικά. Ο διευθυντής κάθε ΔΥΠΕ προέδρευε των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και συμμετείχε στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας για θέματα της περιφέρειάς του. Με τον τρόπο αυτόν επιχειρήθηκε η μεταφορά αρμοδιοτήτων από το κεντρικό Υπουργείο στον περιφερειακό επίπεδο. Στην πράξη

όμως, η αλλαγή αυτή εφαρμόστηκε ανεπαρκώς λόγω της ταχείας αλλαγής κυβέρνησης το 1993.

- Διεύθυνση Νοσοκομείων και Οργανωτική δομή: Ανασυντάχθηκαν οι οργανισμοί των νοσοκομείων. Έγινε δυνατόν σε κάθε νοσοκομείο να ορίζεται Διοικητικό Συμβούλιο με Πρόεδρο ή και Αντιπρόεδρο, οι οποίοι μπορούσαν να είναι γιατροί του ΕΣΥ ή ιδιώτες γιατροί-οι μισθωτές θέσεις ήταν πλήρους απασχόλησης, οι μη μισθωτές θέσεις μερικής απασχόλησης. Οι διοικητικές, ιατρικές, νοσηλευτικές και τεχνικές υπηρεσίες του νοσοκομείου οργανώθηκαν βάσει ενιαίου πλαισίου, που καθορίστηκε με Προεδρικό Διάταγμα. Επιπλέον, θεσπίστηκαν εσωτερικοί κανονισμοί λειτουργίας των νοσοκομείων απευθείας από το Υπουργείο. Με άλλα λόγια, εισήχθησαν κοινές διαδικασίες στελέχωσης και λήψης αποφάσεων στα νοσοκομεία, με στόχο τη μεγαλύτερη ομοιομορφία.

- Σχέσεις εργασίας ιατρικού προσωπικού: Η πιο καινοτόμος διάταξη ήταν ότι οι γιατροί του ΕΣΥ απέκτησαν δικαίωμα να επιλέξουν πλήρη ή μερική απασχόληση. Η πλήρης απασχόληση σήμαινε απαγόρευση ιδιωτικής πρακτικής, ενώ η μερική επέτρεπε να διατηρήσουν παράλληλα ιδιωτικό ιατρείο. Ειδικότερα, όσοι διορίζονταν μετά τη δημοσίευση του νόμου μπορούσαν να επιλέξουν την κατάσταση εργασίας τους (πλήρης/μερική) από την ανάληψη υπηρεσίας. Παρότι με το δικαίωμα αυτό δόθηκε ελευθερία στους γιατρούς (ανατρέποντας το απόλυτο καθεστώς «αποκλειστικότητας»), στην πράξη μόνο περίπου 5% επέλεξαν τη μερική απασχόληση. Επιπλέον, οι θέσεις των συμβούλων (επικεφαλής τμημάτων) σε νοσοκομεία καθορίστηκαν κατά κλάδο ειδικότητας και βαθμό (π.χ. Επιμελητής Α΄, Β΄, Γ΄ κ.λπ.), με αυστηρά προσόντα (τίτλος ειδικότητας, ηλικιακά όρια)[13].

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ): Ο νόμος αναγνώρισε την πρωτοβάθμια φροντίδα ως θεμελιώδες κομμάτι του συστήματος. Καθόρισε ότι σε κάθε νομό (πλην Αττικής) ιδρύονται Νομαρχιακές Επιτροπές Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας, ενώ συστάθηκαν υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας και Επιτροπή Αγωγής Υγείας (ΕΣΑΥ) στο Υπουργείο. Θεσπίσθηκε επίσης η υποχρεωτική πολυθεσία του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, καθώς και η δυνατότητα ενοποίησης των Κέντρων Υγείας και Αγροτικών Ιατρείων κάτω από κοινή διοίκηση.

[13] Σημειωτέον ότι ο Π.Ι.Σ. νόμος επανέφερε την υποχρεωτική «αποκλειστική» απασχόληση των γιατρών το 1994

Σύμφωνα με αναλυτική παρουσίαση, ο νόμος επέβαλε την αυτονομία της Π.Φ.Υ. σε περιφερειακό επίπεδο και ενίσχυσε τον οικογενειακό γιατρό. Επιπρόσθετα απάλλαξε τους γιατρούς γενικής ιατρικής από την υπηρεσία υπαίθρου, δίνοντας κίνητρα να ειδικευθούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

- Ασφάλιση και ιδιωτικός τομέας: Προς ενίσχυση της Π.Φ.Υ., δόθηκε η δυνατότητα στα ασφαλιστικά ταμεία να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης . Ταυτόχρονα, καταργήθηκαν παλιές νομικές ρυθμίσεις που εμπόδιζαν την κατασκευή νέων ιδιωτικών κλινικών: απλοποιήθηκαν οι προϋποθέσεις για άδειες κλινών στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια. Εισήχθησαν και ποσοστώσεις co-payment στις υπηρεσίες υγείας (φάρμακα, επισκέψεις, νοσηλεία) με σκοπό τον περιορισμό της ζήτησης, καθώς και νέο σύστημα ανάκλισης δαπανών στα νοσοκομεία (επί πληρωμή ανά ημέρα παραμονής) για κάλυψη ελλειμμάτων. Με άλλα λόγια, ο νόμος επανέφερε την σπουδαιότητα του ρόλου της ιδιωτικής περίθαλψης και διευκόλυνε τη διείσδυσή της, θέτοντας ως στόχο την αύξηση της ανταγωνιστικότητας (ΦΕΚ 123Α/15-7-1992).

Συμπερασματικα, ο ν. 2071/92 εισήγαγε θεσμικά την αποκέντρωση, αναμόρφωσε τη διοίκηση των νοσοκομείων, επέτρεψε μεγαλύτερη ελευθερία στους γιατρούς ως προς την απασχόληση (επιλέξιμη μερική εργασία), θεσμοθέτησε αναλογίες κλινών ανά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο και εισήγαγε αρχές ανάληψης κόστους από τον χρήστη (συμμετοχές, συνταγογραφία). Επίσης προχώρησε στη νομική οργάνωση της ΠΦΥ σε περιφερειακό επίπεδο, προσδίνοντας αυτονόμηση σε φορείς όπως το ΕΚΑΒ. Ωστόσο, αρκετές καινοτομίες δεν πρόλαβαν να υλοποιηθούν λόγω μικρού χρονικού διαστήματος στη διακυβέρνηση της χώρας (Νιάκας, 1993).

Η θέσπιση του ν. 2071/92 βρήκε ενθουσιώδεις και επικριτικές φωνές. Υποστηρικτές επαίνεσαν την εισαγωγή θεσμών όπως η περιφερειακή οργάνωση και η στήριξη της πρωτοβάθμιας υγείας, που θεωρήθηκαν απαραίτητες μεταρρυθμίσεις. Τονίζεται δε ότι ο εν' λόγω νόμος προχώρησε σε ιδεολογικές αλλαγές (π.χ. αντιμετώπιση της υγείας ως «αγορά» με ελευθερία επιλογής πολιτών) που υπονόμευαν σημαντικά το δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος. Με την αλλαγή σκυτάλης στον πολιτικό θώκο και την νίκη του Ανδρέα Παπανδρέου στις εκλογές του Οκτωβρίου του 1993, ο ίδιος θεώρησε άμεση προτεραιότητα την «διατήρηση» των ρυθμίσεων Σούρλα. Με τον Ν. 2194/1994 αποκαταστάθηκαν βασικές διατάξεις του αρχικού ΕΣΥ (Ν.1397/83), επαναφέροντας σε μεγάλο βαθμό την «κοινωνική» προτεραιότητα του συστήματος (Κουρής κ.ά., 2007).

Ταυτόχρονα, διατηρήθηκε όμως σε ένα βαθμό, ορισμένο θεσμικό κεκτημένο: ειδικά η δυνατότητα των Ταμείων να προβαίνουν σε συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους (π.χ. συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές ή πολυϊατρεία για κάλυψη ελλείψεων). Συνολικά, εκτίμάται ότι ο Ν.2071/92 κινήθηκε σε τέσσερις βασικούς άξονες: α) ελευθερία επιλογής ασθενών β) ασθενοκεντρική νομοθεσία γ) διεύρυνση ιδιωτικής συμμετοχής, δ) αποκατάσταση συνθηκών κόστους. Εκ του αποτελέσματος αποδείχθηκε βραχύβιος, διότι οι ρυθμίσεις εφαρμόστηκαν μόνο κατά ένα μέρος και γρήγορα οι υγειονομικές δομές επέστρεψαν σε πιο κλασικές ισορροπίες.

Μετά το 1994 σημειώθηκαν αντιδράσεις στα νοσοκομεία από μερίδα εργαζομένων π.χ. οι γιατροί που είχαν επιλέξει μερική απασχόληση αντιστάθηκαν στην αναδρομική επαναφορά της αποκλειστικότητας. Στη διάρκεια της τριετίας 1993–96 η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ υπό τον Ανδρέα Παπανδρέου και τον Δημήτριο Κρεμαστινό (υπουργός Υγείας) προώθησε νόμο-ορόσημο: τον ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34/Α/16-3-1994) «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις». Με τον εν λόγω νόμο επανέρχονται σε ισχύ διατάξεις του νόμου 1397/1983 (ίδρυση ΕΣΥ) και άλλων νόμων (π.χ. 1278/1982, 1579/1985) όπως ίσχυαν πριν από τις αλλαγές του ν. 2071/1992, ακυρώνοντας έτσι επιμέρους ιδιωτικοποιητικές και «απορρυθμιστικές» παρεμβάσεις της προηγούμενης κυβέρνησης. Παράλληλα, το άρθρο 2 του ν. 2194/1994 επέβαλε την υποχρεωτική συνεχή μετεκπαίδευση των ιατρών του ΕΣΥ και ίδρυσε ειδική *Διεύθυνση Ανάπτυξης Κοινοτικών Προγραμμάτων* στο Υπουργείο Υγείας προκειμένου να αξιοποιεί ευρωπαϊκούς πόρους για χρηματοδότηση δράσεων πρόνοιας. Το νομοθέτημα αυτό έστρεψε εκ νέου το ΕΣΥ σε κλασικές αρχές της κρατικής παροχής δημόσιας υγείας, ενισχύοντας τη διοικητική δομή του, χωρίς να συνοδεύεται από άμεσες κοστολογημένες μελέτες σκοπιμότητας (Ν.2194/1994).

Επίσης το 1995 η ίδια κυβέρνηση προχώρησε στη θέσπιση του ν. 2345/1995 (ΦΕΚ 213/Α/12-10-1995) «Οργανωμένες Υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις». Μεταξύ άλλων, ο νόμος αυτός θεσμοθέτησε την ύπαρξη *Ειδικών Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων* υπό την εποπτεία φορέων κοινωνικής πρόνοιας. Με αυτόν ρυθμίστηκε η ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών φορέων κοινωνικής πρόνοιας με δημόσιες αρμοδιότητες, θέτοντας όρους για τη λειτουργία τους και για τη σύσταση των νέων «ειδικών» δομών υγείας σε συνεργασία με το ΕΣΥ. Ουσιαστικά, η διάταξη αυτή προσπάθησε να ενσωματώσει φιλανθρωπικούς και κοινωνικούς φορείς στο

ΕΣΥ, επεκτείνοντας την πρωτοβάθμια φροντίδα και τα ανοιχτά περιφερειακά δίκτυα περίθαλψης (Ν.2345/ 1995).

Με την ανάληψη της πρωθυπουργίας από τον Κ. Σημίτη[14], επήλθε η σημαντικότερη τομή στο ΕΣΥ - το καλοκαίρι του 1997 με την ψήφιση του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α/21-8-1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις». Το νομοσχέδιο αυτό εισήγαγε σειρά μέτρων: ενίσχυσε τα δικαιώματα των ασθενών (π.χ. θεσπίζοντας υποχρεώσεις ενημέρωσης και συναίνεσης), οργάνωσε μηχανισμούς ελέγχου ποιότητας, και προέβλεψε περισσότερη αποκέντρωση της διοίκησης. Σκοπός του νέου νόμου αποτελεί η ενδυνάμωση του κοινωνικού αποτυπώματος του ΕΣΥ με κύριο χαρακτηριστικό την ισότητα των πολιτών για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, την προστασία του αναφαίρετου δικαιώματος στο αγαθό της υγείας, την εξέλιξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης, την εισαγωγή του διοικητή-μάνατζερ στα νοσοκομεία, καθώς επίσης και την ενιαία δράση, οργάνωση και συντονισμό τόσο των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, όσο και του ΕΣΥ με στόχο την δημιουργία Εθνικού Φορέα Υγείας και την καθιέρωση συνταγολογίου υγείας (Ν.2519/1997).

Ωστόσο, όπως παρατηρείται σε ακαδημαϊκές μελέτες, η θεσμοθέτηση δικαιωμάτων των ασθενών (άρθρο 1 ν.2519/1997) είχε το «παράδοξο» αποτέλεσμα να αυξηθούν σημαντικά τα δικαστικά αιτήματα των πολιτών εναντίον του ΕΣΥ ( Αντωνοπούλου, Λ.,2008). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την εν' λόγω μελέτη διαφαίνεται ότι μέσα σε λίγα χρόνια σχεδόν τετραπλασιάσθηκε ο αριθμός των αγωγών από ασθενείς που ζητούσαν αποζημιώσεις για υποτιθέμενη παραβίαση αυτών των δικαιωμάτων. Η ενδονοσοκομειακή μεταρρύθμιση συνέβαλε στη βελτίωση της αξιοπιστίας και ποιότητας των υπηρεσιών, σύμφωνα με εκτιμήσεις ειδικών, αν και κριτικοί επισημαίνουν ότι οι θεσμικοί μηχανισμοί ελέγχου παρέμειναν σε μεγάλο βαθμό ελλιπείς[15].

Το 1999 ο Λάμπρος Παπαδήμας, ως υπουργός Υγείας, εισήγαγε το ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96/Α/17-5-1999) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις». Με βάση τον νόμο αυτόν, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας εντάχθηκαν πλήρως στο ΕΣΥ ως ενιαίο σύστημα -συμπεριλαμβανομένων ειδικών ομάδων όπως οι διαταραχές του αυτισμού- και οργανώθηκαν σύμφωνα με τις αρχές της κοινοτικής

[14] Υπουργός Υγείας τον Κ. Γείτονα, λίγο αργότερα τον Παπαδήμα
[15] κανείς αρμόδιος φορέας δεν εξακριβώνεται ότι μέτρησε ολοκληρωμένα το αποτέλεσμα των αλλαγών

ψυχιατρικής, όπως: προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια και εξωνοσοκομειακή φροντίδα, αποϊδρυματοποίηση και κοινωνική επανένταξη. Ειδικά άρθρα σύστησαν επιτροπές και γραφεία προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ενισχύοντας θεσμικά την πληροφόρηση και την κοινοτική συμμετοχή. Η εφαρμογή των μέτρων προνοίας του ν. 2716/1999 είχε ως στόχο να εξορθολογήσει τη χρηματοδότηση και να ενισχύσει την πρόληψη και την πρόνοια στον τομέα της ψυχικής υγείας (Ν.2716/1999).

Τομή για το σύστημα υγείας σχετικά με την αποκεντρωμένη του διάρθρωση και το σχεδιασμό αυτής-αποτέλεσε ο Νόμος 2889/2001 για την περιφερειακή δομή του ΕΣΥ) και ο Νόμος 3106/2003 για την περιφερειακή δομή του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας (Οικονόμου, Χ.,2012). Η ελληνική επικράτεια διαιρέθηκε σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίστηκαν με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας συστάθηκε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας» που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια, ενώ ο έλεγχος και η εποπτεία ανατέθηκε στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Ειδικότερα με το άρθρο 1 ν. 2889/2001 η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες που ταυτίζονται με τις διοικητικές και στις οποίες αποδίδεται νομική προσωπικότητα. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύεται ΝΠΔΔ με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (ΠεΣΥ) που υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, με εξαίρεση τις Υγειονομικές Περιφέρειες Αττικής, Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου, όπου ιδρύονται τρία και ανά δύο ΠεΣΥ αντίστοιχα (Οικονόμου, Χ., 2012). Αναλυτικότερα, η χώρα χωρίστηκε σε 17 περιφέρειες υγείας με αποτέλεσμα τα Κέντρα Υγείας να υπάγονται – πλέον – σε ανεξάρτητες μονάδες στο ΠεΣΥ της εκάστοτε περιφέρειας. Επίσης η κυβέρνηση υιοθέτησε την πρακτική ιδιωτών ιατρών σε νοσοκομεία του ΕΣΥ τις απογευματινές ώρες, ώστε να αποκτήσουν εξοικείωση και να διευκολυνθεί η εξυπηρέτηση των πολιτών με την καθιέρωση των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία. Προσδιορίστηκε το νέο πλαίσιο ίδρυσης, οργάνωσης, διοίκησης, αλλά και εύρεσης πόρων για χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων τα οποία διακρίνονται πλέον σε γενικά και ειδικά. (Νόμος 2889/2001 - ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001) .

Στη συνέχεια, ψηφίστηκε ο Ν. 3329/2005 (ΦΕΚ Α' 81/4-4-2005) με τίτλο *«Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»*. Αυτός ο νόμος ενοποίησε τις 16 Πε.Σ.Υ. σε 7 Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠε),

θεσμοθετώντας πλέον την οργάνωση του ΕΣΥ σε συντονισμένα περιφερειακά σχήματα. Η διοίκησή τους είχε ανατεθεί αρχικά σε διοικητικό συμβούλιο επτά ατόμων, στο οποίο προέδρευε ο Διοικητής, αργότερα ωστόσο τα εν λόγω διοικητικά συμβούλια καταργήθηκαν νομοθετικώς και το σύνολο των αρμοδιοτήτων ανατέθηκε στον Διοικητή κάθε Δ.Υ.Πε. και σε δύο Υποδιοικητές. Πλέον οι 7 ΔΥΠε που προέκυψαν από τη μετονομασία των ΠεΣΥ δυνάμει του άρθρου ν. 3329/2005 αντιστοιχούν στις 7 αποκεντρωμένες διοικήσεις του προγράμματος Καλλικράτη- που διατηρούνται έως και σήμερα- και είναι οι εξής: 1η ΥΠΕ Αττικής με έδρα την Αθήνα, 2η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου με έδρα τον Πειραιά, 3η ΥΠΕ Μακεδονίας με έδρα τη Θεσσαλονίκη, 4η ΥΠΕ Μακεδονίας-Θράκης με έδρα τη Θεσσαλονίκη, 5η ΥΠΕ Στερεάς Ελλάδας με έδρα τη Λάρισα, 6η ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας με έδρα την Πάτρα και 7η ΥΠΕ Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο. Καθίσταται σαφές επομένως πως πλέον τα όρια των διοικητικών περιφερειών συμπίπτουν με αυτά των υγειονομικών, γεγονός που στο παρελθόν δεν συνέβαινε και είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δυνατοτήτων συντονισμού, όπως επίσης και την έλλειψη μιας ολοκληρωμένης και συνεκτικής κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας (Οικονόμου, 2012).

Παρά τις πάρα πολλές νομοθετικές ρυθμίσεις οι οποίες συνεχίσθηκαν και έπειτα, το ΕΣΥ αντιμετωπίζει πληθώρα ζητημάτων τα οποία κυρίως εστιάζονται στη χρηματοδότηση των υγειονομικών μονάδων, στη μη σωστή και ορθολογική αξιοποίηση των υφιστάμενων υγειονομικών πόρων και στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κατά την περίοδο 2001–2010, ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα του ΕΣΥ δεν ήταν μόνο η ανεπάρκεια των διαθέσιμων πόρων, αλλά κυρίως ο τρόπος διαχείρισης. Η δεκαετία αυτή χαρακτηρίστηκε από έντονο κατακερματισμό στο σύστημα προμηθειών, περιορισμένη διαφάνεια στις οικονομικές συναλλαγές των νοσοκομείων, αδύναμους ελεγκτικούς μηχανισμούς και συνεχή συσσώρευση ληξιπρόθεσμων οφειλών προς τους προμηθευτές. Ήδη ο Ν. 2955/2001[16] επιχείρησε να ρυθμίσει τις νοσοκομειακές προμήθειες, ενώ ο Ν. 3580/2007[17] προχώρησε στη σύσταση της Επιτροπής Προμηθειών Υγείας, γεγονός που καταδεικνύει ότι το πρόβλημα είχε λάβει δομικό χαρακτήρα. Ωστόσο, οι παρεμβάσεις αυτές

[16] Ν. 2955/2001 "Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών Μονάδων των ΠΕ.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α΄ 256/2.11.2001": τη χώρα κυβερνούσε η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ με πρωθυπουργό τον Κώστα Σημίτη, ενώ υπουργός Υγείας και Πρόνοιας ήταν ο Αλέκος Παπαδόπουλος

[17] Ν. 3580/2007 "Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α΄ 134/18.6.2007": τη χώρα κυβερνούσε η κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας με πρωθυπουργό τον Κώστα Καραμανλή, ενώ υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ήταν ο Δημήτρης Αβραμόπουλος

δεν κατόρθωσαν να εξαλείψουν τις παθογένειες του συστήματος. Διεθνείς και εθνικές αξιολογήσεις συνέδεσαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας τη διόγκωση των χρεών των νοσοκομείων με την έλλειψη διαφάνειας, την αναποτελεσματική διοίκηση και τις αδυναμίες του πλαισίου προμηθειών, εκτιμώντας τις οφειλές προς προμηθευτές σε περίπου 2,1 δισ. ευρώ για την περίοδο 2001–2004. (Economou, 2010).

Κατά συνέπεια, το κρίσιμο ζήτημα της περιόδου δεν ήταν απλώς ότι το ΕΣΥ δαπανούσε υπέρογκα ποσά, αλλά ότι σημαντικό μέρος των κονδυλίων απορροφούνταν μέσα σε ένα διοικητικά ασταθές και οικονομικά αδιαφανές περιβάλλον, το οποίο ευνοούσε υπερτιμολογήσεις, καθυστερήσεις αποπληρωμών και γενικευμένη απώλεια ελέγχου επί της δαπάνης. Η εικόνα αυτή, εύλογα, άφηνε περιθώρια και για πρακτικές περιορισμένου ανταγωνισμού στις συμβάσεις, καθώς το θεσμικό πλαίσιο δεν διασφάλιζε πάντοτε αποτελεσματική εποπτεία και ενιαίες διαδικασίες. Η κατάσταση δεν βελτιώθηκε ουσιαστικά στα επόμενα χρόνια· αντιθέτως, τα νοσοκομειακά χρέη αυξήθηκαν περαιτέρω, φθάνοντας περίπου τα 2,8 δισ. ευρώ το 2007, ενώ η δημόσια νοσοκομειακή δαπάνη συνέχισε να διογκώνεται έως το 2009. Υπό αυτό το πρίσμα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η κρίση του ΕΣΥ κατά την περίοδο 2001–2010 ήταν πρωτίστως κρίση διακυβέρνησης, λογοδοσίας και ελέγχου των πόρων, και όχι αποκλειστικά ζήτημα δημοσιονομικής στενότητας. (Economou, 2010).

Έτσι έπειτα από την υπογραφή του μνημονίου της Ελλάδας με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 2010-όπου τη διακυβέρνηση της χώρας ασκούσε η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ με πρωθυπουργό τον Γεώργιο Α. Παπανδρέου, ενώ το χαρτοφυλάκιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατείχε η Μαριλίζα Ξενογιαννακοπούλου- εφαρμόζεται σκληρή πολιτική λιτότητας και στον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα με τον Ν.3868/2010 καθιερώνεται η λειτουργία των νοσοκομείων, καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας, αρμοδιότητας ΕΣΥ και με τον Ν.3892/2010 ψηφίζεται η ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων με υποχρεωτική υλοποίηση της από τον Αύγουστο του 2011.

Σημαντικότερη όμως από όλες τις νομοθετικές ρυθμίσεις είναι ο Ν.3918/2011 ο οποίος εισάγει σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι αλλαγές αυτές κυρίως αφορούν στο νέο σύστημα αναφορικά με την προμήθεια του υγειονομικού υλικού, την ένταξη των μονάδων υγείας -ιατρεία του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, την εισαγωγή και προώθηση των γενόσημων φαρμάκων και την δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) στον οποίο εντάχθηκαν αρχικά τα τέσσερα μεγάλα ταμεία όπως το ΙΚΑ,

ο ΟΠΑΔ, ο ΟΓΑ και ο ΟΑΕΕ και έπειτα εντάχθηκαν όλα τα ταμεία (ΦΕΚ 3918/2011 (Α΄31) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»). Ο ΕΟΠΥΥ συγκροτήθηκε με βασικό στόχο την ενοποίηση της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας, τον εξ ορθολογισμό της χρηματοδότησης και την αποτελεσματικότερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων του ΕΣΥ. Κεντρική επιδίωξη του Οργανισμού υπήρξε η λειτουργία του ως ενιαίου αγοραστή υπηρεσιών υγείας, ώστε να επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος της δαπάνης, μεγαλύτερη διαφάνεια στις συναλλαγές με τους παρόχους και ισότιμη πρόσβαση των ασφαλισμένων στις παροχές. Στο πλαίσιο αυτό, θεσμοθετήθηκαν οι μηχανισμοί του rebate και του clawback ως εργαλεία δημοσιονομικού ελέγχου. Το rebate αφορά την υποχρεωτική έκπτωση που αποδίδουν οι συμβεβλημένοι πάροχοι και προμηθευτές προς τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το clawback συνιστά μηχανισμό αυτόματης επιστροφής της υπέρβασης όταν η πραγματική δαπάνη υπερβαίνει τα προκαθορισμένα όρια του προϋπολογισμού. Οι μηχανισμοί αυτοί επιδίωξαν να περιορίσουν τις υπερβάσεις, να συγκρατήσουν τη φαρμακευτική και υγειονομική δαπάνη και να ενισχύσουν τη βιωσιμότητα του συστήματος, αν και συχνά επικρίθηκαν για τη μεταφορά σημαντικού οικονομικού βάρους στους παρόχους υγείας (άρθρο 100 του Ν. 4172/2013).

Τα Μνημόνια λειτούργησαν ως καταλύτης μεγάλων δομικών αλλαγών. Ο ιδρυθείσας από το 2011 ΕΟΠΥΥ ενοποίησε τα ασφαλιστικά ταμεία σε ενιαίο φορέα αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Η ενοποίηση αυτή περιόρισε τη διάσπαση των παροχών και προσπάθησε να εξοικονομήσει πόρους μέσω καλύτερης κεντρικής διαπραγμάτευσης. Επιπρόσθετα, ενσωματώθηκαν μέσα στην κρίση πρακτικές cost-containment: π.χ. το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (e-prescription) που θα αναλυθεί αναλυτικότερα σε επόμενο κεφάλαιο και καθιερώθηκε πλήρως έως το 2016, επιτρέποντας τη λεπτομερή παρακολούθηση και μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Την περίοδο αυτή επιβλήθηκαν αυστηρότερα πλαίσια για τα φάρμακα και τις διαγνωστικές δαπάνες, καθώς και έλεγχοι στις προμήθειες. Συνολικά, οι μεταρρυθμίσεις αυτές περιόρισαν τις δημόσιες δαπάνες αλλά επιδείνωσαν κατ' αρχήν την πρόσβαση σε υπηρεσίες. Ωστόσο, σε αντιστάθμισμα των περικοπών, ο Κώδικας Φαρμάκων αναθεωρήθηκε και από το 2014-2015 άρχισε η αναγνώριση όλων των ανασφάλιστων ως δικαιούχων δημόσιας φροντίδας. Σε διεθνή ανασκόπηση, διαπιστώνεται ότι οι πολιτικές Μνημονίων μείωσαν τις ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας, αλλά η σημαντική μείωση των συνολικών πόρων για την υγεία επέτεινε το οικονομικό βάρος στην πλευρά του ασθενούς (Economou et al., 2017).

Από το 2017- Κυβέρνηση Σύριζα με πρωθυπουργό τον Αλέξη Τσίπρα- και εξής ξεκίνησε ριζική εμβάθυνση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Με πρωτοβουλία τότε του Υπουργού Υγείας (Α. Ξανθού) ιδρύθηκαν Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ): αποκεντρωμένες μονάδες ΠΦΥ σε όλη τη χώρα. Μέχρι την άνοιξη του 2019 είχαν συσταθεί 120 τέτοιες μονάδες, με πάνω από 300.000 πολίτες να έχουν εγγραφεί σε αυτές. Τα ΤΟΜΥ στελεχώθηκαν με πολυεπιστημονικές ομάδες (Γενικοί Γιατροί, Παιδίατροι, Νοσηλευτές, Μαιευτές, Κοινωνικοί Λειτουργοί) και προσέφεραν προληπτική φροντίδα, παρακολούθηση χρόνιων παθήσεων και παραπομπές στο σύστημα. Με αυτόν τον τρόπο, ανέτρεψαν ένα παλαιό μοντέλο διάσπασης και λειτουργούσαν ως «θεραπευτικό σημείο πρώτης επαφής» στη γειτονιά. Μολονότι η πλήρης διάσταση της ΠΦΥ παραμένει έργο σε εξέλιξη, οι πρώτες επιδράσεις ήταν θετικές. Επεξηγηματικά, οι μονάδες ΤΟΜΥ κέρδισαν καλή αποδοχή και υψηλά ποσοστά ικανοποίησης ασθενών. Με αυτά τα βήματα, η ΠΦΥ μετατοπίστηκε σταδιακά από πρωτοβάθμιο δίκτυο παρακολούθησης ειδικών σε διεπιστημονικό και προσβάσιμο δίκτυο (WHO, 2019).

Καμπή στον ΠΟΥ και στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας αποτέλεσε η πανδημία COVID-19[18] καθώς έθεσε τεράστιες προκλήσεις στο ΕΣΥ και ανέδειξε τις αδυναμίες του. Πριν τον Μάρτιο 2020 η χώρα διέθετε πολύ λίγες ΜΕΘ. Η πανδημία ανέδειξε με οξύ τρόπο τις διαρθρωτικές αδυναμίες του ΕΣΥ, ιδίως ως προς τη διαθεσιμότητα κλινών εντατικής θεραπείας, σε μια περίοδο κατά την οποία το ΕΣΥ παρέμενε επιβαρυμένο από τις συνέπειες της μακράς δημοσιονομικής λιτότητας. Σύμφωνα με επίσημα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, πριν από την πανδημία το σύστημα διέθετε 557 κλίνες ΜΕΘ, αριθμός που αυξήθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια του 2020, φθάνοντας τις 930 τον Σεπτέμβριο, τις 1.082 τον Νοέμβριο και τις 1.305 τον Δεκέμβριο του ίδιου έτους. (Tzagarakis & Melidis, 2022).

Παρ' όλα αυτά, οι ειδικοί υπογράμμισαν ότι αυτό οφείλεται αποκλειστικά στις κοινωνικές παρεμβάσεις, καθώς το ΕΣΥ ήταν αποδυναμωμένο από την 10ετή λιτότητα. Για να ενισχυθεί η ανταπόκριση στις υγειονομικές ανάγκες, το Υπουργείο Υγείας προχώρησε σε μαζικές προσλήψεις συμβασιούχων νοσηλευτών και ιατρών-και σε προσωρινή επίταξη ιατρικού προσωπικού με σκοπό την υποστήριξη του ΕΣΥ. Το οικονομικό βάρος αντιμετωπίστηκε με πρωτοφανείς αυξήσεις δαπανών για την υγεία, το οποίο χρειάζεται να επισημανθεί. Μόνο για το 2020 διατέθηκαν επιπλέον 786 εκ.€ (εκ των οποίων 293 εκ.€ στον ΕΟΠΥΥ και 293 εκ€ για νοσοκομειακό εξοπλισμό). Για να γίνει περισσότερο κατανοητή

[18] Τη χώρα κυβερνούσε η κυβέρνηση της ΝΔ με πρωθυπουργό τον Κυριάκο Μητσοτάκη, ενώ το χαρτοφυλάκιο του Υπουργείου Υγείας κατείχε ο Βασίλης Κικίλιας.

αυτή η πρωτοφανής αύξηση θα αναφερθούμε πάλι στις ΜΕΘ οι οποίες ήταν απαραίτητες για την περίοδο εκείνη της πανδημίας. *Αναφορικά με το ποσό που απαιτούνταν για την χρήση της ΜΕΘ: Πριν από την COVID-19, το ημερήσιο νοσήλιο ΜΕΘ στον ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ Β΄ 4898/2018) οριζόταν ως εξής:*

- *800 ευρώ για τις 3 πρώτες ημέρες,*
- *550 ευρώ από την 4η έως τη 15η ημέρα,*
- *400 ευρώ για το υπόλοιπο της αναγκαίας νοσηλείας.*

*Κατά την περίοδο της πανδημίας, για νοσηλεία σε ΜΕΘ ιδιωτικών θεραπευτηρίων/κλινικών, η ΚΥΑ οικ. 6177/2020 προέβλεψε ότι η ημερήσια αποζημίωση θα ισούται με το παραπάνω ημερήσιο νοσήλιο πολλαπλασιαζόμενο με συντελεστή μισθολογικού κόστους 2,09. Άρα η αποζημίωση διαμορφωνόταν περίπου:*

*1.672 ευρώ για τις 3 πρώτες ημέρες (800 × 2,09),*

- *1.149,50 ευρώ από την 4η έως τη 15η ημέρα (550 × 2,09),*
- *836 ευρώ για τις επόμενες ημέρες (400 × 2,09).*

Ως αποτέλεσμα, παρά τους περιορισμούς, η Ελλάδα κατάφερε να «περάσει» σχετικά ακίνδυνα τα πρώτα κύματα, όπως επιβεβαιώνει το ΔΝΤ (Kalavrezou et al., 2021).

Παρά τις μεταρρυθμίσεις, το ΕΣΥ εξακολουθεί να αντιμετωπίζει σοβαρές προκλήσεις. Το λεγόμενο “brain drain” παραμένει μείζον θέμα που επιδιώκει η κάθε κυβέρνηση να εξαλείψει. Το πλήθος νέων γιατρών μετέβησαν στο εξωτερικό μετά την κρίση, αναζητώντας ασφαλείς συνθήκες εργασίας και υψηλότερες αμοιβές. Έρευνες, επισημαίνουν ότι αιτίες του φαινομένου ήταν η μαζική ανεργία επιστημόνων, η εργασιακή ανασφάλεια, η δραματική μείωση μισθών και η υπερφορολόγηση των εργασιακών εισοδημάτων (Bazoukis & Grivas, 2020). Επιπλέον, η χρόνια υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος δεν έχει πλήρως ανατραπεί, ακόμα και σήμερα η συνολική δαπάνη υγείας εκφρασμένη ως ποσοστό του ΑΕΠ [19] είναι κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Οι ελλείψεις τόσο σε υγειονομικό προσωπικό , όσο και σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό εξακολουθούν να αποτελούν ιδιαίτερη πρόκληση. Θεωρούνται επείγουσες τόσο η ενίσχυση,

[19] Περίπου 8% του ΑΕΠ

κυρίως με προσλήψεις, του ανθρώπινου δυναμικού όσο και η αύξηση των δημόσιων πόρων για την υγεία.

Τέλος, η επιδιώμενη σύγκλιση με ευρωπαϊκές πολιτικές προωθεί μεταρρυθμιστικές κατευθύνσεις όπως η εμβολιαστική κάλυψη, η πρόληψη ασθενειών και η διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων (MyHealth). Αυτές οι προκλήσεις απαιτούν ενίσχυση της δημόσιας περίθαλψης και μακροπρόθεσμες πολιτικές με σκοπό να κρατήσουν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα, εξασφαλίζοντας παράλληλα ποιοτική φροντίδα για όλους τους πολίτες. Το ΕΣΥ εξακολουθεί να αποτελεί θεμέλιο λίθο του κοινωνικού κράτους, εξασφαλίζοντας καθολική κάλυψη και ικανοποιητικούς δείκτες υγείας, παρά τις διαχρονικές δυσχέρειες. Ωστόσο, στη σημερινή του μορφή, αποτυγχάνει να ανταποκριθεί πλήρως στις αρχές της ισότητας, της καθολικότητας και της ποιότητας που το ίδιο έχει θέσει. Η πολυετής υποχρηματοδότηση, η διαρθρωτική κατακερματισμένη του φύση και η εξάρτηση από τις ιδιωτικές δαπάνες έχουν καταστήσει το σύστημα υγείας λιγότερο αποτελεσματικό και περισσότερο άνισο.

Η μακρά οικονομική κρίση και η πρόσφατη πανδημία αποκάλυψαν και ενίσχυσαν τις αδυναμίες του. Ταυτόχρονα, παραμένει κυρίαρχος ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας, ενώ οι πολιτικές ενίσχυσης της πρόληψης και της δημόσιας υγείας εφαρμόζονται αποσπασματικά. Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, αν και συχνές , χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια, βραχυπρόθεσμο σχεδιασμό και απουσία μηχανισμών αξιολόγησης και διαφάνειας. Αν λοιπόν το ΕΣΥ επιθυμεί να ανταποκριθεί στις προκλήσεις του 21ου αιώνα, η επιβίωσή του δεν μπορεί να εξαρτάται μόνο από την ανθεκτικότητα του προσωπικού και τη συγκυριακή διαχείριση κρίσεων. Αντίθετα, απαιτείται ένας συνολικός επαναπροσδιορισμός με έμφαση στη δημόσια χρηματοδότηση, την ισόρροπη ανάπτυξη υπηρεσιών, την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και την αναβάθμιση της ποιότητας με όρους λογοδοσίας και κοινωνικής δικαιοσύνης.

## 3.5 Διάρθρωση υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες

Η υγειονομική περιφέρεια αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας που παρέχουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα περιφερειακά νοσοκομεία (πανεπιστημιακά, γενικά ειδικά), τα ερευνητικά και επιστημονικά κέντρα. Σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 1 ν. 1397/1983, η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια που παρέχεται από τα νοσοκομεία, ενώ στη

συνέχεια, ως τροποποιήθηκε με το άρθρο 11 ν. 2071/1992 προβλεπόταν ότι παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Επίσης, σύμφωνα με την παρ. 3 του ιδίου άρθρου, ως είχε τροποποιηθεί, εξαιρούνταν από το πεδίο εφαρμογής του νόμου- μονάδες περίθαλψης που ανήκουν στο Πανεπιστήμιο (όπως για παράδειγμα το Γενικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ) ή στις Ενοπλες Δυνάμεις (όπως είναι το 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο).

### 3.5.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

«Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) ορίζονται οι υπηρεσίες και οι πράξεις εκείνες που διενεργούνται με στόχο την πρόληψη και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας». Οι υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής.

Με τον Νόμο. 3235/2004 η «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» αναδιοργανώθηκε και πλέον ορίζονται ως υπηρεσίες υγείας, αυτές που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα και περιλαμάνουν την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, την οδοντιατρική φροντίδα, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας (Ν 3235/2004).

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται τόσο από τους δημόσιους φορείς, όσο και από ιδιωτικούς φορείς οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί στο πλαίσιο τεσσάρων βασικών δομών**:**

I. Το ΕΣΥ μέσω των κέντρων υγείας, και των πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων ή ακόμα και των ειδικών περιφερειακών ιατρείων, των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, το τμήμα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, των απογευματινών ιατρείων και το ΕΚΑΒ, με τη χρηματοδότηση τους να στηρίζεται αποκλειστικά σε κρατικούς πόρους.
II. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης μέσω των πολυιατρείων που διαθέτουν (πλέον πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ), και των συμβεβλημένων προμηθευτών υγείας, όπως ιατρείων, εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

III. Την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις διάφορες προνοιακές υπηρεσίες

IV. Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους και μη συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονται ή από τις συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ, ή από τους ίδιους τους χρήστες ή από την ιδιωτική ασφάλιση εάν διαθέτει ο ασθενής (Τούντας κ.ά., 2008; Λέτσιος, 2020).

Με τον Ν1397/1983 για την δημιουργία του ΕΣΥ, για πρώτη φορά τα κέντρα υγείας παρουσιάζονται ως αποκεντρωμένη οργανική μονάδα νομαρχιακού νοσοκομείου σε αστικές ή επαρχιακές περιοχές (άρθρα 17 και 15 ν.1397/1983). Επίσης, ας μη λησμονείται πως μια καινοτομία του Νόμου αποτελεί το γεγονός ότι εντάσσει στο ΕΣΥ τις μονάδες ΠΦΥ των ασφαλιστικών ταμείων για παράδειγμα τα 242 πολυιατρεία του ΙΚΑ και των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών.

Στα βασικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ ανήκουν οι παροχές υπηρεσιών υγείας βάσει ενός δικτύου κέντρων υγείας στις μακρινές κυρίως αγροτικές περιοχές και επαρχίες, καθώς και των πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ στις αστικές περιοχές. Επιπρόσθετα, όσον αφορά στους πολίτες που, ενώ διαθέτουν ασφάλιση δεν λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας, λόγω του ότι παρατηρούνται αρκετές ελλείψεις στον τομέα της προληπτικής και μετανοσοκομειακής φροντίδας. Κατά την περίοδο 2022–2025, το Ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας20 προσφέρει στην Ελλάδα μια κρίσιμη ευκαιρία για την αντιμετώπιση χρόνιων στρεβλώσεων του ανθρώπινου δυναμικού υγείας, οι οποίες περιορίζουν τη λειτουργικότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος. Η εν λόγω περίπτωση χαρακτηρίζεται από μια ιδιότυπη ανισορροπία: αφενός παρατηρείται υψηλή πυκνότητα ιατρών, αφετέρου καταγράφεται χαμηλή διαθεσιμότητα νοσηλευτικού προσωπικού και επίμονη υποστελέχωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η ανισοκατανομή αυτή δεν συνιστά μόνο πρόβλημα στελέχωσης, αλλά και πρόβλημα διακυβέρνησης, καθώς δυσχεραίνει τον ορθολογικό σχεδιασμό των υπηρεσιών, την αποτελεσματική κατανομή των πόρων και τη διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης του πληθυσμού σε συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα. Η σχετική βιβλιογραφία επισημαίνει ότι, σε περίπτωση αιφνίδιας διαταραχής του ανθρώπινου δυναμικού, το ΕΣΥ θα δεχόταν σοβαρές πιέσεις σε πολλαπλά επίπεδα: στη διακυβέρνηση, λόγω ανεπαρκών δεδομένων και ελλιπών μηχανισμών σχεδιασμού· στην παραγωγή πόρων,

[20] Η ενίσχυση της ΠΦΥ συνεχίζεται ακόμα και το 2026

καθώς ορισμένες μονάδες θα υποχωρούσαν κάτω από ασφαλή όρια στελέχωσης· στην παροχή υπηρεσιών, μέσω επιμήκυνσης των αναμονών και επιβάρυνσης τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της νοσοκομειακής περίθαλψης· και, τέλος, στη χρηματοδότηση, εξαιτίας της πιθανής ανάγκης αγοράς υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα (Kaitelidou et al., 2023).

Υπό αυτό το πρίσμα, ο θεσμός του προσωπικού ιατρού μπορεί να αποδειχθεί όχι απλώς ως διοικητική καινοτομία, αλλά ως στρατηγικό εργαλείο αναδιοργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας και ενίσχυσης της συστημικής ανθεκτικότητας. Η αξιοποίηση των πόρων του Ταμείου Ανάκαμψης για την ΠΦΥ και τον προσωπικό ιατρό δύναται να συμβάλει στην ανακατανομή του υπάρχοντος ιατρικού δυναμικού προς την κοινότητα, στη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας, στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και στη συγκρότηση ενός πιο σταθερού μηχανισμού πρώτης επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Ωστόσο, η διεθνής εμπειρία δείχνει ότι οι ελλείψεις ανθρώπινου δυναμικού δεν αντιμετωπίζονται αποκλειστικά με μισθολογικές παρεμβάσεις, αλλά απαιτούν ένα σύνθετο πλέγμα πολιτικών που περιλαμβάνει καλύτερες συνθήκες εργασίας, επαγγελματικά κίνητρα, προοπτικές εξέλιξης, εκπαίδευση και θεσμική υποστήριξη (Michaeli et al., 2024). Κατά συνέπεια, η αποτελεσματικότητα των επενδύσεων του Ταμείου Ανάκαμψης θα εξαρτηθεί από το κατά πόσον αυτές θα συνοδευτούν από ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις διακυβέρνησης: ανάπτυξη αξιόπιστων πληροφοριακών συστημάτων για το ανθρώπινο δυναμικό, τεκμηριωμένο σχεδιασμό στελέχωσης, ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και διαμόρφωση ενός συνεκτικού πλαισίου μη οικονομικών και οικονομικών κινήτρων. Με άλλα λόγια, η χρηματοδότηση από μόνη της δεν αρκεί. Απαιτείται θεσμική ανασυγκρότηση, ώστε ο προσωπικός ιατρός και οι επενδύσεις στην ΠΦΥ να μετατραπούν σε πραγματικό μοχλό αναβάθμισης του ΕΣΥ.

Εξαιτίας όλων αυτών των κενών παρατηρείται έντονη επενδυτική ιδιωτική δραστηριότητα στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα (Έλληνας, 2009). Η δραστηριότητα αυτή αποτυπώνεται στον παρακάτω πίνακα 3.2:

**Πίνακας 3.2:Ιδιωτική δραστηριότητα στον τομέα της Υγείας**

| ΔΥΠΕ | Διαγνωστικά κέντρα |
|---|---|
| Α΄ Αττικής | 134 |
| Β΄ Αττικής | 100 |
| Γ΄ Αττικής | 44 |
| Α΄ Κεντρικής Μακεδονίας | 19 |
| Β΄ Κεντρικής Μακεδονίας | 4 |
| Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης | 13 |
| Δυτικής Μακεδονίας | 5 |
| Ηπείρου | 5 |
| Θεσσαλίας | 14 |
| Ιονίων Νήσων | 1 |
| Δυτικής Ελλάδας | 19 |
| Στερεάς Ελλάδας | 15 |
| Πελοποννήσου | 7 |
| Βορείου Αιγαίου | 2 |
| Α΄ Νοτίου Αιγαίου | 4 |
| Β΄ Νοτίου Αιγαίου | 2 |
| Κρήτης | 613 |
| Σύνολο | **401** |

Πηγή: (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2008)

Παρακάτω παρατίθεται σχετικός Πίνακας 3.3, με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το 2023 που καταδεικνύουν την κατάσταση στις μέρες μας σχετικά με την ιδιωτική και δημόσια περίθαλψη .

**Πίνακας 3.3:Σύγκριση Ιδιωτικής με Δημόσιας περίθαλψης ανά Περιφέρεια**

| Περιφέρεια | Ιδιωτικές Κλινικές | Δημόσια Νοσοκομεία |
|---|---|---|
| Ανατολική Μακεδονία και Θράκη | 15 | 10 |
| Κεντρική Μακεδονία | 30 | 25 |
| Δυτική Μακεδονία | 8 | 7 |
| Ήπειρος | 10 | 9 |
| Θεσσαλία | 20 | 15 |
| Ιόνια Νησιά | 12 | 8 |
| Δυτική Ελλάδα | 18 | 14 |
| Στερεά Ελλάδα | 16 | 12 |
| Αττική | 50 | 35 |
| Πελοπόννησος | 14 | 11 |
| Νότιο Αιγαίο | 9 | 6 |
| Βόρειο Αιγαίο | 7 | 5 |
| Κρήτη | 13 | 10 |

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (2023)

Σε μια διαφορετική διάσταση, παρουσιάζεται η διαμορφωμένη κατανομή των ιδιωτικών κλινικών και δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, σε ορισμένες περιοχές, ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών υπερβαίνει αυτών των δημόσιων νοσοκομείων, γεγονός που αποτυπώνει μια αποστροφή από την δημόσια υγεία και νοσηλεία προς ένα δυτικό μοντέλο ιδιωτικών μονάδων υγείας. Εκτός αυτού, παρατηρείται σημαντική έλλειψη νοσοκομειακών μονάδων στα νησιά του Αιγαίου, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για ριζικές αλλαγές στο ΕΣΥ.

Ξεχωριστή σημασία για την ΠΦΥ διαθέτουν τα Κέντρα Υγείας τα οποία είναι στην ουσία αποκεντρωμένες μονάδες Νομαρχιακών Νοσοκομείων και σκοπεύουν στους εξής στόχους:

- να παρέχουν ισότιμη περίθαλψη για το σύνολο του πληθυσμού της εκάστοτε περιοχής,
- να παρέχουν νοσηλεία και να παρακολουθούν ασθενείς στο στάδιο της ανάρρωσης εντός και εκτός νοσοκομείου,
- να παρέχουν πρώτες βοήθειες και νοσηλεία για έκτακτα περιστατικά,
- να ασκούν προληπτικά την ιατρική, οδοντιατρική και υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού,
- να αναλαμβάνουν την πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη,
- να ερευνούν τα επιδημιολογικά και ιατροκοινωνικά δεδομένα,
- να παρέχουν υπηρεσίες σχολικής υγιεινής,
- να ενημερώνουν τον πληθυσμό όσον αφορά τα θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
- να παρέχουν κοινωνική φροντίδα (Έλληνας, 2009; Λυκούδη, 2023).

### 3.5.2 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

«Ως Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΔΦΥ) καλούνται όλες εκείνες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται εντός του Νοσοκομείου, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στα κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια μακροχρόνιων παθήσεων προστιθέμενα με αυτά που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας». (Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011,(ΦΕΚ 2456/Β΄/3−11−2011).

Η ΔΦΥ περιλαμβάνει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και την αποκατάσταση ή θεραπεία του. Περιλαμβάνει τα στάδια της νοσηλείας, τον εργαστηριακό έλεγχο καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων. Η ΔΦΥ στην Ελλάδα στηρίζεται σε τρεις άξονες :

- τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία λειτουργούν εντός των πλαισίων του ΕΣΥ, και την ευθύνη αναφορικά με τη διοίκηση, την οργάνωση, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση τους έχει αποκλειστικά το κράτος
- τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ αφορούν κυρίως τα στρατιωτικά νοσοκομεία
- τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κυρίως οι ιδιωτικές κλινικές που έχουν συνάψει συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ με αποκλειστικό σκοπό το κέρδος (Οικονόμου, 2012).

Βασικός πυλώνας της δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι τα νοσοκομεία που με τον Ν. 1397/1983 μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ). Τα νοσοκομεία ανάλογα με το φάσμα των υπηρεσιών που διαθέτουν χωρίζονται σε γενικά και ειδικά και ανάλογα με τη γεωγραφική τους εμβέλεια σε Τοπικά (όταν εξυπηρετούν περιοχές έως 50.000 κατοίκους) σε Νομαρχιακά (έως 200.000 κατοίκους) και σε Περιφερειακά τα οποία υφίστανται στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας και καλύπτουν τις ανάγκες του συνόλου των πολιτών στην περιφέρεια που ανήκουν.

Όπως ορίζεται ειδικότερα στο άρθρο 8 παρ. 4 του Ν. 1397/1983, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα ειδικά νοσοκομεία δύνανται να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών. Περαιτέρω, σύμφωνα με την παρ. 5 του ίδιου άρθρου, τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυνδέονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η πιο πάνω διασύνδεση είναι και λειτουργική επιτρέπεται δε και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών, εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες περίθαλψης των ασθενών και η καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Κάθε γενικό περιφερειακό νοσοκομείο και αντίστοιχο ειδικό νοσοκομείο διαιρείται σε τέσσερις υπηρεσίες: την ιατρική, τη διοικητική, τη νοσηλευτική, την τεχνική. Οι υπηρεσίες του νοσοκομείου ιεραρχούνται ισότιμα και συνεργάζονται αρμονικά ώστε να πετύχουν το

καλύτερα δυνατό αποτέλεσμα, που, αφενός, είναι η διάγνωση, ενώ, αφετέρου, αποτελεί η ταχεία και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Ν. 1397/1983 για τη δημιουργία του «Εθνικού Συστήματος Υγείας», μία από τις καινοτομίες της εποχής ήταν ο τομεακός τεμαχισμός της κλινικής και ο εκδημοκρατισμός των νοσοκομείων. Με τη νέα ρύθμιση η ιατρική υπηρεσία δομήθηκε πλέον με βάση τους τομείς ειδικοτήτων (savoir-faire). Συνεπώς ο νόμος για το ΕΣΥ αποτέλεσε ένα εσωτερικό οργανωτικό σχήμα , που εκτός όλων των άλλων που προέβλεπε, στο πλαίσιο του οποίου εντάχθηκαν και λειτούργησαν με επιστημονική αυτοτέλεια και ισοτιμία τα τμήματα. Οι τομείς στα νοσοκομεία διακρίθηκαν σε παθολογικό, χειρουργικό, εργαστηριακό και κοινωνικής ιατρικής. Ο κάθε τομέας έχει συντονιστή ή διευθυντή και επιπρόσθετα για πρώτη φορά σε κάθε νοσοκομείο νομοθετείτε πενταμελής επιστημονική ιατρική επιτροπή, που εκλέγεται από τους γιατρούς κυρίως αλλά και από άλλους επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας (Θεοδώρου, κ.ά., 2023). Εν κατακλείδι, επισημαίνεται ότι, με τον νόμο του ΕΣΥ το 1983, το κράτος έθεσε ως στόχο της πολιτικής του για την υγεία την αποεμπορευματοποίηση της, καθώς το κράτος ανέλαβε την αποκλειστική ευθύνη για την προστασία της υγείας των πολιτών.

Η ΔΦΥ στην Ελλάδα σήμερα εξακολουθεί να στηρίζεται κυρίως στο δημόσιο νοσοκομείο, το οποίο παραμένει ο βασικός πυλώνας αντιμετώπισης των σύνθετων περιστατικών, αλλά λειτουργεί υπό σημαντικές πιέσεις. Από τη μία πλευρά, η χώρα διαθέτει αριθμό νοσοκομειακών κλινών κοντά στον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, καθώς και σχετικά υψηλή διαθεσιμότητα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Από την άλλη πλευρά, το κρίσιμο ζήτημα εντοπίζεται λιγότερο στον αριθμό των κλινών και περισσότερο στη στελέχωση, στην άνιση γεωγραφική κατανομή του προσωπικού, στις αναμονές και στη διαχρονική εξάρτηση των πολιτών από ιδιωτικές πληρωμές όταν το δημόσιο σύστημα αδυνατεί να ανταποκριθεί έγκαιρα ή πλήρως. Η ΔΦΥ παραμένει επομένως νοσοκομειοκεντρική, με τα νοσοκομεία να επιβαρύνονται και από αδυναμίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, γεγονός που περιορίζει την αποδοτικότητα και δυσχεραίνει τη συνέχεια της φροντίδας. Το βασικό ζητούμενο σήμερα δεν εντοπίζεται μόνο στην αύξηση των πόρων, αλλά στην ουσιαστική αναδιοργάνωση της νοσοκομειακής λειτουργίας με έμφαση στη στελέχωση, στη διασύνδεση με την ΠΦΥ, στη μείωση των ανισοτήτων πρόσβασης και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (OECD, 2025).

### 3.5.3 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

«Ως τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ορίζονται οι ειδικές υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν στη μελέτη και αντιμετώπιση σπανίων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών, στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας και στη μόνιμη και δια βίου εκπαίδευση ιατρών και επαγγελματιών υγείας, στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών υγείας». Η Τριτοβάθμια περίθαλψη, η οποία απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις σε εξοπλισμό και μέσα, παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές οι οποίες διαθέτουν την κατάλληλη υποδομή και το αντίστοιχο προσωπικό-ιδιαίτερα εξειδικευμένο- για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών υγείας.

Αξίζει αρχικά να σημειωθεί πως η πρόβλεψη τριτοβάθμιας περίθαλψης δεν περιλαμβανόταν εξαρχής στο άρθρο 5 του Ν. 1397/1983, στο οποίο αναφερόταν αποκλειστικά η πρωτοβάθμια, δηλαδή η εξωνοσοκομειακή και η δευτεροβάθμια, δηλαδή η νοσοκομειακή περίθαλψη. Αντιθέτως, προστέθηκε αργότερα, με την διάταξη του άρθρου 11 του Ν. 2071/1992, με το οποίο αντικαταστάθηκε το ως άνω αναφερόμενο άρθρο 5 του Ν. 1397/1983 και το οποίο προβλέπει πλέον ότι «1. Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.». Ειδικά η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τις Πανεπιστημιακές Κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες με κατάλληλο εξοπλισμό ή προσωπικό, ενταγμένες σε νοσοκομεία του ΕΣΥ ή στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία (πχ Αρεταίειο) και συνδέεται επιστημονικά με τα οικεία τμήματα των ΑΕΙ (Κρεμάλης, 2011).

## 3.6 Τα χαρακτηριστικά και ο τρόπος λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 3 του άρθρου 21 του Συντάγματος-κατοχυρώνει την ευθεία υποχρέωση του κράτους για την μέριμνα και προστασία της υγείας των πολιτών (ΣτΕ 3292/1998). Στο άρθρο αυτό δεν γίνεται καμία αναφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες, με άλλα λόγια λοιπόν, αυτή ούτε απαγορεύεται ούτε φυσικά επιβάλλεται από την εν λόγω συνταγματική διάταξη. Βέβαια, καθίσταται σαφές πως η απαγόρευση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και η αντίστοιχη επιβολή ενός κρατικού μονοπωλίου αναφορικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τις

αρχές της οικονομικής ελευθερίας και της ιδιωτικής αυτονομίας, όπως αυτές κατοχυρώνονται στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος (Κοντιάδης, 2007).

Με τον Ν. 1397/1983 θεσπίζεται μια σημαντικότατη διεύρυνση του δημοσίου τομέα σε βάρος του ιδιωτικού. Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 1-6, τα νοσοκομεία λειτουργούν μόνο ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και προβλέπεται συγκεκριμένη διαδικασία, κατά την οποία τα νοσοκομεία που λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου και επιχορηγούνται είτε εν μέρει είτε στο σύνολό τους από το κράτος μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ, με εξαίρεση τα νοσοκομεία των ΑΕΙ, όπως επίσης και τα στρατιωτικά νοσοκομεία. Περαιτέρω, με το άρθρο 6 παρ. 7 απαγορεύτηκε η ίδρυση, η επέκταση και η μετατροπή της νομικής μορφής των ιδιωτικών κλινικών. Ωστόσο, εξαιτίας των περιορισμών που θεσπίστηκαν στον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, παρατηρήθηκε σημαντική έξαρση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, χωρίς παράλληλο έλεγχο της λειτουργίας τους και της ποιότητα των παρεχόμενων από τα εν λόγω κέντρα υπηρεσιών (Κοντιάδης, 2007).

Το περιοριστικό αυτό καθεστώς μεταβλήθηκε ιδίως με τις διατάξεις των άρθρων 11, 12 και 13 ν. 2071/1992, με τις οποίες ορίστηκε ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι δυνατόν να παρέχεται- πέραν του δημοσίου και από τις μονάδες περίθαλψης των ασφαλιστικών οργανισμών, από τα συγκροτήματα των εξωτερικών ιατρείων των ΝΠΙΔ, όπως επίσης και από τα ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, πολυϊατρεία, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντιατρικά κέντρα, πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια φυσικοθεραπείας.

Παράλληλα, με το άρθρο 32 του Ν. 3370/2005 καθιερώθηκε η συνεργασία δημοσίων νοσοκομείων με ιδιωτικά θεραπευτήρια μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις ειδικότερες προβλέψεις του άρθρου 32 του εν λόγω νόμου, εισήχθησαν προβλέψεις αναφορικά με την παραπομπή ασθενών από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ στις μονάδες εντατικής θεραπείας των ιδρυμάτων αυτών. Συναφώς, με τις διατάξεις του Ν. 3389/2005 γίνεται αναφορά στην Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στον χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα διευρυμένος, όχι τόσο επειδή έχει υποκαταστήσει πλήρως το δημόσιο σύστημα, αλλά επειδή έχει εγκατασταθεί ως μόνιμος συμπληρωματικός και συχνά αναγκαίος πυλώνας της περίθαλψης. Το πιο χαρακτηριστικό στοιχείο επαφίεται σε θέματα χρηματοδότησης. Συγκεκριμένα, οι

πληρωμές των νοικοκυριών από την τσέπη τους αντιστοιχούν περίπου στο 33% της συνολικής δαπάνης υγείας, ποσοστό από τα υψηλότερα στην ΕΕ και πολύ πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ταυτόχρονα, η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχεί μόλις στο 62,1% της δαπάνης υγείας, δηλαδή το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ. Αυτό σημαίνει ότι, στην πράξη, οι πολίτες στρέφονται συστηματικά σε ιδιωτικές πληρωμές για να καλύψουν διαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε ειδικούς, φάρμακα και υπηρεσίες που δεν καλύπτονται επαρκώς ή παρέχονται με καθυστέρηση από το δημόσιο σύστημα.

Η διεύρυνση αυτή δεν είναι μόνο οργανωτική αλλά και κοινωνική. Το 2023 η προαιρετική ιδιωτική ασφάλιση υγείας συνεισέφερε περίπου 5% της συνολικής δαπάνης υγείας, ενώ πολλά συμβόλαια παρουσιάζονται ως τρόπος για ταχύτερη πρόσβαση σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ειδικούς ιατρούς. Αυτό δείχνει ότι ο ιδιωτικός τομέας δεν λειτουργεί απλώς ως «πολυτέλεια» για λίγους, αλλά είναι ιδιαιτέρως απαραίτητος ως μηχανισμός παράκαμψης των καθυστερήσεων και των περιορισμών του δημόσιου τομέα.

Συνολικά, ο ιδιωτικός τομέας στην Ελλάδα σήμερα είναι μεγάλος, λειτουργικά κρίσιμος και βαθιά ενσωματωμένος στη συνολική παροχή φροντίδας. Η διεύρυνσή του, όμως, δεν αποτυπώνει απλώς ελευθερία επιλογής των πολιτών αποτυπώνει και τις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος να καλύψει έγκαιρα και ισότιμα τις ανάγκες του πληθυσμού. Έτσι, όσο περισσότερο ο πολίτης χρειάζεται ιδιωτικές πληρωμές ή ιδιωτική ασφάλιση- για να εξασφαλίσει γρήγορη πρόσβαση, τόσο περισσότερο ο διευρυμένος ιδιωτικός τομέας μετατρέπεται από συμπληρωματικός σε δείκτη ανεπάρκειας της δημόσιας φροντίδας (OECD, 2023).

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΑ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΤΑΜΕΙΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΩΣ ΤΗΝ ΕΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ

## 4.1 Οι παροχές υγείας των Ταμείων ξεχωριστά έως το 2012

Η λειτουργία και η εξέλιξη κάθε κοινωνίας συνδέονται άρρηκτα τόσο με την οικονομική της οργάνωση όσο και με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το οποίο επηρεάζεται από ένα σύνολο κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Στο πλαίσιο αυτό, η κρατική παρέμβαση για την προστασία των πολιτών από τον κίνδυνο της ασθένειας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η διασφάλιση της υγειονομικής κάλυψης συνδέεται άμεσα με τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και της οικονομικής σταθερότητας. Τον ρόλο αυτό επιτελεί ο θεσμός της δημόσιας ασφάλισης υγείας, μέσω του οποίου παρέχεται προστασία έναντι των οικονομικών και κοινωνικών συνεπειών που προκαλούν η ασθένεια και τα ατυχήματα (Economou, 2010).

Από το 1990 και έπειτα σύμφωνα με τον ίδιο, υπήρχαν περί τους 30 διαφορετικούς φορείς – Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα. Οι τέσσερεις μεγαλύτεροι εξ αυτών ήταν το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), καθώς και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Η ασφάλιση των εργαζομένων ήταν υποχρεωτική διά νόμου και εξαρτιόταν από το επάγγελμα που ασκούσε ο ασφαλισμένος. Επομένως, δεν προκύπτει θέμα ελευθερίας της επιλογής του ασφαλιστικού φορέα. Ως εκ τούτου, δεν υπήρχε ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων.

Γενικότερα, ως ασφαλιστικές παροχές καλούνται τα αναγκαία αυτά μέτρα που λαμβάνει ένας φορέας – τα οποία στοχεύουν στην πρόληψη, αποκατάσταση ή ακόμη και στη μείωση των βιολογικών επιπτώσεων από προκαθορισμένους κινδύνους σε συνάρτηση με τα οικονομικά δεδομένα (Σκουτέλης, 1990; Economou et al., 2017). Οι ασφαλιστικές υγειονομικές παροχές (παροχές σε χρήμα) έχουν ως στόχο να καταπραΰνουν τα άτομα από ενδεχόμενη επέλευση των κινδύνων της ασθένειας, είτε αναπληρώνοντας εξ' ολοκλήρου είτε καλύπτοντας μέρος της οικονομικής απώλειας του εισοδήματος από την απώλεια της εργασίας. Οι ασφαλιστικές παροχές υγείας (παροχές σε είδος) έχουν επίσης ως στόχο είτε την πρόληψη είτε την αποκατάσταση της σωματικής βλάβης από την επέλευση του κινδύνου

ώστε να διασφαλίσουν στον εργαζόμενο την ικανότητα για εργασία (Σούλης, 1998; Σταθάκος, 2020).

Οι παροχές σε είδος, εν γένει, των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης συμπεριλάμβαναν τις ακόλουθες παροχές (ΙΟΒΕ, 2011):

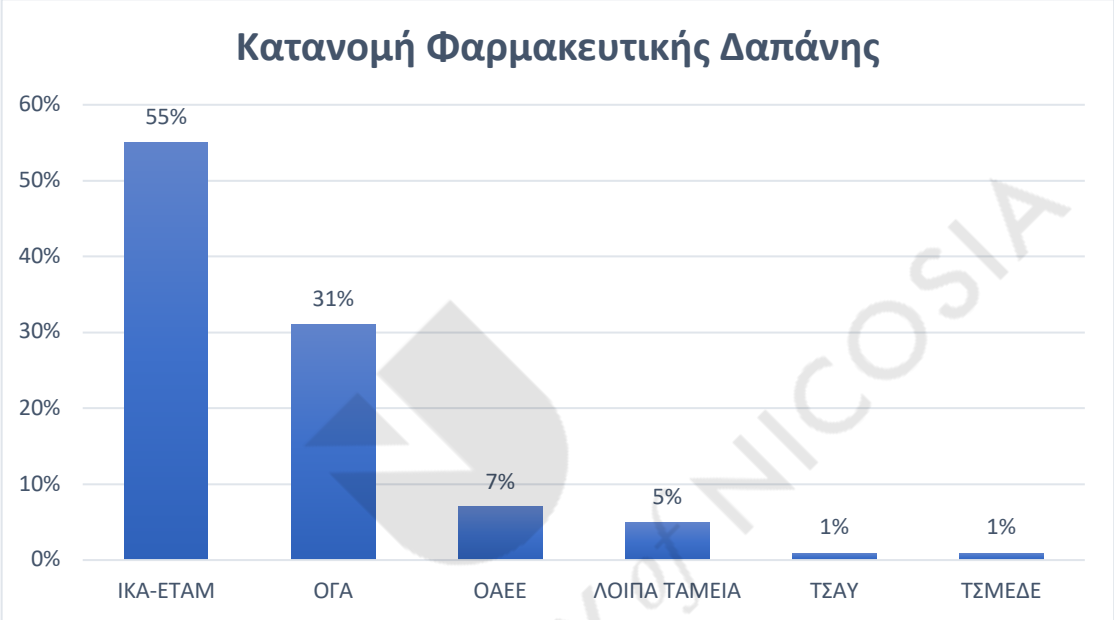
- Ιατρική Περίθαλψη
- Νοσοκομειακή Περίθαλψη
- Φαρμακευτική Περίθαλψη
- Οδοντιατρική Περίθαλψη
- Διαγνωστικές Ιατρικές Πράξεις
- Παρακλινικές Εξετάσεις
- Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας
- Λογοθεραπεία
- Φυσικοθεραπεία
- Ψυχοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Ειδική Αγωγή
- Νοσηλεία στο Εξωτερικό
- Παροχή Θεραπευτικών Μέσων

Λόγω της πολυμορφίας των ταμείων, υπήρχαν σημαντικές διαφορές αναφορικά με τις ασφαλιστικές εισφορές, τη δυνατότητα επιλογής των παρόχων υπηρεσιών υγείας αλλά και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι διαφοροποιήσεις των τελευταίων δύο δεν ήταν πάντοτε ανάλογες με τις διαφοροποιήσεις των ασφαλιστικών εισφορών (ΙΟΒΕ, 2011).

Αξιοσημείωτο αποτελεί το γεγονός, ότι η παροχή των υπηρεσιών υγείας διαφοροποιούνταν αναλόγως του φορέα κοινωνικής ασφάλειας τόσο ως προς το περιεχόμενο, όσο και ως προς την ποιότητα των παροχών. Ενδεικτικά, για τους μεγαλύτερους φορείς, οι ασθενείς του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ είχαν πρόσβαση στις παροχές του φορέα μέσω των έμμισθων ιατρών του- οι οποίοι υπηρετούσαν στα πολυϊατρεία του, οι ασφαλισμένοι του ΟΑΕΕ μέσω ιατρών με σύμβαση έργου, καθώς και συμβεβλημένους ιατρούς στην περίπτωση του ΟΠΑΔ. Όλοι οι πολίτες ασφαλισμένοι- ανεξαρτήτου σε ποιόν ασφαλιστικό φορέα ανήκαν- είχαν πρόσβαση στους ιατρούς και στις υποδομές του ΕΣΥ, (κέντρα υγείας, αγροτικοί και νοσοκομειακοί ιατροί) (ΙΟΒΕ, 2011; Economou et al., 2017).

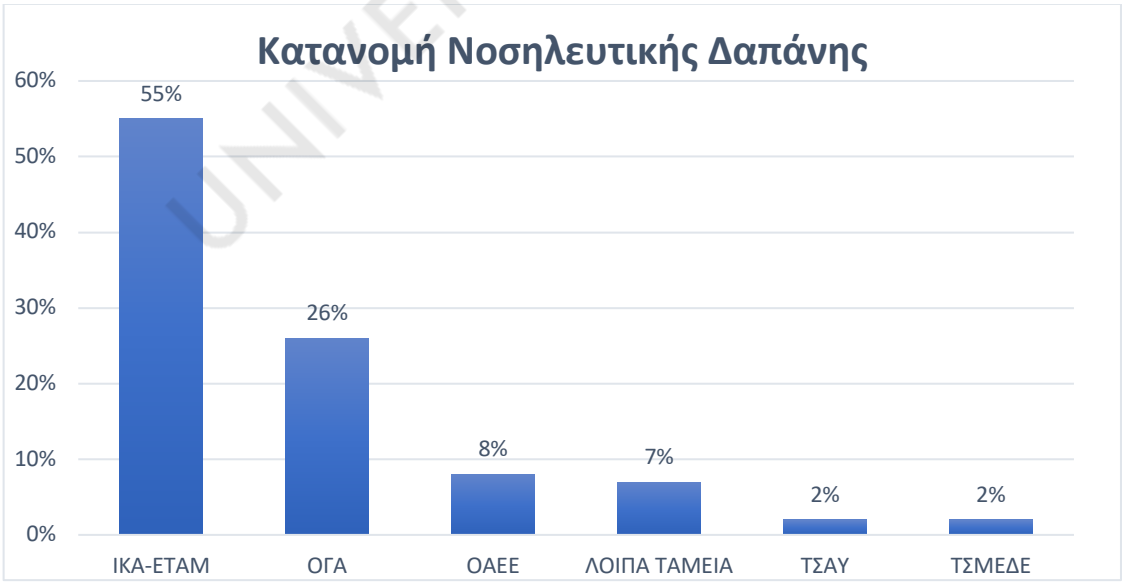
Όσον αφορά τον όγκο των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων, οι μεγαλύτερες δαπάνες ήταν αυτές της φαρμακευτικής και της νοσηλευτικής δαπάνης, σε ποσοστό από 30% έως 48% και 25% έως 37% αντίστοιχα (ενδεικτικά για τα έτη 2001 έως 2009). Αναλυτικά παρουσιάζεται παρακάτω η κατανομή για κάθε ταμείο, ενδεικτικά για το έτος 2009, τόσο της φαρμακευτικής όσο και της νοσηλευτικής δαπάνης.:

**Γράφημα 4.1: Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης ανά φορέα κοινωνικής ασφάλισης για το έτος 2009**




**Πηγή: I.O.B.E. (2011)**

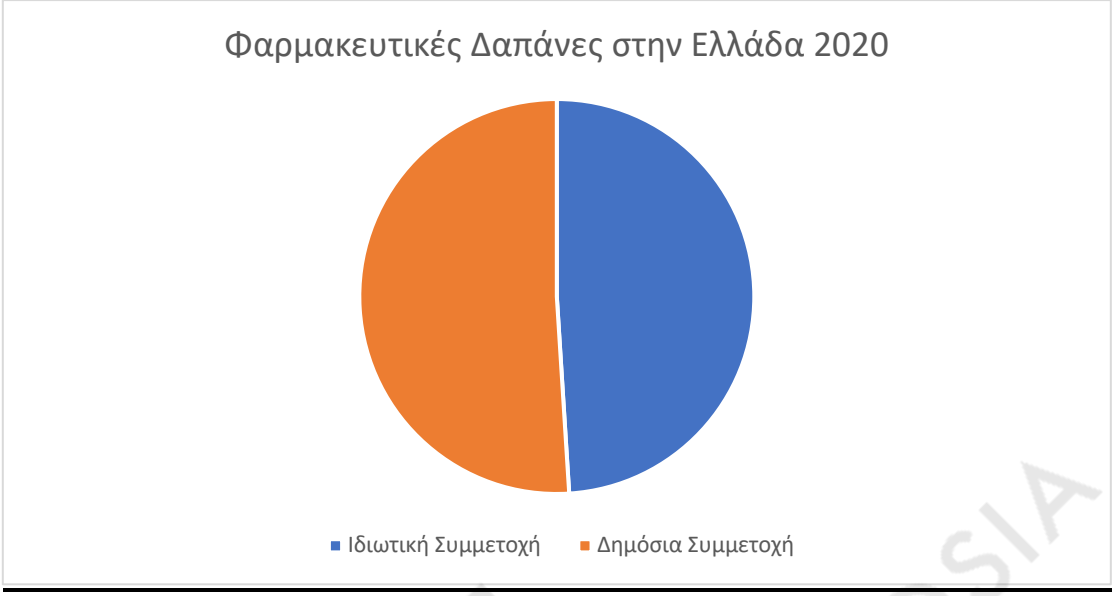
**Γράφημα 4.2: Κατανομή νοσηλευτικής δαπάνης ανά φορέα κοινωνικής ασφάλισης για το έτος 2009**




UNIVERSITY of NICOSIA

**Πηγή: I.O.B.E. (2011)**

**Γράφημα 4.3 Κατανομή φαρμακευτικής δαπάνης για το έτος 2020**




**Πηγή: SEFE (2020)**

Τα δεδομένα προέρχονται από τη συνολική νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη, χωρίς να γίνεται λεπτομερής διάκριση ανά φορέα κοινωνικής ασφάλισης για το έτος 2020. Με την πάροδο του χρόνου και την δημιουργία του ΕΟΠΠΥ φαίνεται μια αλλαγή στάσης αναφορικά με την κατανομή δαπανών στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Ενδεικτικά, στον Πίνακα 4.1 αναλύονται οι φορείς χρηματοδότησης

**Πίνακας 4.1: Φορείς χρηματοδότησης**

| **Φορέας Χρηματοδότησης** | **Ποσό ( σε εκατ €)** | **Ποσοστό (%)** |
|---|---|---|
| Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) | 4.428,3 | 30,5 |
| Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) | 5.982,5 | 41,2 |
| Νοικοκυριά | 3.624,0 | 25,0 |
| Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες | 354,0 | 2,4 |
| Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί (ΜΚΟ) | 27,0 | 0,2 |
| Αλλοδαπή | 67,0 | 0,5 |

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ (2023)

Τονίζεται ότι τα ανωτέρω αυτά στοιχεία του πίνακα, αφορούν τη συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας και όχι αποκλειστικά τις νοσηλευτικές δαπάνες.

### 4.1.1 Κρατικά Ασφαλιστικά Ταμεία

Η δημόσια ασφάλιση υγείας αποτελεί βασικό μηχανισμό κοινωνικής προστασίας, μέσω του οποίου επιχειρείται η κάλυψη των κινδύνων ασθένειας στο πλαίσιο της κοινωνικής αλληλεγγύης. Στην Ελλάδα, πριν από τις μεταρρυθμίσεις ενοποίησης, η ασφάλιση ασθενείας παρεχόταν από μεγάλο αριθμό ασφαλιστικών φορέων, γεγονός που συντηρούσε έντονο οργανωτικό κατακερματισμό και σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς το εύρος και την ποιότητα των υγειονομικών παροχών

Η πρώτη απόπειρα για τον περιορισμό του αριθμού των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης έλαβε χώρα το 2008, με την ενσωμάτωση ορισμένων ταμείων στα προηγούμενα κύρια Ταμεία, καθώς και τη δημιουργία του Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ – ΜΜΕ), του Ταμείου Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ), του Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης και Πρόνοιας Απασχολούμενων στα Σώματα Ασφαλείας (ΤΕΑΠΑΣΑ) καθώς και του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ). Η ενσωμάτωση των ταμείων πραγματοποιήθηκε με το Νόμο 3655/2008 (Φ.Ε.Κ. 58/Α/03-04-2008).

**Πίνακας 4.2: Συγχώνευση Ταμείων με τον Ν.3655/2008 (όσον αφορά τους κλάδους υγείας).**

| | |
|---|---|
| **Κύριο Ταμείο:** | ΙΚΑ – ΕΤΑΜ |
| **Συγχωνευόμενα Ταμεία (πλην του αρχικού):** | |
| • Ταμείο Ασφάλισης Ξενοδοχοϋπαλλήλων (ΤΑΞΥ)<br>• Ταμείο Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠ ΕΑΠΙ) | |
| **Κύριο Ταμείο:** | ΟΑΕΕ |
| **Συγχωνευόμενα Ταμεία (πλην του αρχικού):** | |
| • Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων | |
| **Κύριο Ταμείο:** | ΕΤΑΑ |
| **Συγχωνευόμενα Ταμεία (πλην του αρχικού):** | |
| • Ταμείο Συντάξεων Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων<br>• Ταμείο Προνοίας Δικηγόρων Αθηνών | |

| | |
|---|---|
| • Ταμείο Προνοίας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης<br>• Ταμείο Ασφάλισης Συμβολαιογράφων<br>• Ταμείο Συντάξεων και Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών<br>• Ταμείο Προνοίας Δικηγόρων Πειραιώς<br>• Ταμείο Υγείας Δικηγόρων Επαρχιών | |
| **Κύριο Ταμείο:** | ΕΤΑΠ – ΜΜΕ |
| **Συγχωνευόμενα Ταμεία (πλην του αρχικού):** | |
| • Ταμείο Ασφαλίσεως Ιδιοκτητών, Συντακτών και Υπαλλήλων Τύπου<br>• Ταμείο Συντάξεων Εφημεριδοπωλών και Υπαλλήλων Πρακτορείων<br>• Ταμείο Ασφαλίσεως Τεχνικών Τύπου Αθηνών | |
| **Κύριο Ταμείο:** | ΤΑΥΤΕΚΩ |
| **Συγχωνευόμενα Ταμεία (πλην του αρχικού):** | |
| • Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού ΟΤΕ<br>• Ταμείο Αλληλοβοηθείας Προσωπικού ΗΛΠΑΠ<br>• Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού ΕΤΒΑ<br>• Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος<br>• Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Ασφαλιστικής Εταιρείας "ΕΘΝΙΚΗ"<br>• Ταμείο Αλληλοβοηθείας Προσωπικού ΗΣΑΠ<br>• Οργανισμός Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ<br>• Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Τραπεζών Πίστεως, Γενικής και Αμέρικαν Εξπρές | |
| **Κύριο Ταμείο:** | ΤΕΑΠΑΣΑ |
| **Συγχωνευόμενα Ταμεία (πλην του αρχικού):** | |
| • Κλάδος Υγείας Υπαλλήλων Αστυνομίας Πόλεων | |
| **Κύριο Ταμείο:** | ΟΠΑΔ |
| **Συγχωνευόμενα Ταμεία (πλην του αρχικού):** | |
| • Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων | |

**Πηγή: Ν.3655/2008 (ΦΕΚ 58/Α/03-04-2008)**

Έπειτα, και με την ψήφιση του Νόμου 3918/2011 (Φ.Ε.Κ. 31/Α/02-03-2011) πραγματοποιήθηκε η ένωση των κύριων ταμείων ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ και ΟΠΑΔ, καθώς και των ΝΑΤ, ΤΑΤΕΥΚΩ, ΕΤΑΑ και ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, ως προς τους κλάδους υγείας σε έναν

καινούργιο φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας – ΕΟΠΥΥ. Η εφαρμογή του νόμου ξεκίνησε από το 2012.

### 4.1.2 Ιδιωτική Ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ως αντίβαρο στο προηγούμενο κεφάλαιο, αποτελεί σύστημα παρέμβασης στο δημόσιο τομέα υγείας. Αναμφίβολα, η ιδιωτική πρωτοβουλία αυτή αποβλέπει στη διευρυμένη κάλυψη του κόστους αναφορικά με την κατανάλωση παροχών υγείας ως επικουρικός θεσμός της δημόσιας ασφάλισης και πέρα από τους περιορισμούς του κρατικού συστήματος. Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί προσωπική επιλογή, ατομική πρωτοβουλία και συνήθως συμπληρωματική της δημόσιας ασφάλισης. Δημιουργείτε μία αθρόα σύμβαση μεταξύ του πελάτη με τις ιδιωτικές εταιρίες ασφάλισης όπως καταγράφεται και στο ασφαλιστικό τους συμβόλαιο, το οποίο διέπετε από τους εμπορικούς νόμους. Τα συμβόλαια μπορεί να είναι ατομικά ή ομαδικά. Συνεπώς τα ασφάλιστρα μπορεί να βασίζονται είτε στην πρόβλεψη μελλοντικών παθήσεων ή ενίοτε κινδύνων για το άτομο είτε συνολικά στη διασφάλιση του πληθυσμού που θα ασθενήσει. Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας λειτουργεί μόνο με προσωπικά οικονομικά κριτήρια και με την προσδοκία του κέρδους από τα επενδυτικά κεφάλαια ( Liaropoulos, 1995).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην χώρα μας αποτελεί επικουρική-συμπληρωματική, όπως προαναφέρθηκε, θεσμοθέτηση της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και καθιερώθηκε τη δεκαετία του ’80 λόγω των νεών κοινωνικό-οικονομικών και υγειονομικών δεδομένων που αναπτύχθηκαν την περίοδο αυτή. Τα μοντέλα ιδιωτικής ασφάλισης συναντώνται σε τέσσερις διαφορετικούς τύπους, αναλόγως των παρεχόμενων υπηρεσιών και αγαθών, τον τύπο των συμβολαίων, τα οποία μπορεί να είναι είτε ατομικά είτε ομαδικά, καθώς και με τον τρόπο με τον οποίο υπολογίζονται τα ασφάλιστρα. Οι τέσσερις ανωτέρω τύποι καταγράφονται παρακάτω:

- Ο τύπος της κύριας ασφάλισης (primary insurance) ο οποίος καλύπτει ένα συγκεκριμένο πακέτο παροχών υπηρεσιών υγείας και το κόστος του μοιράζεται και από την πλευρά των ασθενών αλλά και από την άλλη του φορέα ασφάλισης.

- Η αλληλοσυμπληρωματική ασφάλιση (complementary insurance) η οποία καλύπτει το επιπλέον κόστος το οποίο ενδέχεται να κληθεί- να καταβάλει ο ασφαλισμένος μιας δημόσιας ασφάλειας ως συμμετοχή.

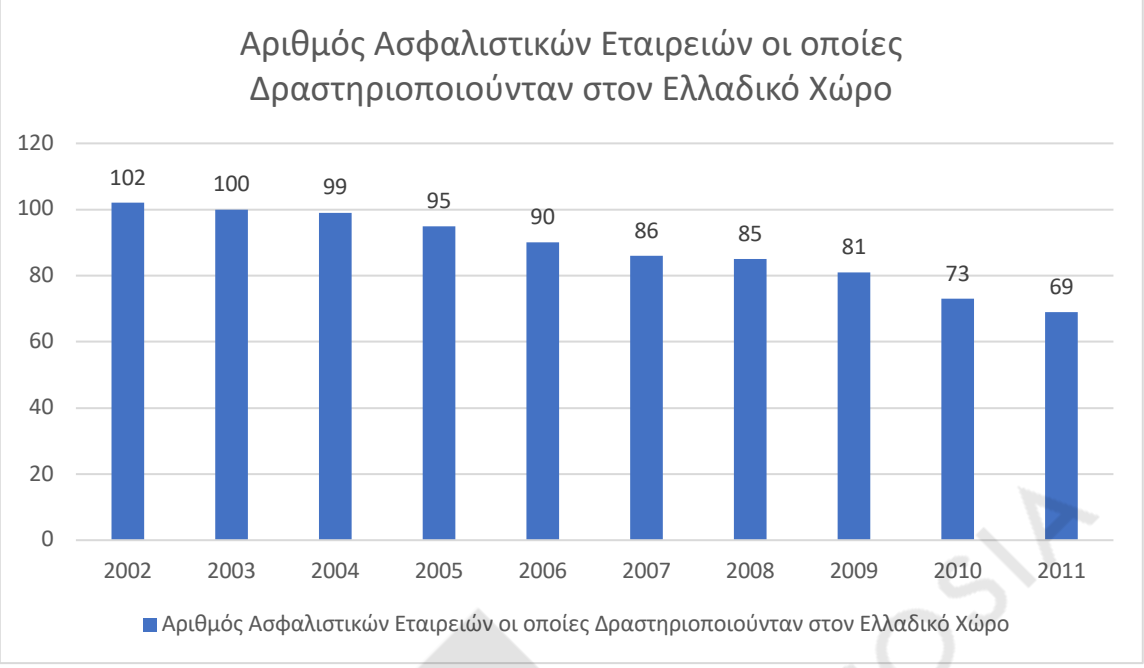
- Η συμπληρωματική ασφάλιση (supplementary insurance) η οποία έρχεται να καλύψει προϊόντα και υπηρεσίες τα οποία δεν καλύπτονται από το βασικό πρόγραμμα του ασφαλιζόμενου.

- Η πανομοιότυπη ασφάλιση ( duplicate insurance) η οποία καλύπτει ακριβώς τις ίδιες υπηρεσίες με εκείνες που καλύπτει το βασικό – δημόσιο πρόγραμμα ασφάλισης (Dortmont, 2019).

Η κύρια αξία του τελευταίου προγράμματος έγκειται στο γεγονός του ότι προσφέρει γρηγορότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και περισσότερες επιλογές παρόχων υγείας, καθώς σε αυτές συμπεριλαμβάνονται και ιδιώτες πάροχοι, οι οποίοι είναι συνήθως εκτός του δημόσιου συστήματος παροχών. Στην περίπτωση της Ελλάδος, η κύρια μορφή ιδιωτικής ασφάλισης είναι η τελευταία, αυτή της πανομοιότυπης ασφάλισης, γεγονός το οποίο φαίνεται εύλογο, εάν ληφθεί υπόψη ο μεγάλος χρόνος αναμονής για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο σύστημα υγείας και ο μικρός αριθμός των συμβεβλημένων ιατρών του δημοσίου συστήματος καθώς και τα επιπρόσθετα ποσά που καλούνται να πληρώσουν οι Έλληνες ασφαλισμένοι -τα οποία αποτελούν συμμετοχές ή διαφορές από τις ιδιωτικές- εμπορικές τιμές των υπηρεσιών ή των ειδών υγείας από τις τιμές που καλύπτει η δημόσια ασφάλεια. Με στοιχεία του ΙΟΒΕ (2017) το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού ο οποίος διέθετε ιδιωτική ασφάλιση κατά τα έτη προ του 2012 ήταν περί του 10% με 15% και έβαινε μειούμενος, με περίπου 15,6% του συνολικού πληθυσμού να διέθετε ιδιωτική ασφάλιση το 2005, 12% το 2010 και 11,5% το 2014 (ΙΟΒΕ, 2017).

Ο αριθμός των εταιρειών ιδιωτικής ασφάλισης οι οποίες δραστηριοποιούνταν στην Ελλάδα έβαινε και αυτός μειούμενος, αντικατοπτρίζοντας τη μειούμενη ζήτηση της ιδιωτικής ασφάλειας στον ελληνικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος, ο αριθμός των εταιρειών από 102 κατά το έτος 2002 είχε σχεδόν υποδιπλασιαστεί σε 69 κατά το έτος 2011. Στο γεγονός βέβαια αυτό συνέβαλε και η οικονομική κρίση. (Souliotis & Tountas, 2013). Επισημαίνεται ότι ο αριθμός αυτός αφορά τις πάσης φύσεως ασφαλιστικές εταιρείες, ανεξαρτήτως των προσφερόμενων προγραμμάτων ή τυχόν εξειδικεύσεων στο αντικείμενο εργασίας τους (ΕΑΕΕ, 2012).

**Γράφημα 4.4: Αριθμός Ασφαλιστικών Εταιρειών οι οποίες δραστηριοποιούνταν στον Ελλαδικό Χώρο**




**Πηγή: Ε.Α.Ε.Ε. (2012)**

Η ιδιωτική ασφάλιση ικανοποιεί κυρίως τις απαιτήσεις των εύρωστων οικονομικά ατόμων οι οποίοι επιλέγουν να προβούν σε ατομική ασφάλιση, με την επιλογή του καταλληλότερου για αυτούς ασφαλιστικού προγράμματος υγείας εξασφαλίζοντας καλές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα η ιδιωτική ασφάλιση συνεισφέρει με εναλλακτικούς πόρους στο σύστημα υγείας καθώς συνδράμει ουσιαστικά στην καινοτομία αναφορικά με τις παροχές υπηρεσιών και την εισαγωγή νέας τεχνολογίας, η οποία μπορεί να αποδειχθεί ευεργετική για τους πολίτες (Chollet & Lewis, 1997; Souliotis & Tountas, 2013). Οι παροχές των προγραμμάτων υγείας των ιδιωτικών εταιρειών ασφαλίσεως περιλαμβάνουν τριών ειδών προγράμματα. Συγκεκριμένα αυτά είναι τα νοσοκομειακά προγράμματα, τα προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τέλος τα προγράμματα με επίδομα, τα οποία παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4.3 που ακολουθεί:

**Πίνακας 4.3: Παροχές Προγραμμάτων Υγείας Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Εταιρειών**

Τα περισσότερα Προγράμματα Υγείας που παρέχουν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες στην Ελλάδα περιλαμβάνουν ενδεικτικά τα παρακάτω:

***Νοσοκομειακά Προγράμματα***

- Ανώτατο ετήσιο όριο κάλυψης εξόδων νοσηλείας σε Ελλάδα και εξωτερικό
- Ανώτατο όριο νοσηλείας μέχρι 365 ημέρες
  Κάλυψης των εξόδων νοσηλείας στην Ελλάδα
- Κάλυψης των εξόδων νοσηλείας στο εξωτερικό
- Ετήσια συμμετοχή του ασφαλισμένου (απαλλασσόμενο ποσό) στα έξοδα νοσηλείας (Δωμάτιο, Τροφή, ΜΕΘ & ΜΑΘ, Εξετάσεις, Φάρμακα, Υλικά, Αμοιβές Ιατρού)
- Επιλογή νοσοκομείου
- Συμμετοχή του κοινωνικού ασφαλιστικού φορέα στα έξοδα νοσηλείας
- Επιλογή θέσης νοσηλείας LUX, A ή B
- Ημερήσιο επίδομα νοσηλείας σε κρατικό νοσοκομείο, εφόσον δεν ζητηθεί αποζημίωση
- Ημερήσιο επίδομα νοσηλείας ή Χειρουργικό Επίδομα σε κρατικό νοσοκομείο, σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης, εφόσον δεν ζητηθεί αποζημίωση
- Καλύψεις μητρότητας
- Επίδομα Τοκετού
- Κάλυψη εντατικής
- Αμοιβή χειρουργού & αναισθησιολόγου
- Αποκλειστική νοσοκόμα
- Χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς νοσηλεία
- Χημειοθεραπείες και ακτινοθεραπείες χωρίς νοσηλεία
- Μικροεπεμβάσεις χωρίς νοσηλεία
- Ιατροφαρμακευτικά έξοδα ατυχήματος χωρίς νοσηλεία

***Πρόγραμμα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας***

- Απεριόριστες Ιατρικές επισκέψεις (σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων)
- Απεριόριστες ιατρικές πράξεις χωρίς επιπλέον επιβάρυνση
- Απεριόριστες διαγνωστικές εξετάσεις με 100% κάλυψη
- Ιατρικές συμβουλές και οδηγίες 24 ώρες το 24ωρο, 365 μέρες το χρόνο

***Προγράμματα με Επίδομα***

- Έκτακτη οικονομική βοήθεια με τη μορφή επιδόματος σε περίπτωση νοσηλείας ή χειρουργικής επέμβασης
- Ανακούφιση από τα ιατρικά έξοδα μίας πιθανής χρόνιας και σοβαρής ασθένειας
- Οικονομική βοήθεια ακόμα και στην περίπτωση ιδιωτικής ασφάλισης με νοσοκομειακή κάλυψη ή ομαδικής ασφάλιση από την εργασία

UNIVERSITY of NICOSIA

**Πηγή: Ι.Ο.Β.Ε. (2017)**

Σύμφωνα με την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ), το 2022 δραστηριοποιούνταν στην Ελλάδα 38 ασφαλιστικές επιχειρήσεις, εκ των οποίων:

- 30 Ανώνυμες Ασφαλιστικές Εταιρείες
- 3 Αλληλασφαλιστικοί Συνεταιρισμοί
- 5 Υποκαταστήματα Ευρωπαϊκών ασφαλιστικών επιχειρήσεων

Αυτές οι επιχειρήσεις αντιπροσώπευαν το 97% της ετήσιας παραγωγής ασφαλίστρων. Ουσιαστικά, διακρίνεται μια εκθετική μείωση στις ασφαλιστικές εταιρίες από το 2011 και έπειτα.

## 4.2 Υγειονομικές δαπάνες -η εξέλιξη τους και η κατανομή τους έως το 2012

Οι συνηθέστερες μεταρρυθμιστικές επιλογές αφορούν την αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού δικτύου, την ενίσχυση της ΠΦΥ, τη συγκράτηση των δαπανών και τη βελτίωση της αποδοτικότητας στη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε μέτρα όπως η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης μέσω τιμολογιακών παρεμβάσεων και χρήσης γενοσήμων, η αναθεώρηση των μηχανισμών αποζημίωσης, καθώς και η επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ως εργαλείου ελέγχου, διαφάνειας και ορθολογικότερης κατανομής των υγειονομικών δαπανών (Kutzin, 2013).

Οι υγειονομικές δαπάνες είναι ιδιαίτερα σημαντικές και κυρίως περιλαμβάνουν τις δαπάνες για κάλυψη των κινδύνων ασθενείας, της αναπηρίας- ανικανότητας για εργασία, εργατικών ατυχημάτων- επαγγελματικών ασθενειών. Οι δαπάνες του κλάδου ασθενείας, στο μεγαλύτερο μέρος τους, καλύπτουν την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και κυρίως αφορούν τις νοσοκομειακές παροχές, τις ιατρικές, φαρμακευτικές και άλλες δαπάνες. Για την ανάλυση των υγειονομικών δαπανών απαιτείται η εξέταση των στατιστικών στοιχείων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ). Το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (System of Health Accounts – SHA) αποτελεί ένα παγκόσμιο λογιστικό πρότυπο για τη *«συστηματική παρακολούθηση των δαπανών υγείας»*. Η αποτύπωση των δαπανών υγείας με τρόπο έγκαιρο και ακριβή, αλλά και η εξέταση της τάσης εξέλιξής τους συναρτήσει του χρόνου, σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι μία απαραίτητη διεργασία για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και για την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας σχετικά με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, των πολιτικών υγείας, αλλά και της διαχείρισης των διατιθέμενων πόρων (WHO, 2024).

Ως εκ τούτου, το λογιστικό αυτό πρότυπο καθιερώνει την απαιτούμενη μεθοδολογία για την εξαγωγή των αναγκαίων για την επίτευξη των παραπάνω στόχων στοιχείων, αλλά και επίσης καθιερώνει μία οικονομική – λογιστική απεικόνιση η οποία είναι διεθνώς καθολική

και επομένως συνεπάγεται τη δυνατότητα άμεσης σύγκρισης των οικονομικών αποτελεσμάτων της παροχής υπηρεσιών υγείας μεταξύ των διαφόρων χωρών. Οι διαστάσεις οικονομικής παρακολούθησης του προτύπου αυτού περιλαμβάνουν την παρακολούθηση των στοιχείων διαμοιρασμένα σε τρεις διαφορετικές κατηγορίες. Αυτές είναι οι πηγές χρηματοδότησης, οι πάροχοι και η τελική χρήση των υπηρεσιών υγείας, εστιάζοντας εν τέλει στην τελική κατανάλωση των υπηρεσιών (WHO, 2024).

Η πρώτη δημοσίευση του προτύπου πραγματοποιήθηκε το 2000 από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (Organization for Economic Co-Operation and Development – OECD) υπό τον τίτλο «A System of Health Accounts». Η Ελλάδα αποτελεί ιδρυτικό μέλος του οργανισμού από το 1960. Παρ' όλα αυτά, η χώρα ήταν η τελευταία από τις 35 χώρες-μέλη η οποία το εφάρμοσε (Medline, 2010).

Το ΣΛΥ απαρτίζεται από ένα σύνολο πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων λογαριασμών, κατά τα πρότυπα του Γενικού Λογιστικού Σχεδίου. Ως λογαριασμός ορίζεται η μονάδα αποθήκευσης ομοειδών χρηματοοικονομικών πληροφοριών. Οι γενικοί – πρωτοβάθμιοι λογαριασμοί αποτελούν την πιο συνοπτική μορφή καταγραφής και απαρτίζονται από πιο εξειδικευμένους λογαριασμούς. Οι κυριότερες κατηγορίες λογαριασμών- τα στοιχεία των οποίων παρακολουθούνται και από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), όπως θα αναλυθεί και παρακάτω, είναι οι Παροχές Υγείας (HC – Functions), Πάροχοι Υγείας (HP – Providers) και οι Δαπάνες Υγείας – Μέθοδοι Χρηματοδότησης (HF – Financing Schemes). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι πρωτοβάθμιοι λογαριασμοί της κάθε κατηγορίας χωρίζονται σε επιμέρους δευτεροβάθμιους. Για παράδειγμα, στην κατηγορία των Παρόχων Υγείας, υφίσταται ο πρωτοβάθμιος λογαριασμός HP.1 – Hospitals (Νοσοκομεία), ο οποίος αναλύεται περεταίρω στους HP.1.1 – General Hospitals (Γενικά Νοσοκομεία), HP.1.2 – Mental Health Hospitals (Ψυχιατρικά Νοσοκομεία), HP.1.3 – Specialized hospitals (other than mental health hospitals) [Εξειδικευμένα Νοσοκομεία (πλην Ψυχιατρικών Νοσοκομείων)] (OECD, 2011).

Οι κυριότεροι πρωτοβάθμιοι και ορισμένοι από τους σημαντικότερους δευτεροβάθμιους λογαριασμούς για κάθε κατηγορία αποτυπώνονται στους παρακάτω πίνακες[21] 4.4,4.5,4.6:

[21] Με την δημιουργία των παραπάνω πινάκων των πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων λογαριασμών υγείας αποτυπώνονται οι κωδικοί – όπου ο καθένας αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο στοιχείο του λογιστικού προτύπου (συνεπώς κάθε κωδικός έχει μία και μοναδική περιγραφή) σχετικά με τις παροχές υγείας, τους παρόχους και τις δαπάνες υγείας.

**Πίνακας 4.4: Ανάλυση λογαριασμών Συστήματος Λογαριασμών Υγείας κατηγορίας Παροχών Υγείας**

| Α/Α | Κωδικός Πρωτ/μιου – Δευτ/μιου Λογ. | Ονομασία Λογαριασμού κατά SHA (2011) | Ονομασία Λογαριασμού Κατά Σ.Λ.Υ. (ΕΛ.ΣΤΑΤ.)[22] |
|---|---|---|---|
| | **HC** | **Functions** | **Παροχές Υγείας** |
| 1 | HC.1 | Curative Care | Υγειονομική Φροντίδα |
| 2 | HC.2 | Rehabilitation Care | Φροντίδα Αποκατάστασης |
| 3 | HC.3 | Long – term care | Μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη |
| 4 | HC.4 | Ancillary Services | Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας |
| 5 | HC.5 | Medical goods | Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομιακούς ασθενείς |
| 6 | HC.6 | Preventive Care | Προληπτική Φροντίδα |
| 7 | HC.7 | Governance and health system and financing administration | Διοικητικές και Οικονομικές Υπηρεσίας Συστήματος Υγείας |
| 8 | HC.9 | Other health care services not elsewhere classified | Λοιπές Υπηρεσίες Υγείας |

**Πίνακας 4.5: Ανάλυση λογαριασμών Συστήματος Λογαριασμών Υγείας κατηγορίας Παρόχων Υγείας**

| Α/Α | Κωδικός Πρωτ/μιου – Δευτ/μιου Λογ. | Ονομασία Λογαριασμού κατά SHA (2011) | Ονομασία Λογαριασμού Κατά Σ.Λ.Υ. (ΕΛ.ΣΤΑΤ.) |
|---|---|---|---|
| | **HP** | **Providers** | **Πάροχοι Υγείας** |
| 1 | HP.1 | Hospitals | Νοσοκομεία |
| 2 | HP.2 | Residential Long-term care facilities | Δομές Νοσηλευτικής Φροντίδας |
| 3 | HP.3 | Providers of ambulatory health care | Φορείς Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας |
| 4 | HP.4 | Providers of ancillary services | Πάροχοι επικουρικών υπηρεσιών |
| 5 | HP.5 | Retailers and other providers of medical goods | Έμποροι λιανικής και άλλοι πάροχοι ιατρικών προϊόντων |
| 6 | HP.6 | Providers of preventive care | Πάροχοι προληπτικής ιατρικής |
| 7 | HP.7 | Providers of health care system administration and financing | Πάροχοι Διοικητικών και Οικονομικών Υπηρεσιών Συστήματος Υγείας |

[22] Επισημαίνεται ότι ορισμένοι από τους λογαριασμούς ομαδοποιούνται στο σύστημα καταγραφής της ΕΛΣΤΑΤ. Σε αυτή την περίπτωση έχει γίνει απόδοση της μετάφρασης της αντίστοιχης αγγλικής ορολογίας

| | | | |
|---|---|---|---|
| 8 | HP.8 | Rest of the economy | Λοιπή Οικονομία |
| 9 | HP.9 | Rest of the world | Λοιπός Κόσμος |

**Πίνακας 4.6: Ανάλυση λογαριασμών Συστήματος Λογαριασμών Υγείας κατηγορίας Δαπανών Υγείας- Μέθοδοι Χρηματοδότησης**

| **Α/Α** | **Κωδικός Πρωτ/μιου – Δευτ/μιου Λογ.** | **Ονομασία Λογαριασμού κατά SHA (2011)** | **Ονομασία Λογαριασμού Κατά Σ.Λ.Υ. (ΕΛ.ΣΤΑΤ.)** |
|---|---|---|---|
| | **HF** | **Financing Schemes** | **Δαπάνες Υγείας** |
| 1 | HF.1 | Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes | Δημόσιες Εισφορές |
| 2 | HF.1.1 | Governmental Schemes | Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) |
| 3 | HF.1.2 | Compulsory contributory health financing schemes | ΟΚΑ |
| 4 | HF.2 | Voluntary health care payment schemes | Ιδιωτικές Εισφορές |
| 5 | HF.2.2 | NPISHs financing schemes | Ιδιωτική Ασφάλιση |
| 6 | HF.2.3 | Enterprises financing schemes | Ιδιωτικές Πληρωμές |
| 7 | HF.3 | Household out-of-pocket payment | Πληρωμές Νοικοκυριών |
| 8 | HF.3.1 | Out-of-pocket excluding cost sharing | Πληρωμές Νοικοκυριών εκτός Επιμερισμού Κόστους |
| 9 | HF.3.2 | Cost-sharing with third party payers | Επιμερισμός Κόστους με Τρίτους |

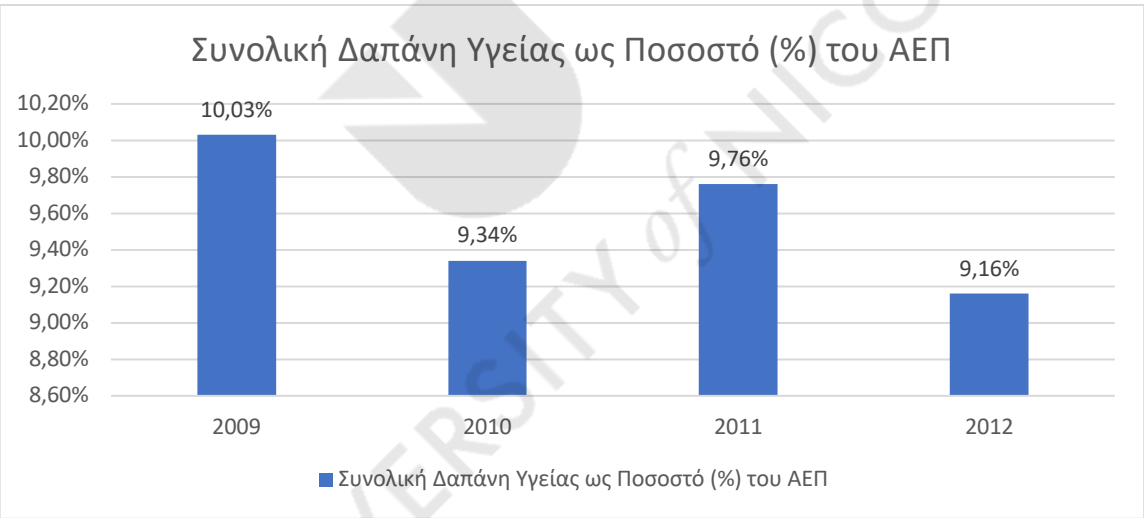
**Πηγή Πινάκων 4.4, 4.5 και 4.6: OECD (2011), A System of Health Accounts**

Κατά τις δύο δεκαετίες (1990-2010), οι υγειονομικές δαπάνες, τόσο οι κατά κεφαλήν όσο και ως ποσοστό του ΑΕΠ, έχουν αυξηθεί χαρακτηριστικά. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών- φαίνεται να έχει αυξηθεί από 6,6% το 1990 σε 9,6% του ΑΕΠ το 2007, γεγονός που το κατατάσσει το υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (9%) και συγκεκριμένα τοποθετεί την Ελλάδα ανάμεσα στις δέκα χώρες με τις υψηλότερες πληρωμές για την υγεία. Αναφορικά με τα έτη προ της ενοποίησης των ταμείων, δεδομένα βρίσκονται δημοσιευμένα στον ιστότοπο της ΕΛΣΤΑΤ τα οποία αφορούν μόνο τα έτη 2009 έως 2012. Συγκεκριμένα, από την αναζήτηση στον επίσημο ιστότοπο προέκυψε μία αναθεωρημένη αναφορά – δελτίο τύπου του 2014 το οποίο αναφέρεται αναλυτικά στους λογαριασμούς του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας για τα ανωτέρω έτη, όπως αυτοί αναφέρθηκαν παραπάνω. Όσον αφορά τη συνολική δαπάνη υγείας για τα έτη 2009-2012, αυτή εμφανίζει μία πτωτική τάση, ξεκινώντας με 10,03% το 2009 και καταλήγοντας σε 9,16% το 2012.

Η πτώση του ΑΕΠ κατά την περίοδο 2009-2012 στην Ελλάδα είχε άμεσο αντίκτυπο στις δαπάνες που προορίζονταν για την υγεία, καθώς η χώρα βρέθηκε σε οικονομική ύφεση και αναγκάστηκε να εφαρμόσει αυστηρά μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής. Αναλυτικότερα, το 2009, οι συνολικές δημόσιες δαπάνες για την υγεία ανέρχονταν σε περίπου 10% του ΑΕΠ, αλλά μέχρι το 2012 είχαν πέσει κάτω από το 6%, έκδηλο απορρέον της οικονομικής κρίσης. Εκτός από τις μειώσεις των απολαβών των νοσοκομειακών, ο προϋπολογισμός που δαπανήθηκε για τον νεοσύστατο ΕΟΠΠΥ ήταν χαρακτηριστικά μικρότερος από τα αντίστοιχα κεφάλαια που είχαν διατεθεί στα ασφαλιστικά ταμεία. (Economou et al., 2018).

Συνολικά, η περίοδος 2009-2012 ήταν καθοριστική για την ουσιαστική επιδείνωση του ΕΣΥ, με επιπτώσεις που φάνηκαν και στα επόμενα χρόνια και διαγραμματικά φαίνεται στο γράφημα 4.5

**Γράφημα 4.5: Συνολική Δαπάνη Υγείας ως Ποσοστό (%) του ΑΕΠ για την Ελλάδα κατά τα έτη 2009 έως 2012**




**Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ (2014)**

Η συνολική δαπάνη υγείας προσδιορίζεται ανά τομέα (δημόσια/ιδιωτική). Το σύνολο της δημόσιας δαπάνης υγείας αποτελείται από τις επιμέρους δαπάνες[23]τις οποίες εκτελεί η γενική κυβέρνηση, καθώς και δαπάνες των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Για την Ελλάδα, η δαπάνη υγείας της γενικής κυβέρνησης ήταν 6.270,9 , 5.548,1 , 5.672,7 και 5.076,6 σε εκατομμύρια ευρώ για τα έτη 2009 έως και 2012 αντίστοιχα. Οι δαπάνες υγείας

[23] Επισημαίνεται ότι οι αναφερόμενες μονάδες για τις δαπάνες υγείας που αναφέρονται σε όλο το κείμενο είναι σε εκατομμύρια ευρώ

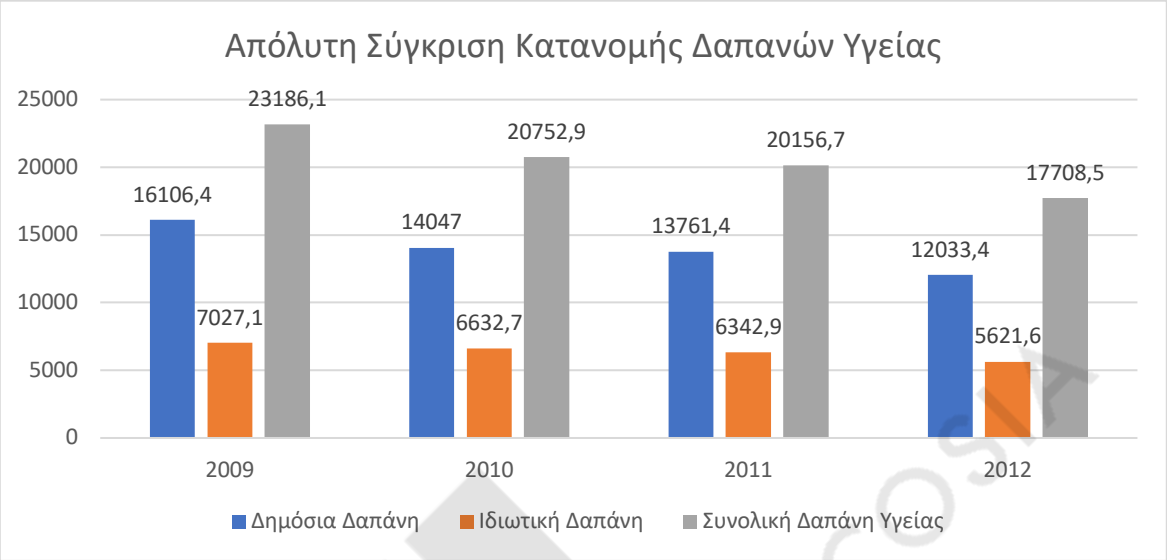
των οργανισμών κοινωνικής ασφάλειας ήταν 9.835,5 , 8.498,9 , 8.088,7 και 6.956,8 σε εκατομμύρια ευρώ για τα έτη 2009 έως και 2012 αντίστοιχα. Το σύνολο της ιδιωτικής δαπάνης υγείας απαρτίζεται από την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, για τα έτη 2009 έως 2012 αυτή ανέρχεται σε 433,8 , 536,6 , 534,2 και 525,7 εκατομμύρια ευρώ. Αντίστοιχα, οι ιδιωτικές πληρωμές ήταν 6.593,3 , 6.069,1 , 5.808,7 και 5.095,9 εκατομμύρια ευρώ. Επομένως, το γενικό σύνολο της δαπάνης υγείας για τα έτη 2009 έως 2012 ανήλθε σε 23.186,1 , 20.752,9 , 20.156,7 και 17.708,5 εκατομμύρια ευρώ αντίστοιχα για κάθε έτος. Επομένως παρατηρείται μία γενική μείωση των δαπανών υγείας και στα επιμέρους σύνολα της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης- η μείωση αποτελεί επακόλουθο της οικονομικής κρίσης της Ελλάδας και συνεπώς επηρέασε και τη συνολική δαπάνη υγείας. Συγκεντρωτικά τα ανωτέρω παρουσιάζονται ως ο πίνακας 4.7 ως εξής: **Πίνακας 4.7: Απόλυτη Συνολική Δαπάνη Υγείας ανά Τομέα (δημόσια/ιδιωτική)**

| **Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ (2014)** | | | **Έτος** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Α/Α** | **Λογαριασμός** | | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** |
| 1 | HF.1.1 | **Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)** | 6.270,9 | 5.548,1 | 5.672,7 | 5.076,6 |
| 2 | HF.1.2 | **ΟΚΑ** | 9.835,5 | 8.498,9 | 8.088,7 | 6.956,8 |
| **Μερικό Σύνολο Δημόσιας Δαπάνης (1+2)** | | | **16.106,4** | **14.047,0** | **13.761,4** | **12.033,4** |
| 3 | HF.2.2 | **Ιδιωτική Ασφάλιση** | 433,8 | 536,6 | 534,2 | 525,7 |
| 4 | HF.2.3 | **Ιδιωτικές Πληρωμές** | 6.593,3 | 6.096,1 | 5.808,7 | 5.095,9 |
| **Μερικό Σύνολο Ιδιωτικής Δαπάνης (3+4)** | | | **7.027,1** | **6.632,7** | **6.342,9** | **5.621,6** |
| 5 | HF.2.4 έως HF.3 | **Λοιπές Δαπάνες (Ομαδοποίηση)** | 52,6 | 73,2 | 52,4 | 53,5 |
| **Γενικό Σύνολο (1+2+3+4+5)** | | | **23.186,1** | **20.752,9** | **20.156,7** | **17.708,5** |

Η δημόσια δαπάνη αποτελούσε το 69,47% της συνολικής δαπάνης για το έτος 2009, ενώ η ιδιωτική το 30,31%. Για το έτος 2010 η δημόσια δαπάνη αποτελούσε το 67,69%, ενώ η ιδιωτική το 31,96%, για το έτος 2011 η δημόσια το 68,27%, ενώ η ιδιωτική το 31,47%, ενώ, τέλος, κατά το έτος 2012 η δημόσια δαπάνη ανήλθε σε 67,95%, ενώ η ιδιωτική σε 31,75%. Επομένως, παρατηρείται μία μικρή μείωση της δημόσιας δαπάνης κατά 1,52 ποσοστιαίες μονάδες, με παράλληλη αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης κατά 1,44 ποσοστιαίες μονάδες, όπου διαφαίνεται ότι η ιδιωτική ασφάλιση ουσιαστικά απορρόφησε τη μείωση της

δημόσιας. Συγκριτικά, ως απόλυτος και ποσοστιαίος δείκτης, οι δαπάνες υγείας ανά τομέα παρουσιάζονται παρακάτω στα γραφήματα 4.6 και 4.7:

**Γράφημα 4.6[24] και 4.7: Απόλυτη και ποσοστιαία σύγκριση της κατανομής των δαπανών υγείας σε δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση (ΕΛ.ΣΤΑΤ. ,2014)**



Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η σύγκριση των επιμέρους λογαριασμών των δαπανών υγείας. Συγκεκριμένα, η ποσοστιαία συνολική δαπάνη υγείας της γενικής κυβέρνησης παρουσιάζει αυξητική τάση, με εξαίρεση το 2010, από 27% το 2009 σε 26,7% το 2010, 28,1 % το 2011 και 28,7% το 2012. Αντιθέτως, μειωτική τάση παρουσιάζει η δαπάνη υγείας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης από 42,4% το 2009 σε 41% το 2010, 40,1% το 2011 και 39,3% το 2012. Αντίστοιχη αυξητική τάση παρουσιάζει η δαπάνη της ιδιωτικής ασφάλισης, από 1,9% το 2009 σε 2,6% το 2010, 2,7% το 2011 και 3% το 2012. Οι δε ιδιωτικές πληρωμές

[24] Το γράφημα 4.6 αποτελεί την γραφική παρουσίαση του πίνακα 4.7

δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες αυξομειώσεις, με εξαίρεση το έτος 2010 το οποίο παρουσιάζει αύξηση μίας ποσοστιαίας μονάδας, από 28,4% που ήταν το 2009 σε 29,4% το 2010, και δεν παρουσιάζουν καμία μεταβολή για τα έτη 2011 και 2012 όπου παραμένουν στο 28,8%.

**Πίνακας 4.8: Ποσοστιαία Συνολική Δαπάνη Υγείας ανά Τομέα (δημόσια/ιδιωτική)**

| | | | **Έτος** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Α/Α** | **Λογαριασμός** | | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** |
| 1 | HF.1.1 | **Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ)** | 27,0% | 26,7% | 28,1% | 28,7% |
| 2 | HF.1.2 | **ΟΚΑ** | 42,4% | 41,0% | 40,1% | 39,3% |
| **Μερικό Σύνολο Δημόσιας Δαπάνης (1+2)** | | | **69,5%** | **67,7%** | **68,3%** | **68,0%** |
| 3 | HF.2.2 | **Ιδιωτική Ασφάλιση** | 1,9% | 2,6% | 2,7% | 3,0% |
| 4 | HF.2.3 | **Ιδιωτικές Πληρωμές** | 28,4% | 29,4% | 28,8% | 28,8% |
| **Μερικό Σύνολο Ιδιωτικής Δαπάνης (3+4)** | | | **30,3%** | **32,0%** | **31,5%** | **31,7%** |
| 5 | HF.2.4 έως HF.3 | **Λοιπές Δαπάνες (Ομαδοποίηση)** | 0,2% | 0,4% | 0,3% | 0,3% |
| **Γενικό Σύνολο (1+2+3+4+5)** | | | **100,0%** | **100,0%** | **100,0%** | **100,0%** |

**Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ (2014)**

Από τα ανωτέρω διαγράμματα, είναι δυνατόν να εξαχθούν ορισμένες ενδιαφέρουσες παρατηρήσεις για την κατανομή της χρηματοδότησης των δαπανών υγείας προ της ενοποίησης των ταμείων. Αρχικά, διαφαίνεται η μείωση της συνολικής δαπάνης υγείας, η οποία μείωση όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο ήταν άμεσο αποτέλεσμα των μέτρων οικονομικής λιτότητας που ελήφθησαν για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης (βλέπε πίνακα 4.7 και γράφημα 4.6).

Παρ΄ ότι όμως υπήρξε σημαντική μείωση της συνολικής δαπάνης υγείας, από 23.186,1 το 2009 σε 17.708,5 εκατομμύρια ευρώ το 2012, μείωση της τάξης του 23%, υπήρξε σημαντική αύξηση του δείκτη της ιδιωτικής ασφάλισης. Η αύξηση από 1,9% το 2009 σε 3% το 2012 δείχνει μία συνολική αύξηση άνω του 50% για τον συγκεκριμένο δείκτη (βλέπε πίνακες 4.7 ,4.8 και γραφήματα 4.6, 4.7). Η συγκεκριμένη συνολική αύξηση άνω του 50% που αναφέρεται παραπάνω, φαίνεται να προκύπτει από την αύξηση των τιμών των παρεχόμενων προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Και αυτό προκύπτει από το γεγονός του ότι ο πληθυσμός ο οποίος έκανε χρήση των προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας μειώθηκε κατά τα υπό εξέταση έτη. Επομένως, παρ' ότι μειώθηκε ο

πληθυσμός που έκανε χρήση, το τελικό οικονομικό αποτέλεσμα αυξήθηκε, δηλαδή οι χρήστες επιβαρύνθηκαν από την αύξηση των τιμών των προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

## 4.3 Δημόσιοι Φορείς Χρηματοδότησης των Ταμείων Υγείας έως το 2012

Η ποικιλομορφία των ασφαλιστικών ταμείων στην Ελλάδα έως το 2012, εκφράζει και μία αντίστοιχη πολλαπλότητα στον τρόπο χρηματοδότησης τους και στους δύο τομείς. Οι κύριοι φορείς δημόσιας χρηματοδότησης των Ταμείων Υγείας αποτελούν το κράτος, μέσω της φορολογίας (άμεσοι και έμμεσοι φόροι) και των εισφορών υπέρ των ταμείων σε ορισμένες συναλλαγές (HF.1.1), καθώς και οι εισφορές των ίδιων των ασφαλισμένων (HF1.2). Πέραν αυτών, τα ταμεία διαθέτουν δικές τους πηγές εσόδων όπως είναι οι επενδύσεις των ταμείων, οι δωρεές και οι εκμεταλλεύσεις των παγίων περιουσιακών τους στοιχείων (HF.1.2).

### 4.3.1 Το Κράτος- Φορολογία

Στην Ελλάδα τα φορολογικά, όπως χαρακτηρίζονται έσοδα προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τους έμμεσους φόρους που επιβάλλονται σε αγαθά και σε υπηρεσίες αλλά και σε πολλές περιπτώσεις και από την άμεση φορολόγηση. Κατά την δεκαετία του 1990, πάνω από 60% της δημόσιας χρηματοδότησης αναφορικά με την υγεία προέρχονταν από τις διαδικασίες φορολόγησης και λιγότερο από 40% από τις εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση. Τούτο, διαφαίνεται και από τον αντικατοπτρισμό των μεγάλων κρατικών επιχορηγήσεων τα οποία δόθηκαν εκείνα τα χρόνια, ώστε να διατηρηθούν τα νοσήλια σε σταθερά επίπεδα και να μη χρειαστεί να αυξηθούν οι ασφαλιστικές εισφορές. Αυτό όμως άλλαξε στην απαρχή του 21$^{ου}$ αιώνα όπου αυτά σχεδόν διπλασιάστηκαν, με συνέπεια η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης στη δημόσια χρηματοδότησή να ξεπεράσει το 50%.

Οι επιχορηγήσεις του κράτους προς τα ασφαλιστικά ταμεία αποτυπώνονται στον εκάστοτε ετήσιο προϋπολογισμού του Υπουργείου Οικονομικών. Κατά το έτος 2007 η επιχορήγηση του κράτους προς τα ταμεία ανήλθε σε 7.308,59 εκατομμύρια ευρώ, το 2008 σε 9.165,33, το 2009 σε 15.663, το 2010 σε 15.308, το 2011 σε 16.594 και το 2012 σε 15.083 (Υπουργείο Οικονομικών, 2008;2009;2010;2011).

Για να γίνει καλύτερη η απεικόνιση με ποσοστιαίες μεταβολές από έτος σε έτος μπορούμε να συμπεράνουμε τα εξής:

- **2008 σε σχέση με 2007**: +25,40%
- **2009 σε σχέση με 2008**: +70,89%
- **2010 σε σχέση με 2009**: -2,27%
- **2011 σε σχέση με 2010**: +8,40%
- **2012 σε σχέση με 2011**: -9,11%

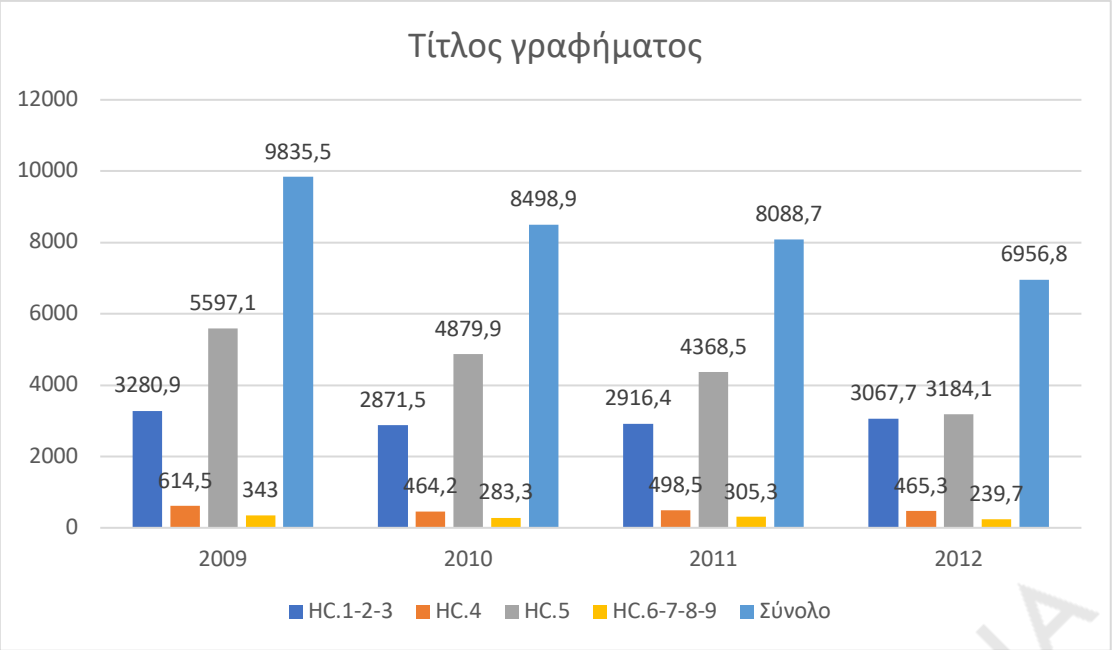
Επισημαίνεται ότι τα στοιχεία του κρατικού προϋπολογισμού καταρτίζονται για το σύνολο των δραστηριοτήτων των ταμείων (Υπουργείο Οικονομικών, 2008;2009;2010;2011).

### 4.3.2 Η Κοινωνική Ασφάλιση

Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτείται κυρίως από τους κοινωνικούς εταίρους, δηλαδή από τις εργοδοτικές εισφορές σε μεγαλύτερο ποσοστό και από τις αντίστοιχες των εργαζομένων, το ύψος των οποίων διαφέρει μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών. Συγκεκριμένα, με το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), όπου οι εργαζόμενοι ασφαλίζονται στην πλειοψηφία τους, οι μηνιαίες εισφορές είναι οι υψηλότερες σε σχέση με τα αντίστοιχα ταμεία ασφάλισης. Οι εισφορές του ΟΠΑΔ προέρχονται εξ ’ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, με τις καταβαλλόμενες εισφορές να προορίζονται στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, με τη μορφή δημοσίου εσόδου. Τα έσοδα του Οργανισμού Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) εξασφαλίζονται από τις πάγιες μηνιαίες εισφορές των ασφαλισμένων (Σούλης κ.ά., 2001), όπου με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 προβλέπονται ενιαίες εισφορές για τον κλάδο υγείας στα τρία παραπάνω μεγάλα ταμεία.

Μια άλλη πηγή χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν οι εισφορές των ασφαλιστικών οργανισμών από την αξιοποίηση των περιουσιακών τους στοιχείων καθώς και σε ένα πολύ μικρό ποσοστό τα έσοδα που προκύπτουν είτε από την επιβολή προστίμων είτε από διάφορες δωρεές. Η κοινωνική ασφάλιση συνδράμει στη δημόσια υγειονομική χρηματοδοτική πηγή με αυξομειώσεις σε ποσοστά, μεταξύ του 38% και 55% του συνόλου της δημόσιας χρηματοδότησης.

**Γράφημα 4.8: Κατανομή Δαπανών Οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης ανά Κατηγορία Υπηρεσίας (σε εκατομμύρια ευρώ)**




**Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ (2014)**

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ, η χρηματοδότησή των δαπανών των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης κατά τα έτη 2009 με 2012, αφορά το μεγαλύτερο κομμάτι των δαπανών το οποίο αποτελεί- η διάθεση προϊόντων σε ασθενείς εκτός νοσοκομειακών μονάδων, με τις υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης να είναι οι δεύτερες κατά σειρά σε οικονομικό όγκο δαπάνες. Συγκεκριμένα, οι συνολικές δαπάνες ανήλθαν σε 9.835,5 εκατομμύρια ευρώ για το έτος 2009, 8.498,9 το 2010, 8.088,7 το 2011 και 6.956,8 το 2012, καταγράφοντας σημαντική μείωση. Αυτή η μείωση ουσιαστικά αποτυπώνεται στις δαπάνες για διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς, οι οποίες ανήλθαν σε 5.597,1 εκατομμύρια το 2009, 4.879,9 το 2010, 4.368,5 το 2011 και 3.184,1 το 2012. Οι λοιπές κατηγορίες δαπανών δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες αυξομειώσεις, με τις υπηρεσίες περίθαλψης και αποκατάστασης να κυμαίνονται περί τα 3.000 εκατομμύρια ευρώ, τις επικουρικές υπηρεσίες φροντίδας σε 500 εκατομμύρια και τις λοιπές υπηρεσίες σε 300 εκατομμύρια ευρώ.

## 4.4 Ιδιωτικοί Φορείς Χρηματοδότησης των Ταμείων Υγείας έως το 2012

Όπως έχει αναφερθεί τα νοικοκυριά δαπανούν μεγάλα ποσά για την υγεία στην Ελλάδα, λόγω του χαμηλού βαθμού ικανοποίησης από τις παροχές του δημόσιου συστήματος υγείας, λόγω των μεγάλων αναμονών για τους ιατρούς του δημοσίου καθώς και λόγω των άνισων παροχών και της διαφορετικής μεταχείρισης των ασθενών εξαιτίας των πολυάριθμων ασφαλιστικών ταμείων και των παροχών αυτών. Για όλους τους παραπάνω

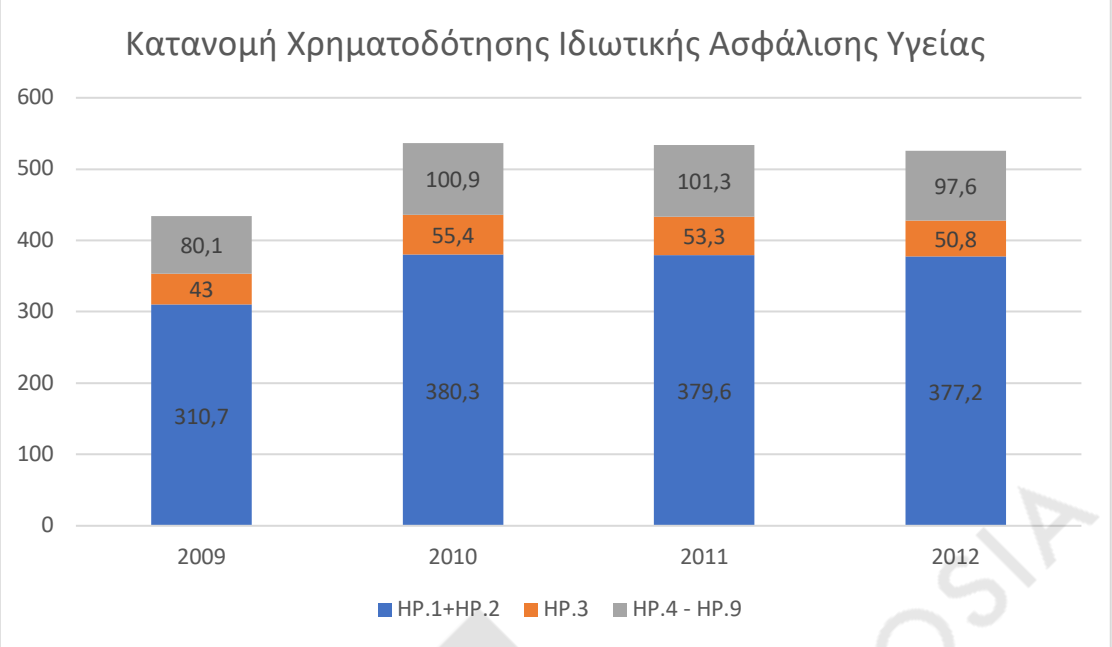
λόγους προκύπτουν οι ιδιωτικοί φορείς χρηματοδότησης της υγείας οι οποίοι απαντώνται σε δύο λογαριασμούς του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές- δαπάνες χρηστών.

### 4.4.1 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Στην Ελλάδα η ιδιωτική ασφάλιση άρχισε να κατέχει ενεργό ρόλο στις αρχές του 21ου αιώνα και συγκεκριμένα την πρώτη δεκαετία όπου εκτιμάται ότι οι ασφαλισμένοι ξεπερνούσαν το 1.5 εκατ, καλυπτόμενοι τόσο από ατομικά όσο και από ομαδικά συμβόλαια. Φοβούμενοι τον κίνδυνο των υπέρογκων δαπανών υγείας με τις οποίες ερχόντουσαν αντιμέτωποι σε περίπτωση ασθενείας- όλο και περισσότεροι προέβαιναν στη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας, Η ζήτηση εξαρτιόταν κυρίως από το διαθέσιμο εισόδημα με αποτέλεσμα η πλειοψηφία αυτών να προερχόταν από τη μεσαία ανώτερη κοινωνικό- οικονομική τάξη. Η αύξηση της ζήτησης για ιδιωτική ασφάλιση, δεν αναιρεί τον συμπληρωματικό χαρακτήρα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, αλλά προσδοκά νέες επενδύσεις.

Αναφορικά με το είδος των παρεχόμενων καλύψεων της ιδιωτικής ασφάλισης προ του 2012, αφορά κυρίως τη χρηματοδότηση δαπανών νοσοκομειακής φροντίδας και αφετέρου υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Συνεπώς κατά σειρά ακολουθούν οι έμποροι προϊόντων υγείας και τέλος οι φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Συγκεκριμένα, οι δαπάνες νοσοκομειακής φροντίδας ανήλθαν σε 310,7 εκατομμύρια ευρώ για το 2009, 380,3 για το έτος 2010, 379,6 για το 2011 και 377,2 για το 2012. Οι δαπάνες εμπόρων λιανικής πώλησης προϊόντων υγείας ανήλθαν σε 80,1 εκατομμύρια ευρώ για το 2009, σε 100,9 το 2010, 101,3 το 2011 και 97,6 το 2012. Τέλος, οι δαπάνες για φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας ανήλθαν σε 43 εκατομμύρια ευρώ το 2009, 55,4 το 2010, 53,5 το 2011 και 50,8 το 2012 όπως φαίνεται στο παρακάτω γράφημα.

**Γράφημα 4.9: Κατανομή Χρηματοδότησης Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ανά πάροχο για τα Έτη 2009 με 2012 (σε εκατομμύρια ευρώ)**




**Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ (2014)**

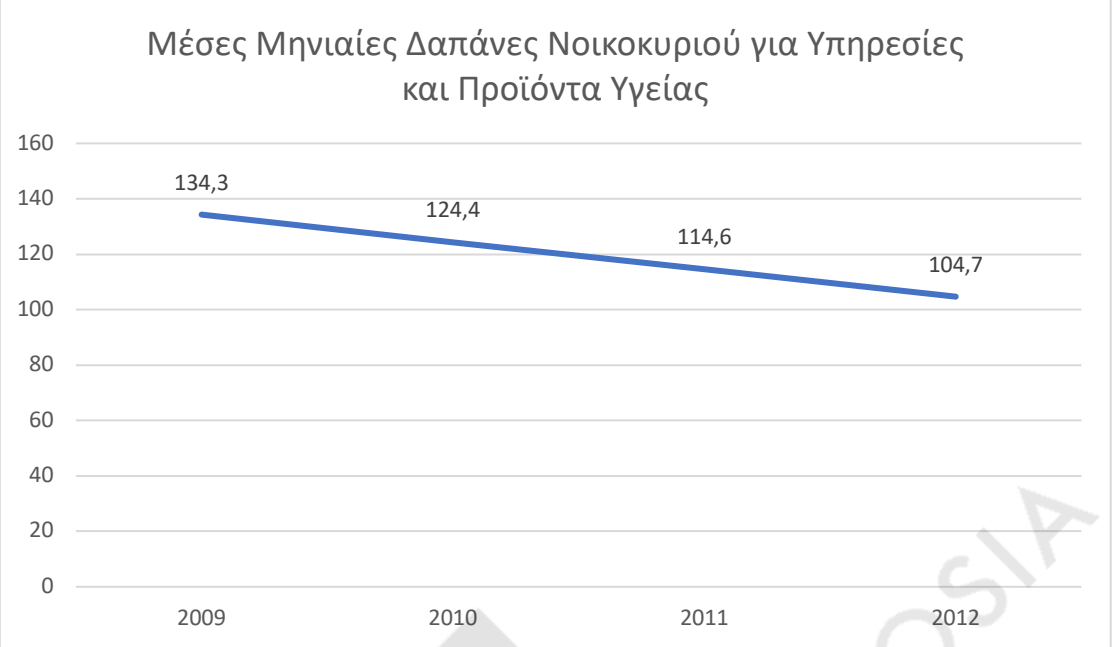
## 4.4.2 Δαπάνες Χρηστών

Οι πληρωμές των χρηστών διαμορφώνουν τη συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας και είναι κυρίως οι άμεσες και οι άτυπες πληρωμές των χρηστών. Πριν από την περίοδο της έλευσης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα- η ιδιωτική δαπάνη συμμετείχε στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας, σχεδόν με διπλάσιο ποσοστό από ότι στις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ. Συνεπώς, η συνεχής αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης αποδίδεται σε αντίστοιχη αύξηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών προϋπολογισμών με ιατρικές δαπάνες (Thomson et al., 2022).

Λόγω της οικονομικής κρίσης και της γενικότερης οικονομικής δυσχέρειας που παρουσίαζε η ελληνική κοινωνία οι δαπάνες χρηστών (ιδιωτικές πληρωμές), παρουσιάζουν μειωτική τάση. Συγκεκριμένα, οι μέσες μηνιαίες δαπάνες ανά νοικοκυριό για υπηρεσίες και προϊόντα υγείας παρουσιάζουν μία σχεδόν γραμμική μείωση, από 134,30 Ευρώ το 2009 σε 104,70 Ευρώ το 2012, μία μείωση της τάξης του 22% όπου αυτή απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα 4.1.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Διάγραμμα 4.1: Μέσες Μηνιαίες Δαπάνες Νοικοκυριού για Υπηρεσίες και Προϊόντα Υγείας**

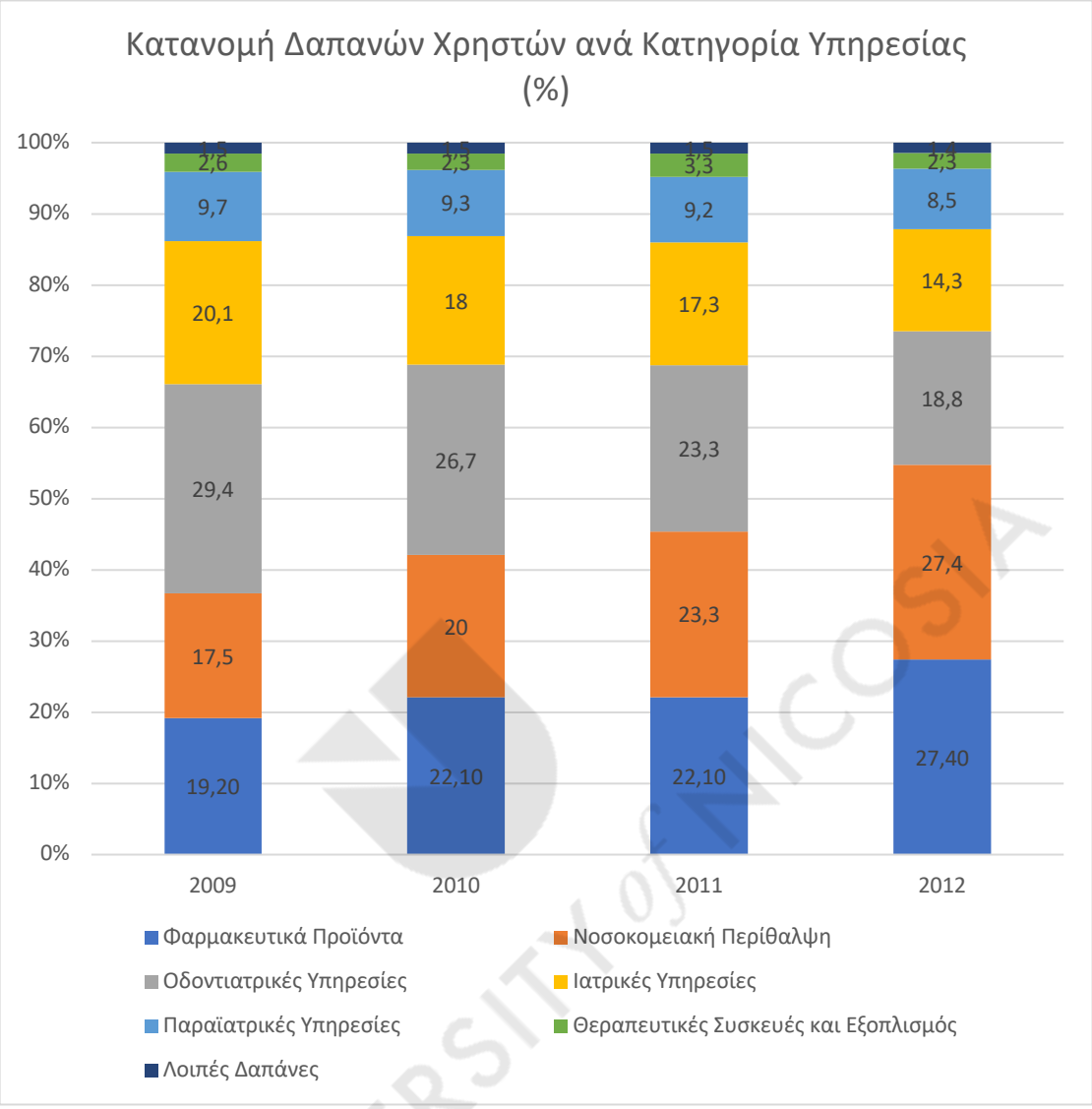



**Πηγή: IOBE (2017)**

Οι ανωτέρω δαπάνες αφορούν κατά κύριο λόγο δαπάνες οδοντιατρικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, οι οποίες από το 2009 έως το 2012 βαίνουν μειωμένες και αυξημένες αντίστοιχα. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την ποσοστιαία κατανομή επί του συνόλου, οι δαπάνες για οδοντιατρικές υπηρεσίες μειώθηκαν από 29,4% το 2009 σε 26,7% το 2010, 23,3% το 2011 και 18,8% το 2012. Οι δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες ομοίως μειώθηκαν από 20,1% το 2009 σε 18% το 2010, 17,3% το 2011 και 14,3% το 2012. Αντιθέτως, αυξήθηκαν οι δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη από 17,5% το 2009 σε 20% το 2010, 23,3% το 2011 και 27,4% 2012. Παρόμοια αύξηση της συνολικής ποσοστιαίας κατανομής παρατηρείται και στις δαπάνες αγοράς φαρμακευτικών προϊόντων, από 19,20% το 2009 σε 22,10% 2010 και 2011 και 27,4% το 2012. Οι δαπάνες οι οποίες αφορούσαν παραϊατρικές υπηρεσίες και αγορά θεραπευτικού εξοπλισμού δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα μεγάλες μεταβολές.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Γράφημα 4.10: Κατανομή Δαπανών Χρηστών ανά Κατηγορία Υπηρεσίας (%)**




**Πηγή: IOBE (2017)**

Ο τρόπος χρηματοδότησης (δημόσια ή ιδιωτική) του Συστήματος Υγείας αποτελεί μείζον ζήτημα για τον επικεφαλή του υγειονομικού τομέα της εκάστοτε πολιτικής ηγεσίας με σημαντικές πολιτικές, ηθικές αλλά και δημοσιοοικονομικές προεκτάσεις. Η κύρια προέλευση πόρων που διατίθενται για προμήθεια αγαθών και υπηρεσιών υγείας έχει άμεσες συνέπειες στην οικονομία και στην πολιτική του κάθε συστήματος, με σοβαρές αναδιανεμητικές επιπτώσεις στο διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών καθώς και στη συνολική οικονομική δραστηριότητα της χώρας (Λιαρόπουλος, 2007).

Κατά την περίοδο της πανδημίας, στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας προέρχεται από δημόσιες πηγές και συγκεκριμένα το 70% των τρεχουσών δαπανών. Γενικότερα, οι μεταβολές στην

χρηματοδότηση επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την οικονομική πολιτική των συστημάτων υγείας, καθώς καθορίζουν εν πολλοίς την κατανομή των πόρων και την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας .

## 4.5 Προβλήματα της Πολυμορφίας των Ταμείων Υγείας έως το 2012- Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδα πριν τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ήταν ο μεγάλος αριθμός των ταμείων υγείας και η πολυμορφία αυτών, όπου δημιουργούσαν συνεχώς συγκρούσεις αλλά και ανισότητες μεταξύ των ασφαλισμένων. Συγκεκριμένα, με διαφορετικές εισφορές οι ασφαλισμένοι είχαν πρόσβαση σε διαφορετικές υπηρεσίες τόσο στο είδος, στο χρόνο και στην ποιότητα των παροχών, χωρίς να είναι απαραίτητο ότι οι υπηρεσίες και η κάλυψη που λάμβαναν ήταν αναλογική των καταβληθέντων εισφορών.

Ακόμη, η οικονομική κρίση αποτέλεσε σε μεγάλο βαθμό τον καταλύτη για την επιτάχυνση της ενοποίησης των ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα. Αυτό έθετε ακόμη μία διάσταση, πέραν της ισότιμης πρόσβασης των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας, αυτή του εξ ορθολογισμού των οικονομικών των ταμείων υγείας.

Ένας τομέας όπου επιχειρήθηκε αυτός ο εξ ορθολογισμός ήταν οι προμήθειες των προϊόντων και υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, ο Νόμος 3981/2011 προέβλεπε τη λειτουργία των Περιφερειακών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών. Σκοπός της λειτουργίας τους ήταν η αλλαγή της διαδικασίας εκτέλεσης διενέργειας διαγωνισμών και σύναψης συμβάσεων, με μία Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών να καθορίζει τα βασικά στοιχεία της διεργασίας, όπως το επίπεδο στο οποίο θα διεξάγονταν οι διαγωνισμοί (υγειονομικής περιφέρειας, πολλαπλών περιφερειών ή και εθνικό), τον τύπο της διαγωνιστικής διαδικασίας που θα ακολουθούνταν, αλλά και την αρμοδιότητα της διενέργειας του διαγωνισμού και ανάθεσης, εκτέλεσης και παρακολούθησης της σύμβασης βάσει αναθέτουσας αρχής. Εν κατακλείδι, η πραγματοποίηση των διαγωνιστικών διαδικασιών θα οδηγούσε σε εξοικονόμηση πόρων για τις παροχές υγείας του δημοσίου τομέα (Οικονόμου, 2012).

Ο νόμος επίσης ρύθμιζε ζητήματα τα οποία είχαν να κάνουν με τις τιμές των φαρμάκων, καθορίζοντας νέες τιμές για τους ασφαλιστικούς φορείς και άλλους φορείς του δημοσίου

(νοσοκομεία, ΝΠΔΔ και άλλα). Επίσης, η παρέμβαση αυτή μείωνε το ποσοστό του μικτού κέρδους που είχαν οι έμποροι χονδρικής πώλησης των φαρμάκων, από ποσοστό 7,80% σε 5,40%. Επιπροσθέτως, όριζε ότι ο καινούργιος, ενοποιημένος, φορέας (ΕΟΠΥΥ) θα είχε τη δυνατότητα διαπραγμάτευσης και αγοράς υπηρεσιών υγείας τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιώτες παρόχους. Η δυνατότητα διαπραγμάτευσης του Οργανισμού σχετιζόταν με τις αμοιβές και τους όρους των συμβάσεων, αλλά και τις τιμές των παρεχόμενων ιατρικών προϊόντων και φαρμάκων (ν.3981/2011).

Συνοψίζοντας, οι κυριότεροι λόγοι για την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων μπορούν να χωριστούν σε δύο κατηγορίες: την ίση αντιμετώπιση των ασθενών – ασφαλισμένων με την παροχή ισότιμης ασφαλιστικής κάλυψης και παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών για όλους τους ασφαλισμένους και της επιβεβλημένης από την οικονομική κρίση ανάγκης για τον εξ ορθολογισμό της οικονομικής διαχείρισης των πόρων των ταμείων υγείας και τη δημιουργία ενός «υγιούς ταμείου» του ΕΟΠΥΥ.

## 4.6 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Υγείας

Η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στην Ελλάδα μετά το 2009 επέφερε βαθιές και πολυεπίπεδες επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Η συρρίκνωση της δημόσιας χρηματοδότησης, η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών και η αυξημένη επιβάρυνση των νοικοκυριών μέσω ιδιωτικών πληρωμών διαμόρφωσαν ένα ιδιαίτερα πιεστικό περιβάλλον τόσο για την πρωτοβάθμια όσο και για τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ενδεικτικά, οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν περίπου κατά ένα τέταρτο μετά την έναρξη της κρίσης, ενώ οι ιδιωτικές πληρωμές διατηρήθηκαν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα, ασκώντας σημαντική πίεση στα νοικοκυριά. Στο πλαίσιο αυτό, ο ΕΟΠΥΥ αναδείχθηκε σε βασικό θεσμικό εργαλείο αναδιοργάνωσης της χρηματοδότησης και ενοποίησης της ασφαλιστικής κάλυψης, ως ενιαίος αγοραστής υπηρεσιών υγείας (Economou et al., 2017). Εκτός των άλλων, η οικονομική κρίση δημιούργησε σημαντικές επιπτώσεις στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Η μείωση των διατιθέμενων πόρων σε συνδυασμό με την εκθετική περικοπή των δημοσιονομικών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είχε ως αποτέλεσμα την συγχώνευση πολυϊατρείων και μονάδων υγείας. Η πολιτική αυτή της μειωμένης χρηματοδότησης είχε ως αποτέλεσμα:

- Ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, σε συνάρτηση με τις περικοπές στις απολαβές τους.

- Αυξημένο χρόνο αναμονής για ραντεβού με ιατρικό προσωπικό του δημόσιου τομέα.
- Περιορισμένη πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας (Economou et al., 2017).

Αναφορικά με τις αντίστοιχες επιπτώσεις στη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, κύριο πρόβλημα εκδηλώθηκε στα δημόσια νοσοκομεία. Επιβεβαιώθηκε η αδυναμία κάλυψης σε επάρκεια ιατρικού εξοπλισμού και φαρμάκων λόγω της ανακατανομής των πόρων και της μείωσης των κρατικών επιχορηγήσεων.

Οι κυριότερες συνέπειες περιλαμβάνουν:

- Υποστελέχωση και αυξημένο αριθμό υπερωριών του ιατρικού προσωπικού.
- Ελαχιστοποίηση των διαθέσιμων κλινών και συγχωνεύσεις νοσοκομειακών μονάδων.
- Εκθετική προσέλευση στα δημόσια νοσοκομεία, διότι οι πολίτες δεν μπορούσαν να καλύψουν τις ιδιωτικές δαπάνες νοσηλείας. (Μπελετσιώτη, 2021).

Εξετάζοντας συνολικά τη χρηματοδοτική ροή στον τομέα της υγείας και τις κυριότερες επιπτώσεις από την οικονομική κρίση για τα έτη 2009 έως 2012 διαπιστώνονται σημαντικές περικοπές. Συγκεκριμένα:

- Η συνολική κρατική δαπάνη για την υγεία μειώθηκε από 10,3% του ΑΕΠ το 2009 σε 9,1% το 2012.
- Η επιχορήγηση του κράτους προς τα ασφαλιστικά ταμεία συρρικνώθηκε, ενώ η συμμετοχή των πολιτών στις υγειονομικές δαπάνες αυξήθηκε. (Προικάκη κ.ά., 2017).

Επιπρόσθετα, στο ίδιο μήκος κύματος κυμαινόταν και η χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία υπέστησαν μια σειρά από μειώσεις κρατικών δαπανών- κονδυλίων, όπως:

- Μείωση των κονδυλίων για αναλώσιμα και φαρμακευτικό υλικό.
- Καθυστερήσεις στις πληρωμές των προμηθευτών, με αποτέλεσμα ελλείψεις σε κρίσιμα υλικά και φάρμακα
- Μείωση επενδύσεων στον τομέα της έρευνας

- Υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών λόγω αδυναμίας συντήρησης ιατρικών μηχανημάτων. (Μαραγκάκης κ.ά., 2018).

Ως εκ τούτου οι επιπτώσεις στις υγειονομικές παροχές δεν άργησαν να φανούν. Οι ασφαλισμένοι- ασθενείς ήρθαν αντιμέτωποι με:

- Αυξημένη συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη και στις επισκέψεις σε γιατρούς.
- Μείωση των καλυπτόμενων ιατρικών πράξεων από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Τεράστιες αναμονές στην δωρεάν δημόσια περίθαλψη, δηλαδή στα δημόσια νοσοκομεία και στις δημόσιες μονάδες υγείας.

Ο κρατικός μηχανισμός, για να καλύψει τις φανερές ελλείψεις στον τομέα της υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των κρατικών επιχορηγήσεων σύστησε, όπως έχει προαναφερθεί εκτενέστερα, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ είχε ως κύριο μέλημα να ενοποιήσει τα ασφαλιστικά ταμεία και να συσσωρεύσει τις παροχές υγείας υπό έναν ενιαίο φορέα. Η σκοπιμότητα της συγκεντρωτικότητας αφορούσε την καλύτερη διαχείριση των διατιθέμενων κρατικών πόρων. Ωστόσο, η εφαρμογή του συνοδεύτηκε από προκλήσεις, όπως:

- Μειώσεις στις αμοιβές των ιατρών που συνεργάζονταν με τον ΕΟΠΥΥ.
- Περιορισμοί στη συνταγογράφηση (μέχρι την εφαρμογή της ηλεκτρονικής άυλης και μη) και στις εξετάσεις που καλύπτονταν.
- Διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών.
- Καθυστερήσεις ως προς τη λήψη αποφάσεων

Συμπερασματικά, η Ελλάδα την εξεταζόμενη χρονική περίοδο βίωσε έναν ισχυρό κλονισμό αναφορικά με το ΕΣΥ με μειώσεις στη χρηματοδότηση, προβλήματα στη λειτουργία των νοσοκομείων, αύξηση της ιδιωτικής συμμετοχής στις δαπάνες και υποβάθμιση των υγειονομικών παροχών. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε μια απόπειρα μεταρρύθμισης, αλλά αντιμετώπισε σοβαρές δυσκολίες στην εφαρμογή της. Οι συνέπειες της κρίσης στον τομέα της υγείας εξακολουθούν να επηρεάζουν το σύστημα μέχρι και σήμερα, αναδεικνύοντας την ανάγκη για διαρκή αναθεώρηση και βελτίωση των πολιτικών υγείας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΔΙΕΘΝΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

## 5.1 Η περίπτωση της Αγγλίας

### 5.1.1 Έννοια και Ορισμός Συστήματος Υγείας

Ως σύστημα υγείας, καλείται το ευρύτερο σύνολο των υγειονομικών μονάδων, όπου βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και λειτουργική αλληλεξάρτηση με κύριο στόχο τη διατήρηση, την προαγωγή της υγείας και προώθηση της ευημερίας του πληθυσμού (Σούλης, 1987; Βλάσσης, 2024). Η υγεία αντιμετωπίζεται ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο το οποίο επηρεάζεται από έναν ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων όπου το υγειονομικό σύστημα- εξαρτάται από τα δομικά συστατικά της κάθε χώρας (κοινωνία & οικονομία), την οικολογική ισορροπία, το υπάρχον πολιτικό σύστημα και ένα συγκεκριμένο πρότυπο αναφορικά με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού (Σούλης, 1998; Βλάσσης, 2024).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ως σύστημα υγείας ορίζονται «οι ευσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων πρωταρχικός σκοπός αποτελεί η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας». Η χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων σχετίζεται με την προέλευση των πόρων η οποία μπορεί να είναι από το δημόσιο τομέα, από τον ιδιωτικό τομέα και από την ασφάλιση υγείας (Kyriopoulos, 1996; Σιδέρη, 2024). Η προέλευση των πόρων χρηματοδότησης μπορεί να προέρχεται από το δημόσιο (ασφαλιστικά ταμεία, Υπουργείο Υγείας), από τις εργοδοτικές εισφορές, από την τοπική κοινότητα, από τα νοικοκυριά, από βοήθεια από το εξωτερικό, από εθελοντικές οργανώσεις και από άλλες πηγές (WHO, 1996).

Η κρατική παρέμβαση στο σύστημα υγείας διακρίνεται σε τρία κύρια επίπεδα σχετικά με την οργάνωση και τον συντονισμό του συστήματος, τη χρηματοδότηση της λειτουργίας του και την άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι στόχοι κάθε παρέμβασης διαφοροποιούνται ανάλογα με τη δομή και τη φύση του εκάστοτε συστήματος (Niakas & Petsetaki, 1995; Pollock & Roderick, 2024).

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία-λόγω της πληθώρας των συνδυασμών και των επιλογών που υιοθετούνται στην πράξη μεταξύ των στοιχείων που συνθέτουν τα συστήματα υγείας, τα τελευταία εμφανίζουν πολλαπλές παραλλαγές στην εφαρμογή τους, λόγω των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών. Τα τρία μοντέλα που έχουν επικρατήσει, τα οποία εμφανίζονται με διάφορες παραλλαγές είναι:

- Φιλελεύθερο μοντέλο: βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση και την παροχή υπηρεσιών από ιδιωτικούς προμηθευτές.
- Μικτό μοντέλο (Bismark): περιλαμβάνει κοινωνική ασφάλιση και συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής.
- Εθνικό μοντέλο (Beveridge): χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη, χρηματοδότηση μέσω φορολογίας και δημόσια παροχή υπηρεσιών (Kyriopoulos et al., 2024)

Στην πράξη, ωστόσο, κανένα σύστημα υγείας δεν υιοθετεί αμιγώς ένα και μόνο μοντέλο· οι περισσότερες χώρες εφαρμόζουν συνδυασμούς στοιχείων από διαφορετικές σχολές, προσαρμοσμένες στις εθνικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες τους. Όταν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών υγείας παρέχεται καθολικά από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στο πλαίσιο μιας σχέσης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων μεταξύ κράτους και κοινωνίας, τότε αναφερόμαστε σε ένα εθνικό σύστημα υγείας, γνωστό και ως μοντέλο Beveridge. Στο πλαίσιο αυτό, η υγεία θεωρείται δημόσιο αγαθό, με στόχο την καθολική και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού. Η παροχή υπηρεσιών υγείας βασίζεται στην ανάγκη του ασθενούς και όχι στην ικανότητά του να πληρώσει, ενισχύοντας την ισότητα. Οι παραγωγικοί συντελεστές, δηλαδή οι υποδομές και το προσωπικό, ανήκουν στο κράτος, το οποίο διατηρεί τον κεντρικό σχεδιασμό και τον πλήρη έλεγχο της λειτουργίας του συστήματος. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας, και στηρίζεται στην αρχή της μηδενικής τιμής για τον ασθενή στο σημείο παροχής (δηλαδή, χωρίς άμεση πληρωμή κατά τη χρήση της υπηρεσίας).

Το πρότυπο αυτό έχει ως κατεξοχήν αντιπροσωπευτικό εκφραστή το NHS της Μεγάλης Βρετανίας, το οποίο θεμελιώθηκε στη βάση των αρχών που διατύπωσε ο William Beveridge στη διάσημη έκθεσή του το 1942 για το κοινωνικό κράτος και την καθολική ασφάλιση και ειδικότερα το σχέδιο του, για την δημιουργία ενός NHS (Beveridge, 1942). Κεντρική ιδέα του σχεδίου του, αποτελούσε το γεγονός ότι πίστευε ότι η ιατρική περίθαλψη θα έπρεπε να καλύπτει όλο το φάσμα του πληθυσμού, ανεξαρτήτως εισοδήματος ή κοινωνικής θέσης, καλύπτοντας το σύνολο των αναγκών, από την πρόληψη έως την αποκατάσταση.

Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service- NHS) το 1947, αποτελούσε σημαντικό σταθμό στην οργάνωση του χώρου της υγείας. Αποτελούσε το πρώτο ολοκληρωμένο NHS που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από την γενική φορολογία.

Το NHS βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και πλήρους κάλυψης του πληθυσμού, της ισότητας και της επαγγελματικής αυτονομίας των γιατρών. Διοικείται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας. Υπάρχουν επίσης και οι υγειονομικές περιφέρειες που αποτελούν «προέκταση» του Υπουργείου Υγείας στην περιφέρεια.

Στο NHS, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από τα νοσοκομεία και τους οικογενειακούς ιατρούς. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι περιορισμένος και λειτουργεί συμπληρωματικά προς το NHS. Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του NHS είναι οι οικογενειακοί ιατροί, οι οποίοι αποτελούν το καλύτερο οργανωμένο τμήμα του συστήματος. Το δίκτυο των οικογενειακών ιατρών αποτελεί την πύλη εισόδου του ασθενούς στο σύστημα υγείας. Η δεκαετία του 1990 αποτελεί την απαρχή της μεταρρύθμισης του NHS έχοντας επηρεαστεί σημαντικά από την συνολική πολιτική στροφή της Μ. Βρετανίας προς τον φιλελευθερισμό. Η βάση της μεταρρύθμισης αυτής ήταν ο διαχωρισμός των αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Οι προμηθευτές του συστήματος υγείας ήταν τα νοσοκομεία και οι γενικοί ιατροί. Ανάμεσα στους προμηθευτές και τους καταναλωτές συνάπτονταν συμβόλαια με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και τις τιμές. Τα νοσοκομεία είχαν μεταβληθεί σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς και λειτουργούσαν με βάση τους κανόνες της αγοράς.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας, ιδιαίτερα εκείνα με εθνικό χαρακτήρα, είναι η άρση των περιφερειακών ανισοτήτων στην παροχή φροντίδας. Η αποτελεσματικότητα της περιφερειοποίησης των υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον τρόπο με τον οποίο κατανέμονται οι υγειονομικοί πόροι στα διαφορετικά επίπεδα φροντίδας υγείας. Ο διαχωρισμός του συστήματος σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο δεν είναι μόνο οργανωτικός, αλλά εξυπηρετεί την προσαρμογή της λειτουργίας του συστήματος στις ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς, με στόχο την επίτευξη βέλτιστων υγειονομικών αποτελεσμάτων. Η υπερπροσφορά υπηρεσιών στα αστικά κέντρα, αποτελεί μία μόνο συνιστώσα του γενικού προβλήματος των υγειονομικών ανισοτήτων σε περιφερειακό επίπεδο. Οι διαφορές στην κατανομή των πόρων, τόσο σε υποδομές όσο και σε ανθρώπινο δυναμικό, οδηγούν συχνά σε ανισότητες στην ποιότητα και την επάρκεια της φροντίδας, μεταξύ αστικών και αγροτικών ή απομακρυσμένων περιοχών (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1991).

Τα NHS λόγω της συγκεντρωτικής χρηματοδότησης και του κρατικού ελέγχου της ιδιοκτησίας των παρόχων, παρουσιάζουν αυξημένη ικανότητα στον κεντρικό σχεδιασμό της

παροχής, με σκοπό την ίση κατανομή των υπηρεσιών. Η συγκεντρωτική μέθοδος χρηματοδότησης επιτρέπει τον προσανατολισμό της προσφοράς (προμηθευτών) εκεί όπου υπάρχει ανάγκη και η αγορά αδυνατεί να παρέμβει, ενώ επιπρόσθετα, η μονοπωλιακού τύπου κρατική ιδιοκτησία στις υπηρεσίες υγείας διευκολύνει την υλοποίηση των στόχων του κεντρικού σχεδιασμού. Ωστόσο, ακόμη και υπό συνθήκες ορθολογικής κατανομής των πόρων, η επίλυση του ζητήματος των ανισοτήτων δεν είναι πλήρης. Η περιφερειοποίηση, για να είναι αποτελεσματική, απαιτεί συνολική στρατηγική που να ενσωματώνει παράγοντες όπως η προσβασιμότητα, η στελέχωση και η προσαρμογή των υπηρεσιών στις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής

Ειδικότερα, ένα εθνικό σύστημα υγείας που θέλει να εξασφαλίζει μια σχετική ισότητα στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, οφείλει να προεκτείνει την πολιτική του παρέμβαση στην εξασφάλιση της ισότητας και στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες του συστήματος.

### 5.1.2 Ιστορική Αναδρομή του Υγειονομικού Συστήματος της Αγγλίας

Η Ελισάβετ Α΄ της Αγγλίας υπέγραψε τον πρώτο Νόμο των Φτωχών (Poor Law) το 1597. Η ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος της Αγγλίας συνδέεται με τη σταδιακή μετάβαση από αποσπασματικές μορφές φιλανθρωπικής και τοπικής φροντίδας σε ένα οργανωμένο, καθολικό και δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα υγείας. Μέχρι τις αρχές του 20ού αιώνα δεν υπήρχε ενιαίο υγειονομικό σύστημα, ενώ η παροχή φροντίδας βασιζόταν κυρίως σε τοπικές αρχές, φιλανθρωπικά ιδρύματα, εθελοντικά νοσοκομεία και περιορισμένες μορφές κοινωνικής προστασίας (Ασλανίδου, 2018).

Οι πρώτες σημαντικές παρεμβάσεις εντοπίζονται στη βικτωριανή περίοδο, κυρίως μέσα από τη δημόσια υγειονομική μεταρρύθμιση που ακολούθησε την έκθεση του Edwin Chadwick το 1842 και τις επιδημίες χολέρας του 19ου αιώνα. Οι εξελίξεις αυτές ανέδειξαν την ανάγκη κρατικής και τοπικής παρέμβασης σε ζητήματα δημόσιας υγείας, υγιεινής, πρόληψης και προστασίας του πληθυσμού από λοιμώδη νοσήματα (Middleton, 2017).

Στις αρχές του 20ού αιώνα, η ανάπτυξη του εργατικού κινήματος και η ενίσχυση των κοινωνικών αιτημάτων οδήγησαν στην εισαγωγή του National Insurance Act του 1911. Το σύστημα αυτό παρείχε περιορισμένη ασφαλιστική κάλυψη κυρίως στους εργαζόμενους άνδρες, χωρίς να καλύπτει πλήρως τις γυναίκες, τα παιδιά, τη νοσοκομειακή περίθαλψη και

τη μαιευτική φροντίδα. Παρά τους περιορισμούς του, αποτέλεσε σημαντικό βήμα προς την κρατική ανάληψη ευθύνης για την υγεία του πληθυσμού (Boyle, 2011).

Η ίδρυση του Υπουργείου Υγείας το 1919 και οι μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του 1920 ενίσχυσαν τον ρόλο του κράτους και των τοπικών αρχών στην οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, μέχρι τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο το σύστημα παρέμενε κατακερματισμένο, με παράλληλη λειτουργία δημόσιων και εθελοντικών νοσοκομείων και με σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση, ιδιαίτερα για τις γυναίκες, τα παιδιά και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα (Rivett, 1998; Majeed & Molokhia, 2020).

Προς το τέλος της δεκαετίας του 1930, αναγνωρίστηκε από αρκετούς δημόσιους λειτουργούς η ανάγκη αλλαγών στο υγειονομικό σύστημα στο Ηνωμένο Βασίλειο. Κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης της χώρας από το συντηρητικό Winston Churchill και την προεδρία του William Beveridge, μια Διατμημματική Επιτροπή για την Κοινωνική Ασφάλιση εξέτασε τις υπάρχουσες εθνικές πολιτικές κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανόμενης και της ασφάλισης υγείας. Η Έκθεση Beveridge που εκδόθηκε το 1942 (Λευκή Βίβλο για την Υγεία) κατέθεσε σαρωτικές προτάσεις για την επέκταση όλων των κλάδων κοινωνικής ασφάλισης και ουσιαστικά έθετε τις βάσεις για την καθιέρωση του NHS, για την παροχή ιατρικής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης για όλους τους πολίτες. Η Έκθεση συγκεκριμένα έθετε ένα ευρύ στόχο: «Ένα πλήρες εθνικό σύστημα υγείας θα εξασφαλίσει για κάθε πολίτη οποιαδήποτε θεραπεία επιθυμεί, σε οποιαδήποτε μορφή εκείνος θα θελήσει, κατ' οικον. ή σε νοσοκομείο, γενική, εξειδικευμένη ή συμβουλευτική και θα εξασφαλίσει επίσης την παροχή οδοντιατρικών, οφθαλμολογικών, και χειρουργικών εφαρμογών, νοσηλευτικής και μαιευτικής καθώς και αποκατάστασης μετά από ατυχήματα» (Beveridge, 1942; Tallack, et al., 2020).

Αφού τελείωσε ο Β' ΠΠ, επικράτησε το Εργατικό Κόμμα το οποίο απέκτησε τον έλεγχο της κυβέρνησης και υποστήριξε ιδιαίτερα το Νόμο για το NHS το 1946. Το NHS τέθηκε σε εφαρμογή και κούραρε τους πρώτους ασθενείς του στις 5 Ιουλίου 1948, (Boyle, 2011; Middleton, 2017). Το βασικό μέλημα του NHS ήταν η δημιουργία ίσης πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, παρέχοντας δωρεάν τις υπηρεσίες υγείας. Την ίδια στιγμή η Εθνική Υπηρεσία Υγείας ανέλαβε τον έλεγχο 480.000 νοσοκομειακών κλινών στην Αγγλία και την Ουαλία. Υπολογίζεται ότι 125.000 νοσηλευτές και 5.000 σύμβουλοι ήταν διαθέσιμοι για τη φροντίδα των ασθενών στα νοσοκομεία (nursingtimes, 2008). Από τη σκοπιά των ασθενών, οι δυο κυριότερες αλλαγές που επέφερε η δημιουργία του NHS στη ζωή τους- αφορούσαν αρχικά την ανακούφιση από την άμεση πληρωμή των χρεώσεων

σχετικά με την περίθαλψη τους και δευτερευόντως την πρόσβαση στις ιατρικές υπηρεσίες μεγάλων ομάδων του πληθυσμού που μέχρι πρότινος ήταν αποκλεισμένες από αυτές (Webster, 2002; Middleton, 2017).

Τις δεκαετίες 1950 και 1960, οι δαπάνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας αυξήθηκαν κατακόρυφα, ως συνέπεια και της ζήτησης καθώς και της αναγνώρισης της ανάγκης για επενδύσεις σε βελτιωμένες εγκαταστάσεις και νέες τεχνολογίες (Middleton, 2017). Το 1968 δημοσιεύεται η Πράσινη Βίβλος του Kenneth Robinson, όπου αποτελεί μία προσπάθεια να βρεθεί λύση ανάμεσα σε θέματα που αποτελούν διαφωνίες χρόνων- μεταξύ του συστήματος υγείας και των τοπικών αρχών καθώς και της υγείας με την κοινωνική φροντίδα.

Στις αρχές του 1970 ο Crossman αναδιατυπώνει τις προτάσεις του Robinson στη δεύτερη Πράσινη Βίβλο για το NHS. Ο Crossman απορρίπτει την ιδέα της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας από τις τοπικές αρχές, προτείνοντας αντ' αυτού οι περιφερειακές αρχές να παραμείνουν άμεσα υπόλογες στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το NHS εισήλθε σε περίοδο διαδοχικών διοικητικών αναδιοργανώσεων. Οι μεταρρυθμίσεις στόχευαν στον καλύτερο συντονισμό των υπηρεσιών, στην περιφερειακή οργάνωση, στη βελτίωση της αποδοτικότητας και στη διαχείριση των αυξανόμενων δαπανών. Παράλληλα, εκθέσεις όπως η Black Report ανέδειξαν ότι, παρά την καθολική κάλυψη, οι κοινωνικές και περιφερειακές ανισότητες στην υγεία εξακολουθούσαν να υφίστανται (Middleton, 2017).

Το 1972 ψηφίζονται νέες κανονιστικές ρυθμίσεις διαχείρισης για το αναδιοργανωμένο NHS, γνωστές ως "Γκρίζο βιβλίο" (Grey Book), συνιστούν ένα σύστημα διαχείρισης με συναίνεση, με λεπτομερείς προδιαγραφές ρόλων για όλους τους αξιωματούχους του NHS. Τον Σεπτέμβριο του 1978 η πρόσβαση στη βασική υγειονομική περίθαλψη επιβεβαιώνεται ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα, η οποία οδηγεί στην Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας στον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων στην έκθεση "Επίτευξη υγείας για όλους έως το 2000"(Middleton, 2017). Το 1979 δημοσιεύθηκε η Μαύρη Αναφορά (Black Report) σχετικά με ανισότητες στην υγεία, η οποία βρήκε μεγάλη απήχηση- αρχικά έθεσε υπό αμφισβήτηση την επιτυχία της θεραπευτικής ιατρικής και την ικανότητα του NHS να υπηρετήσει τον πληθυσμό δικαίως και με ίση αποτελεσματικότητα (Middleton, 2017).

Το 1981 δημοσιεύεται η έκθεση Acheson για την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη στο εσωτερικό του Λονδίνου. Τον Νοέμβριο του 1982, λαμβάνει χώρα η αναδιάρθρωση του NHS - καταργεί τις τοπικές υγειονομικές αρχές (AHAs) και την ίδια χρονιά καταργείται η περιφερειακή βαθμίδα διαχείρισης του NHS, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν 192

περιφερειακές υγειονομικές αρχές (DHAs), οι οποίες είναι υπεύθυνες για τις τοπικές υγειονομικές αρχές. Στόχος είναι η απλούστευση της δομής, αποκόπτοντας για μια ακόμα φορά τα δεσμά με τα όρια των τοπικών αρχών (Boyle, 2011; Dayan, et al., 2018).

Το Δεκέμβριο του 1987, η Λευκή Βίβλος "Προώθηση της καλύτερης υγείας" προτείνει βελτιώσεις στην επιλογή των ασθενών και τη διεύρυνση των υπηρεσιών που παρέχουν οι φαρμακοποιοί και οι νοσηλευτές, αποτελεί τη βάση για τη νέα σύμβαση γενικής ιατρικής το 1990, η οποία καθορίζει ποιοτικά και οικονομικά κίνητρα για τη βελτίωση των διαδικασιών παροχής φροντίδας, με επιπλέον αμοιβή για την ανάληψη δράσεων προαγωγής της υγείας, προ συμπτωματικού ελέγχου και άλλων προληπτικών δράσεων. Οδηγεί σε σημαντικές αυξήσεις των δεξιοτήτων και του μεγέθους των ομάδων πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.

Κατά τις δεκαετίες 1980 και 1990, η Συντηρητική Κυβέρνηση εισήγαγε μια σειρά πρωτοβουλιών με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, συμπεριλαμβανομένων προγραμμάτων βελτιστοποίησης του κόστους, χρήση δεικτών αποδοτικότητας, ανταγωνιστικές προσφορές για μη κλινικές υπηρεσίες υποστήριξης των νοσοκομείων, όπως καθαριότητα και στεγνοκαθαριστήρια, στρατηγικές πηγών εισοδημάτων καθώς και εισαγωγή της γενικευμένης διοίκησης στις υγειονομικές αρχές και στις νοσοκομειακές μονάδες, (Griffiths, 1983; Middleton, 2017).

Οι αλλαγές ήταν σταδιακές ανά τα χρόνια. Οι τοπικές υγειονομικές αρχές καθώς και οι κάτοχοι κεφαλαίων Γενικών Ιατρών καθιερώθηκαν ως «αγοραστές» υπηρεσιών υγείας. Οι πρώτοι ήταν υπεύθυνοι σύναψης συμβολαίων υπηρεσιών που να εξυπηρετούν τις ανάγκες των ασθενών ανά γεωγραφικές περιοχές κατοικίας, ενώ οι τελευταίοι παρείχαν στους Γενικούς Ιατρούς- ιατρεία με την επιλογή να παίρνουν την ευθύνη για την αγορά ενός περιορισμένου πακέτου υπηρεσιών για τους ασθενείς τους καθώς και για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όλα αυτά με περιορισμένο προϋπολογισμό (Boyle, 2011; Middleton, 2017). Από την πλευρά των προμηθευτών, τα νοσοκομεία και οι υπηρεσίες κοινωνικής και ψυχικής υγείας, δεν ήταν πλέον υπό τον έλεγχο των υγειονομικών αρχών, και καθιερώθηκαν ως ημι-ανεξάρτητα, μη κερδοσκοπικά καταπιστεύματα του NHS, που όμως θα έπρεπε να παρουσιάζουν πλεόνασμα από τις δραστηριότητές τους και να πληρώνουν κεφαλαιακές επιβαρύνσεις ανάλογες με τα περιουσιακά τους στοιχεία.

Η Λευκή Βίβλος, το 1992, «Το νέο ΕΣΥ: Σύγχρονο, αξιόπιστο», με επικεφαλή τον Frank Dobson, στοχεύει στην αντικατάσταση της εσωτερικής αγοράς και της τακτικής των γενικών ιατρών να λαμβάνουν ένα σταθερό χρηματικό ποσό για την παροχή υπηρεσιών

πρωτοβάθμιας περίθαλψης με ένα πιο συνεργατικό, ολοκληρωμένο σύστημα, διατηρώντας παράλληλα το διαχωρισμό αγοραστή-παρόχου. Η οργανωτική αλλαγή προαναγγέλλεται. Το 1997 η εκλογή της κυβέρνησης των Εργατικών οδήγησε σε περαιτέρω αλλαγές στις δομές του NHS, όμως η στοιχειώδης διαφορά μεταξύ των αγοραστών και των προμηθευτών διατηρήθηκε. Νέα ρυθμιστικά σωματεία, όπως το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Περίθαλψης (National Institute of Health and Care Excellence- NICE) και η Επιτροπή Ποιότητας Περίθαλψης (Care Quality Commission- CQC), ανακοινώθηκαν, με σκοπό να διατηρηθούν τα εθνικώς ορισμένα επίπεδα (Boyle et al., 2011; Middleton, 2017). Το 1998 ιδρύεται και το NHS Direct, το οποίο αποτελεί μια εθνική γραμμή υγείας που παρέχει συμβουλές και πληροφορίες για την υγεία από ειδικούς.

Τη δεκαετία του 2000 και μετά, οι μεταρρυθμίσεις επικεντρώθηκαν στην αποκέντρωση, στη συμμετοχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην ενίσχυση της επιλογής των ασθενών και στη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Τον Ιανουάριο του 2001 δημιουργείται η Επιτροπή για τη Βελτίωση της Ιατρικής Περίθαλψης -ο πρώτος οργανισμός που αξιολογεί επίσημα τις επιδόσεις των νοσοκομείων του NHS. Ο νόμος για την Υγεία και την Κοινωνική Φροντίδα του 2001 επισημοποιεί το Σχέδιο NHS.

Τον Ιανουάριο του 2009 δημοσιεύεται το Καταστατικό του NHS, το οποίο ορίζει ένα σύνολο από αρχές και αξίες του NHS και περιγράφει ένα αναθεωρημένο σύνολο δικαιωμάτων και ευθυνών για τους ασθενείς και το προσωπικό. Το εν' λόγω καταστατικό ορίζει επτά αρχές για τον τρόπο με τον οποίο το NHS πρέπει να ενεργεί και να λαμβάνει αποφάσεις, έξι βασικές αξίες και μια σειρά από δεσμεύσεις προς τους ασθενείς και το προσωπικό, καθώς και έναν κατάλογο των δικαιωμάτων και των ευθυνών τους. Αυτό περιλαμβάνει τη μεταχείριση των ασθενών με αξιοπρέπεια και σεβασμό και τη δυνατότητα συνειδητής επιλογής. Οι προαναφερθείσες αρχές του NHS άπτονται διαφόρων θεμάτων όπως:

- Το NHS παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες που είναι προσβάσιμες για όλους
- Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας εξαρτάται από την ιατρική ανάγκη και όχι από την ικανότητα πληρωμής του πολίτη
- Το NHS φιλοδοξεί σε υψηλά επίπεδα υπεροχής και επαγγελματισμού
- Το NHS εστιάζει στον ασθενή
- Το NHS συνεργάζεται με άλλους οργανισμούς για το συμφέρον των ασθενών, των τοπικών κοινοτήτων και ολόκληρου του πληθυσμού

- Το NHS δεσμεύεται ως προς την αποτελεσματική και δίκαιη διαχείριση των πόρων που διαθέτει
- Το NHS είναι υπόλογο στο κοινό, τις κοινότητες και τους ασθενείς που εξυπηρετεί ( NHS Constitution, 2013)

Επιπρόσθετα, δημιουργείται μια νέα ρυθμιστική αρχή για την υγεία, η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission - CQC). Η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας επωμίζεται την ευθύνη για την καλύτερη ρύθμιση και επιθεώρηση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην Αγγλία, μαζί με τις αντίστοιχες υπηρεσίες που παρέχονται από το NHS, τις τοπικές αρχές, τις ιδιωτικές εταιρείες και τις εθελοντικές οργανώσεις. Η αρμοδιότητα της Επιτροπής περιλαμβάνει και την προστασία των ατόμων των οποίων τα δικαιώματα περιορίζονται βάσει του νόμου περί ψυχικής υγείας.

Ιδιαίτερα σημαντικός υπήρξε ο Health and Social Care Act του 2012, ο οποίος αναδιοργάνωσε εκ νέου το σύστημα, ενισχύοντας τον ρόλο των Clinical Commissioning Groups και μεταφέροντας αρμοδιότητες δημόσιας υγείας στις τοπικές αρχές. Όπως ορίζεται στο νόμο για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα του 2012, η κυβέρνηση δημοσιεύει στόχους και προσδοκίες για την υπηρεσία υγείας στην πρώτη εντολή της προς το Συμβούλιο Επιτροπών του NHS. Οι βασικοί στόχοι επικεντρώνονται στη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων και των ατόμων με μακροχρόνιες παθήσεις και άνοια. Το "νέο" NHS δημιουργείται καθώς οι αρμοδιότητες μεταφέρονται σε φορείς που δημιουργήθηκαν με τον νόμο του 2012 για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα. Τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης καταργούνται. Οι αρμοδιότητές τους περνούν στο νέο NHS και στις 211 κλινικές ομάδες ανάθεσης που έχει εξουσιοδοτήσει. Η Health Education England αναλαμβάνει την ευθύνη των στρατηγικών αυτών αρχών για την εκπαίδευση, την κατάρτιση και την ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού. Η Αρχή Ανάπτυξης Καταπιστευμάτων του NHS αναλαμβάνει την ευθύνη για την παροχή διακυβέρνησης και λογοδοσίας για τα καταπιστεύματα του NHS και για την υλοποίηση του αγωγού ίδρυσης καταπιστευμάτων. Τέσσερα περιφερειακά και 27 τοπικά παραρτήματα του NHS αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη στρατηγική εποπτεία της παροχής και της ανάθεσης υπηρεσιών στις περιοχές τους. Οι αρμοδιότητες δημόσιας υγείας μεταβιβάζονται στις τοπικές αρχές. Ιδρύεται η Public Health England με σκοπό τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας του έθνους και τη μείωση των ανισοτήτων. Ιδρύονται νέα συμβούλια υγείας και ευημερίας. Δημιουργείται επίσης ένας ανεξάρτητος υπέρμαχος των καταναλωτών - Healthwatch England (nuffieldtrust.org.uk).

Η 1η Απριλίου 2014 αποτέλεσε την πρώτη επέτειο από την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων του NHS της κυβέρνησης συνασπισμού- συμπεριλαμβανομένης της εισαγωγής των κλινικών ομάδων ανάθεσης (CCGs). Αρχές του 2015 το NHS δημοσιεύει την πενταετή προοπτική του. Το Five Year Forward View περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο το NHS πρέπει να αλλάξει τα επόμενα πέντε χρόνια, εάν πρόκειται να μειώσει τις ανισότητες στην υγεία, να βελτιώσει την ποιότητα της περίθαλψης και να καλύψει ένα εκτιμώμενο κενό χρηματοδότησης ύψους 30 δισεκατομμυρίων λιρών μέχρι το 2020/21.

Αρχές του 2016 το NHS Improvement εγκαινιάζεται. Στην αρχή του νέου οικονομικού έτους, η Monitor, η οποία ρυθμίζει τα ιδρύματα καταπιστευμάτων του NHS, και η Αρχή Ανάπτυξης Καταπιστευμάτων (Trust Development Authority), η οποία εποπτεύει άλλα ιδρύματα, συγχωνεύτηκαν σε έναν οργανισμό. Αυτός ο ενιαίος οργανισμός, το NHS Improvement, έχει πλέον ρυθμιστικά και εποπτικά καθήκοντα για όλους τους παρόχους του NHS υπό τη διακυβέρνηση ενός διευθύνοντος συμβούλου - του Jim Mackey. Στην συνέχεια υποβάλλονται σχέδια βιωσιμότητας και μετασχηματισμού.

Τον Ιούνιου του 2016 το Ηνωμένο Βασίλειο ψηφίζει υπέρ της αποχώρησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το ιστορικό αποτέλεσμα του δημοψηφίσματος οδήγησε στην παραίτηση του David Cameron από τη θέση του πρωθυπουργού. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του "Brexit" για τα δημόσια οικονομικά παραμένουν ασαφείς, οι περισσότεροι αναλυτές αναμένουν ασθενέστερη ανάπτυξη για ένα διάστημα. Αυτό θα έχει επιπτώσεις στη χρηματοδότηση του NHS, μαζί με τον υπόλοιπο δημόσιο τομέα. Άλλοι κρίσιμοι τομείς περιλαμβάνουν τη ρύθμιση - ιδίως την κατάργηση της οδηγίας της ΕΕ για τον χρόνο εργασίας, η οποία ελέγχει τις ώρες εργασίας του προσωπικού του NHS. Το εργατικό δυναμικό στον τομέα της υγείας αντιμετωπίζει επίσης αβεβαιότητα.

Τον Ιούνιο του 2018 ανακοινώθηκε η διευθέτηση της χρηματοδότησης του NHS πριν από την 70ή επέτειο. Η Theresa May ανακοίνωσε ότι το NHS θα λάβει μέση ετήσια αύξηση των δαπανών σε πραγματικούς όρους κατά 3,4% για τα επόμενα πέντε χρόνια, γεγονός που σηματοδοτεί μια σημαντική αλλαγή σε σχέση με τις αυξήσεις της τάξης του 1% κατά τα προηγούμενα δέκα χρόνια λιτότητας, αλλά εξακολουθεί να υπολείπεται του 4% που συνιστούσαν οι ειδικοί προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες των ασθενών στο μέλλον. Η χρηματοδότηση ήρθε παράλληλα με την ανακοίνωση ενός νέου 10ετούς σχεδίου για το NHS, το οποίο επίσης «θα αντιμετωπίσει τη σπατάλη και θα βελτιώσει τις υπηρεσίες».

Τον Ιανουάριο του 2019 το NHS δημοσιεύει το μακροπρόθεσμο σχέδιο. Το έγγραφο έχει ως στόχο να καθορίσει την κατεύθυνση της υπηρεσίας υγείας για τα επόμενα δέκα

χρόνια έως το 2028.. Ζητά από τους γενικούς ιατρούς σε όλη την Αγγλία να ενταχθούν σε δίκτυα και να προσφέρουν σε όλους τους ασθενείς διαδικτυακές διαβουλεύσεις. Το σχέδιο καθορίζει νομοθετικές αλλαγές ώστε να συγκεντρωθούν οι τοπικές εξουσίες, να χαλαρώσουν οι απαιτήσεις του ανταγωνισμού και να διευκολυνθεί ο συνδυασμός των δραστηριοτήτων του NHS της Αγγλίας και του NHS Improvement. Το σχέδιο περιλαμβάνει φιλόδοξους στόχους για τη μείωση του αριθμού των θανάτων που μπορούν να αποφευχθούν από καρκίνο, καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια, καθώς και για τη δημιουργία ομάδων φροντίδας σε καταστάσεις κρίσης που θα ανταποκρίνονται εντός δύο ωρών.

Συνολικά, η ιστορική πορεία του αγγλικού υγειονομικού συστήματος δείχνει μια σταδιακή μετάβαση από ένα κατακερματισμένο και άνισο πλαίσιο παροχής φροντίδας σε ένα εθνικό σύστημα υγείας με καθολικό χαρακτήρα. Παρά τις συνεχείς μεταρρυθμίσεις, το NHS εξακολουθεί να βασίζεται στις θεμελιώδεις αρχές της ισότητας, της καθολικής πρόσβασης και της παροχής φροντίδας με βάση την ανάγκη και όχι την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς.

### 5.1.3 Εθνικό Συστήμα Υγείας της Αγγλίας –NHS (1948-σήμερα)

Το Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας έχει αποτελέσει υπόδειγμα ολοκληρωμένης, καθολικής και χωρίς οικονομικής επιβάρυνσης παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας. Στον πυρήνα του βρίσκονται θεμελιώδεις αρχές, όπως η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης, η αρχή της καθολικότητας και η αρχή της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Θεοδώρου κ.ά., 2001). Το βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge το οποίο χαρακτηρίζεται από έντονη κρατική παρέμβαση και δημόσια χρηματοδότηση (Υφαντόπουλος κ.ά., 2005). Συνεπώς εδραιώθηκε, ένα δημόσιο σύστημα υγείας με δωρεάν υπηρεσίες υγείας βασισμένο στην αρχή της ισότητας τόσο ως προς την πρόσβαση όσο και ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Η βασική οργάνωση του NHS, όπως σημείωνε ο Roemer, ισορροπούσε μεταξύ των τεσσάρων βασικών «πελατών» που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες: τους γενικούς ιατρούς, τα κοινοτικά νοσοκομεία, τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις τοπικές υγειονομικές αρχές. Στο πλαίσιο ενίσχυσης της αποκέντρωσης και του τοπικού ελέγχου το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) της Αγγλίας αναδιοργανώθηκε τον Απρίλιο του 1974. Η αναδιοργάνωση αυτή περιλάμβανε τη δημιουργία 90 Τοπικών Υγειονομικών Αρχών (Area

Health Authorities - AHA) και 14 Περιφερειακών Υγειονομικών Αρχών (Regional Health Authorities - RHA). Από εκείνη την στιγμή - η πολιτική υγείας ασκείται πλέον σε τρία επίπεδα: το κεντρικό, το περιφερειακό και το τοπικό επίπεδο-με όλα να διαθέτουν εξουσίες στρατηγικού σχεδιασμού (Klein, 1991; Allsop, et al., 2024).

Το 1991 συνέβη η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση, όπου διαχωρίστηκε διοικητικά η ευθύνη για τις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης μέσα στα όρια των περιοχών. Έκτοτε, οι Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (DHAs) ανέλαβαν τη διαχείριση των νοσοκομείων εντός περιοχής τους, ενώ οι Αρχές Οικογενειακής Περίθαλψης (Family Health Service Authorities - FHSAs) είχαν υπό την ευθύνη τους την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Υφαντόπουλος, κ.ά., 2025).

Η οργανωτική δομή του NHS μετά τις μεταρρυθμίσεις του 1991 αποτελείται από τέσσερις βασικούς θεσμούς οργάνωσης:

- Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs)
- Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities,DHAs)
- Ενώσεις Γενικών Γιατρών (General Practitioners Fund Holders)
- Εσωτερική Αγορά (Dixon et al., 2024)

Το 1991, το NHS του Ηνωμένου Βασιλείου υπέστη σημαντικές μεταρρυθμίσεις με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μία από τις κύριες αλλαγές ήταν η μετατροπή των νοσοκομείων σε αυτοδιοικούμενα ιδρύματα, γνωστά ως NHS Trusts, τα οποία απέκτησαν μεγαλύτερη αυτονομία στη διαχείριση των πόρων και των υπηρεσιών τους. Αυτή η αλλαγή αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός εσωτερικού ανταγωνισμού, ενθαρρύνοντας τα νοσοκομεία να βελτιώσουν την αποδοτικότητά τους και να ανταποκριθούν καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών (Enthoven, 1991; The King's Fund, 2023).

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού (General Practitioner - GP) στο Ηνωμένο Βασίλειο παραμένει θεμέλιος λίθος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα και παίζει καθοριστικό ρόλο στην καθοδήγησή τους- προς εξειδικευμένες υπηρεσίες Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία εν κατακλείδι ασκείται μέσω της γενικής ιατρικής και του θεσμού του γενικού-οικογενειακού ιατρού αποτελεί επίκεντρο των πολιτικών Υγείας στην Βρετανία. Οι Γενικοί Γιατροί λειτουργούν σαν γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας και σαν «θυρωροί» του συστήματος υγείας (Bocken, 2003; The King's Fund, 2023).

Περισσότερο από το 99% του πληθυσμού της χώρας είναι εγγεγραμμένοι στις λίστες των Γενικών Γιατρών, οι οποίοι παρέχουν εικοσιτετράωρη πρόσβαση σε ένα εύρος προληπτικών, διαγνωστικών, και θεραπευτικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής του γενικού ιατρού τους, αν και αυτό το δικαίωμα μπορεί να περιορίζεται από γεωγραφικά όρια. Ο γενικός ιατρός αποτελούσε το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγείας και αποτελούσε το ρόλο «φύλακα» (gatekeeping) για την πρόσβαση σε άλλες-περισσότερο εξειδικευμένες υπηρεσίες και γιατρούς που παρέχονται κατά κανόνα από τα νοσοκομεία(The guardian, 2023).

Από την ίδρυση του NHS, το 1948 έως σήμερα, οι γενικοί γιατροί είναι αυτό-απασχολούμενοι επαγγελματίες οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες βάσει συμβολαίων. Αυτό το καθεστώς δίνει στους γιατρούς σημαντική ανεξαρτησία. Ο τρόπος αποζημίωσης των γενικών ιατρών, είναι κατά κεφαλή. Ο διπλός ρόλος των γενικών γιατρών (GPs) στο Ηνωμένο Βασίλειο, τόσο ως πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και ως διαχειριστές προϋπολογισμών μέσω του συστήματος GP Fundholding που εισήχθη το 1991, αποσκοπούσε στη δημιουργία κινήτρων για ολοκληρωμένη διαχείριση των ασθενών. Ο σχεδιασμός αυτός στόχευε στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και στη μείωση του κόστους τους (Robinson, 1999; Economist, 2017). Στη Μεγάλη Βρετανία υπάρχουν κι άλλα ιατρικά επαγγέλματα τα οποία είναι πολύ σημαντικά για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως οι Νοσηλεύτριες ιατρείων και κοινοτικές νοσηλεύτριες, οι Μαίες και οι Επισκέπτριες υγείας.

Συμπερασματικά, η εμπειρία από τη λειτουργία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού στην Βρετανία είναι θετική και στην πρακτική αλλά και στην οικονομική της διάσταση. Επιπρόσθετα, δείχνει μια σημαντική ορθολογικότητα στην διαχείριση των κονδυλίων την στιγμή που οι δείκτες υγείας εμφανίζονται αρκετά ικανοποιητικοί, ενώ το σύστημα δεν θεωρείται ιδιαίτερα δαπανηρό σε σύγκριση με άλλα διεθνώς (Ανδριώτη κ.ά., 1996; Performance of UK, 2019).

Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια έχουν προκύψει σοβαρές προκλήσεις που επηρεάζουν αρνητικά την πρόσβαση και την ποιότητα. Σύμφωνα με την έκθεση του King's Fund (2024), η συνολική ικανοποίηση των πολιτών από το NHS υποχώρησε στο 24% το 2023 — το χαμηλότερο ποσοστό των τελευταίων δεκαετιών — ενώ η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες GP παρουσίασε επίσης δραματική πτώση. Βασική αιτία αποτελεί η δυσκολία πρόσβασης στις παροχές υγείας. Σχεδόν 18 εκατομμύρια ραντεβού με οικογενειακούς γιατρούς

πραγματοποιήθηκαν το 2023 με καθυστέρηση μεγαλύτερη του ενός μήνα, ποσοστό αυξημένο κατά 38% σε σχέση με το προηγούμενο έτος (The Guardian, 2024).

Από το 1991 και έπειτα, οι μεταρρυθμίσεις στο NHS του Ηνωμένου Βασιλείου ανέθεσαν στους οικογενειακούς ιατρούς ενεργό ρόλο στη διαχείριση των πόρων και τον καθορισμό των θεραπευτικών προτεραιοτήτων για τους ασθενείς τους. Οι γιατροί απέκτησαν την ευθύνη διαχείρισης προκαθορισμένων προϋπολογισμών, οι οποίοι διαμορφώνονται ανάλογα με τις ανάγκες φροντίδας του πληθυσμού που εξυπηρετούν. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του νέου συστήματος είναι πως για να ενταχθεί ένας ιατρός ή ένα σχήμα συνεργαζόμενων ιατρών στο μηχανισμό GP Fundholding, απαιτείται ένα ελάχιστο όριο εγγεγραμμένων ασθενών, το οποίο, με την πάροδο του χρόνου, έχει μειωθεί, δίνοντας τη δυνατότητα σε περισσότερους επαγγελματίες υγείας να ενταχθούν στο σύστημα (Κοντούλη & Γείτονα, 1997; The Guardian, 2023).

Η ανάθεση λοιπόν ενός προϋπολογισμού και μιας αρμοδιότητας για την άμεση διαχείριση και κατανομή των πόρων, εξυπηρέτησε σκοπιμότητες τόσο σχετικές με την μείωση της νοσοκομειακής ζήτησης όσο και με άλλες, που έχουν να κάνουν με τη βελτίωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών(The King's Fund, 2023).-Ταυτόχρονα εισάγονται 294 δομές γενικών ιατρών που λειτουργούν ως fund holders, έχοντας δικό τους προϋπολογισμό αγοράζουν υπηρεσίες φροντίδας για τους ασθενείς τους. Οι fund holders διαπραγματεύονται πολύ σωστά γιατί αφενός έχουν επίγνωση της ιατρικής πρακτικής και αφετέρου διαθέτουν το κίνητρο της αποδοτικότητας, προκειμένου να μη σπαταλήσουν οικονομικούς πόρους και να προβούν σε επενδύσεις, όπως κτίρια, μηχανήματα κ.α.

Τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του προγράμματος GP Fundholding το 1991, έχουν αξιολογηθεί ως ιδιαίτερα σημαντικά και οι κυριότερες ως προς αυτό διαπιστώσεις, αποτελούν: η μείωση των χρόνων αναμονής, η ενίσχυση της διαπραγματευτικής δύναμης, η καλύτερη έκφραση των αναγκών των ασθενών και η ορθολογική διαχείριση των πόρων (Walsh, et al., 1997).

Από την άλλη πλευρά φημολογείται ότι ο τρόπος αποζημίωσης των ιατρών στο σύστημα αυτό, ο οποίος στηρίζεται στον αριθμό των ασθενών τους- υποστηρίζεται ότι δημιουργεί κίνητρο στους ιατρούς- να αυξήσουν των αριθμό των ασθενών τους, σε βάρος της ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι οι ιατροί για να αυξήσουν τα εισοδήματα τους, ελαχιστοποιούν τον χρόνο που αφιερώνουν σε κάθε έναν ασθενή, παραβιάζοντας έτσι τον βασικό τους ρόλο, που έχει να κάνει με τον εντοπισμό των

προβλημάτων των ασθενών και τον καθορισμό της μετέπειτα πορείας τους στο σύστημα (Κυριόπουλος, 1995; Checkland, et al., 2021).

Συνολικά οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1990, αντιπροσωπεύουν μια μεγάλη τάση αποκέντρωσης της εξουσίας στα πλαίσια της εξουσίας του NHS, προκειμένου να ενθαρρυνθεί η λειτουργική αποτελεσματικότητα και να αυξηθεί το ποσοστό ανταπόκρισης προς τους ασθενείς. Όμως η μεγάλη μεταρρύθμιση που συντελέστηκε στο σύστημα υγείας της Αγγλίας το 1999 αφορούσε κυρίως την κατάργηση των fund holders δηλαδή των γενικών ιατρών που διαχειρίζονταν προϋπολογισμούς για την παροχή υπηρεσιών υγείας (Department of Health, 1998). Η κατάργηση τους- αντικαταστάθηκε από την δημιουργία φορέων που θα διαδραματίζουν ακριβώς ίδιο ρόλο – έτσι δημιουργήθηκαν οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Groups PCGs), οι οποίες ανέλαβαν παρόμοιες λειτουργίες σε τοπικό επίπεδο. -Η μεταρρύθμιση είχε ως κύριο στόχο να περιορίσει τις ανισότητες και τις στρεβλώσεις που είχαν προκύψει από το ανταγωνιστικό μοντέλο της εσωτερικής αγοράς και να ενισχύσει τη συνεργασία ανάμεσα στους μετόχους του συστήματος υγείας, όπως τα NHS Trusts, οι PCGs και οι Health Authorities (Pollock, 1992; The King's Fund, 2023).

Οι NHS Trusts εξακολουθούν να έχουν το βασικό ρόλο στην άμεση παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι Υγειονομικές Αρχές, από την άλλη, είναι υπεύθυνες για τον στρατηγικό σχεδιασμό και την ανάπτυξη πολιτικών που αποσκοπούν στη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Οι Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας διαχειρίζονται την παροχή υπηρεσιών στο πρώτο επίπεδο φροντίδας, αναπτύσσουν παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας και παρέχουν συμβουλευτική σε κρίσιμα ζητήματα πολιτικής υγείας (European Observatory, 1999; Naylor et al., 2015). Οι fund holders μετέχουν πλέον ως επικεφαλής της διοίκησης των primary care groups- PCGs.

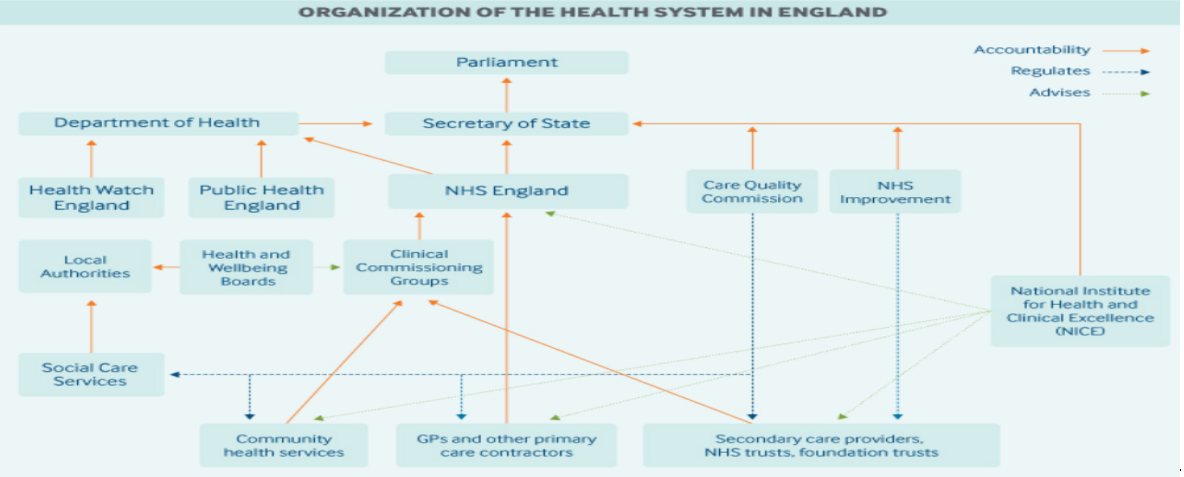
Η στρατηγική αποκέντρωσης στο αγγλικό σύστημα υγείας υιοθετήθηκε για πολιτικούς, χρηματοοικονομικούς και τεχνικούς λόγους. Στις μέρες μας, προκύπτει το συμπέρασμα, ότι ενώ οι πτυχές του εθνικού συστήματος υγείας έχουν αποκεντρωθεί, υπάρχουν συνεχιζόμενες δομές κεντρικής λογοδοσίας, οι οποίες, σε ένα διαφοροποιημένο και κατακερματισμένο σύστημα, δημιουργούν ένα πλαίσιο που τελικά ευνοεί την ισχυρότερη κεντρική λογοδοσία. Παραδοσιακά, στα πλαίσια του αγγλικού συστήματος υγείας, η κεντρική λογοδοσία έχει παραμείνει κυρίαρχη και δεν υπάρχουν στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι η κατάσταση αυτή θα αλλάξει στο μέλλον (Peckham, 2014).

Κυρίαρχο ρόλο στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της Αγγλίας κατέχει ο Γενικός Ιατρός και δευτερευόντως άλλοι επαγγελματίες υγείας. Η ευθύνη και ο συντονισμός για την παροχή ΠΦΥ ανήκει στα Primary Care Trusts (PCTs), τα οποία είναι επιφορτισμένα με την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού που είναι εγγεγραμμένος σε αυτά, εξασφαλίζοντας πρόσβαση σε κατάλληλες υπηρεσίες μέσω σχεδιασμού και σύναψης συμβάσεων με παρόχους. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης της ΠΦΥ προέρχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS), με μια μικρότερη συμβολή από ιδιωτικές πληρωμές και ασφαλίσεις (out-of-pocket payments). Σημαντική καινοτομία αποτέλεσε η ίδρυση του NHS Direct, μια υπηρεσία τηλεφωνική και διαδικτυακή για ζητήματα υγείας, που ξεκίνησε το 1998 και απόκτησε την οντότητα του NHS Trust το 2007.

Με βάση το νόμο "Health and Social Care Act" (2012), ο Υπουργός Υγείας είναι ο τελικός υπεύθυνος για την πολιτική της υγείας, ενώ μεταφέρθηκαν σημαντικές αρμοδιότητες στον φορέα NHS England, όπως ο πλήρης έλεγχος του προϋπολογισμού για την υγεία, η επίβλεψη των Ομάδων Κλινικής Ανάθεσης (CCGs) και η ευθύνη σε συνεργασία με τον οργανισμό "NHS Monitor" (πλέον "NHS Improvement") της ρύθμισης των DRGs (Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων – ΚΕΝ) (Molloy et al., 2017) . Επιπροσθέτως, το αγγλικό NHS έχει τη δυνατότητα να λειτουργεί και ως «αγοραστής», περιορισμένων υπηρεσιών υγείας.

Πολύ σημαντική θέση στη νέα δομή του συστήματος έχει η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας (Care Quality Commission – CQC) η οποία ρυθμίζει όλο το σύστημα υγείας και κοινωνικής προστασίας. Επίσης, οι προμηθευτές ελέγχονται και από τον οργανισμό "NHS Improvement", ο οποίος τους εποπτεύει ως προς την τήρηση των συνθηκών ανταγωνισμού (Καρατζά Ε., 2018). Στην εικόνα 5.1 φαίνονται οι ροές ρύθμισης (regulation) με τη μπλε διακεκομμένη γραμμή, οι ροές λογοδοσίας (accountability) με την πορτοκαλί γραμμή, καθώς και οι ροές συμβουλευτικής καθοδήγησης (advises) με την πράσινη γραμμή.

**Εικόνα 5.1: Οργάνωση του Συστήματος Υγείας της Αγγλίας**




Πηγή :Thorlby & Arora, 2016

Την ευθύνη για τη νομοθεσία και τη γενική πολιτική στον τομέα της υγείας στην Αγγλία έχουν το Κοινοβούλιο, ο Υπουργός Υγείας και το Υπουργείο Υγείας. Η καθημερινή ευθύνη για το NHS ανήκει στο NHS Αγγλίας, έναν ανεξάρτητο, χρηματοδοτούμενο από την κυβέρνηση οργανισμό που διοικείται χωριστά από το Υπουργείο Υγείας (Tikkanen et al., 2020). Σημαντικό ρόλο στη λειτουργία και εποπτεία του συστήματος έχουν οργανισμοί όπως:

- το NHS Improvement, που εποπτεύει τους παρόχους υπηρεσιών,
- η Care Quality Commission (CQC), που ελέγχει την ποιότητα και την ασφάλεια των υπηρεσιών,
- το NICE, που εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες και αξιολογεί τεχνολογίες υγείας,

και το Health Education England (HEE), που είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και στελέχωση του ανθρώπινου δυναμικού (Tikkanen et al., 2020).

Το NHS παρέχει καθολική κάλυψη και χρηματοδοτεί κυρίως υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, πρόληψης, ψυχικής υγείας, αποκατάστασης, φαρμακευτικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας. Η οργάνωση του συστήματος βασίζεται σε αποκεντρωμένες δομές και τοπικούς φορείς, με στόχο τον καλύτερο συντονισμό και την αποτελεσματικότερη διαχείριση των πόρων.

## 5.1.4 Χρηματοδότηση Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας –NHS

Το Ηνωμένο Βασίλειο προσφέρει ένα από τα πιο ολοκληρωμένα και καθολικά συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη. Οι συνολικές δαπάνες υγείας

αντιστοιχούν στο 9,7% του ΑΕΠ (OECD, 2017), ελαφρώς υψηλότερα από το μέσο όρο των κρατών-μελών του ΟΟΣΑ (9%) και σε εναρμόνιση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

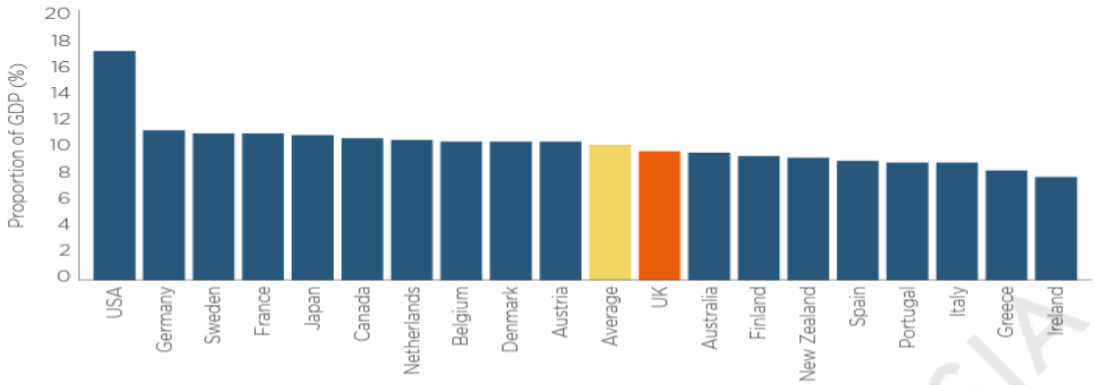
Η βασική πηγή χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας (NHS) είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, ενισχυμένος από ιδιωτικές εισφορές (Ασλανίδου, 2018). Σύμφωνα με νεότερα στοιχεία από τον ΟΟΣΑ και την ΕΕ, περίπου το 90% της χρηματοδότησης του συστήματος προέρχεται από το κράτος, ενώ το υπόλοιπο 10% καλύπτεται από κοινωνική ασφάλιση και ιδιωτικές πληρωμές (Earl-Slater, 1996). Οι δημόσιες δαπάνες προέρχονται κυρίως από τη γενική φορολογία και τις εισφορές στο Εθνικό Ασφαλιστικό Ταμείο (National Insurance Contributions), ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνουν πληρωμές από ιδιωτική ασφάλιση αλλά και άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες (Boyle, 2011; Ασλανίδου, 2018).

Ως προς τη διαδικασία της χρηματοδότησης μέσω των κρατικών πόρων, που αποτελεί και την κύρια πηγή, το Υπουργείο Οικονομικών συλλέγει τους πόρους και τους διαθέτει στο Υπουργείο Υγείας, μέσω του οποίου χρηματοδοτείται το Εθνικό Σύστημα της Αγγλίας (NHS England – NHS Commissioning Board). Το τελευταίο διαθέτει τους πόρους στις Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης (CCGs), οι οποίες δραστηριοποιούνται σε τοπικό επίπεδο. Οι χρηματοδοτικές ανάγκες κάθε τέτοιας ομάδας εκτιμώνται με βάση την ηλικία των κατοίκων, το κόστος των ανθρώπινων και υλικών πόρων, κοινωνικούς παράγοντες και δείκτες υγείας, όπως αυτοί καθορίζονται από τη Συμβουλευτική Επιτροπή για τη Διάθεση των Πόρων (Advisory Committee for Resource Allocation) (Boyle, 2011). Οι Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης (CCGs) λειτουργούν ως «αγοραστές» και συνάπτουν συμβόλαια με τους «προμηθευτές» της περιφέρειάς τους (νοσοκομεία και κοινοτικές υπηρεσίες υγείας) (Καρατζά, 2018).

Στο γράφημα 5.1 παρουσιάζονται οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2016 (OECD, 2016), όπου φαίνεται ότι αυτές οι δαπάνες στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι περίπου στο 10% του ΑΕΠ, ποσοστό πολύ κοντά στο μέσο όρο των υπόλοιπων χωρών που παρουσιάζονται στο ίδιο γράφημα. Αναλυτικότερα, οι δαπάνες του Ηνωμένου Βασιλείου είναι πολύ χαμηλότερες από τη Γαλλία και τη Γερμανία, με 11,0% και 11,3% αντίστοιχα, αλλά πάνω από την Ιρλανδία (7,8%) και αρκετές χώρες της Νότιας Ευρώπης όπως η Ισπανία (9%). Οι Ηνωμένες Πολιτείες ξοδεύουν πολύ περισσότερα από οποιαδήποτε άλλη χώρα της ομάδας (17,2%). Αντανακλώντας τις αρχές του NHS για χρηματοδότηση από τη φορολογία και δωρεάν στο σημείο χρήσης, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από τη φορολογία και την υποχρεωτική ασφάλιση είναι ελαφρώς πάνω από τον

μέσο όρο στο Ηνωμένο Βασίλειο, στο 7,7% του ΑΕΠ σε σύγκριση με το μέσο όρο 7,5%. Ωστόσο, οι δαπάνες από τη χρέωση ασθενών και από την ιδιωτική ασφάλιση είναι κάτω του μέσου όρου, στο 2%, σε σύγκριση με 2,7% στις χώρες σύγκρισης.

**Γράφημα 5.2: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό του ΑΕΠ για το έτος 2016** (OECD, 2016).




Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η χρηματοδότηση των νοσοκομείων βασίζεται κατά κύριο λόγο στη μέθοδο του σφαιρικού προϋπολογισμού (global budget)[25]. Ο σφαιρικός προϋπολογισμός των νοσοκομείων, στοχεύει στον ποσοτικό και ποιοτικό έλεγχο της ιατρικής δραστηριότητας και επιδιώκει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, με τη χρησιμοποίηση των πόρων και των μέσων που έχουν τα νοσοκομεία στη διάθεση τους. Αναφερόμενοι λοιπόν στο υπόδειγμα του σφαιρικού προϋπολογισμού, εννοούμε την εκ των προτέρων αποζημίωση όλων των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου για ένα έτος, με πηγή τον κρατικό προϋπολογισμό της Βρετανίας.

## 5.1.5 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας-Σύγχρονες Μελέτες

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας ακολουθεί πολιτική αποκέντρωσης, η οποία χρησιμοποιείται για πολιτικούς και χρηματοδοτικούς λόγους (Ασλανίδου, 2018). Παρ' όλα αυτά, η εξουσία λήψης αποφάσεων παραμένει σε σημαντικό βαθμό συγκεντρωμένη στο κεντρικό κράτος.

Το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας διατηρεί τον έλεγχο των στρατηγικών κατευθύνσεων, ενώ παράλληλα παρέχει στις διοικητικές δομές έναν βαθμό αυτονομίας σε ζητήματα

[25] Πρόκειται για ένα σύστημα ετήσιας κατανομής πόρων, το οποίο στηρίζεται στον προκαθορισμό της συνολικής κρατικής ή ασφαλιστικής επιχορήγησης που απαιτείται για τη λειτουργία κάθε νοσοκομείου

διαχείρισης κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Αυτή η περιορισμένη ελευθερία δίνει τη δυνατότητα στους τοπικούς αξιωματούχους να ασκούν διοίκηση δίχως να χρειάζεται να αναφέρονται διαρκώς στην κεντρική διοίκηση, συμβάλλοντας έτσι στη λειτουργική ευελιξία του συστήματος (Saltman et al., 2007; The king's fund, 2023).

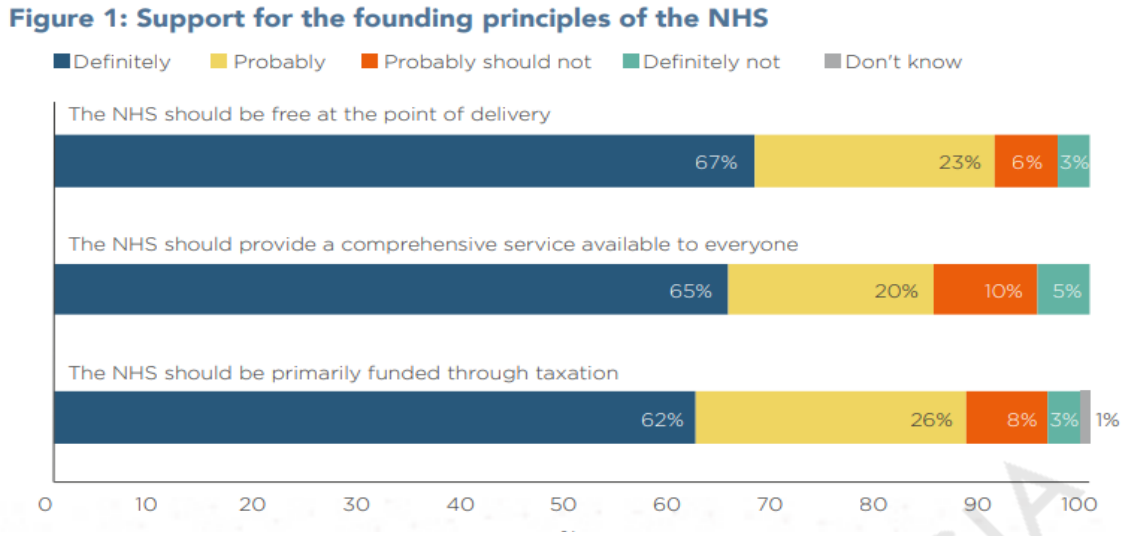
Παράλληλα, η αναφορά "How good is the NHS?" , χρησιμοποιώντας δεδομένα του OECD, καθώς και άλλων δημοσίων πηγών, και αξιολογώντας την ταχύτητα και προσβασιμότητα της περίθαλψης, την αποτελεσματικότητα του συστήματος και τα αποτελέσματα των ασθενών, καταλήγει σε κάποια επιπρόσθετα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του NHS της Αγγλίας (Dayan et al., 2017).

Το NHS αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα καθολικού δημόσιου συστήματος υγείας, καθώς στηρίζεται στην ισότιμη πρόσβαση, στη δημόσια χρηματοδότηση και στην παροχή υπηρεσιών με βάση την ανάγκη του ασθενούς. Ένα από τα βασικά του πλεονεκτήματα είναι η υψηλή οικονομική προστασία των πολιτών, καθώς οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές παραμένουν περιορισμένες συγκριτικά με άλλα συστήματα υγείας. Παράλληλα, το σύστημα παρουσιάζει θετικές επιδόσεις σε τομείς όπως η χρήση γενόσημων φαρμάκων, η εμβολιαστική κάλυψη και η διαχείριση ορισμένων χρόνιων νοσημάτων (Dayan et al., 2017).

Παρά τα πλεονεκτήματά του, το NHS αντιμετωπίζει σημαντικές αδυναμίες. Σύγχρονες μελέτες επισημαίνουν προβλήματα σε δείκτες θνησιμότητας, στην αντιμετώπιση ορισμένων σοβαρών νοσημάτων, στους χρόνους αναμονής, καθώς και στη διαθεσιμότητα ανθρώπινου δυναμικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει λιγότερους γιατρούς και νοσηλευτές ανά κάτοικο σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες, γεγονός που επηρεάζει την πρόσβαση και την ταχύτητα εξυπηρέτησης των ασθενών (Dayan et al., 2018).

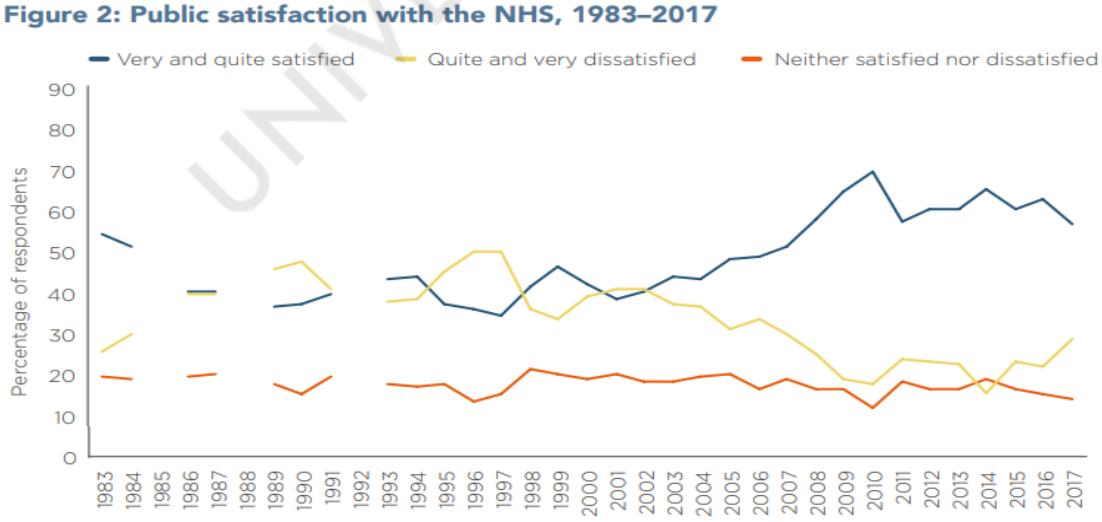
Το 2018 το BBC έδωσε στην δημοσιότητα κάποιες έρευνες σχετικά με το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας, 70 χρόνια έπειτα από την δημιουργία του, μετά από τις εκτεταμένες κοινωνικές αλλαγές, τις διακυμάνσεις στην οικονομία και τις αλλαγές στην κυβέρνηση, το NHS ως θεσμός απολαμβάνει αταλάντευτη δημόσια υποστήριξη. Στην Αγγλία, περίπου το 90% των ανθρώπων υποστηρίζει τις ιδρυτικές αρχές του NHS (δηλαδή, ότι το NHS πρέπει να είναι δωρεάν στο σημείο παράδοσης- ότι πρέπει να παρέχει ολοκληρωμένη υπηρεσία διαθέσιμη σε όλους· και ότι πρέπει να χρηματοδοτείται κυρίως μέσω της φορολογίας και το 77% πιστεύει ότι το NHS πρέπει να διατηρηθεί στην τρέχουσα μορφή (διάγραμμα 5.1).

**Διάγραμμα 5.1: Υποστήριξη για τις ιδρυτικές αρχές του NHS**(McKenna,H., 2018)




Η ίδια δημοσκόπηση διαπίστωσε ότι μια σημαντική πλειοψηφία (73%) του κοινού του Ηνωμένου Βασιλείου αναφέρει ότι, συνολικά, οι προσδοκίες τους για το NHS ικανοποιούνται. Ενώ η δημόσια υποστήριξη για το NHS ως ίδρυμα παραμένει σταθερή, η συνολική ικανοποίηση από τη λειτουργία της υπηρεσίας άρχισε πρόσφατα να μειώνεται. Η μακροχρόνια έρευνα British Social Attitudes (BSA) διαπίστωσε ότι η ικανοποίηση του κοινού από το NHS ήταν συνολικά 57% το 2017 – μειωμένη κατά 6 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το προηγούμενο έτος (διάγραμμα 5.2). Η πτώση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες GP (στο 65% το 2017) ήταν επίσης ιδιαίτερα σημαντική – πτώση 7 ποσοστιαίων μονάδων.

**Διάγραμμα 5.2: Ικανοποίηση του κοινού για το NHS, 1983–2017**(McKenna,H., 2018)



Οι τέσσερις κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι άνθρωποι ήταν δυσαρεστημένοι με το NHS συνολικά ήταν: ελλείψεις προσωπικού, μεγάλοι χρόνοι αναμονής, έλλειψη χρηματοδότησης, κυβερνητικές μεταρρυθμίσεις. Η εξισορρόπηση των προσδοκιών των πολιτών με τους πεπερασμένους διαθέσιμους πόρους και τη μειωμένη χρηματοδότηση αποτελεί ένα πολύ δύσκολο έργο. Ωστόσο, μετά από σχεδόν μια δεκαετία λιτότητας, το NHS πρέπει να φροντίζει όλο και περισσότερο για τις υγειονομικές του παροχές. Αν και η ανακοίνωση της πρόσθετης χρηματοδότησης για το NHS είναι ευπρόσδεκτη, δεν αποτελεί μακροπρόθεσμη θεραπεία. Αποτελεί δύσκολο έργο να μειωθούν τα οικονομικά ελλείμματα μεταξύ των παρόχων NHS, να επανέλθουν σε καλό δρόμο για την παροχή εθνικών προτύπων παροχών υγείας, μείωση του χρόνου αναμονής και να επιφέρουν ένα βελτιωμένο σε υπηρεσίες σύστημα με τις βέλτιστες παροχές το οποίο θα προστατεύει τους Βρετανούς και θα προβλέπει κυρίως την πρόληψη, τη φροντίδα και τη θεραπεία όπου είναι εφικτό ειδικά στις ασθένειές που μαστίζουν τα τελευταία χρόνια, όπως η φροντίδα του καρκίνου, η ψυχική υγεία και η γενική πρακτική και τα αυτοάνοσα νοσήματα. Οι πολιτικοί πρέπει να είναι πολύ πιο ειλικρινείς με το κοινό σχετικά με το τι μπορεί να προσφέρει το NHS με τους πόρους που του παρέχονται και να πράττουν τα βέλτιστα.

Συνολικά, το NHS διατηρεί ισχυρά πλεονεκτήματα ως προς την ισότητα, την καθολικότητα και την οικονομική προστασία των πολιτών. Ωστόσο, η βιωσιμότητά του εξαρτάται από την επαρκή χρηματοδότηση, την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού, τη μείωση των χρόνων αναμονής και την προσαρμογή του στις σύγχρονες υγειονομικές ανάγκες.

### 5.1.6 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας στον 21ο αιώνα- Συνοπτική Ανασκόπηση του NHS (1948-έως σήμερα)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service - NHS) της Αγγλίας αποτελεί ένα από τα πιο εμβληματικά και παγκοσμίως αναγνωρισμένα παραδείγματα καθολικής πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Από την ίδρυσή του το 1948 μέχρι σήμερα, το NHS έχει υποστεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες αντανακλούν τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η παρούσα εργασία συνοψίζει την εξέλιξη του NHS από την ίδρυσή του έως σήμερα, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις μεταρρυθμίσεις και προκλήσεις της τελευταίας δεκαετίας.

Γενικότερα, το NHS ιδρύθηκε στις 5 Ιουλίου 1948 από την κυβέρνηση των Εργατικών υπό την ηγεσία του Aneurin Bevan. Το νέο σύστημα υγείας στηρίχθηκε σε τρεις βασικές αρχές: την καθολική πρόσβαση, την ισότητα στη φροντίδα, και τη χρηματοδότηση μέσω της γενικής φορολογίας (Pollock & Roderick, 2024). Οι υπηρεσίες υγείας παρεχόταν δωρεάν σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδήματος ή κοινωνικής θέσης, θεμελιώνοντας ένα από τα πρώτα πλήρως δημόσια χρηματοδοτούμενα συστήματα υγείας στον κόσμο.

Αναλυτικότερα, Κατά τις πρώτες δύο δεκαετίες της λειτουργίας του (1950-1970), το NHS επικεντρώθηκε στη σταθεροποίηση και την εδραίωση του θεσμικού του πλαισίου. Η προσπάθεια αυτή περιλάμβανε εκτεταμένη κατασκευή νέων νοσοκομειακών υποδομών και ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ιδιαίτερα μέσω των γενικών ιατρών (GPs). Η διοίκηση του συστήματος παρέμενε ισχυρά συγκεντρωτική, με τον άμεσο έλεγχο να ασκείται από το Υπουργείο Υγείας, κάτι που αντανακλούσε την ανάγκη ελέγχου και καθοδήγησης στα πρώτα βήματα εφαρμογής του συστήματος.

Κατά τη δεκαετία του 1980, η κυβέρνηση της Margaret Thatcher εισήγαγε ριζικές μεταρρυθμίσεις στο NHS με στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας και τη βελτίωση της διαχείρισης των πόρων. Εφαρμόστηκε το μοντέλο της «εσωτερικής αγοράς» (internal market), το οποίο διαχώρισε τους οργανισμούς σε «αγοραστές» και «παρόχους» υπηρεσιών υγείας.-Οι πρώτοι (συνήθως διοικητικές μονάδες ή τοπικές αρχές) αγόραζαν υπηρεσίες από τους δεύτερους (νοσοκομεία ή φορείς παροχής), εισάγοντας έναν ημι-αγοραστικό μηχανισμό που ενίσχυε τον ανταγωνισμό με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας και τον περιορισμό του κόστους (Pollock & Roderick, 2024).

Στη δεκαετία του 1990, η έννοια της αποκέντρωσης των οικονομικών αρμοδιοτήτων ενισχύθηκε περαιτέρω, με την εισαγωγή του συστήματος GP fundholding. Την περίοδο αυτή, οι γενικοί ιατροί είχαν τη δυνατότητα να διαχειρίζονται αυτόνομα προϋπολογισμούς για την αγορά υπηρεσιών υγείας προς όφελος των ασθενών τους. Κατά τη δεκαετία 2000–2010, παρατηρήθηκε αξιοσημείωτη αύξηση νέων μοντέλων διοίκησης και αξιολόγησης στο NHS. Ιδρύθηκαν σημαντικοί οργανισμοί που επηρέασαν ουσιαστικά την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα του NHS όπως το National Institute for Health and Care Excellence (NICE), το NHS Direct η Care Quality Commission (CQC) όπου συστάθηκε ως ανεξάρτητος ρυθμιστικός φορέας με αποστολή την παρακολούθηση, αξιολόγηση και διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ολόκληρο το σύστημα υγείας. (Health Fundation, 2022).

Η τελευταία δεκαετία υπήρξε ιδιαίτερα κρίσιμη για το NHS της Αγγλίας, καθώς χαρακτηρίστηκε από σημαντικές δομικές και θεσμικές μεταρρυθμίσεις, με στόχο την ενίσχυση της αποκέντρωσης, την καλύτερη ενσωμάτωση των υπηρεσιών και τη διατήρηση της χρηματοδοτικής βιωσιμότητας του συστήματος. Μία από τις πιο καθοριστικές μεταρρυθμίσεις αυτής της περιόδου ήταν η ψήφιση του νόμου Health and Social Care Act 2012[26].

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε σημείο καμπής, αναδεικνύοντας τις διαρθρωτικές αδυναμίες του NHS, κυρίως σε ό,τι αφορά τη χρηματοδότηση, την έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και τις υποδομές. Το Health Foundation (2022) επισημαίνει τη σταδιακή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για υγειονομική περίθαλψη και την ενίσχυση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, γεγονός που έχει πυροδοτήσει συζητήσεις για τη βιωσιμότητα του δημόσιου χαρακτήρα του NHS.

Την ίδια περίοδο εντάθηκε η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας, με την ανάπτυξη και επέκταση της υπηρεσίας NHS 111 και της NHS App, ειδικά μετά το 2020. Οι ψηφιακές λύσεις αποτέλεσαν κεντρικό άξονα για την αποσυμφόρηση των υπηρεσιών πρώτης γραμμής και την ενίσχυση της πρόσβασης των πολιτών σε πληροφορίες και φροντίδα εξ αποστάσεως (NHS England, 2023).

Συμπερασματικά, από την ίδρυσή του το 1948, το NHS έχει διατηρήσει τη θέση του ως θεμελιώδης θεσμός του κοινωνικού κράτους του Ηνωμένου Βασιλείου. Η τελευταία δεκαετία ανέδειξε την ανάγκη ισορροπίας μεταξύ αποκέντρωσης, ποιοτικής φροντίδας και οικονομικής βιωσιμότητας. Οι προκλήσεις που σχετίζονται με τη χρόνια χαμηλή χρηματοδότηση, την έλλειψη προσωπικού και την αυξανόμενη ζήτηση λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τοποθετούν το NHS σε μια κρίσιμη καμπή και υπογραμμίζουν την ανάγκη για δομικές και μακροπρόθεσμες λύσεις.

### 5.1.7 Προτάσεις για το μέλλον του Εθνικού Σύστηματος Υγείας της Αγγλίας

Το πενταετές πλάνο του Εθνικού Σύστηματος Υγείας της Αγγλίας (Forward View) είναι το εθνικό σχέδιο για τη βελτίωση των υπηρεσιών του NHS στην Αγγλία (NHS

[26] Αντικατέστησε τις Primary Care Trusts (PCTs) με τις Clinical Commissioning Groups (CCGs). Η αλλαγή αυτή σήμαινε τη μεταφορά σημαντικών αρμοδιοτήτων σχεδιασμού και αγοράς υπηρεσιών στους γενικούς ιατρούς,

England, 2014). Καθορίζει ένα όραμα για το πώς πρέπει να αλλάξουν οι υπηρεσίες του NHS για να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού και υποστηρίζει ότι πρέπει να γίνουν βελτιώσεις σε τρεις κύριους τομείς:

- βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης
- βελτίωση της ευρύτερης υγείας και ευημερίας του πληθυσμού
- βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας.

Έχει επίσης δρομολογηθεί ένα εθνικό πλαίσιο για την καθοδήγηση της δράσης σχετικά με τη δημιουργία ικανοτήτων βελτίωσης και την ανάπτυξη ηγεσίας στις υπηρεσίες του NHS στην Αγγλία (NHS Improvement, 2016).

Η βελτίωση της ποιότητας βρίσκεται στο επίκεντρο του σχεδιασμού για τον ανασχεδιασμό των υπηρεσιών του NHS. Όλοι οι οργανισμοί του NHS στην Αγγλία υποχρεούνται να βελτιώνουν την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχουν. Σύμφωνα με το Department of Health (2008), η ποιότητα της φροντίδας βασίζεται σε τρεις κύριους άξονες: την ασφάλεια των ασθενών, την εμπειρία της περίθαλψης και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για την επίτευξη αυτών των στόχων απαιτείται συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, αξιοποίηση αξιόπιστων δεδομένων και ενεργή συμμετοχή όλων των επαγγελματιών υγείας στη διαδικασία βελτίωσης (Ham et al., 2016).

Σημαντική πρωτοβουλία προς αυτήν την κατεύθυνση αποτελεί το πρόγραμμα *Getting It Right First Time (GIRFT)*, το οποίο στοχεύει στη μείωση των διαφοροποιήσεων στις κλινικές πρακτικές και στη βελτίωση της αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Μέσω της αξιοποίησης εθνικών δεδομένων και της συνεργασίας με τοπικές διοικήσεις και κλινικές ομάδες, το πρόγραμμα συνέβαλε ήδη σε σημαντικές οικονομικές εξοικονομήσεις και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Timmins, 2017).

Παράλληλα, το NHS καλείται να αντιμετωπίσει προβλήματα υπερκατανάλωσης, ελλιπούς χρήσης υπηρεσιών και οργανωτικών καθυστερήσεων. Η παροχή περιττών ή μη αποτελεσματικών υπηρεσιών αυξάνει το κόστος και ενδέχεται να επιβαρύνει τους ασθενείς, ενώ η καθυστερημένη ή ανεπαρκής φροντίδα μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της υγείας και αυξημένη ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης (Alderwick & Ham, 2017). Η συνολική κλίμακα της βλάβης στο NHS δεν είναι σαφής, αλλά τα στοιχεία δείχνουν ότι μια βλάβη που μπορεί να προληφθεί συμβαίνει τόσο εντός όσο και εκτός των νοσοκομείων στο NHS (Alderwick et al., 2015).

Αξιοσημείωτες ενέργειες προς τη βελτίωση του NHS, αφορούν την επιμόρφωση του προσωπικού. Το προσωπικό πρώτης γραμμής που ασχολείται με τη βελτίωση της ποιότητας

πρέπει να αποκτήσει τις δεξιότητες που απαιτούνται για τον εντοπισμό των προβλημάτων ποιότητας, τη διενέργεια δοκιμών αλλαγής, τη μέτρηση των επιπτώσεών τους και την ανάληψη δράσης βάσει των αποτελεσμάτων. Τα διοικητικά συμβούλια και οι εκτελεστικές ομάδες πρέπει επίσης να έχουν καλή κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι αλλαγές συμβαίνουν σε πολύπλοκα συστήματα (Alderwick & Ham, 2017).

Επιπλέον, η αποτελεσματική αξιοποίηση των δεδομένων και των ψηφιακών τεχνολογιών αποτελεί πλέον αναγκαία προϋπόθεση για τον εκσυγχρονισμό του NHS. Τα δεδομένα μπορούν να συμβάλουν στον εντοπισμό προβλημάτων ποιότητας, στην αξιολόγηση των παρεμβάσεων και στη βελτίωση της λήψης αποφάσεων. Αν τα συστήματα μέτρησης είναι κακώς σχεδιασμένα, μπορεί να δημιουργήσουν στρεβλά κίνητρα, όπου επιτυγχάνονται οι στόχοι αλλά δεν επιτυγχάνονται οι επιδιωκόμενες αλλαγές στην πράξη (Bevan & Hood, 2006). Ωστόσο, η υπερβολική γραφειοκρατία ή η χρήση μη αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης μπορεί να οδηγήσει σε αποξένωση των κλινικών ιατρών, σε σύγχυση σχετικά με τον πραγματικό αντίκτυπο των παρεμβάσεων, και ενίοτε σε στρεβλά κίνητρα (The King's fund, 2023).

Για την εδραίωση κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης, οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης καλούνται να διαμορφώσουν ένα περιβάλλον που ενθαρρύνει και στηρίζει τη συμμετοχή, τη μάθηση, την καινοτομία και την ενδοϋπηρεσιακή συνεργασία. Στην πράξη, αυτό σημαίνει (West et al., 2014):

- ένα κοινό όραμα για το μέλλον, κατανοητό και αποδεκτό από όλα τα επίπεδα του οργανισμού
- σαφείς, ευθυγραμμισμένους στόχους μεταξύ τμημάτων, ομάδων και προσωπικού με την πρακτική της αποτελεσματικής ομαδικής εργασίας
- υποστηρικτική και ενθαρρυντική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και υψηλά επίπεδα δέσμευσης του προσωπικού
- μάθηση, καινοτομία και βελτίωση της ποιότητας ενσωματωμένες στην καθημερινή πρακτική.

## 5.2 Η περίπτωση της Γερμανίας

### 5.2.1 Ιστορική Αναδρομή του Υγειονομικού Συστήματος της Γερμανίας

Οι απαρχές του γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ανάγονται στο Μεσαίωνα, το οποίο βασίζεται κυρίως σε συνεργατικούς οργανισμούς, που ονομάζονται «ταμεία υγείας» και χρηματοδοτούνταν κυρίως από τις λεγόμενες συντεχνίες οι οποίες απαρτίζονταν από εργάτες της εποχής. Αυτά τα ταμεία υγείας παρείχαν μια πρώιμη μορφή ασφάλισης υγείας που βασιζόταν στην αρχή της αλληλεγγύης (Blümel et al., 2020).

Λόγω της ανάπτυξης της βιομηχανοποίησης της Γερμανίας τα ταμεία υγείας δεν επαρκούσαν για να καλύψουν το σύνολο των εργατών, και η δυσαρέσκεια υπήρξε εμφανής. Το 1883, ο καγκελάριος Otto von Bismarck επέκτεινε την εμβέλεια αυτών των συντεχνιών και θέσπισε την υποχρεωτική εθνική ασφάλιση υγείας για όλους τους εργάτες ακόμα και για τους ωρομίσθιους ώστε να εξασφαλιστεί η κοινωνική σταθερότητα. Γεγονός το οποίο σηματοδότησε την έναρξη του γερμανικού εκτεταμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο συχνά αποκαλείται σύστημα Bismarck (Porter, 2012).

Κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών δημιουργήθηκαν και άλλα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Η ασφάλιση αποζημίωσης των εργαζομένων από ατύχημα για τους βιομηχανικούς εργάτες καθιερώθηκε το 1884, για τους αγροτικούς εργάτες το 1886, η συνταξιοδοτική ασφάλιση τόσο γήρατος όσο και αναπηρίας το 1889 και η ασφάλιση ανεργίας το 1927, όπου η Γερμανία καθιερώθηκε στην Ευρώπη το πρώτο κράτος Κοινωνικής Πρόνοιας (Carr, 1991; Busse et al., 2017). Ο νόμος τους 1883 διατήρησε δύο τύπους ταμείων υγείας- τα ταμεία που συνδέονταν με τις συντεχνίες και τους τεχνίτες και ονομάζονταν Innungkassen και τα ταμεία που συνδέονταν με τους ανθρακωρύχους και ονομάζονταν Kappschftskassen, καθώς επίσης ιδρύθηκαν και άλλα ταμεία όπως τα τοπικά, τα εταιρικά και τα επικουρικά ταμεία υγείας (Knox, 1993; Busse et al., 2017).

Την περίοδο 1883-1913 τα ταμεία υγείας άσκησαν πολύ μεγάλη δύναμη. Κάθε ταμείο παρείχε υγειονομικές υπηρεσίες προσλαμβάνοντας ιατρούς με πολύ χαμηλές αμοιβές, οι οποίοι δεν είχαν πετύχει στις εξετάσεις τους και απαγόρευαν ουσιαστικά στα μέλη τους να επισκέπτονται άλλους ιατρούς που δεν είχαν συνάψει μαζί τους σύμβαση. Στις αρχές του 20ού αιώνα, οι σχέσεις μεταξύ ταμείων υγείας και ιατρών χαρακτηρίστηκαν από εντάσεις, κυρίως λόγω των χαμηλών αμοιβών και των περιορισμών στην επιλογή γιατρού. Οι συγκρούσεις αυτές οδήγησαν σε θεσμικές παρεμβάσεις, οι οποίες ενίσχυσαν τη δυνατότητα

επιλογής ιατρού, καθιέρωσαν την αμοιβή κατά πράξη και αναγνώρισαν τον ρόλο των ιατρικών ενώσεων στη διαπραγμάτευση με τα ταμεία.

Μετά τον Β' ΠΠ υπήρξε μία περίοδος επέκτασης του γερμανικού υγειονομικού συστήματος η οποία διήρκεσε μέχρι τη δεκαετία του 1970, ακολουθούμενη από μια δεύτερη η οποία επικεντρώθηκε όλο και περισσότερο στον περιορισμό του κόστους και συνεχίζεται μέχρι σήμερα (Porter, 2012). Αναλυτικότερα το 1945 παρατηρείτε το λεγόμενο "Wirtschaftswunder" -δηλαδή η οικονομική άνθηση που διήρκεσε μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1970 όπου το γερμανικό σύστημα υπέστη σημαντική επέκταση. Η αύξηση της οικονομικής δραστηριότητας, δημιούργησε μια κατάσταση ευημερίας και μία ταυτόχρονη αύξηση σε ένα διευρυμένο φάσμα υπηρεσιών υγείας.

Κατά την ίδια περίοδο, η διαρκώς αυξανόμενη ιατρική γνώση και η συνεχής εισαγωγή νέων τεχνολογιών οδήγησαν σε εξειδίκευση της περίθαλψης. Μέχρι το 2009, υπήρχαν 45 ειδικότητες, που κάλυπταν τόσο την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη όσο και τα εξωτερικά ιατρεία.

Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί ότι κάθε γιατρός εξωτερικών ιατρείων είχε ατομική σύμβαση με τα προγράμματα υγείας, από το 1931- η οποία επιτεύχθηκε με την Συμφωνία της Βαϊμάρης. Το νομοθέτημα αυτό αύξησε την αναλογία των ιατρών προς τους ασθενείς, αναγνώρισε την ιατρική ως επάγγελμα και δημιούργησε ιατρικά σωματεία στα οποία ήταν εγγεγραμμένοι το σύνολο των ιατρών όπου οι τελευταίοι πληρωνόντουσαν μέσω των σωματείων από τα ταμεία υγείας. Τα σωματεία αυτά των εξωτερικών ιατρών υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας -Kassenärztliche Vereinigungen- (KV's) υπέγραφαν ομαδικές συμβάσεις με τα ταμεία υγείας, αναθέτοντάς τους την ευθύνη για την οργάνωση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στη συγκεκριμένη περιοχή.

Κατά τα χρόνια της επέκτασης μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, τα σχέδια επικεντρώθηκαν στην είσπραξη των ασφαλίστρων και τη διαχείριση αυτών- όπου η πρόσβαση στην ασφάλιση υγείας αυξήθηκε σημαντικά. Το 1925, μόνο το 51% του συνόλου των πολιτών ήταν εγγεγραμμένοι σε νόμιμα προγράμματα. Μέχρι το 1960, το 83% των πολιτών ήταν καλυμμένο ασφαλιστικά, με το ποσοστό αυτό να ανέρχεται σχεδόν 90% το 2000, ενώ ο αριθμός των συμβεβλημένων ιατρών αυξήθηκε, ο αντίστοιχος των νόμιμων προγραμμάτων υγείας μειώθηκε μέχρι την ένωση της Γερμανίας (Porter, 2012).

Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι η πτώση του Τρίτου Ράιχ όπου διαίρεσε τη Γερμανία επηρέασε και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η Δυτική Γερμανία διατήρησε το αποκεντρωμένο ασφαλιστικό σύστημα που

βασιζόταν στα ταμεία υγείας, ενώ η Ανατολική Γερμανία ανέπτυξε ένα περισσότερο κρατικό και συγκεντρωτικό μοντέλο. Μετά την επανένωση του 1990, το σύστημα της Ανατολικής Γερμανίας προσαρμόστηκε σταδιακά στο δυτικογερμανικό πρότυπο.

Στη Δυτική Γερμανία κατά την περίοδο μετά από την κατοχή και σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, σημειώθηκε μεγάλη ανάπτυξη η οποία οφείλεται στην αυξημένη ευημερία της προσφάτως ανασυγκροτημένης Γερμανίας με αποτέλεσμα την επέκταση των υπηρεσιών υγείας, την αύξηση της ασφαλιστικής κάλυψης και την ενίσχυση του ιατρικού δυναμικού Παράλληλα, η πρόοδος της ιατρικής γνώσης και της τεχνολογίας οδήγησε σε μεγαλύτερη εξειδίκευση της περίθαλψης και σε αύξηση των δαπανών υγείας.

Οι συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκαν από 6,2% του ΑΕΠ (22,3 δισ. ευρώ) το 1970 σε 10,4% του ΑΕΠ (253 δισεκατομμύρια ευρώ) το 2007 (Blümel et al., 2020). Από τη δεκαετία του 1970, ωστόσο, η προσοχή της Γερμανικής Κυβέρνησης μετατοπίστηκε από την επέκταση στον περιορισμό του κόστους, τάση που συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Η ραγδαία αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης τη δεκαετία του 1970 ονομάστηκε "έκρηξη του κόστους" και απείλησε το διανεμητικό θεσμοθετημένο σύστημα. Η αύξηση των δαπανών οδήγησε σε σειρά μεταρρυθμίσεων που στόχευαν στον έλεγχο των προϋπολογισμών, στη συγκράτηση των ασφαλιστικών εισφορών, στην ενίσχυση του ανταγωνισμού και στη βελτίωση της αποδοτικότητας (Busse et al., 2017).

Συνολικά, υπήρξαν 15 μεταρρυθμιστικά νομοσχέδια από το 1977 έως το 2010, ουσιαστικά, μία μεταρρύθμιση κάθε δύο χρόνια. Ένα από τα πιο σημαντικά μεταρρυθμιστικά νομοσχέδια προέβλεπε την ίδρυση το 1987 του Συμβουλίου Συντονισμένης Δράσης στην Υγειονομική Φροντίδα (Knox,1993; Busse et al., 2017). Έκτοτε υπήρξαν τρεις αξιοσημείωτες προσπάθειες μεταρρύθμισης: το διάταγμα του 1992 για τη Δομή της Υγειονομικής Φροντίδας, το διάταγμα του 1996 για τη Σταθεροποίηση των Νοσοκομειακών Εξόδων και η νομοθετική πράξη του 1997 για την Αναδόμηση της Υγειονομικής Ασφάλισης.

Κάθε μεταρρύθμιση αντιμετώπισε συγκεκριμένα μέρη του συστήματος, με σταδιακές αλλαγές. Οι γενικοί στόχοι ήταν σε μεγάλο βαθμό οι ίδιοι: μείωση των δαπανών μέσω αναγκαστικών εκπτώσεων, έλεγχος των τιμών ή σταθεροί προϋπολογισμοί στους καταναλωτές μέσω αυξημένων συμμετοχών και αποκλεισμού ορισμένων υπηρεσιών – εύρεση πηγών εσόδων μέσω υψηλότερων ασφαλίστρων ή μεγαλύτερες δημόσιες εισφορές στο σύστημα (Blümel et al., 2020).

Η μεταρρύθμιση του 2007, που τέθηκε σε ισχύ το 2009, εισήγαγε ένα κοινό ποσοστό ασφαλίστρων 15,5% του μισθού σε όλα τα προγράμματα υγείας. Η αλλαγή αυτή είχε ως στόχο να επαναφέρει τον ανταγωνισμό στις υπηρεσίες των προγραμμάτων υγείας και την παρεχόμενη ποιότητα σε υπηρεσίες (Porter, 2012). Σε μια προσπάθεια να ελεγχθεί το κόστος,-με τη μεταρρύθμιση του 2004, και σε μικρότερο βαθμό με τη μεταρρύθμιση του 2007- η οργάνωση των υγειονομικών δαπανών αντιμετωπίστηκε στη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Καθ' όλη την διάρκεια των μεταρρυθμίσεων, έχουν ενταθεί προσπάθειες για την βελτιστοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης, για το άνοιγμα του ανταγωνισμού των παρόχων σχετικά με τις συμβάσεις οι οποίες αφορούν τα σχέδια υγείας, καθώς επίσης και την προσπάθεια να εισαχθούν ορισμένες υποχρεωτικές διαδικασίες διαχείρισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Porter, 2012).

Συνολικά, το γερμανικό σύστημα υγείας εξελίχθηκε από μορφές επαγγελματικής αλληλοβοήθειας σε ένα θεσμοθετημένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Βασικά χαρακτηριστικά του παραμένουν ο κεντρικός ρόλος των ταμείων υγείας, η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη, η συμμετοχή εργοδοτών και εργαζομένων στη χρηματοδότηση και η συνεχής προσπάθεια εξισορρόπησης μεταξύ καθολικής πρόσβασης, ποιότητας και ελέγχου του κόστους.

## 5.2.2 Κύριες φάσεις ανάπτυξης του γερμανικού συστήματος υγείας

- **Γερμανική Αυτοκρατορία και Α' Παγκόσμιος Πόλεμος (1871-1918)**

Διακρίνεται ως μία περίοδος όπου γίνεται προσπάθεια για επέκταση της περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού, αρχικά με την βασιλική διακήρυξη του Κάιζερ Γουλιέλμου Α΄ το 1881- για την κοινωνική πολιτική. Στην συνέχεια το 1883, ο νόμος περί ασφάλισης υγείας εισήγαγε την υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση υγείας με βάση το επάγγελμα και αρχικά μόνο για τους βιομηχανικούς εργάτες, τεχνίτες και εργάτες.

Το 1880 ο Καγκελάριος Bismark θεμελίωσε το πρώτο οργανωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, με ευθύνη τόσο των εργατών όσο και των εργοδοτών. Ένα σύστημα που χαρακτήριζε εκείνη την εποχή κυρίως τις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, με αντιπροσωπευτικότερους εκφραστές τη Γαλλία και τη Γερμανία. Υπηρετώντας την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, στηρίζονται χρηματοδοτικά και κοινωνικοασφαλιστικά ταμεία συγκεκριμένων επαγγελματικών ομάδων, όπως στη Γερμανία, με εισφορές που υπολογίζονται με βάση το εισόδημα και τις

δυνατότητες πληρωμής. Διευθύνονται από τους κοινωνικούς εταίρους και η λειτουργία τους επιβλέπεται και ρυθμίζεται από την κυβέρνηση (Κοντούλη & Γείτονα, 1997; Busse, et al., 2017).

Το καθεστώς ασφάλισης του πληθυσμού, έχει στα συστήματα αυτά υποχρεωτικό χαρακτήρα, ενώ η ασφάλιση υγείας, θεωρείται καθολικό δικαίωμα, ανεξάρτητα από το εισόδημα και την υγειονομική κατάσταση των ασφαλισμένων. Χαρακτηριστικό αποτελεί επίσης η κυριότητα των παραγωγικών συντελεστών, η οποία μπορεί να είναι ιδιωτική ή δημόσια, δηλαδή να υπάγεται σε ένα μικτό πλαίσιο στην προσφορά των υπηρεσιών από τους προμηθευτές. Η επέμβαση των κυβερνήσεων στους τρόπους χρηματοδότησης των προμηθευτών στα κοινωνικά συστήματα αυτά, είναι ολοφάνερη και επεκτείνεται πολλές φορές σε θέματα συνολικού προγραμματισμού των υπηρεσιών (Θεοδώρου κ.ά., 1996)[27]; Νόμος 4412/2016[28]).

Το πρότυπο οργάνωσης των Ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης του Bismark το οποίο εφαρμόστηκε κυρίως από την Γερμανία και την Γαλλία και άλλες Ευρωπαϊκές χώρες εποπτευόταν και από κρατικό μηχανισμό για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού. Ο μηχανισμός αυτός στηριζόταν στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης, ο οποίος χρηματοδοτούνταν από τους κοινωνικούς εταίρους, πράγμα που σημαίνει ότι είχε ένα ιδιαίτερα αναδιανεμητικό ρόλο, γεγονός που σημαίνει ότι οι εργοδοτικές εισφορές υπερβαίνουν τις αντίστοιχες εισφορές των εργαζομένων (Κυριόπουλος & Νιάκας, 1991).

Το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης χαρακτηρίζεται από ένα υψηλό διοικητικό κόστος, λόγω του κατακερματισμού των ασφαλιστικών φορέων, καθώς και των διαδικασιών ελέγχου που απαιτεί τόσο η είσπραξη και ο προσδιορισμός του ύψους των εισφορών από το σύνολο των ταμείων όσο και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε είδους σε οποιαδήποτε επίπεδο περίθαλψης, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμιας.

Σύμφωνα με τον Γερμανό καγκελάριο Bismarck- οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο τομέα, ενώ η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος προέρχεται από τα μέλη του, λόγω του υποχρεωτικού του χαρακτήρα. Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι η ολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με βάση την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η χρηματοδότηση

[27] Αντίστοιχη εφαρμογή στο ΕΣΥ της Ελλάδος

[28] Ο νόμος προσαρμόζει τη νομοθεσία στις Ευρωπαϊκές Οδηγίες 2014/24/ΕΕ και 2014/25/ΕΕ, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα διαδικασιών σύναψης δημόσιων συμβάσεων και προμηθειών σε τομείς όπως το νερό, η ενέργεια, οι μεταφορές και λοιπές υπηρεσίες δημοσίου.

μέσω εισφορών των πολιτών με κριτήριο το εισόδημα και η υποχρεωτική μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης (Υφαντόπουλος, 2003). Επίσης, άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό αποτελεί η έντονη κρατική παρέμβαση που έχει στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα του ασφαλιστικού φορέα (Λιαρόπουλος, 2007; Παπαγεωργίου, 2021).

Συνολικά, η περίοδος 1871–1918 υπήρξε καθοριστική για τη διαμόρφωση του γερμανικού μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο συνδύαζε κρατική εποπτεία, ασφαλιστική χρηματοδότηση και θεσμούς αυτοδιοίκησης, αποτελώντας πρότυπο για πολλές ευρωπαϊκές χώρες.

- **Δημοκρατία της Βαϊμάρης (1919-1933)**

Κύριο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης περιόδου αποτελεί η ενίσχυση του ιατρικού επαγγέλματος. Μέχρι το 1925, το 51% του πληθυσμού ήταν ήδη ασφαλισμένο–και οι δαπάνες υγείας είχαν τριπλασιαστεί σε σχέση με το 1885. Η αύξηση αυτή οφειλόταν επίσης στην επέκταση της κάλυψης σε μη εργαζόμενους. Αφενός, οι παροχές ήταν περιορισμένες και οι δαπάνες για παροχές σε είδος εξίσου λίγες, αφετέρου ο πιστωτικός καταμερισμός σε περιπτώσεις ασθένειας, θανάτου και τοκετού κυριαρχούσαν στις δαπάνες για την υγεία. Τόσο το πεδίο εφαρμογής όσο και η κλίμακα των παροχών διευρύνθηκαν σταδιακά (Blümel M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R., 2020).

Το 1931 οι ιδιώτες ιατροί απέκτησαν μονοπώλιο στην περίθαλψη αναφορικά με τα εξωτερικά ιατρεία και υποχρεώθηκαν να είναι μέλη των αντίστοιχων περιφερειακών Συλλόγων Ιατρών Νόμιμης Ασφάλισης Υγείας, οι οποίοι ήταν συνάμα επιφορτισμένοι με τη διαπραγμάτευση συλλογικών συμβάσεων με τα ταμεία ασθενείας. Αυτή η παραχώρηση στους γιατρούς αποσύνδεσε την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη από τους δημόσιους φορείς υγείας. Το αποτέλεσμα ήταν μια κατακερματισμένη παροχή περίθαλψης, μια κατάσταση που συνεχίζεται μέχρι σήμερα (Blümel et al., 2020)

- **Ναζιστικό Καθεστώς και Β' Παγκόσμιος πόλεμος (1933-1945)**

Κατά τη διάρκεια της ναζιστικής δικτατορίας οι θεμελιώδεις δομές του συστήματος υγείας παρέμειναν αμετάβλητες. Η κάλυψη του συστήματος υποχρεωτικής ασφάλισης επεκτάθηκε στους συνταξιούχους το 1941 και τα ταμεία ασθενείας ήταν νομικά υποχρεωμένα να παρέχουν κάλυψη για νοσοκομειακή περίθαλψη όχι μόνο στα μέλη τους αλλά και στους έμμεσα ασφαλισμένους από το 1936 (Alber, 1992.; Busse et al., 2017).

Παρά αυτές τις διαρθρωτικές αλλαγές, οι αρχές του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης παραβιάστηκαν. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη περιοριζόταν ή αρνούνταν στον εβραϊκό πληθυσμό και σε άλλες «στιγματισμένες» μειονότητες. Επιπρόσθετα, η νομοθεσία απαγόρευε στους Εβραίους ιατρούς να θεραπεύουν ασθενείς έχοντας ως αποτέλεσμα τη συνολική απαγόρευση της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Την ίδια περίοδο, το σύστημα διοίκησης συγκεντρώθηκε περισσότερο υπό κρατικό έλεγχο. Οι περιφερειακές ενώσεις ιατρών συγχωνεύθηκαν σε μία κεντρική εθνική ένωση, ενώ η λειτουργία των ταμείων ασθενείας και των επαγγελματικών οργανώσεων τέθηκε υπό την εποπτεία του ναζιστικού κόμματος. Οι διαδικασίες αυτοδιοίκησης περιορίστηκαν σημαντικά, καθώς τα μέλη των διοικητικών οργάνων δεν εκλέγονταν πλέον αλλά διορίζονταν από το καθεστώς (Busse et al., 2017).

- **Γερμανικός Διαχωρισμός- Δυτική και Ανατολική Γερμανία (1945-1989)**

Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας συνέχισε το σύστημα της υποχρεωτικής ασφάλισης. Αποκαταστάθηκε σε μεγάλο βαθμό η δομή της αυτοδιοίκησης το 1955 με μικρές μόνο τροποποιήσεις στη Δυτική Γερμανία. Ο περιορισμός του κόστους ήταν στο επίκεντρο μιας σειράς μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας, αλλά όχι εις βάρος της συνεχούς επέκτασης της κάλυψης. Μέχρι το 1981 η υποχρεωτική ασφάλιση είχε επεκταθεί στις κατηγορίες των αγροτών, των σπουδαστών, των καλλιτεχνών και των αναπήρων.

Στην Ανατολική Γερμανία, μετά το 1945, διαμορφώθηκε ένα περισσότερο συγκεντρωτικό σύστημα υγείας υπό κρατικό έλεγχο. Παρότι εφαρμόστηκε κεντρικός σχεδιασμός, διατηρήθηκε η αρχή της κοινωνικής ασφάλισης και η συμμετοχή εργοδοτών και εργαζομένων στη χρηματοδότηση των εισφορών Η ασφάλιση ήταν καθολική, και η διοίκηση συγκεντρώθηκε σε δύο οργανισμούς εθνικής κοινωνικής ασφάλισης, δηλαδή δύο μόνο μεγάλα ταμεία ασθενείας, ένα για τους εργαζόμενους (89%) και ένα για τις υπόλοιπες επαγγελματικές ομάδες, μέλη γεωργικών συνεταιρισμών, καλλιτέχνες και αυτοαπασχολούμενους (11%) (Knieps & Reiners , 2015)

Το 1989, λίγες μόνο εβδομάδες πριν από την πτώση του τείχους του Βερολίνου, ένα Εθνικό συνέδριο υγείας, αποφάσισε να εφαρμόσει ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις στην υγειονομική περίθαλψη με αυξημένες επενδύσεις.

- **Γερμανική Επανένωση (1989-Σήμερα)**

Λίγο μετά την επανένωση της Γερμανίας, το σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης της δυτικής Γερμανίας μεταφέρθηκε στο ανατολικό τμήμα της χώρας με ελάχιστες διαφοροποιήσεις αναφορικά με την παροχή περίθαλψης. Οι προκλήσεις που προέκυψαν από την επανένωση επιτάχυναν τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, αν και ο αυξημένος ανταγωνισμός, η διασφάλιση της ποιότητας του ανταγωνισμού και ο περιορισμός του κόστους βρίσκονταν συνήθως στον πυρήνα τους. Ταυτόχρονα, οι κανονισμοί υπέρ του ανταγωνισμού αντισταθμίστηκαν με μέτρα για την αποφυγή δυσμενών επιπτώσεων στην ισότητα και την ποιότητα. Η σταδιακή επέκταση της υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού και η διεύρυνση των παροχών, ωστόσο, παρέμειναν αναλλοίωτες από τις μεταρρυθμίσεις: η κάλυψη είτε με δημόσια ασφάλιση είτε με ιδιωτική ασφάλιση ήταν υποχρεωτική από το 2009 (Blümel et al., 2020).

## 5.2.3 Σημερινή μορφή του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Γερμανίας

Το γερμανικό σύστημα υγείας και η διακυβέρνησή του είναι εξαιρετικά πολύπλοκα, καθώς είναι η μόνη χώρα στην Ευρώπη με συνυπάρχουσα δημόσια θεσμοθετημένη ασφάλιση υγείας και ιδιωτική ασφάλιση. Και τα δύο συστήματα διαχωρίζονται οργανωτικά, ρυθμιστικά και οικονομικά. Οι τομείς περίθαλψης κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την οργάνωση, τη διακυβέρνηση και τη χρηματοδότηση. Λόγω της ξεχωριστής νομοθεσίας για επιμέρους τομείς στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας, της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, καθώς και της μακροχρόνιας περίθαλψης, υπάρχει έντονος κατακερματισμός της παροχής υπηρεσιών υγείας (Blümel et al., 2020).

Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για όλους τους πολίτες και η δημόσια ασφάλιση αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Το σύστημα της δημόσιας ασφάλισης κάλυπτε 72,8 εκατομμύρια άτομα ή εναλλακτικά το 87,7% του πληθυσμού το 2018. Εργαζόμενοι με πάνω από ένα όριο ετήσιο εισόδημα (62.550 ευρώ το 2020) και ορισμένες επαγγελματικές ομάδες, π.χ. αυτοαπασχολούμενοι ή δημόσιοι υπάλληλοι, μπορούν να επιλέξουν να εγγραφούν και στην ιδιωτική ασφάλιση. Έτσι, 8,7 εκατομμύρια πολίτες (ή 10,5% του πληθυσμού) καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2019- Statistisches Bundesamt, 2019- Verband der private Krankenversicherung, 2019). Μία ακόμα καινοτομία του γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι ότι η συντριπτική πλειονότητα των παρόχων

υγείας εξυπηρετεί και τους δύο ασφαλισμένους πληθυσμούς. Οι λίγες εξαιρέσεις που είναι προσβάσιμες μόνο σε όσους είναι ασφαλισμένοι στην ιδιωτική ασφάλεια αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 1% (Statistisches Bundesamt, 2020).

Οι 16 ομοσπονδιακές κυβερνήσεις ασχολούνται με ποικίλα καθήκοντα που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη, όπως ο σχεδιασμός των δυνατοτήτων νοσοκομειακής περίθαλψης, ο σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας και η εποπτεία των περιφερειακών ταμείων ασθενείας, καθώς και των παρεχόμενων υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ως εθελοντική πλατφόρμα για το συντονισμό της περιφερειακής νομοθεσίας για την υγεία, η διάσκεψη των υπουργών υγείας αποτελεί το πιο ορατό φόρουμ για τις κυβερνήσεις των κρατών και για τη δημιουργία συνασπισμών. Παρέχει επίσης ένα δίκτυο ομάδων εργασίας, π.χ. για την επείγουσα περίθαλψη, μεταξύ των κυβερνήσεων των κρατών (Leitfaden der Gesundheitsministerkonferenz, 2018).

- **Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας**

Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας (Bundesministerium für Gesundheit – BMG) είναι αρμόδιο για την πρόταση και το συντονισμό της νομοθεσίας για τα θεσμοθετημένα συστήματα ασφάλισης υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης. Είναι επίσης το αρμόδιο για την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας, τα παρεχόμενα δικαιώματα των ασθενών, την καταπολέμησή της γραφειοκρατίας, την ενημέρωση για τα φάρμακα αλλά και τα φαρμακευτικά και ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Εκτός των παραπάνω έχει την επίβλεψη της καταχώρισης των επαγγελματιών και το συντονισμό της διεθνούς πολιτικής υγείας (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen - SVR) (Blümel et al., 2020).

Για την εκτέλεση των πολυάριθμων αδειοδοτικών πράξεων και εποπτικών καθηκόντων του, το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας επικουρείται από πέντε δευτερεύουσες υπηρεσίες.
1) Το Ινστιτούτο Robert Koch (Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο για τις λοιμώδεις και μη-μεταδοτικές ασθένειες - RKI) είναι υπεύθυνο για την επιτήρηση, ανίχνευση, την πρόληψη και τον έλεγχο των (μεταδοτικών) ασθενειών, όπως η πανδημία COVID-19.
2) Το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμακευτικών Προϊόντων και Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte)
3) Το 2020 το Γερμανικό Ινστιτούτο Ιατρικής Τεκμηρίωσης και πληροφοριών (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information ) ενώθηκε με το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμακευτικών Προϊόντων και Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων και ορίστηκαν

υπεύθυνα για την ενημέρωση και τη λειτουργία διαφόρων βάσεων δεδομένων που καλύπτουν φαρμακευτικά προϊόντα και φαρμακεία, ιατροτεχνολογικά προϊόντα και κλινικές δοκιμές που περιλαμβάνουν βάσεις δεδομένων ασθενών σε πολλούς άλλους τομείς σε ιατρική και την υγειονομική περίθαλψη.

4)Το Ινστιτούτο Paul-Ehrlich (Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Εμβολίων και Βιοϊατρικής) είναι υπεύθυνο για την αδειοδότηση εμβολίων, ορών όπως για παράδειγμα τη θεραπεία του καρκίνου, τα φάρμακα προηγμένης θεραπείας και άλλα βιοϊατρικά φάρμακα.

5) Το Ομοσπονδιακό Κέντρο για την Αγωγή Υγείας (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) είναι η βασική αρχή για την υγεία, την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών (Blümel et al., 2020).

Άλλοι ομοσπονδιακοί θεσμοί που σχετίζονται με το σύστημα υγείας είναι η Ομοσπονδιακή Αρχή Χρηματοοικονομικής Εποπτείας (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht- BaFin), η οποία είναι αρμόδια για την εποπτεία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, και η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (Bundesamt für Soziale Sicherung - BAS), η οποία με την σειρά της εποπτεύει τη νομιμότητα των αποφάσεων που λαμβάνουν οι δημόσιες επιχειρήσεις που διαχειρίζονται τα διάφορα συστήματα υποχρεωτικής ασφάλισης (Blümel et al., 2020).

- **Μικτή Ομοσπονδιακή Επιτροπή**

Το κατεξοχήν όργανο λήψης αποφάσεων στο πλαίσιο του συστήματος κοινής αυτοδιοίκησης είναι η Ομοσπονδιακή Μικτή Επιτροπή. Οι αποφάσεις λαμβάνονται σε μια ολομέλεια αποτελούμενη από 13 διορισμένα μέλη για μια εξαετή περίοδο. Αρκετές υποεπιτροπές της Ομοσπονδιακής Μεικτής Επιτροπής (εννέα το 2020) κάνουν τις προπαρασκευαστικές εργασίες για τη λήψη αποφάσεων της ολομέλειας, αλλά και εξωτερικοί εμπειρογνώμονες μπορούν επίσης να συμμετέχουν στις διαβουλεύσεις τους Η ομοσπονδιακή μεικτή επιτροπή επίσης συγκεντρώνει την απαραίτητη βάση δεδομένων για τη λήψη αποφάσεων και υποστηρίζεται από: Το Ινστιτούτο για την Ποιότητα και την Αποδοτικότητα στην Υγεία (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) και το Ινστιτούτο Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) (Blümel et al., 2020).

- **Πάροχοι Υγείας**

Ιατροί και ψυχοθεραπευτές που είναι διαπιστευμένοι για αποζημίωση από τη δημόσια ασφάλιση, οργανώνονται σε Περιφερειακές Ενώσεις Ιατρών (Kassenärztliche Vereinigungen - KV). Οι περιφερειακές ενώσεις είναι υπεύθυνες για τη διασφάλιση της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, τον προγραμματισμό των αναγκών σε κάθε ειδικότητα και την εξασφάλιση της περίθαλψης εκτός ωραρίου. Οι περιφερειακές ενώσεις εκπροσωπούνται σε ομοσπονδιακό επίπεδο από την οργάνωση «ομπρέλα», γνωστή ως Ομοσπονδιακή Ένωση των Ιατρών Δημόσιας Ασφάλισης (Kassenärztliche Bundesvereinigung – KBV) (Blümel et al., 2020).

Τα νοσοκομεία εκπροσωπούνται στο πλαίσιο του συστήματος κοινής αυτοδιοίκησης μέσω οργανώσεων ιδιωτικού δικαίου και όχι μέσω δημόσιων εταιρειών. Η σημαντικότερη οργάνωση είναι η Γερμανική Ομοσπονδία Νοσοκομείων (Deutsche Krankenhausgesellschaft - DKG), η οποία εκπροσωπεί τα συμφέροντα των συμπεριλαμβανομένων των πανεπιστημιακών, δημόσιων και ιδιωτικών κερδοσκοπικών ιδρυμάτων (Blümel et al., 2020). Εκτός του πεδίου εφαρμογής της δημόσιας ασφάλισης υπάρχουν και νομίμως εγκατεστημένα επαγγελματικά επιμελητήρια για γιατρούς, οδοντιάτρους, φαρμακοποιούς, κτηνιάτρους και ψυχοθεραπευτές

Η ιδιωτικοποίηση είναι ένα άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό του γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αν και στο πλαίσιο μιας αυστηρά ρυθμιζόμενης αγοράς. Στην πραγματικότητα, ορισμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης βασίζονται εξ ολοκλήρου σε ιδιώτες παρόχους - για παράδειγμα, η πρωτοβάθμια, εξειδικευμένη περίθαλψη που παρέχουν οι γιατροί και οι οδοντίατροι, καθώς και τα φαρμακεία (Blümel et al., 2020).

## 5.2.4 Παροχές Υγείας

Στον απόηχο του νόμου για την ενίσχυση του ανταγωνισμού στη δημόσια ασφάλιση, από τον Ιανουάριο του 2009 όλοι οι κάτοικοι της Γερμανίας υποχρεούνται από το νόμο να έχουν ασφάλιση υγείας, είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό τομέα. Περίπου το 87% του πληθυσμού καλύπτεται μέσω της δημόσιας ασφάλισης, ενώ το 10,8% έχει ιδιωτική ασφάλιση. Το υπόλοιπο 2% ( κυρίως στρατιώτες) καλύπτονται από ειδικά προγράμματα. Η συμμετοχή στο ταμείο ασθενείας είναι υποχρεωτική για τους εργαζόμενους των οποίων το ακαθάριστο εισόδημα δεν υπερβαίνει το όριο εξαίρεσης ενώ όσων τα έσοδα είναι πάνω από

το κατώτατο όριο μπορούν να επιλέξουν να παραμείνουν στο δημόσιο σύστημα ως «εθελοντικά μέλη» ή να συνάψουν ασφάλιση ιδιωτικού τομέα. Το όριο εξαίρεσης ανερχόταν στο ποσό των 62.550 € ακαθάριστα ετησίως για το έτος 2020. Μεταβάλλεται σε ετήσια βάση και ανάλογα με τις συνολικές μεταβολές μισθών κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος. Στο πλαίσιο της δημόσιας θεσμοθετημένης ασφάλισης, τα μη εργαζόμενα εξαρτώμενα μέλη καλύπτονται, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, δωρεάν (Blümel et al., 2020).

Οι δημόσιοι υπάλληλοι ασφαλίζονται ιδιωτικά, αλλά μπορούν να επιλέξουν να ενταχθούν στο δημόσιο σύστημα. Η δημόσια ασφάλιση, η οποία δεν προσφέρει μερική κάλυψη, είναι συγκριτικά ακριβή, με αποτέλεσμα οι περισσότεροι δημόσιοι υπάλληλοι να επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα (Blümel et al., 2020).

Ο σημερινός αριθμός των ατόμων χωρίς κάλυψη δεν μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια, καθώς οι διάφορες πηγές δεδομένων δεν οδηγούν στα ίδια ευρήματα. Εκτιμάται ότι 61.000 άτομα, ή το 0,08% του γερμανικού πληθυσμού, δεν είχαν ασφάλιση υγείας το 2019 (Statistisches Bundesamt, 2020). Στους ανασφάλιστους περιλαμβάνονται κυρίως οι αυτοαπασχολούμενοι, οι πλούσιοι που αντιτίθενται στην ασφάλιση υγείας, οι φτωχοί άνθρωποι που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για κοινωνική πρόνοια, καθώς και άτομα που είχαν προαιρετική ασφάλιση αλλά δεν πλήρωναν τις εισφορές. Μια άλλη πληθυσμιακή ομάδα με υψηλό κίνδυνο να μείνει χωρίς κάλυψη είναι οι μετανάστες χωρίς χαρτιά (Blümel et al., 2020).

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι πολύ καλή, σύμφωνα με την έκθεση του OECD για το 2021. Ο πληθυσμός έχει πρόσβαση σε μια ευρεία δέσμη παροχών και οι πληρωμές από την τσέπη των νοικοκυριών αντιπροσώπευαν μόνο το 12,7 % των δαπανών υγείας το 2019, ποσοστό που είναι χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (15,4 %). Ανεξάρτητα από την ιδιότητά τους, το ποσό της καταβληθείσας εισφοράς ή της διάρκειας της ασφάλισης, τα μέλη της δημόσιας ασφάλισης και τα εξαρτώμενα μέλη τους δικαιούνται τις ίδιες παροχές. Τα ταμεία ασθενείας πρέπει να προσφέρουν τις ίδιες παροχές στους ασφαλισμένους τους, αν και μπορούν να προσθέτουν και επιπλέον παροχές (π.χ. προαγωγή της υγείας, ομοιοπαθητική).

Η πορεία του ασθενούς σε ένα επεισόδιο επείγουσας περίθαλψης στη Γερμανία μπορεί να έχει διάφορα σημεία εκκίνησης, είτε μέσω της αυτοεισαγωγής στο τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός νοσοκομείου, είτε απευθείας μέσω ενός αριθμού έκτακτης ανάγκης (112 ή 116117), ο τελευταίος επίσης μέσω εφαρμογής για κινητά), ή μέσω επαφής με ιατρό για

εξωνοκομειακή περίθαλψη. Για μη επείγοντα περιστατικά (116117) ένας γιατρός επισκέπτεται τον ασθενή συνήθως μέσα σε διάστημα δύο έως τριών ωρών και αξιολογεί την κατάστασή του. Μετά από αυτή την αξιολόγηση, ο ιατρός μπορεί να παραπέμψει τον ασθενή σε περαιτέρω εξωνοσοκομειακή ή ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και να συνταγογραφήσει υπηρεσίες μεταφοράς ασθενούς, εάν είναι απαραίτητο (Blümel et al., 2020).

### 5.2.5 Χρηματοδότηση

Το 1990, το 99,8% του Γερμανικού πληθυσμού καλυπτόταν από κάποιου είδους υγειονομικής ασφάλισης. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων ήταν καλυμμένοι από θεσμοθετημένη ασφάλιση-86,2%- από ιδιωτική ασφάλιση-11%- και 2,6% από κάποιο άλλο είδος κάλυψης όπως της κοινωνικής πρόνοιας, της ιδιωτικής φιλανθρωπίας και των προσωπικών πληρωμών από την πλευρά των πλουσίων (Knox, 1993; Busse et al., 2017). Γενικότερα το Γερμανικό Σύστημα Υγείας περιλαμβάνει ένα υψηλό τυποποιημένο σύστημα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας καθώς και μία σειρά μεμονωμένων νοσοκομειακών παροχών.

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε τρία είδη: τα δημόσια νοσοκομεία όπου κυρίως βρίσκονται στην ιδιοκτησία των ομοσπονδιακών κυβερνήσεων καλύπτουν το 50% σχεδόν των νοσοκομειακών κλινών, τα εθελοντικά- ιδιωτικά νοσοκομεία τα οποία είναι κυρίως εκκλησιαστικά και καλύπτουν το 35% των κλινών και τα ιδιωτικά νοσοκομεία όπου ιδιοκτήτες τους είναι κυρίως ιατροί- επιχειρηματίες και καλύπτουν το 14% των κλινών. Τα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων αυτών αναλαμβάνουν κυρίως στο σύνολο τους τόσο τα ταμεία υγείας όσο και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, παρόλο αυτά οι κυβερνήσεις των κρατιδίων διαθέτουν το μεγαλύτερο μέρος των χρημάτων για επενδύσεις κεφαλαίων ακόμα και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία (Hurst, 1991; Supergreeks, 2020).

Τα νοσοκομεία διαθέτουν κυρίως ιατρούς με μηνιαίο μισθό. Στα κρατικά νοσοκομεία το ημερήσιο κόστος νοσηλείας περιλαμβάνει την αποζημίωση των ιατρών ενώ στα ιδιωτικά νοσοκομεία οι ιατροί πληρώνονται με ξεχωριστή αμοιβή. Επιπρόσθετα στη Γερμανία σπάνια οι νοσοκομειακοί ιατροί παρέχουν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και οι ιδιώτες ιατροί απαγορεύεται να παρέχουν υπηρεσίες στο νοσοκομείο. Από το 1977 έως το 1989 ψηφίστηκαν νόμοι για τη συγκράτηση των δαπανών της υγείας από την Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας. Η κατ' οίκον νοσηλεία έγινε υποχρεωτική ώστε να μειωθεί η ανάγκη φροντίδας των ασθενών στο νοσοκομείο. Επιπρόσθετα, τα μέλη οικογενειών με

υψηλότερο εισόδημα, τα οποία προηγουμένως απολάμβαναν δωρεάν ασφάλιση, υποχρεώθηκαν να καταβάλλουν εισφορές, ενισχύοντας την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος (Hurst, 1991 ; Next Expat , 2023).

Το 1986 εισήχθησαν σφαιρικοί προϋπολογισμοί μεταξύ των ταμείων υγείας και των νοσοκομείων, βάσει των δαπανών και των αναμενόμενων ποσοστών κάλυψης. Το 1989 σχεδόν διπλασιάστηκαν οι εισφορές των ασφαλισμένων και το μερίδιο των εισφορών των εργοδοτών καθορίσθηκε στο 50%. Επίσης καθορίστηκαν πιο αυστηρές διαδικασίες ελέγχου της συνταγογράφησης, των νοσοκομειακών εξετάσεων, της κάλυψης των νοσοκομειακών κλινών (Hurst, 1991; Next Expat, 2023).

Το 1989, το μισό περίπου μερίδιο της χρηματοδότησης για το Γερμανικό σύστημα υγείας προερχόταν από θεσμοθετημένα ταμεία υγείας όπου τα ασφάλιστρα πληρώνονταν 50/50 από εργαζόμενους και εργοδότες. Οι εργοδότες αναλάμβαναν ένα επιπλέον 17% του συνολικού κόστους περιθάλψεως, αρχικά με τη μορφή επιδόματος ασθενείας κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 εβδομάδων ασθενείας του κάθε εργαζόμενου. Η δημόσια κοινωνική πρόνοια και τα προγράμματα υγείας αποτελούσαν ένα επιπλέον 14% του συνολικού κόστους υγείας και η ασφάλιση των συνταξιούχων πληρωνόταν από κοινού- από τους ιδίους- από τα συνταξιοδοτικά ταμεία και τα ταμεία υγείας- οι προσωπικές πληρωμές των ασφαλισμένων άγγιζαν το ποσοστό του 7% ενώ η ιδιωτική ασφάλιση κάλυπτε το 6% του κόστους υγείας (Knox, 1993; Busse et al., 2017).

Ο κύριος νόμος περί δομικής μεταρρύθμισης της υγειονομικής φροντίδας τέθηκε ουσιαστικά σε ισχύ το 1992. Ο νόμος του 1992 ήταν αυτός που επηρέασε τη συγκράτηση των νοσοκομειακών δαπανών, συγκεκριμένα κατέρριψε μερικά κύρια στοιχεία του συστήματος χρηματοδότησης των νοσοκομείων, όπως κατήργησε την «αρχή της κάλυψης όλων των δαπανών» για τα τρέχοντα έξοδα του νοσοκομείου και υιοθέτησε σταθερούς προϋπολογισμούς για κάθε νοσοκομείο για την περίοδο 1993-1995. Αυτό το σταθερό σύστημα προϋπολογισμού θεωρήθηκε ένα ενδιάμεσο μέτρο έως ότου ακολούθησε η εφαρμογή ενός προοπτικού συστήματος πληρωμής με την ψήφιση του νόμου του 1996 -ο νόμος για τη Σταθεροποίηση των Νοσοκομειακών προϋπολογισμών- ο οποίος είχε ως σκοπό την επέκταση των σταθερών προϋπολογισμών και ανέστειλε τη χρήση προκαθορισμένων χρονικών ορίων νοσηλείας και συσχέτισε την οποιαδήποτε αύξηση του προϋπολογισμού με την πραγματική αύξηση των μισθών στον κρατικό τομέα (Busse et al., 2017).

Σήμερα ένα μεγάλο μέρος των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία προέρχεται από το σύστημα δημόσιας υποχρεωτικής ασφάλισης. Οι εισφορές στα 105 ταμεία ασθενείας αποτελούν το σημαντικότερο σύστημα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Τα ταμεία αυτά είναι υπεύθυνα για την είσπραξη των εισφορών, τις οποίες μεταφέρουν σε ένα κεντρικό σύστημα ανακατανομής. που είναι γνωστό ως Gesundheitsfonds. Το εν λόγω ταμείο είναι υπεύθυνο για τη συγκέντρωση και ανακατανομή των εσόδων σύμφωνα με έναν μηχανισμό προσαρμογής του κινδύνου (Blümel et al., 2020).

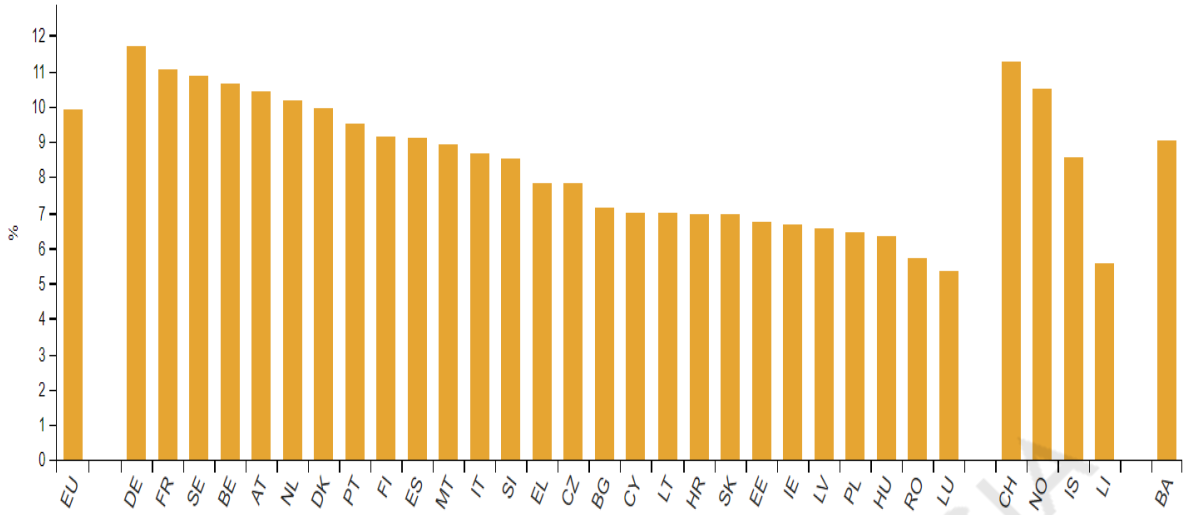
Τα γενικά φορολογικά έσοδα χρησιμοποιούνται για διάφορους σκοπούς στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Όλοι οι φορολογικοί προϋπολογισμοί, τόσο σε ομοσπονδιακό όσο και σε πολιτειακό επίπεδο, καθορίζονται από τα νομοθετικά σώματα που ενεργούν βάσει προτάσεων των κυβερνήσεων τους. Επιπλέον, ο νόμος για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων ορίζει ότι το κόστος των επενδύσεων πρέπει να καταβάλλεται από κρατικούς φόρους, καθώς και από τους ιδιοκτήτες των δημόσιων, ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών και ιδιωτικών κερδοσκοπικών νοσοκομείων, εφόσον αναφέρονται στο σχέδιο νοσοκομειακής απαίτησης του κράτους. Ως εκ τούτου, τα κράτη λαμβάνουν φορολογικά χρήματα για τις επενδύσεις στα νοσοκομεία τους (Blümel et al., 2020).

Τα ταμεία ασθενείας λαμβάνουν επιδοτήσεις για τη δημόσια υποχρεωτική ασφάλιση αλλά και ένα σταθερό ποσό από τον ομοσπονδιακό προϋπολογισμό για διάφορες παροχές που αφορούν τις οικογενειακές πολιτικές (BMG, 2020).

Στο διάγραμμα 5.3 που ακολουθεί απεικονίζονται οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ΑΕΠ για το έτος 2019. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης οργανώνονται και χρηματοδοτούνται με διαφορετικούς τρόπους στα κράτη μέλη της ΕΕ. Από το διάγραμμα φαίνεται ότι η Γερμανία ξοδεύει το μεγαλύτερο ποσοστό, 11,7%, επί του ΑΕΠ για δαπάνες υγείας.

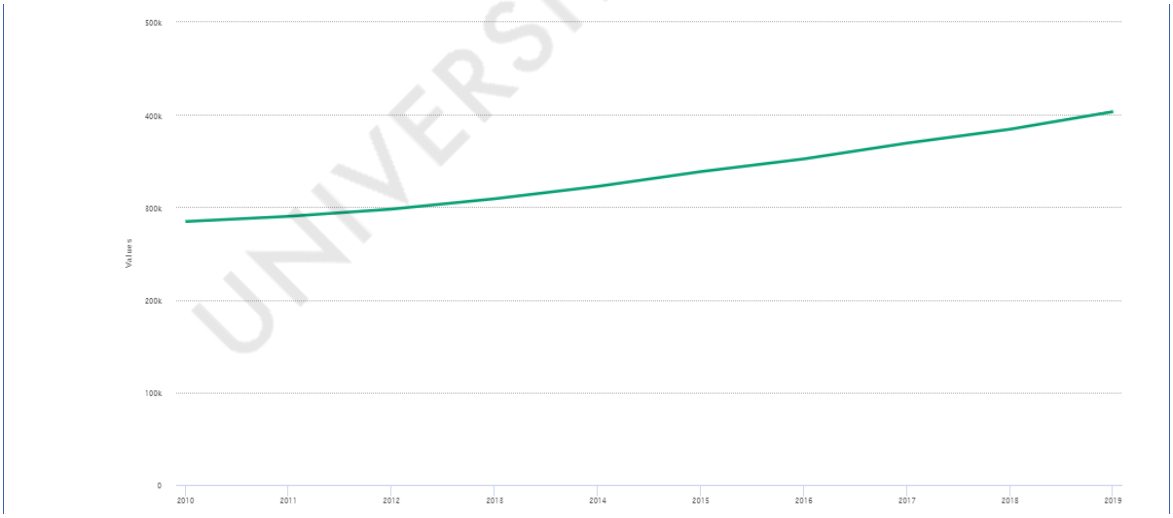
UNIVERSITY of NICOSIA

**Διάγραμμα 5.3 : Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με το ΑΕΠ για το έτος 2019** (eurostat, 2019)




Επίσης στο παρακάτω διάγραμμα 5.4 παρουσιάζεται η εξέλιξη των εσόδων του γερμανικού συστήματος υγείας από τα συστήματα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης για τα έτη 2010-2019. Στο διάγραμμα παρατηρείται σαφής αύξηση των εσόδων που προκύπτουν από τις πηγές χρηματοδότησης του γερμανικού υγειονομικού συστήματος.

**Διάγραμμα 5.4: Έσοδα από συστήματα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία για τα έτη 2010-2019** (Eurostat, 2022)




Η έκθεση State of Health in the EU Germany Country: Health Profile 2021, που δημοσιεύθηκε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα συστήματα υγείας καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η Γερμανία δαπανά μεγαλύτερο μέρος του πλούτου της για την υγεία από οποιαδήποτε άλλη χώρα της ΕΕ, και το μεγαλύτερο μέρος προέρχεται από δημόσιες πηγές.

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας είναι οι υψηλότερες μεταξύ των κρατών μελών. Αυτή η ισχυρή χρηματοδότηση αντικατοπτρίζεται στους πόρους που έχει στη διάθεσή της η Γερμανία: παρέχει τον υψηλότερο αριθμό νοσοκομειακών κλινών ανά πληθυσμό στην ΕΕ, και τα ποσοστά ιατρών και νοσηλευτών ανά πληθυσμό είναι πολύ υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ.

Σύμφωνα με πρόσφατα δεδομένα, η χρηματοδότηση του γερμανικού συστήματος υγείας βασίζεται κυρίως στις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Το 2019, οι εισφορές αυτές κάλυψαν το 64,9% των συνολικών δαπανών υγείας, που ανήλθαν σε 403,4 δισεκατομμύρια ευρώ. Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας χρηματοδοτείται μέσω γενικών εισφορών επί του μισθού, οι οποίες ανέρχονται στο 14,6% του εισοδήματος και μοιράζονται εξίσου μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων . Επιπλέον, υπάρχει μια συμπληρωματική εισφορά, κατά μέσο όρο 1% του μισθού, η οποία επίσης μοιράζεται μεταξύ εργοδότη και εργαζομένου . Οι εισφορές αυτές συλλέγονται σε ένα Κεντρικό Ταμείο Αναδιανομής (De statis, 2021).

### 5.2.6 Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα του Συστήματος Υγείας της Γερμανίας

Το γερμανικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά πλεονεκτήματα, κυρίως λόγω της υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης, της δυνατότητας επιλογής ασφαλιστικού ταμείου και παρόχου, καθώς και της συνύπαρξης δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης. Οι ασφαλισμένοι έχουν πρόσβαση σε ευρύ φάσμα υπηρεσιών, ενώ οι συμμετοχές σε νοσοκομειακή περίθαλψη και φαρμακευτική αγωγή παραμένουν σχετικά περιορισμένες (Busse et al., 2017).

Στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι δυνατή η σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων. Εάν τα έσοδα κάποιου είναι περισσότερα από το όριο που θέτει η κυβέρνηση κάθε χρόνο ή κάποιος δεν είναι επιλέξιμος για το δημόσιο σύστημα, τότε η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι επίσης διαθέσιμη στη Γερμανία.-Από τον Ιανουάριο του 2019, υπάρχουν 40 διαφορετικοί πάροχοι ασφάλισης που λειτουργούν στη χώρα και μπορούν να βοηθήσουν στην παροχή πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη σε προσιτή τιμή. Παρόλο που υπάρχουν όρια στην ασφάλιση και οι πληρωμές συνασφάλισης είναι δυνατές, συνεπώς επιτρέπει στους περισσότερους να λάβουν κάλυψη (Doring & Friedemann, 2010).

Στην Γερμανία οι ασφαλισμένοι έχουν τη  δυνατότητα να ψάξουν και οι ίδιοι να επιλέξουν τον τρόπο με τον οποίο θα ασφαλιστούν για την υγεία τους. Μπορούν επίσης να

αναζητήσουν τον καλύτερο πάροχο συμπληρωματικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων που μπορούν να καλύψουν την οδοντιατρική περίθαλψη, έναν ιδιώτη γιατρό, τη διαμονή σε ιδιωτικό νοσοκομείο ή κλινική και άλλες ειδικές παροχές. Είναι δυνατόν να συνδυαστούν οι επιλογές δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Οι κάτοικοι της Γερμανίας, διαθέτουν τρεις επιλογές για ασφάλιση υγείας. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας επιτρέπει τη χρήση του ρυθμιζόμενου δημόσιου συστήματος ασφάλισης υγείας, την ιδιωτική ασφάλιση υγείας ή έναν συνδυασμό των δύο. Οι εργοδότες δεν μπορούν να επιβάλλουν κυρώσεις για τη μετάβαση από τη δημόσια στην ιδιωτική ασφάλιση. Το γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δίνει την αυτονομία στην επιλογή ασφαλιστικού φορέα. Ο μόνος όρος είναι ότι ο ακαθάριστος ετήσιος μισθός πρέπει να υπερβαίνει ένα συγκεκριμένο όριο ποσού.

Οι περισσότεροι γιατροί βλέπουν τους ασθενείς με βάση τη σειρά προτεραιότητας. Οι Γερμανοί γιατροί δεν έχουν κανόνες που πρέπει να ακολουθούν όταν πρόκειται να συζητήσουν τη θεραπεία, την πρόγνωση, τις εναλλακτικές λύσεις ή τους κινδύνους. Το σύστημα χαρακτηρίζεται επίσης από υψηλή προσβασιμότητα και δυνατότητα άμεσης επιλογής γιατρού. Οι ασθενείς μπορούν να απευθύνονται σε γιατρούς και υπηρεσίες χωρίς ιδιαίτερα μεγάλους περιορισμούς, ενώ η επείγουσα φροντίδα παρέχεται με σχετικά χαμηλή οικονομική επιβάρυνση. Επιπλέον, η συγκρατημένη χρήση ορισμένων φαρμάκων, όπως αντιβιοτικών και ισχυρών παυσίπονων, θεωρείται ότι συμβάλλει στον περιορισμό της υπερσυνταγογράφησης και της φαρμακευτικής κατάχρησης (Lantzsch et al., 2022).

Η Γερμανία έχει αυστηρούς νόμους κατά της διαφθοράς. Οι ιατροί δεν αποκρύπτουν καμία πληροφορία σε καμία περίπτωση. Το συνολικό σύστημα είναι ένα σύστημα που βασίζεται στο σεβασμό, τη διαφάνεια και την ειλικρίνεια. Ο γενικός στόχος είναι να διασφαλιστεί ότι θα μπορέσει ο ασθενής να επιστρέψει στο σπίτι του το συντομότερο δυνατό μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος υγειονομικών υπηρεσιών(Lantzsch et al., 2022).

Το γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δεν παρέχει καθολική περίθαλψη- υπάρχουν ορισμένα έξοδα όπου οι πολίτες πρέπει να πληρώσουν όταν αυτά θεωρηθούν απαραίτητα από τον ιατρό τους. Οι περισσότερες «εκλεκτικές» θεραπείες- διαδικασίες για εξειδικευμένη περίθαλψη δεν καλύπτονται από τα ασφαλιστήρια συμβόλαια στη Γερμανία, πράγμα που σημαίνει ότι το κόστος γι' αυτές πληρώνεται από τους ίδιους τους ασθενείς. Επιπροσθέτως, καλούνται οι ασθενείς να πληρώσουν το κόστος ορισμένων συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Οι γιατροί δεν έχουν μεγάλες απολαβές σε αυτό το σύστημα υγείας. Αυτή η δομή αμοιβών καθιστά πρόκληση για τη χώρα να διατηρήσει τους καλύτερους γιατρούς της, δεδομένου ότι μπορούν να κερδίσουν τα διπλάσια, πηγαίνοντας σε ένα καθολικό σύστημα όπως αυτό του Ηνωμένου Βασιλείου ή του Καναδά.

Τα φάρμακα χορηγούνται λιγότερο ελεύθερα στο γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης από ότι σε άλλες χώρες. Στη Γερμανία, οι γιατροί συνταγογραφούν κάπως ελεύθερα απλά παυσίπονα υψηλής δόσης, όπως η ιβουπροφαίνη, αλλά αποφεύγουν να συνταγογραφούν αντιβιοτικά και εθιστικά παυσίπονα. Επιπλέον, το κόστος της δημόσιας ασφάλισης μπορεί να είναι υψηλό για ορισμένες κατηγορίες πολιτών, ιδιαίτερα για αυτοαπασχολούμενους ή άτομα με υψηλότερα εισοδήματα.

Συγκεκριμένα από τον Ιανουάριο του 2019, το κόστος της δημόσιας ασφάλισης υγείας που χρεώνεται από το Krankenkassen ανέρχεται στο 14,6% του μηνιαίου εισοδήματός, μέχρι το ανώτατο όριο μισθού των 4.538€. Επιπλέον, υπάρχει άλλο ένα μέσο συμπληρωματικό ασφάλιστρο 0,9%. Υπάρχει επίσης ένα υποχρεωτικό κόστος ασφάλισης νοσηλευτικής φροντίδας που μπορεί επίσης να φτάσει τα 150€ μηνιαίως. Οι εργοδότες πληρώνουν το 50% του κόστους υγειονομικής περίθαλψης, πράγμα που σημαίνει ότι το μέγιστο μηνιαίο κόστος που θα πρέπει να πληρώσει κάποιος είναι 360€.

Η ιδιωτική ασφάλιση στη Γερμανία δεν καλύπτει πάντα τις προ υπάρχουσες παθήσεις. Κάθε άτομο που λαμβάνει ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Γερμανία (είτε το επιλέγει είτε όχι) θα λάβει εξατομικευμένο ασφάλιστρο που βασίζεται στο επιλεγμένο τιμολόγιο και στην ηλικία του κατά τη σύναψη του συμβολαίου. Η διαδικασία ανάληψης επιτρέπεται να χρεώνει συμπληρωματικό ασφάλιστρο εάν υπάρχουν προϋπάρχουσες παθήσεις για τον ασθενή. Παρόλο που δεν θα αρνηθούν την κάλυψη εξαιτίας αυτού του ζητήματος, το κόστος αυτού που καλείται να πληρώσει κάποιος μπορεί να γίνει ένα σημαντικό μέρος του μισθού του εάν δεν πληροί τις προϋποθέσεις για το κρατικό σύστημα υγείας.

Άλλη σημαντική πρόκληση αποτελεί ο κατακερματισμός του συστήματος, καθώς η συνύπαρξη δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης, διαφορετικών ταμείων και πολλών παρόχων μπορεί να δημιουργεί διοικητική πολυπλοκότητα. Παράλληλα, ορισμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες καλύπτονται περιορισμένα, καθιστώντας συχνά αναγκαία τη συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση (Gaille, 2019). Συνολικά, το γερμανικό σύστημα υγείας συνδυάζει υψηλή ασφαλιστική κάλυψη, ελευθερία επιλογής και ποιότητα υπηρεσιών, αλλά αντιμετωπίζει προκλήσεις που σχετίζονται με το κόστος, την πολυπλοκότητα, τις ιδιωτικές

πληρωμές και τις ανισότητες που μπορεί να προκύπτουν μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης.

### 5.2.7.Προτάσεις για βελτίωση του Γερμανικού Συστήματος Υγείας

Οι Grosser & Greiner συνέταξαν μια έκθεση σχετικά με τη βιωσιμότητα και την ανθεκτικότητα του Γερμανικού συστήματος υγείας, η οποία δημοσιεύθηκε το Φεβρουάριο του 2021. Στόχος της έκθεσης ήταν να προσδιοριστούν οι βασικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη βιωσιμότητα και την ανθεκτικότητα του γερμανικού συστήματος υγείας σε πέντε τομείς: Διακυβέρνηση, χρηματοδότηση, εργατικό δυναμικό, φάρμακα και παροχή υπηρεσιών. Τα συμπεράσματα αυτής της μελέτης οδηγούν στις παρακάτω προτάσεις για βελτίωση του συστήματος υγείας.

Αρχικά, απαιτείται καλύτερος συντονισμός στον νοσοκομειακό σχεδιασμό και μεγαλύτερη σύνδεση μεταξύ νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η αποπολιτικοποίηση του νοσοκομειακού σχεδιασμού και η ενίσχυση των τοπικών αρχών δημόσιας υγείας μπορούν να περιορίσουν τις αναποτελεσματικότητες και να βελτιώσουν την ανταπόκριση του συστήματος σε κρίσεις.

Η βιωσιμότητα και η ανθεκτικότητα της διακυβέρνησης θα μπορούσαν να βελτιωθούν μέσω της μακροπρόθεσμης ιεράρχησης των τοπικών αρχών δημόσιας υγείας, των οποίων ο σημαντικός ρόλος στη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας δεν έχει αντικατοπτριστεί στην παροχή των απαραίτητων πόρων και χρηματοδότησης. Αυτοί οι τοπικοί φορείς απαιτούν σημαντική αύξηση της χρηματοδότησης, τόσο κατά τη διάρκεια όσο και πριν από τους κλυδωνισμούς του συστήματος υγείας. Η ευελιξία του γερμανικού φεντεραλισμού, με τους τοπικούς φορείς να προσαρμόζουν και να εφαρμόζουν τις εθνικές πολιτικές δημόσιας υγείας ώστε να ταιριάζουν καλύτερα στην περιοχή τους, αποτελεί πλεονέκτημα.

Το σημερινό σύστημα διπλής χρηματοδότησης έχει οδηγήσει σε ανεπαρκείς νοσοκομειακές επενδύσεις. Η μετάβαση προς ένα σύστημα χρηματοδότησης, στο οποίο τόσο οι επενδυτικές όσο και οι λειτουργικές δαπάνες καλύπτονται από τους νόμιμους φορείς ασφάλισης υγείας, μπορεί να συμβάλει στην ανακούφιση αυτών των προβλημάτων. Ένα τέτοιο σύστημα χρηματοδότησης θα μπορούσε επίσης να αποσυνδέσει τις αποφάσεις επενδύσεων και προγραμματισμού από τους πολιτικούς κύκλους (Sachverständigenrat, 2018).

Για να αυξηθεί η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του γερμανικού συστήματος υγείας, θα πρέπει να εφαρμοστούν πρόσθετα μέτρα για την εξασφάλιση ενός επαρκούς επιπέδου

επαγγελματιών νοσηλευτών και φροντιστών και επαρκούς συνεργασίας μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών, ιδίως υπό το πρίσμα της δημογραφικής αλλαγής. Αυτό απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένης της αναβάθμισης του καθεστώτος των νοσηλευτών και άλλων μη ιατρικών επαγγελμάτων υγείας, της αύξησης των αμοιβών και των παροχών τους, της απλοποίησης της διαδικασίας απασχόλησης αλλοδαπών σε θέσεις εργασίας στον τομέα της υγείας στη Γερμανία μέσω της μείωσης των γραφειοκρατικών εμποδίων. Όσον αφορά την ανθεκτικότητα, θα πρέπει να αυξηθεί η προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, ιδίως μέσω της επαρκούς παροχής ατομικής προστασίας.

Παρόλο που η Γερμανία διαθέτει μια ισχυρή διαδικασία έγκρισης νέων φαρμάκων με τη μορφή του AMNOG- Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz, δηλαδή του Νόμου περί αναδιοργάνωσης της φαρμακευτικής αγοράς, που εξισορροπεί την ταχεία πρόσβαση στην αγορά με μεταγενέστερες διαδικασίες αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας, η έλλειψη τακτικών και συστηματικών οικονομικών αξιολογήσεων κόστους-οφέλους στερεί από τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων-κρίσιμες πληροφορίες και αποτελεί απειλή για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας όσον αφορά τα φάρμακα και την τεχνολογία. Προτείνεται η συστηματική αξιολόγηση κόστους-οφέλους νέων φαρμάκων και ιατρικών τεχνολογιών, η δημιουργία αποθεμάτων κρίσιμων φαρμάκων και αναλώσιμων υλικών, καθώς και η ενίσχυση της ευρωπαϊκής παραγωγής βασικών φαρμακευτικών προϊόντων, ώστε να μειωθεί η εξάρτηση από διεθνείς αλυσίδες εφοδιασμού. Οι διαδικασίες έγκρισης θα πρέπει να αναμορφωθούν ώστε να περιλαμβάνουν συστηματική οικονομική αξιολόγηση των νέων φαρμάκων ως τυπικό στοιχείο της διαδικασίας. Επιπλέον, θα μπορούσε να εξεταστεί το ενδεχόμενο επέκτασης των αξιολογήσεων κόστους-οφέλους ώστε να συμπεριλάβουν στις ιατρικές υποδομές και άλλες πτυχές της παροχής περίθαλψης.

Προκειμένου να ενισχυθεί η βιωσιμότητα της παροχής υπηρεσιών στο γερμανικό σύστημα υγείας, οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων θα πρέπει να εξετάσουν διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις του γερμανικού νοσοκομειακού τομέα. Ειδικότερα, ο σχεδιασμός των νοσοκομείων να είναι προσανατολισμένος στην ποιότητα, με εξειδικευμένες θεραπευτικές μονάδες που θα επικεντρώνονται στην παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον τομέα τους, αντικαθιστώντας το σημερινό σύστημα των νοσοκομείων γενικής χρήσης.

Σε όλο το γερμανικό σύστημα υγείας, οι σχετικοί φορείς και ιδρύματα θα πρέπει να εξουσιοδοτηθούν να χρησιμοποιούν τα διαθέσιμα δεδομένα ποιότητας για την παρακολούθηση και τον έλεγχο της ποιότητας της περίθαλψης. Αυτό θα απαιτούσε να

παραχωρηθούν στο IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen), δηλαδή στο Ινστιτούτο Διασφάλισης Ποιότητας και Διαφάνειας στην Υγεία ορισμένες εξουσίες επιβολής. Αυτή η ενίσχυση των μηχανισμών ελέγχου της ποιότητας θα αποτελούσε αύξηση της βιωσιμότητας της παροχής υπηρεσιών. Σχετικά με την ανθεκτικότητα της παροχής υπηρεσιών, η λήψη αποφάσεων για την υγεία- πρέπει να στοχεύει σε μια επείγουσα θεραπεία και ταυτόχρονα να εγγυάται τη συνέχιση της παροχής επαρκών επιπέδων επείγουσας φροντίδας.

Τέλος, η ψηφιοποίηση και η καλύτερη χρήση των δεδομένων υγείας αποτελούν βασική προϋπόθεση για τον εκσυγχρονισμό του συστήματος. Η ασφαλής ανταλλαγή δεδομένων, η αξιοποίηση ηλεκτρονικών φακέλων υγείας και η συμμετοχή στον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων Υγείας μπορούν να υποστηρίξουν τόσο την παροχή φροντίδας όσο και την έρευνα και τη χάραξη πολιτικής (European Commission, 2021· Grosser & Greiner, 2021).

Εν΄κατακλείδι, η βελτίωση του γερμανικού συστήματος υγείας προϋποθέτει καλύτερο σχεδιασμό, επαρκή χρηματοδότηση, ενίσχυση του προσωπικού, αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας και μετάβαση σε πιο ολοκληρωμένα και ποιοτικά μοντέλα φροντίδας.

## 5.3 Η περίπτωση των ΗΠΑ

### 5.3.1 Έννοια Ορισμός υγειονομικού Συστήματος των ΗΠΑ

Το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ αποτελεί τον κυριότερο εκπρόσωπο των φιλελεύθερων συστημάτων υγείας και έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό από τον Ιδιωτικό Τομέα, ενώ χαρακτηρίζεται από μεγάλα ποσά χρηματοδότησης και εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό συμμετοχής της κυβέρνησης. Είναι ένα πολυδιάστατο και δυσνόητο υγειονομικό σύστημα, το οποίο ουσιαστικά ακολουθεί τους νόμους της αγοράς. Το κράτος και οι παρεμβάσεις του είναι περιορισμένες και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στην πλειοψηφία τους από ιδιωτικούς φορείς. Κύριο χαρακτηριστικό του αποτελεί ένα σύστημα τιμών το οποίο διαμορφώνει την αγορά και συνεπώς την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η υγειονομική κάλυψη στις ΗΠΑ, παρέχεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και η επιλογή της περίθαλψης εξαρτάται από την ελευθερία επιλογής του κάθε ασθενή. Δεδομένο ότι η ζήτηση σε ένα φιλελεύθερο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης καθορίζεται ουσιαστικά από το υφιστάμενο εισόδημα του καταναλωτή-ασφαλισμένου (Himmelstein.,2008).

Στην πραγματικότητα τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη μεγάλων υγειονομικών ανισοτήτων, διότι η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται τόσο από τις οικονομικές δυνατότητες του κάθε ασθενή-καταναλωτή-ασφαλισμένου, όσο και από την συγκέντρωση των υπηρεσιών στα αστικά κέντρα και την αδυναμία εφαρμογής περιφερειακών πολιτικών υγείας. Η υγειονομική ασφάλιση του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης γίνεται ουσιαστικά από φορείς που ανήκουν κυρίως στην ίδια την ασφαλιστική εταιρεία ή σε γιατρούς και κλινικές που είναι συμβεβλημένοι με την συγκεκριμένη ιδιωτική εταιρεία η οποία αποτελεί επιλογή του ασφαλισμένου πολίτη.

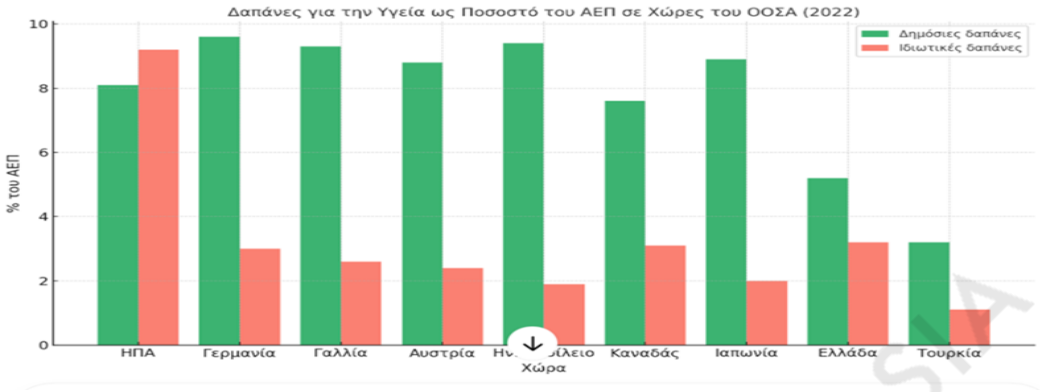
Η χρηματοδότηση των φιλελεύθερων συστημάτων υγείας προέρχεται κυρίως από ιδιωτικές πηγές και οι πάροχοι υγείας είναι ιδιώτες. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται κυρίως από τα ασφάλιστρα, ποσά δηλαδή που προέρχονται τόσο από τους εργαζομένους όσο και από τους εργοδότες στις εκάστοτε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που επιλέγουν και υπάρχουν στην ελεύθερη αγορά- ανάλογα με την εργασία του καθενός και τα εισοδήματα του. Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας που ακολουθείτε στις ΗΠΑ είναι βασισμένο στην θεωρία του "laissez-faire" ακολουθεί τον νόμο προσφοράς και ζήτησης, ενώ οι χρήστες με την ελευθερία της οικονομικής επιλογής αιτούνται υγειονομικές παροχές με ποσά που καθορίζονται κατόπιν επίτευξης ισορροπίας σε τρεις αγοραστικές κατηγορίες της νοσοκομειακής, της έξω-νοσοκομειακής και της φαρμακευτικής περίθαλψης (Υφαντόπουλος, 2003; Leiyu & Douglas, 2021).

Βασικές αρχές του φιλελευθέρου συστήματος αποτελούν η ατομική ιδιοκτησία και η οικονομική ελευθερία. Το βασικό του γνώρισμα, είναι πως οι υγειονομικές παροχές υλοποιούνται μέσα από το ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης, το οποίο διαφέρει στα είδη περίθαλψης που διαθέτει ανάλογα με το επάγγελμα του κάθε χρήστη, την δυνατότητα του για ασφαλιστικές εισφορές του ιδίου όσο και του εργοδότη του. Μόνο το 70% του πληθυσμού περίπου είναι ασφαλισμένο σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Επομένως, το υγειονομικό σύστημα διέπεται από κρίσιμες κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες (Οικονόμου, 2004; Σκουρολιάκος & Κοντοπίδης, 2020).

Στο γράφημα 5.2 παρουσιάζονται τόσο οι δημόσιες**,** όσο και οι ιδιωτικές υγειονομικές δαπάνες, ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) κατά το έτος 2022, σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ. Το άθροισμα των δύο μπαρών παρουσιάζει τη συνολική υγειονομική δαπάνη της κάθε χώρας που εμφανίζεται στο διάγραμμα. Οι ΗΠΑ εμφανίζονται στην πρώτη θέση, κατά το έτος 2022 αγγίζοντας το 17.3% του ΑΕΠ. Παράλληλα, άξιο

αναφοράς είναι το γεγονός ότι έχει πολύ υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, οι οποίες αγγίζουν το ποσοστό του 9.2%, σημάδι ενός εμπορευματοποιημένου υγειονομικού συστήματος. Παρά το γεγονός ότι διαθέτει και ένα μεγάλο δημόσιο κόστος της τάξης του 8.1%, αυτό δεν επαρκεί για καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού.

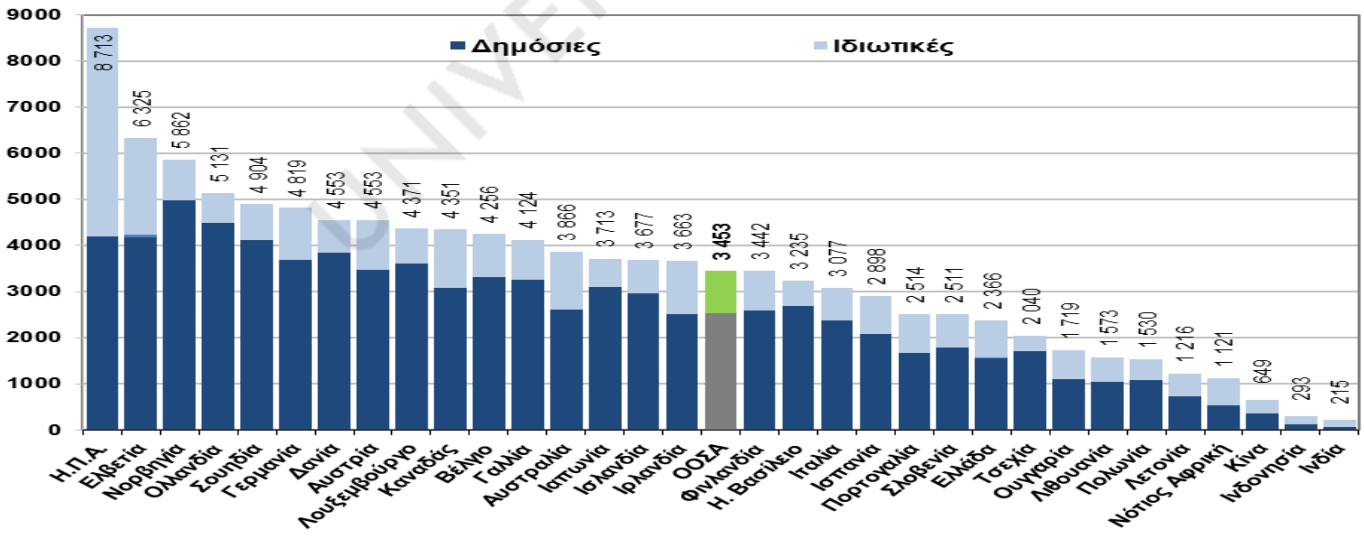
**Γράφημα 5.2: Δαπάνες για την υγεία, ως ποσοστό του ΑΕΠ σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2022.**




Πηγή: OECD Health Statistics 2022, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; WHO Global Health Expenditure Database

Ένα κύριο χαρακτηριστικό- το οποίο πρέπει να αναφερθεί σχετίζεται με τις δαπάνες και τις τιμές που πληρώνονται για την υγεία στις ΗΠΑ, οι οποίες είναι υψηλότερες από οπουδήποτε αλλού στον κόσμο. Παρά τις υψηλές δαπάνες για την υγεία, (Γράφημα 5.3) οι διεθνείς συγκρίσεις που αφορούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών παρουσιάζουν αρκετές διακυμάνσεις.

**Γράφημα 5.3: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2020**




Πηγή: OECD Health Statistics 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en; WHO Global Health Expenditure Database

**Πίνακας 5.1: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας σε χώρες του ΟΟΣΑ, 2022 ή πλησιέστερο έτος.**

| ΧΩΡΑ | ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (USD PPP, ΣΕ ΔΟΛΑΡΙΑ) |
|---|---|
| Ηνωμένες Πολιτείες | 12.555 |
| Ελβετία | 8.049 |
| Γερμανία | 8.011 |
| Νορβηγία | 7.771 |
| Αυστρία | 7.000 |
| Καναδάς | 6.000 |
| Ελλάδα | 3.000 |
| Τουρκία | 1.827 |
| Μεξικό | 1.181 |

Πηγή: United Nations Development Programme 2022

Όπως παρουσιάζεται στον παραπάνω πίνακα 5.1, οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπανούν σαφώς μεγαλύτερα ποσά για κάθε άτομο για την υγεία, συγκριτικά με άλλες χώρες που ανήκουν στον ΟΟΣΑ, με τις δαπάνες μάλιστα να αγγίζουν τα 12.555 USD το έτος 2022, σχεδόν υπερδιπλάσιες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Επιπρόσθετα, το κόστος περίθαλψης διαφέρει με βάση το ασφαλιστικό σύστημα που διαθέτει ο καθένας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι δείκτες υγείας για ορισμένες παθήσεις σχετικά με το προσδόκιμο ζωής. Συγκεκριμένα, εμφανίζονται υψηλοί δείκτες υγείας που αφορούν κάποια είδη παθήσεων (π.χ. για ορισμένες μορφές καρκίνου) και πολύ χαμηλοί δείκτες υγείας για ορισμένες άλλες παθήσεις (π.χ. άσθμα), ενώ παράλληλα οι πιθανότητες επιβίωσης παραμένουν σε χαμηλά ποσοστά, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ (Πίνακας 5.2). Παρά το γεγονός ότι παρέχεται υψηλή κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη, το προσδόκιμο ζωής στις ΗΠΑ είναι αρκετά πιο χαμηλό συγκριτικά με τις υπόλοιπες ανεπτυγμένες χώρες. Αυτό το γεγονός οφείλεται σε παράγοντες όπως η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες και οι συνήθειες του τρόπου ζωής.

**Πίνακας 5.2: Προσδόκιμο ζωής για το 2019 (Έκθεση 2020)**

| ΘΕΣΗ | ΧΩΡΑ | ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ | ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ | ΠΡΟΣΔΟΚΙΜΟ ΖΩΗΣ ΑΝΔΡΩΝ |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ΙΑΠΩΝΙΑ | 84,6 | 87,7 | 81,5 |
| 2 | ΕΛΒΕΤΙΑ | 83,8 | 85,6 | 81,9 |
| 3 | ΙΤΑΛΙΑ | 83,5 | 85,5 | 81,3 |
| 4 | ΓΑΛΛΙΑ | 82,7 | 85,5 | 79,7 |
| 5 | ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ | 83,4 | 85,4 | 81,5 |
| 6 | ΙΣΛΑΝΔΙΑ | 83,0 | 84,5 | 81,5 |
| 7 | ΣΟΥΗΔΙΑ | 82,8 | 84,6 | 81,0 |
| 8 | ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ | 82,3 | 84,3 | 80,2 |
| 9 | ΝΟΡΒΗΓΙΑ | 82,4 | 84,4 | 80,4 |
| 10 | ΚΑΝΑΔΑΣ | 82,4 | 84,4 | 80,4 |
| 11 | ΟΛΛΑΝΔΙΑ | 82,3 | 84,0 | 80,6 |
| 12 | ΑΥΣΤΡΙΑ | 81,5 | 83,9 | 79,2 |
| 13 | ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ | 81,3 | 83,0 | 79,6 |
| 14 | ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ | 81,9 | 84,7 | 79,1 |
| 15 | ΙΡΛΑΝΔΙΑ | 82,3 | 83,9 | 80,7 |
| 16 | ΓΕΡΜΑΝΙΑ | 81,3 | 83,7 | 78,9 |
| 17 | ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ | 82,1 | 84,9 | 79,0 |
| 18 | ΒΕΛΓΙΟ | 81,6 | 83,9 | 79,3 |
| 19 | ΔΑΝΙΑ | 80,9 | 82,9 | 78,9 |
| 20 | ΗΠΑ | 78,9 | 81,4 | 76,3 |

Πηγή: United Nations Development Programme 2020, http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf

Οι ΗΠΑ ανήκουν στο σύνολο εκείνων των χωρών, που δεν εγγυώνται δικαίωμα πρόσβασης σε όλους τους τομείς της υγείας για το σύνολο του πληθυσμού τους. Οι περισσότεροι Αμερικανοί για την κάλυψη των υγειονομικών τους αναγκών, διαθέτουν ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης. Με βάση μελέτες έχει εκτιμηθεί ότι μόνο για το έτος 2004, οι απώλειες σε ανθρώπινες ζωές λόγω αδυναμίας υγειονομικής περίθαλψης, ανήλθαν στις 18.000, ενώ πέντε χρόνια αργότερα ο αριθμός των θανάτων αυτών αυξήθηκε σε 44.800 (Wilper et al., 2009).

Σε ότι σχετίζεται με την παραγωγή φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού, οι ΗΠΑ πρωτοστατούν παγκοσμίως, τόσο ως προς τα έσοδα, όσο και σε θέματα ιατρικής καινοτομίας, διαθέτοντας μια τεράστια παραγωγή. Παρά το γεγονός πως διαθέτουν ένα

δημόσιο σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ο ιδιωτικός τομέας είναι εκείνος που κυριαρχεί στην ασφάλιση και στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η παραγωγή φαρμάκων, ιατρικών εργαλείων και συσκευών, καθώς και τα υλικά νοσηλείας, έχουν ανατεθεί σε ιδιωτικούς φορείς, ενώ η χρηματοδότηση για τα διάφορα ερευνητικά προγράμματα γίνεται τόσο από ιδιώτες όσο και από το ίδιο το κράτος. Οι υψηλές τιμές με τις οποίες διατίθενται τα φάρμακα στην εγχώρια αγορά, εξασφαλίζουν τους απαραίτητους πόρους για επίτευξη επενδυτικών προγραμμάτων για την έρευνα και την τεχνολογική εξέλιξη.

Το 1960 εμφανίστηκαν και τα πρώτα κυβερνητικά προγράμματα ασφάλισης, Medicare και Medicaid ,τα οποία αφορούσαν την περίθαλψη των ασθενέστερων κοινωνικών στρωμάτων, των ανέργων, ορισμένων ηλικιωμένων και των αναπήρων. Η εξυπηρέτηση των πολιτών στα παραπάνω προγράμματα λάμβανε χώρα μέσα από νοσοκομεία τα οποία είχαν συνάψει συμβάσεις και γιατρούς σε πολιτειακό επίπεδο (Phelps, 1997; Leiyu & Douglas, 2021).

Το πρόγραμμα «Medicare» καλύπτει ουσιαστικά τους ανασφάλιστους- φτωχούς ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, τα άτομα με ειδικές ανάγκες, χρηματοδοτείται μέσω ενός ειδικού φόρου από εργαζομένους και κατά ένα πολύ μικρό ποσοστό από τους ίδιους τους δικαιούχους. Καλύπτει κυρίως τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας δηλαδή τη νοσοκομειακή περίθαλψη και ένα πολύ μικρό μέρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δηλαδή της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Το πρόγραμμα «Medicaid» καλύπτει όλους τους υπόλοιπους ανασφάλιστους, δηλαδή τους άπορους, τους ανέργους και τους ανάπηρους, και γενικότερα τα πιο φτωχά κοινωνικά στρώματα της αμερικανικής κοινωνίας, όπου χρηματοδοτείται κυρίως από την φορολογία και από την ίδια την πολιτεία. Καλύπτει όλο το φάσμα τόσο της νοσοκομειακής φροντίδας όσο και της εξωνοσοκομειακής (Υφαντόπουλος, 2003; Asbury & Terry, 2019).

### 5.3.2 Ιστορική αναδρομή Υγειονομικού Συστήματος των ΗΠΑ

Στα χρόνια της δημιουργίας και συγκρότησης, του αποκαλούμενου «Νέου Κόσμου», ξεκίνησε και μια έξαρση κατασκευής και λειτουργίας των πρώτων νοσοκομειακών μονάδων. Από το έτος 1494 μέχρι και το έτος 1798 στον αποκαλούμενο «Νέο Κόσμο», ιδρύθηκαν πολλές νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες κάλυπταν τις ανάγκες των ευρωπαίων αποίκων- αναπτύσσοντας υψηλά ποιοτικά κριτήρια για τα δεδομένα της εποχής. Το 1798 με νόμο των ΗΠΑ, καθορίστηκε η πρώτη ομοσπονδιακή νοσοκομειακή φροντίδα, η οποία παρείχε νοσηλεία σε ανθρώπους με ειδικές ανάγκες. Το 1802 ανεγέρθη ακόμη ένα

Νοσοκομείο στη Βοστώνη της Μασαχουσέτης, ενώ μέχρι το 1861 είχαν ήδη κατασκευαστεί και λειτουργούσαν 30 Νοσοκομεία στον «Νέο Κόσμο». Στις απαρχές του 20ου αιώνα ιδρύθηκαν πολλά νοσοκομειακά ιδρύματα, δημόσια και ιδιωτικά, φτάνοντας στο 1984, υπήρχαν στην Αμερική χιλιάδες Νοσοκομεία και ένα εξειδικευμένο σύστημα υγείας όπου στηριζόταν σε ποιοτικά δεδομένα τα οποία η Αμερική είχε ήδη καθιερώσει, εδώ και αρκετά χρόνια στη βιομηχανική της παραγωγή. Στη σημερινή εποχή οι ΗΠΑ διαθέτουν ένα από τα πιο σύγχρονα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, ακολουθώντας πιστά εξειδικευμένα ποιοτικά δεδομένα. (Clarke, 1996; Morone, 2019).

Από το 1960 και έπειτα παρατηρείται στις ΗΠΑ κάποιου νέου είδους κεντρικού σχεδιασμού σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη ώστε να μπορούν να συνυπάρχουν και να δρουν συμπληρωματικά η ιδιωτική ασφάλιση μαζί με δημόσια σχήματα, με σκοπό την σωστή παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες. Έτσι δημιουργείται ο Οργανισμός Διατήρησης της Υγείας ( Health Maintenance Organizations ή HMOs) ο οποίος αφορά την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης από ομάδες ιατρών που αμείβονται εκ' των προτέρων με καθορισμένο ποσό ετησίως (Folland et al, 2021). Πρόκειται ουσιαστικά για έναν όμιλο ιατρικής ασφάλισης που παρέχει υπηρεσίες υγείας έναντι πάγιας ετήσιας αμοιβής. Από 9 εκατ. που ήταν εγγεγραμμένοι στις λίστες τους το 1980, έφτασαν στα 42,1 εκατ. το 1993 και ξεπέρασαν τα 79 εκατ. το 2000 (Kaiser, 2004; OECD, 2023).

Το 1980, ως προέκταση και βελτιωμένη μορφή των HMOs αποτελούν οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organizations ή PPOs), οι οποίοι θεωρούνται κατά γενική ομολογία ως ανταγωνιστές των HMOs, στους οποίους παρεμβαίνουν πλέον οι ασφαλιστικές ιδιωτικές εταιρείες, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες υγείας- πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες μέσω της σύναψης συμφωνιών- συμβάσεων., με προμηθευτές υγείας όπως γιατρούς και νοσοκομεία καθώς και κλινικές (Flynn et al., 2020). Όσον αφορά τους ασθενείς- καταναλωτές το σύστημα αυτό είναι ελκυστικό, διότι μπορούν να επιλέξουν μέσα από μία πληθώρα συμβεβλημένων προμηθευτών υγείας – ιατρών- νοσοκομείων- ιδιωτικών κλινικών- ιατρικών εργαστηρίων και σε μερικές ακόμα περιπτώσεις με κάποια μικρή οικονομική επιβάρυνση να ζητήσουν και υπηρεσίες υγείας εκτός από αυτές που είναι συμβεβλημένες με την PPOs (Κυριόπουλος κα., 2020).

Κατά τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και τη δεκαετία του 1990, οι συμβάσεις κατευθυνόμενης φροντίδας επηρέασαν σημαντικά τη μετατόπιση του κόστους υγείας, με αποτέλεσμα κυβερνητικά προγράμματα, όπως το Medicaid, να επιβαρύνονται όλο και περισσότερο με την κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών. Παράλληλα, ο αυξανόμενος

ανταγωνισμός μεταξύ των προγραμμάτων ελεγχόμενης φροντίδας οδήγησε στη δημιουργία μιας δεύτερης γενιάς HMOs και στην ανάπτυξη των Ανεξάρτητων Εταιρειών Ιατρικής Άσκησης (Independent Practice Associations – IPAs). Μέσα από διαδικασίες συγχωνεύσεων και εξαγορών, οι HMOs εξελίχθηκαν σε ισχυρά ολιγοπωλιακά σχήματα, κυριαρχώντας στην ασφαλιστική αγορά υγείας των ΗΠΑ στα τέλη της δεκαετίας του 1990 ( Woolhandler & Himmelstein, 2004).

Η δεκαετία του 1990 ήταν μια περίοδος αναταράξεων για το σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Ενώ στα χρόνια της πρώτης πολιτικής θητείας του Προέδρου Bill Clinton οι προτάσεις μεταρρύθμισης από την πλευρά της κυβέρνησης, αναφορικά με το σύστημα υγείας της χώρας αντιμετώπιζαν σοβαρές αντιστάσεις, η χρηματοδότηση και η οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας τροποποιήθηκε κυρίως εξαιτίας διάφορων μεταβολών σε ορισμένους λειτουργικούς νόμους της αγοράς. Η κατευθυνόμενη φροντίδα είχε αντικαταστήσει το σύστημα της πληρωμής κατά πράξη και η ανάπτυξη ολοκληρωμένων – οργανωμένων- δικτύων και συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας έθεσε υπό αμφισβήτηση την κατάτμηση, στο επίπεδο της αγοράς των υπηρεσιών υγείας οι οποίες προσφέρονταν από τον ιατρό, το νοσοκομείο και άλλους φορείς. Αυτές οι καινοτομίες στο χώρο της υγείας, με την αγορά των υπηρεσιών υγείας έφεραν στην επιφάνεια προβληματισμούς σε σχέση με το υψηλό ποσοστό του ΑΕΠ - 13,6%- που αντιστοιχεί στον τομέα της υγείας και ενίσχυσε τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού των μικρών κατά κύριο λόγο επιχειρήσεων και του νομοθετικού σώματος για το υψηλό κόστος υγείας σε σχέση με τα οφέλη που παρέχει (Rublee & Sheneider, 1991; OECD, 2020). Παράλληλα ο αριθμός των ανασφάλιστων Αμερικανών δυστυχώς αυξάνεται.

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, αποτελούσε ένα από τα λιγότερα αποτελεσματικά συστήματα υγείας κυρίως αν σκεφτεί κανείς το κράτος της Αμερικής που λειτουργεί ως μία υπερδύναμη και είναι το πρώτο κράτος τόσο σε ανάπτυξη όσο και στις νέες εφαρμογές της επιστήμης και της τεχνολογίας, μέχρι την κυβέρνηση του Αμερικανού Προέδρου Barack Obama, ο οποίος με το πρόγραμμα του επέφερε αλλαγές στο σύστημα Υγείας των ΗΠΑ- το λεγόμενο γνωστό ως «Obamacare» (Niles, 2014). Συγκεκριμένα πριν το πρόγραμμα του Αμερικανού Προέδρου οι ιατροί με μεγάλη εξειδίκευση αμείβονταν περισσότερο από τους γενικούς ιατρούς, παρόλο που οι τελευταίοι δούλευαν περισσότερο, ήταν πιο χρήσιμοι για τους ασθενείς ενώ αμείβονταν λιγότερο. Με το πρόγραμμα Obamacare προσδιορίστηκαν οι αμοιβές των ιατρών με βάση την ζήτηση τους, την χρήση τους και την αποτελεσματικότητα τους και όχι την εξειδίκευση τους.

### 5.3.3 Υγειονομικό Σύστημα των ΗΠΑ-τα πιο σημαντικά γεγονότα-μεταρρυθμίσεις

Το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ, αποτελείται από πολλά υποσυστήματα τα οποία λειτουργούν άλλοτε ανεξάρτητα και άλλοτε συνεργάζονται μεταξύ τους. Οι διάφορες υγειονομικές αρμοδιότητες, ανατίθενται μεταξύ των Ομοσπονδιακών και των Πολιτειακών Κυβερνήσεων. Ενδεικτικά αναφέρεται πως οι πολιτείες παρέχουν χρηματοδότηση και ασκούν διοίκηση σε αρκετές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας, καταβάλλουν το ποσό που τους αναλογεί για τις παροχές του προγράμματος Medicaid, ενώ παράλληλα θεσπίζουν νομοθεσία η οποία αφορά τις πολιτικές ασφάλισης της υγείας, που δεν καλύπτονται από σχέδια αυτασφάλισης εκ μέρους των εργοδοτών. Επιπλέον σε ομοσπονδιακό επίπεδο, καθορίζονται τα ζητήματα που αφορούν την προμήθεια προϊόντων, όπως τα φαρμακευτικά σκευάσματα και τα ιατροτεχνολογικά βοηθήματα. Όπως έχει ήδη αναφερθεί το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ περιλαμβάνει τόσο ιδιωτική, όσο και δημόσια ασφάλιση, ωστόσο την κυρίαρχη θέση κατέχει με μεγάλη διαφορά, η ιδιωτική ασφάλιση (Hochman, 2020).

Οι δομές υγείας στις ΗΠΑ, ανήκουν στην πλειοψηφία τους σε ιδιώτες, ενώ υφίσταται και ένα μικρό ποσοστό κρατικών, πολιτειακών καθώς και δημοτικών δομών. Σε ότι αφορά τα νοσοκομεία, περίπου το 70%, είναι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ταυτόχρονα υπάρχουν και ιδιωτικά νοσοκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και δημόσια τα οποία ελέγχονται από την Πολιτεία ή τους Δήμους. Άξιο παρατήρησης είναι το γεγονός ότι στις ΗΠΑ δεν υφίσταται ένα ενιαίο σύστημα υγειονομικών δομών, αντιθέτως υφίστανται τοπικές δημόσιες μονάδες, που απευθύνονται στο ευρύ κοινό.

Ένα άλλο κομμάτι παροχών υγείας αποτελούν τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα οποία διοικούνται από το Υπουργείο Άμυνας, χρηματοδοτούνται από στρατιωτικούς πόρους και αφορούν καθαρά το εν ενεργεία στρατιωτικό προσωπικό. Τέλος για τους ιθαγενείς πολίτες, των οποίων η ιατρική περίθαλψη δεν καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση ή άλλα κυβερνητικά προγράμματα, λειτουργούν διαφορετικές δομές υγείας, με ξεχωριστές κτιριακές υποδομές, οι οποίες χρηματοδοτούνται από ιδιωτικούς φορείς (Rice et al.,2013).

Τα κύρια όργανα που διαδραματίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο στο Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ, είναι οι διάφοροι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς, η Κυβέρνηση και οι ασφαλιστικές εταιρείες. Η Κυβέρνηση των ΗΠΑ παρέχει τα εξής ασφαλιστικά προγράμματα:

- Το πρόγραμμα Medicare, το οποίο αφορά πολίτες άνω των 65 ετών και αναπήρους. (με βάση τα πιο πρόσφατα στοιχεία του 2024, το πρόγραμμα καλύπτει περίπου το 19-20% του συνολικού πληθυσμού).
- Το πρόγραμμα Medicaid, που παρέχει ιατρική κάλυψη σε πολίτες με χαμηλό εισόδημα, παιδιά, έγκυες γυναίκες και ΑΜΕΑ (το πρόγραμμα Medicaid ανταποκρίνεται κατά προσέγγιση στο 21-23% του πληθυσμού των ΗΠΑ).
- Προγράμματα ασφάλισης παιδιών, που δεν συμπεριλαμβάνονται στο πρόγραμμα Medicaid (αναλογικά με τον συνολικό πληθυσμό των ΗΠΑ (~330 εκατ.), το ποσοστό είναι περίπου 1,8-2%).
- Πρόγραμμα ασφάλισης των ιθαγενών κατοίκων (αντιστοιχεί σε περίπου 0,7% του συνολικού πληθυσμού των ΗΠΑ).
- Πρόγραμμα Ασφάλισης για την υγειονομική περίθαλψη των βετεράνων και των οικογενειών τους (Veterans Administration, αντιστοιχεί περίπου στο 3% του συνολικού πληθυσμού των ΗΠΑ, εστιάζοντας κατά κύριο λόγο στους ίδιους τους βετεράνους).
- Τα τοπικά πολιτειακά νοσοκομεία εξυπηρετούν περίπου το 10-15% του συνόλου του πληθυσμού.
- Το πρόγραμμα TRICARE, το οποίο αφορά την χρηματική κάλυψη του κόστους περίθαλψης ατόμων που υπηρετούν στις ένοπλες δυνάμεις, σε νοσοκομεία και ιατρικά κέντρα που δεν είναι στρατιωτικά (αντιστοιχεί σε περίπου 2,9% του συνολικού πληθυσμού).
- Το πρόγραμμα Title X, δηλαδή υγειονομικές δαπάνες για ζητήματα εγκυμοσύνης και σύλληψης, καλύπτει κατά προσέγγιση το 1-1,2% του συνολικού πληθυσμού των ΗΠΑ (Rice et al., 2020).

Σημαντική βοήθεια για τα ανασφάλιστα άτομα αποτελεί η νομοθεσία EMTALA (Emergency Medical Treatment and Labort Act), η οποία υποχρεώνει όλα ανεξαιρέτως τα νοσοκομεία να δέχονται τα επείγοντα περιστατικά, ανεξάρτητα από την δυνατότητα πληρωμής. Η κάλυψη των εξόδων νοσηλείας των ατόμων αυτών έχει ανατεθεί σε πολιτειακά και ομοσπονδιακά κυβερνητικά προγράμματα, που όμως δεν αρκούν για την καταβολή του συνολικού κόστους (Πολύζος, 2013).

- **<u>Παροχή Υπηρεσιών Υγείας</u>**

Σε ότι αφορά την είσοδο των πολιτών στο υγειονομικό σύστημα, αυτό συνήθως γίνεται με την υποβοήθηση ενός ιατρού πρωτοβάθμιας φροντίδας- αν και σε ορισμένες

κατηγορίες ασφάλισης, (όπως ο Οργανισμός Προτιμώμενου Παρόχου – Preferred Provider Organization – PPO), τα άτομα μπορούν να μεταβούν απευθείας σε κάποιο εξειδικευμένο ιατρό. Τα ανασφάλιστα άτομα δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ωστόσο έχουν την δυνατότητα να επισκεφτούν κοινοτικά κέντρα υγείας και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών όλων των νοσοκομείων.

Επιπρόσθετα το υψηλό κόστος το οποίο καλούνται να καταβάλουν οι ασθενείς, αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα στο να αναζητήσουν από ειδικό ιατρό, χειρουργική ή ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Το πρόγραμμα Medicare χρηματοδοτεί τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, με βάση τον νόμο EMTALA, ώστε να περιθάλπονται ασθενείς που χρήζουν άμεση περίθαλψη, μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους. Παράλληλα τα άτομα με μικρά ιατρικά προβλήματα, έχουν την δυνατότητα να επισκεφτούν φαρμακεία και μικρές ιατρικές μονάδες, οι οποίες λειτουργούν ακόμα και μέσα σε πολυκαταστήματα (Rice et al., 2013).

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχουν αρχίσει να αποτελούν κομμάτι της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ταυτόχρονα υπάρχει μείωση στην παροχή φυσιοθεραπευτικών υπηρεσιών και συμβουλευτικής ψυχικής υγείας. Πλέον τα νοσοκομεία λόγω της έλλειψης πόρων, τείνουν να αποδεσμεύουν τους ασθενείς που δεν χρήζουν επείγουσας ιατρικής φροντίδας και έτσι αυξήθηκαν κατά τα τελευταία έτη οι περιπτώσεις κατ' οίκον νοσηλείας.

Στις ΗΠΑ το επίκεντρο της βαρύτητας του Υγειονομικού Συστήματος βρίσκεται στην δικαιοδοσία του Κράτους. Σε ορισμένες από τις πολιτείες οι υπηρεσίες υγείας είναι περισσότερο αποκεντρωμένες, σε ομοσπονδιακό επίπεδο, η Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας των ΗΠΑ αποτελείται από οκτώ ομοσπονδιακές υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Η διαθεσιμότητα των φαρμακευτικών προϊόντων, στις ΗΠΑ υφίσταται μια ευρεία βιομηχανία και αγορά, μεγαλύτερη από άλλες βιομηχανικές χώρες. Η χρησιμοποίηση συμπληρωματικών και εναλλακτικών φαρμάκων, γνωστών ως Complementary and Alternative Medicine (CAM), αυξάνεται συνεχώς (Rice et al., 2020).

- **<u>Ηλεκτρονική Υγεία</u>**

Μια επιπλέον θετική εξέλιξη που παρατηρείται στο Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ, είναι η ανάπτυξη της Τεχνολογίας Πληροφοριών της Υγείας, γεγονός που αποτελεί μια σπουδαία μεταρρύθμιση. Η καθιέρωση του στρατηγικού σχεδιασμού των πληροφοριακών συστημάτων για τον τομέα της υγείας για την χρονική περίοδο 2010-2015 δημιούργησε μια

ισχυρή βάση για την εξάπλωση και την εδραίωση της ηλεκτρονικής υγείας. Από το έτος 2015 και έπειτα, μετά και την παροχή σχετικών κινήτρων, περισσότεροι από 450.000 επιλεγμένοι επαγγελματίες και 4.800 νοσοκομεία, συμμετέχουν ενεργά στη χρήση Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου (ΗΙΦ). Για τις παροχές των ΗΙΦ, άρχισαν να ενδιαφέρονται επίσης τόσο οι κυβερνητικές υπηρεσίες, όσο και φορείς ιδιωτικού φορέα (Wilper et al., 2019).

Μια από αυτές τις πρωτοβουλίες, γνωστή με την επωνυμία «Blue Button» και η οποία εφαρμόζεται ακόμα, παρέχει στους πολίτες την δυνατότητα να συνδεθούν στο διαδίκτυο και να έχουν πρόσβαση στα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας τους, έχοντας με τον τρόπο αυτό καλύτερο έλεγχο των προσωπικών τους πληροφοριών υγείας. Η έλλειψη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων επηρεάζει κυρίως ευάλωτους πληθυσμούς, όπως ηλικιωμένους, χρόνια πάσχοντες και άτομα που λαμβάνουν μακροχρόνια φροντίδα. Για τις ομάδες αυτές, η άμεση πρόσβαση σε ακριβή και πλήρη ιατρικά δεδομένα είναι καθοριστικής σημασίας τόσο για την πορεία της θεραπείας όσο και για τη λήψη ορθών ιατρικών αποφάσεων σχετικά με την περαιτέρω φροντίδα και αποκατάστασή τους.

- **<u>Προσπάθειες μεταρρύθμισης του Αμερικανικού συστήματος υγείας</u>**

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1910 και την κυβέρνηση του προέδρου Ρούσβελτ μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1990 έχει γίνει έξι φορές προσπάθεια από κυβερνήσεις των Ηνωμένων Πολιτείων Αμερικής για μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και στην πλειοψηφία τους κατέληξαν σε αποτυχία. Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η μεταρρύθμιση του 1965 που θέσπισε τα προγράμματα Medicare και Medicaid, ενώ η τελευταία προσπάθεια για μεταρρύθμιση πραγματοποιήθηκε από την κυβέρνηση του προέδρου Κλίντον το 1993.

Το 1993 η διακυβέρνηση του προέδρου Κλίντον πρότεινε το νόμο Εθνικής Ασφάλισης Υγείας. Ως σκοπό είχε τη συνολική κάλυψη των αναγκών για υπηρεσίες υγείας όλων των Αμερικανών πολιτών, αλλά και τον περιορισμό των δαπανών για τον τομέα της υγείας. Με βάση την πρόταση του προέδρου Κλίντον, θα ιδρύονταν μη κερδοσκοπικοί συνασπισμοί υγείας, οι οποίοι εκμεταλλευόμενοι την αγοραστική τους δύναμη θα διαπραγματεύονταν με τις ασφαλιστικές εταιρείες εκ μέρους των πολιτών και των επιχειρήσεων μίας περιοχής. Επιπρόσθετα, υπήρχε μέριμνα για μειωμένα ασφάλιστρα, αλλά και επιδοτήσεις για τις μικρότερες επιχειρήσεις και για τις οικονομικά ασθενέστερες πληθυσμιακές κατηγορίες, όπως οι άνεργοι αλλά και οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης.

Τέλος, θα δημιουργούταν ένα ΕΣΥ που θα είχε ως αρμοδιότητα την κατάρτιση σφαιρικών προϋπολογισμών για κάθε συνασπισμό υγείας με σκοπό τη συγκράτηση των δαπανών για την υγεία. Τελικά, η πρόταση νόμου του Προέδρου Κλίντον δεν προχώρησε για διάφορους λόγους. Ο σημαντικότερος ίσως λόγος της αποτυχίας του εγχειρήματος ήταν η παρατεταμένη διάρκεια της διαβούλευσης, η οποία έδωσε στην αντιπολίτευση τον απαραίτητο χρόνο να βρει τα κατάλληλα αντεπιχειρήματα.

- **<u>Ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας</u>**

Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ, αποτελούσε ένα από τα λιγότερα αποτελεσματικά συστήματα υγείας γεγονός που δεν τιμά την ίδια την Αμερική ως κράτος που λειτουργεί ως μία υπερδύναμη και είναι το πρώτο κράτος τόσο σε ανάπτυξη όσο και στις νέες εφαρμογές της επιστήμης και της τεχνολογίας, μέχρι την κυβέρνηση του Αμερικανού Προέδρου Barack Obama, ο οποίος με το πρόγραμμα του- επέφερε αλλαγές στο σύστημα Υγείας των ΗΠΑ- το λεγόμενο γνωστό ως «Obamacare» (Niles, 2014). Αναλυτικότερα στις 23 Μαρτίου του 2010, περίοδος της διακυβέρνησης του προέδρου Μπαράκ Ομπάμα, ψηφίστηκε ο νόμος για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας (Patient Protection and Affordable Care Act - PPACA), ο οποίος αποτελεί τη μεγαλύτερη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τα τελευταία 50 χρόνια. Οι διάφορες διατάξεις του νόμου ήταν προγραμματισμένες να εφαρμοστούν σταδιακά από την ημερομηνία θέσπισης του νόμου μέχρι και το 2018 με τις σημαντικότερες διατάξεις να τίθενται σε εφαρμογή την πρώτη Ιανουαρίου του 2014.

Στόχος του νόμου αποτελούσε η εξάλειψη των παθογενειών του Αμερικανικού υγειονομικού συστήματος, με κύρια επιδίωξη την εξασφάλιση προσιτής φροντίδας υγείας για τον πληθυσμό στο σύνολό του, μέσω της προσφοράς ασφαλιστικής κάλυψης στους πολίτες με μειωμένα εισοδηματικά κριτήρια, αλλά και με την παροχή επιδότησης και την εξάλειψη των εμποδίων για εκείνους που επιθυμούν να αποκτήσουν ιδιωτική υγειονομική ασφάλιση. Κρίσιμες επιδιώξεις του νόμου αποτελούσαν, η μείωση του ρυθμού αύξησης των δαπανών για την υγεία καθώς επίσης και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τα οποία επιτυγχάνονταν μέσω κινήτρων αλλά και προστίμων ανάλογα με την αποτελεσματική ή όχι χρήση των πόρων για την υγεία (Rice et al, 2013).

### 5.3.4 Χρηματοδότηση Υγειονομικού Συστήματος των ΗΠΑ

Στις ΗΠΑ, λαμβάνουν χώρα πολύ μεγάλες ετήσιες κατά κεφαλή δαπάνες για τον τομέα της υγείας, ενώ ταυτόχρονα εντοπίζονται και τα υψηλότερα επίπεδα δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (16,4% το έτος 2013) παγκοσμίως (World Bank, 2015). Από αυτή τη δαπάνη, ένα μέρος καλύπτεται από το κράτος, με αποτέλεσμα οι ΗΠΑ να παρουσιάζουν την τέταρτη παγκοσμίως υψηλότερη κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας (3.426 δολάρια το 2010). Ωστόσο επειδή το κόστος για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καλύπτεται κατά κύριο λόγο από το εισόδημα των πολιτών, χωρίς κρατικές διευκολύνσεις, δεν ήταν λίγα τα νοικοκυριά εκείνα που οδηγήθηκαν στην πτώχευση.

Πιο αναλυτικά, κατά το έτος 2001 το 46,2% όλων των πτωχεύσεων είχαν ως αιτία την ανάγκη κάλυψης ιατρικών δαπανών, ενώ λίγα χρόνια αργότερα, το 2007 το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών που αιτήθηκαν προστασία και ευνοϊκότερη μεταχείριση λόγω πτώχευσης, και πάλι ως αιτία τις υψηλές ιατρικές δαπάνες (WHO, 2011). Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι το 2013, η συνολική δαπάνη για το Σύστημα Υγείας στις ΗΠΑ, άγγιξε το 16,4% του ΑΕΠ και ήταν και πάλι η υψηλότερη στον κόσμο (OECD, 2015).

Με βάση τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα από το Κέντρο Υπηρεσιών Medicare & Medicaid (CMS), η κατανομή των πηγών χρηματοδότησης για τις υγειονομικές δαπάνες στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2022 παρουσιάζονται στον πίνακα 5.3 και οι δαπάνες υγείας ανά κατηγορία για το ίδιο έτος στον πίνακα 5.4.

**Πίνακας 5.3: Κατανομή πηγών χρηματοδότησης της υγείας στις Η.Π.Α (2022)**

| Πηγή Χρηματοδότησης | Δαπάνη (δισεκατομμύρια δολάρια) | Ποσοστό επί του συνόλου (%) |
|---|---|---|
| Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας | 1.289,8 | 29 |
| Medicare | 944,3 | 21 |
| Medicaid | 805,7 | 18 |
| Άλλοι Τρίτοι Πληρωτές και Προγράμματα | 564,0 | 13 |

Πηγή: OECD, 2022.

Στις ΗΠΑ οι δαπάνες που αφορούν την υγειονομική ασφάλιση, αυξάνονται με ταχύτερους ρυθμούς από ότι τα εισοδήματα και ο πληθωρισμός. Περίπου η μισή από τη συνολική αύξηση στις υγειονομικές δαπάνες που έλαβε χώρα κατά τη πάροδο των

δεκαετιών που προηγήθηκαν, έχει άμεση σύνδεση με ένα σύνολο αλλαγών που σχετίζονται με την ιατρική περίθαλψη που ασφαλώς κατέστησαν εφικτές λόγω της τεχνολογικής προόδου. Το υπόλοιπο ποσοστό της αύξησης οφείλεται στην άνοδο του γενικού επιπέδου εισοδημάτων, τις αλλαγές στην ασφαλιστική κάλυψη και τη γενική αύξηση των τιμών. Επίσης πρέπει να αναφερθεί ότι το μεγαλύτερο μέρος της αύξησης αυτής αξιοποιείται για τα νοσοκομεία και τους μισθούς των ιατρών, ενώ το 10% διοχετεύεται στην συνταγογράφηση φαρμάκων, η χρήση των οποίων αυξήθηκε ιδιαίτερα μεταξύ αυτών που διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη.

**Πίνακας 5.4 Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία στις Η.Π.Α (2022).**

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | ΠΟΣΟΣΤΟ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ |
|---|---|
| Νοσοκομειακή Περίθαλψη | 30,0% |
| Ιατροί και κλινικές | 18,9% |
| Φάρμακα και ιατρικά αναλώσιμα | 8,9% |
| Μαιευτική | 9,4% |
| Οδοντιατρική | 3,3% |
| Κατ' οίκον νοσηλεία | 5,8% |
| Ιατρικός Εξοπλισμός | 4,2% |
| Λοιπές κατηγορίες | 4,6% |

Πηγή: OECD 2022.

Το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας απαρτίζεται ουσιαστικά από την αμοιβή κατά πράξη, την κατευθυνόμενη φροντίδα, τα Medicare/Medicaid, τον τρόπο Διοίκησης του Νοσοκομείου των Βετεράνων και τη φροντίδα υγείας από φιλανθρωπικά ιδρύματα. Η χρηματοδότηση του Αμερικάνικου Συστήματος Υγείας είναι έμμεση όταν ο κύριος ασφαλιστικός φορέας ή η κυβέρνηση συνάπτουν συμβόλαια συνεργασίας για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότερες παροχές υγείας στις ΗΠΑ, χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης ή μέσω άμεσων πληρωμών από ασθενείς. Είναι γεγονός ότι η οργάνωση και η χρηματοδότηση των εθνικών συστημάτων υγείας όπως των ΗΠΑ, είναι δυνατόν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση, το κόστος και την ποιότητα. Η αποκεντρωτική φύση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ, και ο μεικτός τύπος κοινωνικής ασφάλισης με την εθελοντική ασφάλιση, περιορίζει αποτελεσματικά την πρόσβαση σε υπηρεσίες προληπτικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για ένα τμήμα του αμερικανικού πληθυσμού που κυμαίνεται από 35 έως 60 εκατομμύρια πολίτες (Starfield, 1991; Βασιλειάδης, 2017).

Ένα επιπλέον παράδοξο γεγονός είναι πως η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει το 9% του πληθυσμού αλλά απορροφά το 35% των συνολικών δαπανών υγείας στις ΗΠΑ, κατατάσσοντας τη χώρα στην πρώτη θέση. Η πλειοψηφία των εργαζόμενων Αμερικανών, ηλικίας κάτω των 65 ετών (59,3%), ασφαλίζονται από τους εργοδότες τους, είτε αυτοί ανήκουν στον δημόσιο, είτε στον ιδιωτικό τομέα. Ωστόσο αυτού του είδους η ασφάλιση αρχίζει σταδιακά να μειώνεται, ενώ ταυτόχρονα το κόστος αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς. Ανεξαρτήτως του είδους ασφάλισης, οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι καταβάλουν το 16% των ατομικών και το 28% των οικογενειακών ασφαλίστρων. Στα ποσοστά αυτά δε συμπεριλαμβάνονται τα ποσοστά συμμετοχής (deductibles and co-payments) σε περίπτωση λήψης των υπηρεσιών (U.S.Department of Health & Human Service, 2012).

Σε ότι αφορά τις ασφάλειες του δημόσιου τομέα, 83 εκατ. Αμερικανοί πολίτες (27,8% του πληθυσμού), είναι ασφαλισμένοι σε κυβερνητικά ασφαλιστικά προγράμματα. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι, οι ανάπηροι, τα παιδιά, οι βετεράνοι και ορισμένοι φτωχοί. Συνολικά η δημόσια δαπάνη για την υγειονομική ασφάλιση αγγίζει το ποσοστό του 45% και 56% των συνολικών δαπανών υγείας των Η.Π.Α. Η ασφάλεια που καλύπτεται από τους εργοδότες, αφαιρείται από τη φορολογία, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα μια σημαντική μείωση στα φορολογικά έσοδα του κράτους. Το ετήσιο ύψος της απώλειας φορολογικών εσόδων ανέρχεται σε 150 δις δολάρια. Παρά την απώλεια εσόδων για την πολιτεία, οι φορολογικές ελαφρύνσεις αποτελούν παρότρυνση για προσφορά ασφαλιστικών προγραμμάτων, η οποία λόγω των φορολογικών ελαφρύνσεων έχει επίσης συμμετοχή στην αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας (U.S.Department of Health & Human Service, 2012).

Είναι λυπηρό το ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται- σημαντική μείωση του ποσοστού των ιατρών που συμμετέχουν και συμβάλλονται με το Medicaid, εξαιτίας της υψηλής διοικητικής επιβάρυνσης και των χαμηλών οικονομικών απολαβών. Το γεγονός αυτό οδήγησε στην απαρχή μιας μεγάλης περιόδου μεταρρυθμίσεων στο Σύστημα Υγείας, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγεται και η χρηματοδότησή του.

Οι αλλαγές αυτές στο σύστημα χρηματοδότησης, βρίσκουν αντίθετες τις ασφαλιστικές εταιρείες και τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας, οι οποίοι διαθέτουν τόσο αποτελεσματικό lobbying[29] , που υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να απορριφθεί η ιδέα του

[29] Ως lobbying (άσκηση παρασκηνιακής πίεσης) ορίζεται η προσπάθεια επηρεασμού φορέων οι οποίοι με τις αποφάσεις τους επηρεάζουν τα συμφέροντα μιας ομάδας ατόμων (ομάδες πίεσης, όπως είναι γνωστές, π.χ. εργατικά συνδικάτα, φεμινιστικά κινήματα, μη κυβερνητικές οργανώσεις), μιας επιχείρησης ή μιας ολόκληρης βιομηχανίας.

ενιαίου φορέα υγείας, παρά το γεγονός ότι το 76% των πολιτών πιστεύουν ότι είναι σημαντικό να έχουν δικαίωμα επιλογής ανάμεσα σε ένα δημόσιο Σύστημα Υγείας και σε ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης. Το ποσοστό του πληθυσμού των ΗΠΑ που καλύπτεται από δημόσιες παροχές υγείας είναι από τα μικρότερα στο δυτικό κόσμο. Προκειμένου λοιπόν να αντισταθμιστεί το μειονέκτημα αυτό, τα έσοδα που προέρχονται από την επιβολή του φόρου προστιθέμενης αξίας και η φορολόγηση των εισοδημάτων, δεν επηρεάζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο παρατηρείται, ότι η δημόσια και η ιδιωτική χρηματοδότηση είναι ορισμένες φορές αλληλοσυνδεόμενες. Ακόμα εντοπίζεται το φαινόμενο, τόσο στον πρωτοβάθμιο, όσο και στο δευτεροβάθμιο τομέα υγείας, να πραγματοποιούνται μειώσεις στα κόστη παροχής υπηρεσιών και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζεται και ο ευγενής ανταγωνισμός μεταξύ των διάφορων παρόχων υγείας, προς όφελος των πολιτών.

Η χρηματική ενίσχυση του προγράμματος Medicaid, προέρχεται από την Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τις Πολιτείες. Σε ότι έχει να κάνει με τους πολίτες που δεν είναι ασφαλισμένοι, το κόστος για την ιατρική τους περίθαλψη πολλές φορές καλύπτεται από φιλανθρωπίες από τους ίδιους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον χρήματα εξασφαλίζονται από την υψηλή φορολογία, καθώς και από τα υψηλά ασφάλιστρα για την υγεία, τα οποία καταβάλει η πλειοψηφία των πολιτών.

Συνολικά, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας των ΗΠΑ χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος, πολυπλοκότητα και έντονη εξάρτηση από την ιδιωτική ασφάλιση. Παρά τις υψηλές συνολικές δαπάνες, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας παραμένει άνιση, ιδιαίτερα για τους ανασφάλιστους, τους οικονομικά ασθενέστερους και τους κοινωνικά ευάλωτους πληθυσμούς.

### 5.3.5 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του Υγειονομικού Συστήματος των Η.Π.Α – σύγχρονες μελέτες

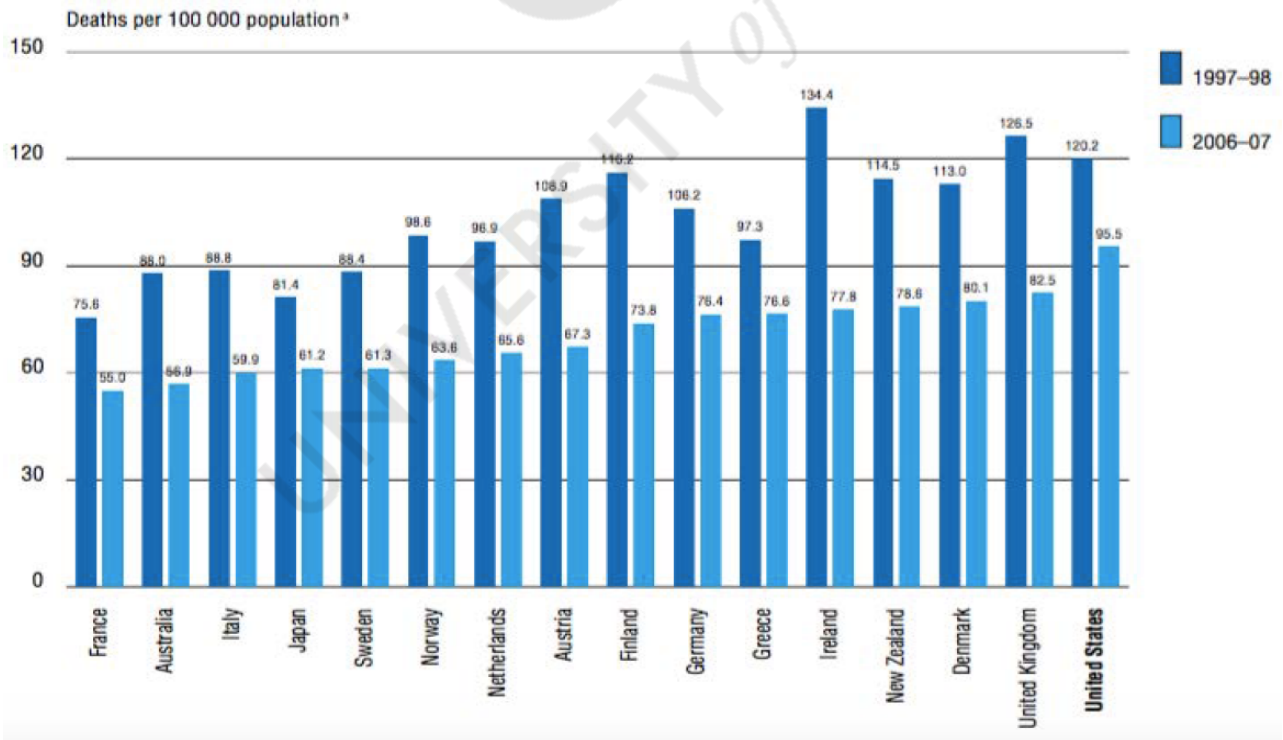
*Αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών*

Αναμφίβολα, το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ, έχει ουσιαστικά πλεονεκτήματα, αλλά και αξιοσημείωτες αδυναμίες. Αποτελείται από έναν σημαντικό αριθμό, καλά εκπαιδευμένου τεχνικού δυναμικού λειτουργών υγείας, με επιστημονικά καταρτισμένους ειδικούς, καθώς και πλήρως εξοπλισμένα και στελεχωμένα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ιδρύματα και ισχυρό ερευνητικό πρόγραμμα υγείας. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στο να

καταγράφονται μερικά από τα καλύτερα ιατρικά αποτελέσματα στον κόσμο, αναφορικά με συγκεκριμένες υγειονομικές υπηρεσίες. Ταυτόχρονα όμως, το σύστημα πάσχει από ελλιπή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους ανασφάλιστους. Επιπρόσθετα προβλήματα αποτελούν τα επίπεδα δαπανών υγείας ανά άτομο, τα οποία υπερβαίνουν κατά πολύ εκείνα των υπόλοιπων αναπτυγμένων κρατών, η άνιση κατανομή των πόρων μεταξύ των διάφορων πολιτειών και μεταξύ των διάφορων πληθυσμιακών ομάδων και οι καθυστερημένες απόπειρες εισαγωγής της τεχνολογίας της πληροφορίας στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, οι φόβοι για ενδεχόμενες τρομοκρατικές ενέργειες, είχε ως συνέπεια, μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών, να στραφούν κυρίως στην προσπάθεια ετοιμότητας αντιμετώπισής τους, αφήνοντας κενά στους διαφόρους τομείς της υγείας.

Συγκριτικά με άλλα αναπτυγμένα κράτη, υψηλών εισοδημάτων, το προσδόκιμο ζωής στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι χαμηλότερο -78,5% στους άντρες και 81,1% στις γυναίκες- για το έτος 2007 και η θνησιμότητα είναι υψηλότερη.

**Γράφημα 5.4: Θνησιμότητα υπαγόμενη σε παραμέτρους του συστήματος υγείας σε 16 οικονομικά αναπτυγμένες χώρες μεταξύ των ετών 1997/8 και 2006/7**




Πηγή: (Nolte, 2011)

Μια πρόσφατη έρευνα που δημοσιεύθηκε το έτος 2021 παρουσίασε τα ποσοστά θνησιμότητας στις Ηνωμένες Πολιτείες αλλά και σε άλλες χώρες με υψηλά εισοδήματα. Τα

αποτελέσματα φανέρωσαν ότι μεταξύ των ετών 2009 και 2019, η αποτρέψιμη θνησιμότητα αυξήθηκε σε όλες τις πολιτείες των ΗΠΑ, ενώ μειώθηκε στις περισσότερες συγκριτικές χώρες. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος αύξησης στις ΗΠΑ ήταν 29 θάνατοι ανά 100.000 άτομα, ενώ στις άλλες χώρες παρατηρήθηκε μείωση κατά 14,4 θανάτους ανά 100.000 άτομα (Statista, 2021).

**Πίνακας 5.5: Θνησιμότητα σε παραμέτρους του υγειονομικού συστήματος**.

| ΧΩΡΑ | ΘΑΝΑΤΟΙ | ΕΤΟΣ | ΣΧΟΛΙΑ |
|---|---|---|---|
| ΙΣΡΑΗΛ | 83 | 2021 | Χαμηλότερη θνησιμότητα στον ΟΟΣΑ |
| ΓΑΛΛΙΑ | ~ 100 | 2021 | Κάτω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ |
| ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ | ~110 | 2021 | Αντίστοιχη της Γαλλίας |
| ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ | ~120 | 2021 | Λίγο πάνω από τον μέσο όρο |
| ΗΠΑ | ~160 | 2021 | Πάνω από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ |
| ΜΕΣΟΣ ΟΟΣΑ | 158 | 2021 | Αναφοράς για σύγκριση |
| ΜΕΞΙΚΟ | 453 | 2021 | Υψηλότερη θνησιμότητα στον ΟΟΣΑ |

Πηγή: Statista (2021) – statista.com

Επειδή αρκετοί πολιτιστικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν τους ποιοτικούς δείκτες της υγείας του πληθυσμού, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ο βαθμός στον οποίο τα φτωχά αποτελέσματα σχετίζονται με το Σύστημα Υγείας, παρόλο που είναι σίγουρο ότι αποτελούν απόρροια της περιορισμένης πρόσβασης ορισμένων πολιτών στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Επιπρόσθετα το γεγονός των αυξημένων ποσοστών θνησιμότητας στις ΗΠΑ απορρέει από το ότι πολλά νοικοκυριά δεν μπορούν να ανταποκριθούν στα υψηλά ποσά των ασφαλίστρων, ούτε να πληρώσουν το

υψηλό κόστος των ιατρικών δαπανών που μπορεί να απαιτεί η κατάσταση της υγείας τους- συνεπώς μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παραμένει ανασφάλιστο και χωρίς ιατροφαρμακευτική περίθαλψη-όπου δυστυχώς το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ είναι τρομερά φειδωλό για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης στους αδυνάτους, φτωχούς και ανασφάλιστους. Ένα ακόμα σημαντικό φαινόμενο το οποίο εγείρει ανησυχία κατά τα τελευταία έτη, αποτελούν «οι πρόωροι θάνατοι από αίτια που δεν θα έπρεπε να συμβαίνουν, δεδομένου ότι υπάρχει έγκαιρη διαθέσιμη και αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη» (Nolte, 2011).

**Πλεονεκτήματα Υγειονομικού Συστήματος των Η.Π.Α.**

- Οι αρμοδιότητες στον τομέα της υγείας κατανέμονται μεταξύ των Ομοσπονδιακών και των Πολιτειακών Κυβερνήσεων, καθιστώντας τη διαχείριση αποκεντρωτική, ενώ παράλληλα αποσυμφορίζεται η λειτουργία του κρατικού μηχανισμού.
- Η ύπαρξη ασφαλιστικών προγραμμάτων της κυβέρνησης, τα κυριότερα εκ των οποίων είναι τα Medicare και Medicaid, προσφέρουν πληθώρα υπηρεσιών στους ασφαλισμένους, αλλά και στις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.
- Τα τμήματα επειγόντων περιστατικών όλων των νοσοκομείων, υποχρεούνται να παρέχουν περίθαλψη και νοσηλεία σε όλους ανεξαιρέτως τους ασθενείς, ασφαλισμένους και μη, χάρη στην εφαρμογή του νόμου EMTALA.
- Στις ΗΠΑ παρατηρούνται οι μεγαλύτερες δαπάνες υγείας σε αναλογία πληθυσμού, από οποιαδήποτε άλλη χώρα.
- Παρατηρείτε αύξηση στην απασχόληση γιατρών και νοσηλευτών κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, λόγω μεγαλύτερων αμοιβών.
- Η αύξηση του αριθμού ιατρικών τεχνολογιών, όπως μαγνητικών και αξονικών τομογράφων (Dore, 2021).

**Μειονεκτήματα Υγειονομικού Συστήματος των Η.Π.Α.**

- Το σύστημα των ΗΠΑ παρουσιάζει μεγάλη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, με ιδιαίτερα χαμηλή κυβερνητική συμμετοχή και τις υψηλότερες τιμές για υπηρεσίες υγείας παγκοσμίως.
- Οι ΗΠΑ συγκαταλέγονται ανάμεσα στις ελάχιστες χώρες που δεν εγγυώνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για το σύνολο του πληθυσμού
- Το 65% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ περίπου οι δύο στους δέκα είναι ανασφάλιστοι.
- Δίνεται έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση, παρά στην κοινωνική.

- Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ καλύπτει μόνο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, ανάπηροι, μητέρες με χαμηλό εισόδημα).
- Το ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται από δημόσιες παροχές υγείας είναι από τα μικρότερα στον δυτικό κόσμο.
- Παρατηρείτε συνεχιζόμενη αύξηση των οικογενειακών ασφαλίστρων κατά την τελευταία δεκαετία.
- Οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ είναι οι υψηλότερες στον κόσμο. Καλύπτονται κατά 45% από κρατικούς πόρους, κυρίως για τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid, και το υπόλοιπο 55% από ιδιωτικές δαπάνες (Dore, 2021).

Συνολικά, το υγειονομικό σύστημα των ΗΠΑ συνδυάζει υψηλή τεχνολογική ανάπτυξη, ισχυρή ιατρική καινοτομία και εξειδικευμένες υπηρεσίες με σοβαρές κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες. Το βασικό του πλεονέκτημα είναι η ποιότητα των εξειδικευμένων υπηρεσιών και η δυνατότητα ταχείας ανάπτυξης νέων τεχνολογιών και θεραπειών. Ωστόσο, το βασικό του μειονέκτημα είναι ότι δεν εξασφαλίζει καθολική και ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα. Επομένως, το πρόβλημα του αμερικανικού συστήματος δεν εντοπίζεται κυρίως στην έλλειψη ιατρικής τεχνογνωσίας, αλλά στον τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης και κατανομής των υπηρεσιών υγείας.

### 5.3.6 Η κατάσταση σήμερα του Αμερικάνικου Υγειονομικού Συστήματος

Τα τελευταία χρόνια η κατάσταση του Αμερικάνικου υγειονομικού συστήματος έχει επιδεινωθεί, οδηγώντας πολλούς πολίτες κάτω από τα όρια της φτώχειας και αυξάνοντας τη θνησιμότητα εξαιτίας της έλλειψης παροχών υγείας. Τα ποσοστά θνησιμότητας στις ΗΠΑ μειωνόντουσαν έως το 2014 αλλά έκτοτε εμφανίζονται ανοδικά (Himmelstein, 2019). Οι κυβερνήσεις των τριών τελευταίων Προέδρων έκαναν προσπάθειες ανάκαμψης του Συστήματος Υγείας μέσω μεταρρυθμίσεων οι οποίες δεν ήταν πάντα οι επιθυμητές από τους πολίτες, ιδιαίτερα κατά την 1η περίοδο κυβέρνησης του Προέδρου Trump, το σύστημα αποδυναμώθηκε και πολλοί πολίτες ήταν είτε ανασφάλιστοι είτε μερικώς ασφαλισμένοι. Η πανδημία της νόσου Covid-19 που ξέσπασε το 2020 έκανε την κατάσταση ακόμη χειρότερη, αφού επιβαρύνθηκε πολύ περισσότερο το σύστημα υγείας με αποτέλεσμα άλλα προβλήματα υγείας να αγνοούνται. Επιπλέον, τα υψηλά ποσοστά απολύσεων των εργαζομένων κατά την περίοδο καραντίνας, για την προστασία από τον κορονοϊό, οδήγησαν σε ακόμη μεγαλύτερο

ποσοστό ανασφάλιστων πολιτών, αφού οι ασφαλίσεις υγείας προέρχονται κυρίως από τους εργοδότες.

Πιο συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ, ο αριθμός των νοικοκυριών που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας έχει διπλασιαστεί από το 1990 το πλήθος των νοικοκυριών και το έτος 2023, με βάση τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα από το Γραφείο Απογραφής των Ηνωμένων Πολιτειών (U.S. Census Bureau), υπήρχαν περίπου 36,8 εκατομμύρια άτομα που ζούσαν κάτω από το επίσημο όριο της φτώχειας, αντιπροσωπεύοντας το 11,1% του πληθυσμού. Επιπλέον, λόγω του υψηλού κόστους των ασφαλίσεων και γενικότερα των παροχών υγείας, παρατηρείται μεγάλο χάσμα, που συνεχώς αυξάνεται, στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των φτωχότερων και πλουσιότερων πολιτών. Το χάσμα αυτό αγγίζει τα 10,1 χρόνια για τις γυναίκες και τα 14,6 χρόνια για τους άνδρες.

Επιπλέον, η άνιση πρόσβαση, βάσει εισοδήματος και ασφάλισης, στις ιατρικές υπηρεσίες επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση ανομοιοτήτων στην κατάσταση υγείας των πολιτών με ταυτόχρονη συνεχή αύξηση του κόστους, επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος, ενώ παράλληλα εκατομμύρια νοικοκυριά μέσου εισοδήματος καταλήγουν στη χρεοκοπία λόγω ασθενειών και των ιατρικών εξόδων που προκύπτουν για την αντιμετώπιση τους (Dickman, 2017). Παρόλο που οι ΗΠΑ χρηματοδοτούν πολύ περισσότερο τα προγράμματα υγείας, σε σύγκριση με άλλες χώρες με υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα, οι Αμερικανοί πολίτες είναι οι μοναδικοί που δεν έχουν εγγυημένες παροχές υγείας από το κράτος.

Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για μεταρρυθμίσεις σχετικά με το σύστημα υγείας από τις Αμερικάνικες Κυβερνήσεις. Ξεκινώντας από την προηγούμενη δεκαετία, κατά την προεδρία του Προέδρου Μπάρακ Ομπάμα προτάθηκε και υλοποιήθηκε το πρόγραμμα της οικονομικά προσιτής φροντίδας (Affordable Care Act ή ACA). Οι βασικές αρχές του προγράμματος αυτού, αφορούσαν πρώτα την Προστασία των Δικαιωμάτων των πολιτών έναντι των ασφαλιστικών εταιριών, οι οποίες αποσκοπούσαν αποκλειστικά στην κερδοφορία και όχι στην υγεία των ασφαλισμένων τους. Έπειτα, το πρόγραμμα ACA στόχευε στη μείωση του κόστους των παροχών υγείας και στο να κάνει την πρωτοβάθμια παροχή υγείας περισσότερο προσβάσιμη για τους πολίτες, καθώς και στη μείωση της φορολογίας που σχετίζεται με το σύστημα υγείας. Επιπλέον, το ACA συνέβαλε στην ισχυροποίηση του Medicare, που μέχρι τότε βοηθούσε περίπου 50 εκατομμύρια Αμερικάνους μεγαλύτερης ηλικίας ή άτομα με αναπηρίες (Obama White House Archives, 2016). Κατά την προεδρία του Προέδρου Ντόναλντ Τράμπ, η κυβέρνηση αδιαφόρησε για

την περαιτέρω ανάπτυξη του προγράμματος ACA (Steinbrook, 2018) και στην πορεία το ανακάλεσε δυσχεραίνοντας, έτσι, την κατάσταση για παραπάνω από 21 εκατομμύρια πολίτες (Fiedler, 2017). Συγχρόνως μείωσε τη χρηματοδότηση για την υγεία και μέρος των χρημάτων αυτών διέθεσε για τον εξοπλισμό των ενόπλων δυνάμεων των ΗΠΑ. Αντίθετα, όσον αφορά τις θετικές ρυθμίσεις της κυβέρνησης αυτής, δόθηκε έμφαση στην μείωση των τιμών των συνταγογραφούμενων φαρμάκων για πρώτη φορά σε 51 χρόνια (Trump White House Archives, 2020). Παρόλα αυτά, η κατάσταση σε σχέση με το σύστημα υγείας επιδεινώθηκε αφού πολλοί Αμερικάνοι είτε αδυνατούσαν οικονομικά να ασφαλιστούν είτε δεν ήταν πλήρως ασφαλισμένοι, επιπρόσθετα αποδυναμώθηκε το Medicaid και το Medicare.

Στις αρχές του 2020, όπου σχεδόν όλα τα συστήματα υγείας παγκοσμίως ήρθαν αντιμέτωπα με τη μεγαλύτερη πρόκληση των τελευταίων χρόνων, της Πανδημίας του Covid-19, τα νοσοκομεία και το ιατρικό προσωπικό δέχονταν πολλαπλάσιο από τον συνηθισμένο αριθμό ασθενών, και δεν μπορούσαν να το διαχειριστούν γεγονός το οποίο οδήγησε σε παγκόσμια υγειονομική κρίση. Όπως ήταν αναμενόμενο, το ήδη αποδυναμωμένο, Αμερικανικό Σύστημα Υγείας δεν ήταν έτοιμο να δεχθεί μια τέτοια κατάσταση. Η Αμερικανική κυβέρνηση δεν δέχθηκε την προσφορά ειδών αντιμετώπισης του ιού από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αγνοούσε τις οδηγίες για την πρόληψη από την ασθένεια, ως αποτέλεσμα υπήρχαν ακόμη περισσότεροι θάνατοι (Geyman, 2021).

Κατά τη διάρκεια της θητείας του προέδρου Τζο Μπάιντεν, το Σύστημα Υγείας αντιμετώπιζε ήδη τα προβλήματα που προέκυψαν από την πανδημία του Covid-19 , σε συνδυασμό με την αποδυνάμωση που έχει λάβει τα τελευταία χρόνια. Με το πέρας των κρίσιμων χρόνων της υγειονομικής κρίσης που προκάλεσε η Πανδημία, το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας είναι ιδιαίτερα αποδυναμωμένο. Η χώρα συνεχίζει να χρηματοδοτεί το σύστημα υγείας, όμως αυτό ακόμη δεν επαρκεί για να καλύπτει όλους τους Αμερικάνους πολίτες, οι οποίοι λόγω του κόστους αποφεύγουν να απευθυνθούν στα ιατρικά κέντρα, στο ιατρικό προσωπικό και στα νοσοκομεία- κλινικές για θέματα υγείας., καθώς επίσης πολύ υψηλό είναι και το ποσοστό των πολιτών με χρέη σε ιατρικές υπηρεσίες, (Shameek et al, 2024).

Το 2022 έγινε προσπάθεια μείωσης του πληθωρισμού (Inflation Reduction Act ή IRA) που είχε ως στόχο να περιλαμβάνει και τη μείωση του κόστους των ιατρικών παροχών καθώς και τη μείωση του κόστους των φαρμάκων (Lovisa Gustafsson and Sara R. Collins, 2022). Η πρόταση IRA για την υγεία σχεδιάστηκε για τα προσεχή 3 χρόνια και ταυτόχρονα

έγινε προσπάθεια να προστατευτούν οι πολίτες από τα χρέη, λόγω υψηλών ιατρικών λογαριασμών, από τις εισπρακτικές εταιρείες, τα αποτελέσματα του οποίου αναμένουμε να δούμε τα προσεχή χρόνια (Collins, 2022).

### 5.3.7 Προτάσεις για το μέλλον του Συστήματος Υγείας των ΗΠΑ

Η αποδοτικότητα του Συστήματος Υγείας των ΗΠΑ, αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα. Από τη μια πλευρά, πολλοί είναι εκείνοι που θεωρούν ότι συγκαταλέγεται στα καλύτερα συστήματα υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, ωστόσο εμπεριέχει και ορισμένα σημαντικά μειονεκτήματα, τα οποία δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν. Παρά το γεγονός ότι και οι 19 πιο εύπορες χώρες του ΟΟΣΑ (με βάση το ΑΕΠ), δαπανούν σχεδόν τα μισά για το σύστημα υγείας τους, σε σύγκριση με τις ΗΠΑ, ήδη από το 1970, όλες έχουν αυξήσει το προσδόκιμο ζωής των κατοίκων τους περίπου 6 χρόνια περισσότερα, σε σχέση με τις ΗΠΑ(OECD, 2004).

Ένα στοιχείο που καθιστά ξεχωριστό το Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ, είναι η περιορισμένη κυβερνητική ανάμειξη. Γενικότερα δεν υπάρχει ομόφωνη απόφαση, σχετικά με το αν υφίσταται πρόβλημα ποιότητας και αν είναι απαραίτητη η παροχή ιατρικών υπηρεσιών προς τους ανασφάλιστους. Παρά τις διαφωνίες αυτές και λόγω της υιοθέτησης του Νόμου για την οικονομικά προσιτή φροντίδα (Affordable Care Act), το 2010, οι ΗΠΑ «βιώνουν» μια περίοδο σημαντικών μεταρρυθμίσεων.

Αυτού του είδους οι αλλαγές στην παροχή της φροντίδας υγείας, χρειάζονται μεγάλο χρονικό διάστημα, ώστε να σχεδιαστούν κατάλληλα και να μπορέσουν να εφαρμοστούν. Τα είδη των αλλαγών που απαιτούνται για την παροχή φροντίδας υγείας δεν είναι πιθανό να προκύψουν μέσα από τη νομοθεσία. Έχουν ανάγκη καινοτομίες και υποστήριξη, τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. (OECD, 2015)

Μετά από πολλές προσπάθειες για μεταρρύθμιση σε ομοσπονδιακό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο πολιτειών, η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας επιτεύχθηκε από το 2010 και έπειτα μέσω του νόμου για την Προστασία των Ασθενών και την Προσιτή Φροντίδα Υγείας. Σκοπός του νόμου ήταν η αντιμετώπιση των παθογενειών του Αμερικανικού συστήματος υγείας με πρωταρχικούς στόχους τη μείωση του ποσοστού των ανασφάλιστων Αμερικανών πολιτών και την προσιτή φροντίδα υγείας, τη συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Παρά την ύπαρξη θετικών αποτελεσμάτων από τις μεταρρυθμίσεις του νόμου, τα διάφορα προβλήματα εφαρμογής

καθώς και οι ελλείψεις του νόμου επέτρεψαν μόνο μία περιορισμένη επίτευξη των στόχων του (OECD, 2015).

Επιπρόσθετα, παρά την διατήρηση του ποσοστού του ΑΕΠ που δαπανείται για τον τομέα της υγείας, οι ΗΠΑ εξακολουθούν να ξοδεύουν διπλάσιο ποσοστό του ΑΕΠ σε σχέση με το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών – μελών του ΟΟΣΑ (16,9% στις ΗΠΑ έναντι 8,8% στις χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ το 2018), με τις προβλέψεις του ΟΟΣΑ να αναφέρονται σε αύξηση του ποσοστού του ΑΕΠ που δαπανείται για την υγεία στις ΗΠΑ να φτάσει το 22,2% το 2030. Ιδιαίτερη βελτίωση δεν παρατηρείται ούτε στους δείκτες υγείας καθώς σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2017, οι ΗΠΑ βρέθηκαν στην 27η θέση ανάμεσα σε 35 χώρες – μέλη του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπήρχαν στοιχεία όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση και στην 32η θέση ανάμεσα σε 34 χώρες όσον αφορά τη βρεφική θνησιμότητα.

Καθώς λοιπόν οι ΗΠΑ θέτουν ζητήματα για βελτίωση των υπηρεσιών του συστήματος υγείας της και την οικονομικότερη πρόσβαση για τον ανασφάλιστο πληθυσμό, συγχρόνως προσπαθούν να διατηρήσουν τον περιορισμό του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Έτσι λοιπόν οι ΗΠΑ στο μέλλον με βάση όλη την παραπάνω μελέτη και κύριους στόχους τη βελτίωση της χρηματοδότησης, την πρόληψη, την καλύτερη οργάνωση και παροχή ιατρικών υπηρεσιών- θα ήταν σωστό να λάβει κάποια μέτρα έτσι ώστε να επιτύχει με τον βέλτιστο τρόπο τους μελλοντικούς της στόχους:

- Την εκλογίκευση του συστήματος υγείας με έναν κοινωνικά υπεύθυνο τρόπο
- Την δυνατότητα διαχείρισης των υγειονομικών πόρων με σωστό τρόπο
- Τον έλεγχο των δαπανών υγείας
- Την επέκταση των προγραμμάτων Medicaid/Medicare
- Την μείωση των ιατρικών λαθών
- Μέτρα για τον περιορισμό την θνησιμότητας και αύξηση του προσδόκιμου ζωής
- Την υιοθέτηση καινοτομιών τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να οδηγήσουν στην βέλτιστη πρόληψη και στην παροχή φροντίδας για όλους

## 5.4 Συγκρίσιμα στοιχεία των Συστημάτων Υγείας Αγγλίας –Γερμανίας – Η.Π.Α

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των τριών Συστημάτων Υγείας φιλελεύθερο σύστημα (ΗΠΑ), κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck- Γερμανία) και εθνικό σύστημα υγείας

(Beveridge- Αγγλία), δείχνει τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά τους, κυρίως στους τομείς της οργάνωση, της χρηματοδότηση, της παροχή υπηρεσιών και του ανθρωπίνου δυναμικού.

Σαφώς και η σύγκριση των συστημάτων υγείας των τριών ισχυρών κρατών δεν είναι μια απλή διαδικασία. Χρειάζεται να εστιαστούν οι περιορισμοί και οι παράγοντες που οδηγούν κάθε κράτος να εφαρμόσει συγκεκριμένη χάραξη υγειονομικής πολιτικής εξετάζοντας τα τωρινά δεδομένα- καθώς και τους κινδύνους- τις προκλήσεις που δύναται να προκύψουν. Συνοπτικά, διαφαίνεται μια αναθεωρητική στάση με ταυτόχρονη εγκατάλειψη από τα προσκολλημένα παραδοσιακά μοντέλα νοσηλείας, το οποίο καταδεικνύεται από τις μελέτες που προκρίνονται σε αυτές τις χώρες για μικτά συστήματα υγείας. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με την σύμπνοια δημόσιου με ιδιωτικού τομέα είτε με την βοήθεια των κοινωνικών ασφαλίσεων. Αναλυτικότερα:

*Α. Γερμανικό Σύστημα Υγείας*

Σύμφωνα με στοιχεία του ΠΟΥ, το Γερμανικό Σύστημα Υγείας συγκαταλέγεται στα συστήματα υγείας με την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών παγκοσμίως και σε σχέση με τα όσα προσφέρει, τα ασφάλιστρα για νοσηλεία είναι ιδιαίτερα χαμηλά. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι αποδοτικό και αποτελεσματικό και διαχέεται από τις αρχές της δικαιοσύνης και της ισότητας, διασφαλίζοντας για όλους ένα ικανοποιητικό επίπεδο περίθαλψης.

Η Γερμανική κυβέρνηση δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στον τομέα της υγείας και αυτό καταδεικνύεται από το γεγονός ότι το 10% του συνολικού πληθυσμού της χώρας ασχολείται με τον κλάδο της υγείας. Παράλληλα το σύστημα υγείας της Γερμανίας εξοπλίζεται όλο και περισσότερο τόσο με νέα εξειδικευμένα μηχανήματα όσο και με προσωπικό το οποίο δεν αποτελείται μόνο από Γερμανούς ιατρούς αλλά ενσωματώνει και πολλούς αλλοδαπούς επαγγελματίες ιατρούς. (Steinmann et al, 2013).

Το κατεξοχήν κύριο γνώρισμα του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία είναι ο διακριτός διαχωρισμός, από πλευράς θεσμικού πλαισίου, μεταξύ των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, της νοσοκομειακής περίθαλψης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η χρηματοδότηση, προέρχεται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Τα νοσοκομεία της χώρας έχουν μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα, αν και τα τελευταία χρόνια δημιουργούνται ιδιωτικές κλινικές για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών Η πληρωμή των νοσοκομείων χρησιμοποιεί μια κλειστή μέθοδο διαδικασιών ενοποίησης νοσηλειών (Bundesärztekammer, 2014). Η χρηματοδότηση στη Γερμανία από

πλευράς περίθαλψης έχει αυξηθεί ταχύτερα και με σταθερή βάση από ό,τι στις γειτονικές χώρες

Από την άλλη πλευρά, οι κατά κεφαλήν δαπάνες νοσηλείας είναι πολύ μεγαλύτερες και με βάση τις παροχές που καλύπτει- χαρακτηρίζεται ως επαρκώς ικανοποιητική, αλλά και με περιθώρια βελτίωσης (Busse & Blümel, 2014). Ως εκ τούτου, αναφορικά με την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ποιότητας τους, ενδέχεται να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα τα επόμενα χρόνια.

Το κύριο μειονέκτημα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης ότι οι παροχές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το Ταμείο Ασφάλισής του και το είδος της εργασίας του. Στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης κυριαρχεί η γραφειοκρατία, η οποία επιβαρύνει την οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος, η εμφάνιση μεγάλης λίστας αναμονής σε νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις, η περιορισμένη επιλογή ιατρού και νοσοκομείου που έχει ο ασθενής και η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μάνατζμεντ (Καλογεροπούλου κ.ά., 2016).

*Β. Σύστημα Υγείας της Αγγλίας-NHS*

Το εθνικό σύστημα υγείας που αναπτύχθηκε στα πρότυπα του σχεδίου Beveridge, με τη σειρά του, παρουσιάζει ως βασικό πλεονέκτημα την ενίσχυση του ατομικού δικαιώματος για κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Κύριο χαρακτηριστικό του η διασφάλιση της καθολικής και ισότιμης κάλυψης ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση και τον τόπο διαμονής των πολιτών, την εργασίας τους, και επίσης εξασφαλίζει την ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος που συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείρισή του και στον έλεγχο των δαπανών του. Στο σύστημα αυτό οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης αποτελούν προτεραιότητα, ενώ δεν υπάρχει ανταγωνισμός και συγκρούσεις στην άσκηση της ιατρικής επιστήμης και η συνεργασία μεταξύ των ιατρών είναι άριστη, ενώ αναπτύσσεται καλή διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενή-ιατρού (Θεοδώρου κ.ά., 2016).

Το NHS Αγγλίας βασίζεται στην κρατική χρηματοδότηση με σκοπό την παροχή όσο το δυνατόν περισσότερης δωρεάν υγειονομικής κάλυψης. Για το έτος 2015 για παράδειγμα, η Αγγλία χρηματοδότησε περίπου το 80% για την δωρεάν νοσηλεία, ενώ οι δαπάνες της ανέρχονταν σε περίπου 10% του Α.Ε.Π. για το ίδιο έτος. Οι έντονες προκλήσεις του συστήματος υγείας της Αγγλίας εντοπίζονται στην έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (O.E.C.D, 2015). Στην Αγγλία, οι περισσότεροι γιατροί αμείβονται κατά

περίπτωση, ενώ όσοι δουλεύουν στον ΕΣΥ αμείβονται με μηνιαίες απολαβές όπως καθορίζεται από τους αυτοδιοίκητους οργανισμούς. Μία σημαντική πρόκληση που οφείλει να εξετάσει ο κρατικός μηχανισμός της Αγγλίας είναι οι μεγάλες λίστες αναμονής για χειρουργεία και για εξωτερικά ιατρεία (Dalrymple, 2017).

*Γ. Σύστημα Υγείας ΗΠΑ*

Ίσως, οι μεγαλύτερες προκλήσεις σε σχέση με τα 3 Συστήματα Υγείας που αναλύθηκαν εκτενώς εντοπίζονται στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Σε ένα σύστημα υγείας που επικρατούν τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελευθερισμού και της ιδιωτικοποίησης- υπάρχουν λεπτές ισορροπίες για να μπορέσει να αξιολογηθεί το εν λόγω μοντέλο αξιοκρατικά. Υπενθυμίζεται ότι η κυβέρνηση των ΗΠΑ έχει την μικρότερη ανάμειξη στο σύστημα υγείας σε σχέση με τα προαναφερθέντα κράτη και η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των ιδιωτών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας δηλαδή των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών με απώτερο στόχο τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το κυριότερο μειονέκτημα του, είναι η εμφάνιση υγειονομικών ανισοτήτων, αφού η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή- καταναλωτή και κυρίως από το επάγγελμα του και το ατομικό του εισόδημα καθώς μόνο το 70% είναι ασφαλισμένοι – το υπόλοιπο 30% των πολιτών στις ΗΠΑ είναι ανασφάλιστοι.

Επίσης, το σύστημα αυτό εστιάζει κυρίως στη δευτεροβάθμια περίθαλψη- νοσοκομειακή περίθαλψη και όχι στην πρωτοβάθμια δηλαδή την θεραπεία της νόσου και κυρίως νοιάζεται ελάχιστα για την πρόληψη. Ένα ζήτημα που βρίσκεται σε πρώιμη μορφή αφορά τις νοσοκομειακές δαπάνες και τον ελλιπή έλεγχο. Παράλληλα δημιουργείται ένα κλίμα έντασης εντός του Αμερικανικού Κοινοβουλίου με τις απόψεις να διαφέρουν αναφορικά με τις καινοτομίες για την βελτίωση του συστήματος. Πάντως, οι ΗΠΑ, δεν προτίθενται να αλλάξουν το υγειονομικό τους σύστημα αναφορικά με τον τρόπο οργάνωσης και δομής (The Center for Health Workforce Studies, 2012).

Σύμφωνα με μελέτη του Εργαστηρίου Υγιεινής –Ιατρικής Σχολής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, σχετικά με τα χαρακτηριστικά των τριών βασικών μορφών συστημάτων υγείας, θα λέγαμε ότι το φιλελεύθερο σύστημα βασίζεται στην πλήρη ελευθερία ιατρών και ασθενών, λειτουργεί καθαρά με βάσει την αγορά, η κρατική παρέμβαση είναι σχεδόν ανύπαρκτη και η περίθαλψη είναι καθαρά ιδιωτική υπόθεση. Από την άλλη πλευρά τα μοντέλα Bismarck και Beveridge, διαφέρουν μόνο στον τρόπο χρηματοδότησης τους, δηλαδή από την κοινωνική ασφάλιση (Μοντέλο Bismarck) και από τον κρατικό προϋπολογισμό (Μοντέλο Beveridge) και τα δύο μοντέλα βασίζονται στην

κοινωνική αλληλεγγύη μέσα από την ισότιμη και δίκαιη κάλυψη των αναγκών υγείας όλων των πολιτών ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Οι προμηθευτές υγείας- ιατροί ανήκουν στο κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία ή είναι ιδιώτες οι οποίοι έχουν προβεί σε συμβάσεις με τον κρατικό μηχανισμό προκειμένου να παρέχουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν στους ασθενείς- πολίτες (Εργαστήριο Υγιεινής – Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.,2008).

## 5.5 Συμβολή των Τριών Συστημάτων Υγείας Αγγλίας- Γερμανίας- ΗΠΑ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Προκειμένου να επιτευχθεί η σύγκριση μεταξύ των τεσσάρων συστημάτων υγείας (Αγγλίας – Γερμανίας – ΗΠΑ και Ελλάδας), είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι ομοιότητες και οι διαφορές μεταξύ των τεσσάρων αυτών συστημάτων. Πέραν της αναφοράς των ομοιοτήτων και των διαφορών, είναι σημαντικό να γίνει μία ενδεικτική αναφορά στην υιοθέτηση ορισμένων πρακτικών και στη συνέχεια να σημειωθεί η χρονική συσχέτιση της υιοθέτησής τους, αλλά και να προσδιοριστεί η γενικότερη πολιτική διάσταση της υιοθέτησης αυτών, τουλάχιστον για την περίπτωση της Ελλάδος.

Μία ενδεικτική αντίληψη στον τρόπο με τον οποίο τα συστήματα υγείας των τριών χωρών επηρέασαν το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδος μπορεί να συμβεί και με ιστορική ανασκόπηση των καταβολών των τεσσάρων συστημάτων. Ενδεικτικά, το σύστημα υγείας της Γερμανίας θεμελιώθηκε από το 1883 (Μοντέλο Bismark), της Αγγλίας το 1948 (Μοντέλο Beveridge), ενώ των ΗΠΑ ακολούθησε το φιλελεύθερο μοντέλο από την αρχή της δημιουργίας του, με τις πρώτες νομικές παρεμβάσεις για τη θέσπιση ασφάλισης να πραγματοποιούνται το 1942. Στην περίπτωση της Ελλάδος, τα ασφαλιστικά ταμεία για συγκεκριμένα επαγγέλματα εντοπίζουν τις ρίζες τους από τις πρώτες κιόλας δεκαετίες της δημιουργίας του Ελληνικού κράτους, ενώ το ΙΚΑ ως οργανισμός δημιουργήθηκε το 1937.

Σε αυτή την ανασκόπηση θα πρέπει να τοποθετηθούν ακόμη δύο παράγοντες οι οποίοι φαίνεται ότι έχουν επηρεάσει σημαντικά το συγκεκριμένο ζήτημα. Αναλυτικότερα, αυτοί είναι η γενεαλογική προέλευση των ελληνικών βασιλικών δυναστειών, καθώς και το αποτέλεσμα του Β' ΠΠ, αλλά και οι συνέπειες του στην Ευρώπη και την επιρροή των ΗΠΑ σε αυτήν. Όσον αφορά το πρώτο ζήτημα, τόσο η πρώτη βασιλική δυναστεία, του οίκου των Βίττελσμπαχ, όσο και η δεύτερη, του οίκου των Γκλύξμπουργκ, ήταν βαυαρικές δυναστείες, με προέλευση από τους ευγενείς της βόρειας Γερμανίας (Ζαμπούνης, 1998). Τα διάφορα

κοινωνικά συγκροτήματα του ελληνικού κράτους δεν προήλθαν από παρθενογένεση, όμως σε πολλές περιπτώσεις ήταν αποτέλεσμα των πολιτικών- οι οποίες καθορίζονταν από τους διάφορους συμβούλους του εκάστοτε βασιλέα. Δεδομένης της προέλευσης των βασιλικών οίκων από τη Γερμανία, αλλά και την έλευση μαζί με αυτών και διαφόρων Βαυαρών συμβούλων, είναι επόμενο ότι η αρχική οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας να έχει στηριχτεί σε προυπάρχουσες πρακτικές και πολιτικές της Ευρώπης και ειδικότερα της Γερμανίας.

Με τη δημιουργία του ελληνικού κράτους και την έλευση του πρώτου βασιλέα της Ελλάδος, Όθωνα, ένας αριθμός Βαυαρών ιατρών μετέβη στην Αθήνα, οι οποίοι- αποτέλεσαν το θεμέλιο λίθο της επιστημονικής ιατρικής στην πρόσφατα ελευθερωμένη χώρα. Ειδικότερα, το πρώτο υγειονομικό όργανο του νεότερου ελληνικού κράτους συστάθηκε το 1834 και αποτελούνταν από συνολικά έξι ιατρούς και φαρμακοποιούς, τέσσερεις εκ των οποίων ήταν Βαυαροί ιατροί και φαρμακοποιοί και μόλις δύο ιατροί Έλληνες (Ράλλη, 2019).

Το δεύτερο σημαντικό κομμάτι αποτελούν το αποτέλεσμα και οι συνέπειες του Β' ΠΠ. Με το τέλος του πολέμου, η Γερμανία διαιρέθηκε, ενώ οι Ευρωπαϊκές χώρες ήταν πλέον εξαιρετικά αποδυναμωμένες προκειμένου να ασκήσουν εξωτερική πολιτική στο σύνολο της χερσονήσου έναντι της ανερχόμενης Σοβιετικής Ένωσης.. Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, παρ' ότι οι πολιτικές υγείας αυτές καθ' αυτές είχαν ήδη εδραιωθεί από τις προηγούμενες δεκαετίες, υπήρξε μεταφορά τεχνογνωσίας από τις ΗΠΑ προς τις ευρωπαϊκές χώρες, κάτι το οποίο δεν παρατηρείται για παράδειγμα από τη Ρωσία ή άλλες ασιατικές χώρες.

Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, ήτοι την πολιτική διάσταση των καταβολών των συστημάτων υγείας, είναι ασφαλές να διαμορφωθούν οι ακόλουθες υποθέσεις, οι οποίες δύναται να ελεγχθούν από την περαιτέρω σύγκριση των επιμέρους συστημάτων υγείας των συγκεκριμένων χωρών:

- Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει δεχθεί ιδιαίτερες επιρροές εν τη γενέσει του από τη γερμανική – βαυαρική πρακτική, λόγω των συνθηκών διαμόρφωσής του (σύστημα Bismarck).
- Το ελληνικό σύστημα υγείας ενδεχομένως να έχει δεχθεί επιρροές στη συνέχεια της διαμόρφωσής του από άλλες ευρωπαϊκές πρακτικές (σύστημα Beverdige)
- Έχει γίνει μεταφορά και υιοθέτηση πρακτικών και τεχνογνωσίας από το Αμερικανικό σύστημα υγείας.

## 5.6 Ομοιότητες και Διαφορές του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και των Τριών Συστημάτων Υγείας Αγγλίας – Γερμανίας – ΗΠΑ

Συγκρίνοντας τα τρία αλλοδαπά συστήματα υγείας, όσον αφορά τη χρηματοδότηση τους, το Γερμανικό σύστημα υγείας βασίζεται στις εισφορές εργοδότη και εργαζομένων, το Αγγλικό σύστημα υγείας σε συγκεντρωτικές εισφορές μέσω της φορολογίας, ενώ το σύστημα των ΗΠΑ, κατά κύριο λόγο, στις εισφορές των εργαζομένων σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Όσον αφορά τον κρατικό έλεγχο και παρεμβατισμό, αυτός εντοπίζεται κατά αύξοντα βαθμό στο σύστημα των ΗΠΑ, της Γερμανίας και της Αγγλίας, με το κράτος να έχει τον κεντρικό σχεδιασμό και έλεγχο των υπηρεσιών υγείας στο τελευταίο.

Αναφορικά με την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, στο σύστημα των ΗΠΑ αυτή πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο από ιδιώτες, ενώ στο Αγγλικό υγειονομικό σύστημα πραγματοποιείται αποκλειστικά από το κράτος. Το γερμανικό σύστημα βρίσκεται κάπου στο ενδιάμεσο, όπου η παροχή των υπηρεσιών γίνεται τόσο από ιδιωτικούς, όσο και από δημόσιους φορείς. Συγκρίνοντας το ελληνικό σύστημα υγείας με τα τρία προαναφερθέντα συστήματα, είναι αναγκαίο να διαχωρίσουμε τη σύγκριση σε δύο στάδια. Το πρώτο στάδιο είναι πριν και το δεύτερο μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του συστήματος, αυτή είναι ίδια ανεξαρτήτως του σταδίου στο οποίο αναφερόμαστε. Συγκεκριμένα, η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας, προέρχεται κατά κύριο λόγο από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών προς τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Αυτό φαίνεται ότι-ως χαρακτηριστικό ταιριάζει περισσότερο με το σύστημα το οποίο ακολουθεί η Γερμανία. Αντίστοιχη ομοιότητα με το γερμανικό σύστημα παρατηρείται και στην περίπτωση των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, όπως και στην περίπτωση της Γερμανίας, έτσι και στην περίπτωση της Ελλάδας, οι πάροχοι υγείας μπορεί να είναι τόσο από δημόσιες όσο και από ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών.

Σε αυτό το σημείο εισέρχεται και η διάκριση της πριν και μετά της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ σύγκρισης. Προ της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ, η ασφάλιση η οποία παρεχόταν διέφερε σημαντικά αναλόγως του επαγγελματικού τομέα στον οποίο ανήκε ο εργαζόμενος, λόγω της πολυμορφίας των ασφαλιστικών ταμείων, αλλά και της υποχρέωσης ασφάλισης στο ασφαλιστικό ταμείο του οικείου κλάδου. Χαρακτηριστικό το οποίο αποτελεί στοιχείο του συστήματος υγείας της Γερμανίας. Αντιθέτως, με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ,

επιτεύχθηκε συνένωση των ασφαλιστικών ταμείων και σημειώνεται η προσπάθεια για την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από το σύνολο των ασφαλισμένων, κύριο χαρακτηριστικό του Αγγλικού συστήματος υγείας.

Επομένως, όσον αφορά τη σύγκριση των τριών αλλοδαπών συστημάτων και του ελληνικού συστήματος υγείας, αυτό το οποίο γίνεται εμφανές είναι ότι στο μεγαλύτερο βαθμό του και όσον αφορά τα θεμελιώδη του χαρακτηριστικά, το ελληνικό σύστημα είναι όμοιο με εκείνο της Γερμανίας, ενώ παράλληλα ενσωματώνει ορισμένα στοιχεία του συστήματος της Αγγλίας.

Αναλυτικά τα παραπάνω αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα 5.6

**Πίνακας 5.6: Βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας και ομοιότητές του με αντίστοιχα αλλοδαπά συστήματα**.

| Τομέας Σύγκρισης | Ισχύουσα Πρακτική / Πολιτική | Αλλοδαπό Σύστημα | Τύπος Μοντέλου |
|---|---|---|---|
| Αρχή Λειτουργίας | **Προ ΕΟΠΥΥ**: Υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού ανά επαγγελματική κατηγορία | Γερμανίας | Bismark |
| | **Μετά ΕΟΠΥΥ**: Υποχρεωτική ασφάλιση σε ενιαίο φορέα. | Αγγλίας | Beveridge |
| Χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας | Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία | Γερμανίας | Bismark |
| Παροχή Υπηρεσιών Υγείας | Δημόσιοι, ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί, ιδιωτικοί μη – κερδοσκοπικοί προμηθευτές | Γερμανίας | Bismark |

Από την ανωτέρω σύγκριση απουσιάζει παντελώς η αναφορά στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Αυτό συμβαίνει καθότι όσον αφορά τα βασικά στοιχεία του συστήματος (αρχή λειτουργίας, χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας), το ελληνικό σύστημα δεν παρουσιάζει σχεδόν καμία ομοιότητα με το σύστημα υγείας των ΗΠΑ. Οι μόνες ομοιότητες οι οποίες θα μπορούσαν ενδεχομένως να εντοπιστούν έγκεινται σε δύο τομείς, ήτοι την παροχή υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα και την εξασφάλιση ασφαλιστικής κάλυψης σε κατηγορίες ατόμων τα οποία είναι εκτός της παραγωγικής διαδικασίας, όπως είναι άτομα κάτω ενός συγκεκριμένου εισοδηματικού ορίου, άνω ενός συγκεκριμένου ηλικιακού ορίου, καθώς και βετεράνους των ενόπλων δυνάμεων. Η κυριότερη όμως συνεισφορά του αμερικανικού συστήματος είναι η προώθηση της καινοτομίας όσον αφορά την παροχή και διαχείριση υπηρεσιών υγείας, όπως θα αναλυθεί παρακάτω. Αυτή η προώθηση της καινοτομίας είναι άμεσο επακόλουθο της ανταγωνιστικής διαδικασίας του καπιταλιστικού συστήματος.

Επομένως, οι αρχικές υποθέσεις επιβεβαιώνονται, με το ελληνικό σύστημα υγείας να είναι περισσότερο συναφές με το γερμανικό, αντλώντας την οργανωτική του δομή από την επιρροή που είχαν οι καταβολές του ελληνικού κράτους. Παρ' όλα αυτά, δεδομένης και της μακροχρόνιας πορείας της χώρας, ήταν λογικό να επηρεαστεί και από άλλα συστήματα και να υιοθετηθούν πρακτικές οι οποίες απαντώνται σε άλλα συστήματα του δυτικού κόσμου.

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ο ΕΘΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΟΠΥΥ)

## 6.1 Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Στις 2 Μαρτίου του 2011 δημοσιεύθηκε με το ΦΕΚ 31 Α΄ ο νόμος 3918/2011 σύμφωνα με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και τελεί υπό την επιτήρηση τόσο του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης όσο και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν σε αυτόν, ως προς τις υπηρεσίες, προσωπικό και αρμοδιότητες, όλοι οι Κλάδοι υγείας που σχετίζονταν με το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ), το Κέντρο Διάγνωσης Ιατρικής το οποίο ανήκει στο ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του. Επίσης εντάχθηκαν, ως προς τις παροχές, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ). Σε μεταγενέστερο χρόνο εντάχθηκαν: το Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ), το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ), το Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ) και το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ – ΜΜΕ).

## 6.2 Το θεσμικό πλαίσιο του Οργανισμού

### 6.2.1 Ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, θέτει ως προτεραιότητα να διασφαλίσει τη διαρκή και ισότιμη προσβασιμότητα του συνόλου των πολιτών που δικαιούνται να χρησιμοποιήσουν τις παροχές του ΕΟΠΥΥ , όπως αυτοί περιγράφονται παρακάτω, σε υγειονομικές υπηρεσίες που επιδιώκουν την πρόληψη, την εξασφάλιση, την προαγωγή, τη βελτίωση και την αποκατάσταση της υγείας τους.

Ως δικαιούχοι των υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ λογίζονται εκείνοι που είναι άμεσα ασφαλισμένοι στους Κλάδους Υγείας των Ασφαλιστικών Οργανισμών (που ήδη έχουν ενταχθεί ή θα ενταχθούν στο μέλλον στον ΕΟΠΥΥ), καθώς και τα μέλη των οικογενειών

τους, με βάση τα όσα καθορίζονται κάθε φορά στην ισχύουσα νομοθεσία ή στους εκάστοτε ισχύοντες κανονισμούς των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ). Η ασφαλιστική ικανότητα ελέγχεται μέσω της ηλεκτρονικής διασύνδεσης των υφιστάμενων συστημάτων των ΦΚΑ και η απόκτηση δικαιώματος στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης πιστοποιείται ηλεκτρονικά, με την επίδειξη έγκυρου βιβλιαρίου ή με κάθε άλλο τρόπο που ορίζεται από την κείμενη νομοθεσία. Η ασφαλιστική ικανότητα για παροχή περίθαλψης αποκτάται σύμφωνα με τα οριζόμενα στους επί μέρους Κανονισμούς των Κλάδων ή Τομέων Υγείας των ΦΚΑ που εντάχθηκαν ή άλλων ταμείων που θα ενταχθούν στον ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, όπως ορίστηκε στο άρθρο 18 του Ν.3918 (ΦΕΚ 31 Α΄/2-3-2011).

### 6.2.2 Οι στόχοι του ΕΟΠΥΥ

Οι στόχοι του ΕΟΠΠΥ περιλαμβάνουν:

1.Βελτίωση της Υγειονομικής Φροντίδας: Παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους.

2. Προσβασιμότητα και Ισοτιμία: Εξασφάλιση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας για το σύνολο των πολιτών, ανεξαρτήτως οικονομικών ή κοινωνικών παραγόντων.

3. Διαφάνεια και Υπευθυνότητα: Ενίσχυση της διαφάνειας στη λειτουργία του οργανισμού και λογοδοσία προς τους πολίτες.

4. Ψηφιοποίηση και Εκσυγχρονισμός: Ανάπτυξη ψηφιακών εργαλείων και συστημάτων για την αποτελεσματική διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας.

5. Στήριξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας: Ενίσχυση των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προαγωγή της πρόληψης.

6. Συνεργασία με Φορείς Υγείας: Συνεργασία με δημόσιες και ιδιωτικές δομές υγείας για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

7. Ανάπτυξη Προγραμμάτων Υγείας: Εισαγωγή και χρήση προγραμμάτων τα οποία προάγουν τόσο την υγεία, όσο και την ευημερία των πολιτών.

Οι παραπάνω στόχοι αποσκοπούν στη δημιουργία ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος υγείας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών (Healthview.gr. , 2022).

## 6.3 Η χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ

Όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε μελετώντας το άρθρο 5 του ΦΕΚ 2456 Β΄/03/11/11 οι πόροι από τους οποίους χρηματοδοτείται ο ΕΟΠΥΥ είναι απόρροια των νόμιμων ασφαλιστικών εισφορών που καλούνται να καταβάλουν οι ασφαλισμένοι (εργαζόμενοι και εργοδότες), της ετήσιας επιχορήγησης από τον Κρατικό Προϋπολογισμό σύμφωνα με το *άρθρο 35* του Ν. 2084/1992 (Α΄65), των εσόδων τυχόν ενδεχόμενων κοινωνικών πόρων προς όφελος των Φορέων και Κλάδων Υγείας, τις προσόδους περιουσίας, την απόδοση κεφαλαίων και αποθεματικών, αλλά και οποιουδήποτε άλλου εσόδου που περιλαμβάνεται από την εκάστοτε νομοθεσία ή από άλλες γενικότερες νομικές διατάξεις**.**

Επιπροσθέτως, η επιχορήγηση πραγματοποιείται και από δωρεές, κληρονομιές, κληροδοτήματα και λοιπές κτήσεις από άλλη χαριστική αιτία, από τις προσόδους της αποτελεσματικής διαχείρισης των διαθεσίμων κεφαλαίων και αξιών, από ποσά που συλλέγονται λόγω επιβολής προστίμων και λοιπών χρηματικών ποινών, από τα έσοδα παροχής υπηρεσιών σε ασφαλισμένους πολίτες των ασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς φορείς, καθώς και σε αλλοδαπούς, σύμφωνα με τις συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας, από τα έσοδα παροχής στατιστικών δεδομένων που αφορούν στην αγορά και κατανάλωση φαρμάκων και υγειονομικού υλικού και τέλος, από την είσπραξη χρηματικών ποσών της λεγόμενης επιστροφής (rebate) από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες, σύμφωνα με τις διατάξεις *των άρθρων 34 και 35* του ν. 3918/2011, όπως ισχύουν κάθε φορά, καθώς επίσης και οποιαδήποτε άλλου είδους επιστροφής (rebate) που θεσμοθετείται έπειτα από διαπραγματεύσεις και συμφωνίες με την Διοίκηση του Οργανισμού.

## 6.4 Οι παροχές Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ σήμερα

Ο ΕΟΠΥΥ προσφέρει στους δικαιούχους του μια πληθώρα από παροχές υγείας τόσο σε πρωτοβάθμιο στάδιο όσο και σε πιο εξειδικευμένο. Συγκεκριμένα σε ότι αφορά την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, παρατηρούμε ότι υπάρχει ένας κύριος διαχωρισμός στις υπηρεσίες που παρέχονται, οι οποίες διακρίνονται σε αυτές που αφορούν την πρόληψη και προαγωγή της υγείας και σε αυτές που αφορούν την ιατρική περίθαλψη. Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί βάσει του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας – ΕΚΠΥ (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β’ 4898/01-11-2018) , όπου προβλέπονται όλες οι παροχές του και αναλύονται παρακάτω στο παρόν κεφάλαιο. Το Μάιο του 2025 ψηφίζεται ο νέος ΕΚΠΥ (ΦΕΚ 2106/ Τεύχος

Β'2106/02-05-2025), λόγω της ανάγκης αναθεώρησης του παλαιού ΕΚΠΥ (ΦΕΚ 4898/01-11-2018) με γνώμονα τον εξορθολογισμό και την απλοποίηση των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και την διευκόλυνση της προσβασιμότητας των δικαιούχων περίθαλψης. Αναμένονται διευκρινιστικές οδηγίες από την Κεντρική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ, καθώς και η έκδοση των παραρτημάτων του νέου ΕΚΠΥ – όσον αφορά τα ορθοπεδικά είδη, το υγειονομικό υλικό, τις μετακινήσεις των ασθενών, τις παθήσεις της ειδικής αγωγής κ.α.- προκειμένου για την πλήρη εφαρμογή του σε σύντομο χρονικό διάστημα. Ουσιαστικά ο νέος ΕΚΠΥ δεν διαφέρει από τον παλιό- ορισμένα είδη παροχών προσαρμόζει στα νέα δεδομένα, είτε αλλάζει τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, είτε αυξάνει τις τιμές αποζημίωσης.

Αναλυτικότερα, οι παροχές που αφορούν την κατηγορία «πρόληψης και προαγωγής της Υγείας» (*άρθρο 5*), αποτελούν όλες εκείνες τις απαραίτητες ενέργειες προκειμένου να υπάρχει έγκαιρη διάγνωση και λήψη μέτρων για την πρόληψη ή αποτροπή εκδήλωσης διαφόρων νοσηρών καταστάσεων, και οι οποίες δεν απαιτούν την οικονομική συμμετοχή του δικαιούχου, περιλαμβάνουν:

α. τον εμβολιασμό παιδιών και ενηλίκων, βάσει του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού.

β. τη διεξαγωγή εξετάσεων προγεννητικού ελέγχου σε γυναίκες και άνδρες όπως αιματολογικές εξετάσεις για διαπίστωση ετεροζυγωτών μεσογειακής αναιμίας και δρεπανοκυτταρικής νόσου, προσδιορισμό αντισωμάτων ερυθράς, τοξοπλάσμωσης και κυτταρομεγαλοϊού, για αποκλεισμό συγγενών λοιμώξεων, υπερηχογράφημα β-επιπέδου και αυχενικής διαφάνειας, τουλάχιστον μία φορά κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης κλπ.

γ. την πραγματοποίηση μαστογραφίας κάθε χρόνο (άνω των 50 ετών ή άνω των 35 ετών κατόπιν υπόδειξης ιατρού) ή κάθε δύο χρόνια (40 με 50 ετών) με στόχο την έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου του μαστού, test PAP κάθε χρόνο για όλες τις σεξουαλικώς ενεργές γυναίκες και HPV-DNA test κάθε 5 χρόνια

δ. τον έλεγχο προστατικού αντιγόνου (PSA) σε άντρες κάθε 1 (60 - 80 ετών) ή 2 χρόνια (50 – 60 ετών)

ε. την εξέταση σε άντρες και γυναίκες της χοληστερόλης καθώς και τριγλυκεριδίων, κάθε 5 χρόνια (15 – 30 έτη) και κάθε 3 χρόνια (30 έτη και άνω) με στόχο τη διάγνωση δυσλιπιδαιμιών και την πρόληψη καρδιοπαθειών.

ζ. την διεξαγωγή εξετάσεων ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε 2 χρόνια σε άντρες και γυναίκες (50 – 70 ετών) και κολονοσκόπησης κάθε 5 χρόνια (50 ετών και άνω) με στόχο την πρώιμη διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου.

η. τη διενέργεια εξετάσεων γλυκόζης, γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBAlc) και δοκιμασία ανοχής γλυκόζης σε άντρες και γυναίκες κάθε 5 χρόνια (15 – 50 ετών) και κάθε 3 χρόνια (50 ετών και άνω) με σκοπό την πρόληψη/διάγνωση σακχαρώδους διαβήτη. Επίσης, κάθε δυο (2) χρόνια σε άτομα με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη, όπως: συγγενείς α' βαθμού με διαβήτη (κληρονομικότητα), άτομα με BMI>30, γυναίκες με πολυκυστικές ωοθήκες, γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης και ασθενείς που πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018).

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι, κατόπιν απόφασης του Υπουργού Υγείας, πλέον με εισήγηση του Διοικητικού Συμβουλίου του Οργανισμού και γνωμοδότηση της Επιτροπής του *άρθρου 15* της υπουργικής απόφασης 3457/2014 (Β' 64), μπορούν να καθιερώνονται πρωτόκολλα προ συμπτωματικού ελέγχου σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και να ενσωματώνονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Παρακάτω, καταγράφονται οι παροχές που περιλαμβάνονται στην Ιατρική περίθαλψη, δηλαδή την κλινική εξέταση του ασθενή στο ιατρείο ή στο σπίτι του, από συμβεβλημένο ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ, στην περίπτωση που αυτό κριθεί αναγκαίο, χωρίς επιπλέον οικονομική επιβάρυνση αλλά και τις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι αναγκαίες για τη διάγνωση και την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, σύμφωνα με τα όσα προβλέπονται στην ισχύουσα νομοθεσία.

Στην ιατρική κλινική εξέταση που διενεργείται κατά την επίσκεψη του ασθενή, περιλαμβάνεται η δακτυλική εξέταση ορθού επί ενδείξεων, ο έλεγχος επιμέρους περιοχών του μυοσκελετικού συστήματος, οι δοκιμασίες μυϊκής ισχύος, οι δοκιμασίες αισθητικότητας, η εκτίμηση τενόντιων αντανακλαστικών και ειδικοί διαγνωστικοί χειρισμοί διαφόρων αρθρώσεων (Latchman et al., 2022)

Οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιατροί, υποχρεούνται πέραν της κλινικής εξέτασης του ασθενή, να εκτελούν, εφόσον κρίνεται αναγκαίο, τις παρακάτω κατά ειδικότητα ιατρικές πράξεις, χωρίς επιβάρυνση του δικαιούχου ή του Οργανισμού:

α. Αγγειοχειρουργική εξέταση: ενδελεχής έλεγχος της ροής του αίματος σε αρτηρίες και φλέβες άνω και κάτω άκρων με απλή συσκευή Doppler.

β. Γυναικολογική εξέταση: κολποσκόπηση.

γ. Δερματολογική εξέταση: επισκόπηση με δερματοσκόπιο και εξέταση με λυχνία WOOD.

δ. Καρδιολογική εξέταση: ηλεκτροκαρδιογράφημα.

ε. Οφθαλμολογική εξέταση: τονομέτρηση, μέτρηση οπτικού πεδίου, μέτρηση οπτικής οξύτητας, εξέταση με σχισμοειδή λυχνία και απλή βυθοσκόπηση, χωρίς τη χρήση ειδικού οργάνου.

στ. Πνευμονολογική εξέταση: Οξυμετρία και Ροομέτρηση.

ζ. Παιδιατρική και Παθολογική εξέταση: Εμβολιασμοί πάσης φύσεως, σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών.

η. Ωτορρινολαρυγγολογική εξέταση: εξέταση στοματικής κοιλότητας και φάρυγγα, ωτοσκόπηση, εκτίμηση ακοής διά των οδοντών και ομιλίας, πρόσθια και οπίσθια ρινοσκόπηση, έμμεση λαρυγγοσκόπηση (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018)[30].

Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει αποζημίωση στους ιατρούς οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους δικαιούχους, στα πλαίσια της γενόμενης σύμβασης τους με τον Οργανισμό. Κατόπιν αυτής της συμφωνίας, το συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ ιατρικό προσωπικό, δεν δικαιούται να αιτηθεί επιπρόσθετη αμοιβή από τον εκάστοτε ασθενή, εκτός από την προβλεπόμενη και νομοθετημένη συμμετοχή του ασθενούς.

Ιατροί πιστοποιημένοι στο σύστημα του ΕΟΠΥΥ αλλά όχι συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό, δύνανται να συνταγογραφούν φάρμακα, ή παραπεμπτικά διαγνωστικών ή θεραπευτικών εξετάσεων, έπειτα από κλινική εξέταση του ασθενή, χωρίς ωστόσο την καταβολή αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ και με ιδιωτική χρέωση κατόπιν συναίνεσής του εκάστοτε ασφαλισμένου.

Η οδοντιατρική πρόληψη και περίθαλψη (*άρθρο 37*) παρέχεται μόνο από οδοντιάτρους στα δημόσια Νοσοκομεία, στα Κέντρα Υγείας, στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, στα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και τις λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από τον Οργανισμό έχουν ως ακολούθως: προληπτικές και θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις σε παιδιά μέχρι 14 ετών, προσθετικές οδοντιατρικές πράξεις όπως ολική ή μερική οδοντοστοιχία, επιδιόρθωση

[30] Άρθρο 5- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή

μεταλλικού σκελετού , προσθήκη οδοντών και άλλες πράξεις, προληπτικές και θεραπευτικές οδοντιατρικές πράξεις σε εφήβους μέχρι 18 ετών και ενήλικες όπως επίσκεψη για εξέταση και διάγνωση, αντιμετώπιση επείγοντος περιστατικού, αφαίρεση οδοντικής πλάκας, ουλίτιδας αλλά και απλές καταστάσεις όπως έμφραξη ή εξαγωγή οδοντός και ενδοδοντική θεραπεία οδοντός. πρόληψη και θεραπεία περιοδοντικής νόσου στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018)[31].

Σε ό,τι αφορά τον τομέα της Μαιευτικής Περίθαλψης και της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (*άρθρο 38*) , στις γυναίκες ασφαλισμένες του ΕΟΠΥΥ προσφέρεται ιατρική περίθαλψη μέσω των συμβεβλημένων παροχών υγείας, στο πλαίσιο της ισχύουσας κάθε φορά νομοθεσίας και των όρων που προβλέπονται στις συμβάσεις με αυτούς. Η συμμετοχή για τους δικαιούχους στα νοσήλια γίνεται με βάση τους όρους που αναφέρονται στον αντίστοιχο Κανονισμό. Αποζημιώνονται επίσης και οι δαπάνες ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής στις άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένες γυναίκες, ηλικίας έως 50 ετών και για μέχρι 4 ολοκληρωμένες προσπάθειες, αφού συμπληρωθεί τετράμηνο από την προηγούμενη προσπάθεια τους, σύμφωνα με τα επιμέρους οριζόμενα στην ισχύουσα νομοθεσία (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018)[32].

- Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει στους ασφαλισμένους θεραπευτικά μέσα και προθέσεις υγειονομικό υλικό, διαιτητικά σκευάσματα όπως:

Ορθωτικά μέσα, τεχνητά μέλη άνω και κάτω άκρων, νάρθηκες, κηδεμόνες κ.λπ., καθώς και οφθαλμικές προθέσεις (*άρθρο 55*)[33], τα οποία είναι καταχωρημένα στο μητρώο ΕΚΑΠΤΥ/ΕΟΠΥΥ και εγκεκριμένα έπειτα από ειδική διαδικασία, με απόφαση του Δ.Σ., δημοσιευμένη στο ΦΕΚ 1079/10-3-2022 και με τροποποίηση αυτού σε ορισμένα είδη το ΦΕΚ 2134/3-04-2023, με σκοπό την αποκατάσταση ελλειμμάτων ή ανακούφιση από νοσηρές καταστάσεις. Ο ΕΟΠΥΥ προβαίνει σε σύμβαση με προμηθευτές ειδών πρόσθετης περίθαλψης και θεραπευτικών μέσων. Οι τιμές που προβλέπονται για την αποζημίωση των ειδών αυτών, διαμορφώνονται μέσω ειδικής διαδικασίας που προβλέπει ο νόμος, έπειτα από διαπραγμάτευση με τους παρόχους και ορίζονται με αποφάσεις του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ που δημοσιεύονται σε αντίστοιχο ΦΕΚ. Ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει τους παρόχους βάσει παραστατικών που υποβάλλονται στον Οργανισμό. Παρέχει στους ασφαλισμένους του και

[31] Άρθρο 34- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή
[32] Άρθρο 35- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 – Τροποποίηση στην ηλικία των γυναικών για αποζημίωση υποβοηθούμενης αναπαραγωγής όπου ορίζεται πλέον κάθε φορά από την κείμενη νομοθεσία
[33] Άρθρο 46- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή

το απαραίτητο υγειονομικό υλικό (*άρθρο 47 έως 54*)[34] - ανάλογα με τις απαιτήσεις της κατάστασης τους όπως καθετήρες, επιθέματα και άλλα. Επιπρόσθετα, ο ΕΟΠΥΥ παρέχει στους ασφαλισμένους του και διαιτητικά σκευάσματα (*άρθρο 10*)[35] όπως γάλατα αλλεργικά, παρεντερική διατροφή και άλλα είδη σκευασμάτων που απαιτούνται ανάλογα με τις παθήσεις όπως: κυστική ίνωση, νόσο του chron, αλλεργία στο γάλα αγελάδας, νόσος κοιλιοκάκη και διάφορες άλλες (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018).

Τόσο τα προσθετικά είδη όπως νάρθηκες, κηδεμόνες γόνατος-ώμου όσο και τα προϊόντα υγειονομικού υλικού καθώς και τροφής, τα οποία είναι απαραίτητα για την ίαση και χρησιμοποιούνται στον ασθενή κατά την διάρκεια νοσηλείας του με ΚΕΝ, δεν αποζημιώνονται με επιπλέον δαπάνη του Οργανισμού, εφόσον αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της νοσηλείας του. Ο Οργανισμός καλύπτει την νοσηλεία των ασφαλισμένων του μόνο σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές κατά 70% σε τετράκλινο δωμάτιο σύμφωνα με τον κωδικό ΚΕΝ που δηλώνεται ηλεκτρονικά κατά την εισαγωγή όπως προβλέπεται στο *άρθρο 15* του ΦΕΚ 4898/2018[36].

- Οπτικά είδη (*άρθρο 55*)[37]

Στους δικαιούχους χορηγούνται για τη βελτίωση της οπτικής τους οξύτητας, ένα ζεύγος γυαλιών -κάθε 4 χρόνια- ή φακοί επαφής -κάθε 2 χρόνια- τα οποία δύνανται να αντικατασταθούν, στο χρόνο που αναφέρεται ανωτέρω. Σε παιδιά έως 12 χρονών χορηγούνται γυαλιά ασφαλείας άθραυστα κάθε 2 χρόνια. Για την αντιμετώπιση της πρεσβυωπίας, ο ΕΟΠΥΥ χορηγεί γυαλιά σε ασφαλισμένους άνω των 40 ετών και με την προϋπόθεση ότι δεν έχουν λάβει άλλα γυαλιά σε διάστημα τετραετίας, για άλλη διαταραχή όρασης. Σε περίπτωση «κερατόκωνου» χορηγείται ειδικός κερατοκωνικός φακός που αντικαθίσταται κάθε εξάμηνο. Τα γυαλιά και οι φακοί αποζημιώνονται είτε σε συμβεβλημένους παρόχους οπτικών ειδών, είτε στους δικαιούχους, όπως ορίζεται στην ισχύουσα νομοθεσία.(ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018).

- Νοσοκομειακή Περίθαλψη

Η περίθαλψη στα νοσοκομειακά ιδρύματα εμπεριέχει την παραμονή και την νοσηλεία του ασθενούς, την διατροφή του, την πάσης φύσεως ενδονοσοκομειακή ιατρική φροντίδα,

[34] Άρθρο 44- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 Ορίζεται συμμετοχή 25% εκτός από συγκεκριμένες κατηγορίες παθήσεων που ορίζονται στο άρθρο
[35] Άρθρο 10- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή
[36] Άρθρο 18 & 19- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή-Κλειστή Περίθαλψη
[37] Άρθρο 46 παρ.2- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή

νοσηλευτική και φαρμακευτική φροντίδα, και πιο συγκεκριμένα την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για την αντιμετώπιση σωματικών και ψυχικών αναπηριών ή νοσηρών εν γένει καταστάσεων, καθώς και τις αναγκαίες θεραπείες, διαγνωστικές εξετάσεις, κάθε είδους φαρμακευτική αγωγή, ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται τόσο σε δευτεροβάθμιες όσο και σε τριτοβάθμιες δομές υγείας του ΕΣΥ, στα στρατιωτικά Νοσοκομεία, στα Νοσοκομεία του Υπουργείου Παιδείας (*άρθρο 11-12*), καθώς και σε συμβεβλημένους με τον Οργανισμό ιδιώτες- Ιδιωτικές Κλινικές και θεραπευτήρια( *άρθρο 15-έως 24*) σύμφωνα με τις ειδικές συμβάσεις, οι οποίες συνάπτονται στα πλαίσια της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας και όχι κατώτερη της Γ θέσης ή τετράκλινου θαλάμου. Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει και την αποκατάσταση-αποθεραπεία (κλειστή θεραπεία), την αιμοκάθαρση, ακτινοθεραπεία, καθώς επίσης και την ψυχιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Η παραπομπή για νοσηλεία γίνεται από ιδιώτες ιατρούς και ιατρούς δημοσίων δομών. (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018)[38].

- Φυσικοθεραπεία (*άρθρο 39*)[39]

Οι φυσικοθεραπείες πραγματοποιούνται σε δημόσιες δομές ΠΦΥ, στα εργαστήρια φυσικοθεραπείας των δημόσιων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), των κρατικών Νοσοκομείων, σε Κέντρα Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) και σε συμβεβλημένα εργαστήρια φυσικοθεραπείας, εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, φυσικοθεραπευτήρια ιδιωτικών κλινικών, και με επισκέψεις κατ' οίκον για πλήρεις φυσιοθεραπευτικές πράξεις, από συμβεβλημένους φυσικοθεραπευτές. Οι φυσιοθεραπευτικές πράξεις εκτελούνται από πτυχιούχους φυσικοθεραπευτές, με βάση την ισχύουσα κάθε φορά νομοθεσία, σε ό,τι αφορά την τιμή αποζημίωσης και τον αριθμό διενεργούμενων φυσικοθεραπειών κάθε μήνα και για το σύνολο των μηνών που εγκρίνεται η διενέργεια τους. Η παραπομπή για φυσικοθεραπείες γίνεται από τους ιατρούς σχετικής με την πάθηση ειδικότητας, μόνο ηλεκτρονικά, μέσω του πιστοποιημένου συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Η αποζημίωση της φυσικοθεραπείας ανά συνεδρία ορίζεται στα 15 ευρώ. Δικαιολογούνται έως δέκα (10)

[38] Άρθρο 11 έως 24- ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή-Κλειστή Περίθαλψη
[39] Άρθρο 36- Η αποζημίωση της φυσικοθεραπείας ανά συνεδρία παραμένει στα 15 ευρώ αλλά η αποζημίωση της φυσικοθεραπείας κατ' οίκον ανά συνεδρία αυξάνεται στα 20 ευρώ. .

συνεδρίες φυσικοθεραπειών ανά ασθενή, δύο (2) φορές τον χρόνο (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018).

- Ψυχοθεραπεία-Λογοθεραπεία- Εργοθεραπεία (*άρθρα 40-41-42*/ΦΕΚ 4898/2018)[40]

Οι ψυχοθεραπείες ατομικές ή ομαδικές ή οικογενειακές εκτελούνται από πτυχιούχους ψυχολόγους ειδικά εκπαιδευμένους προς τούτο και κατόχους άδειας άσκησης επαγγέλματος ή από παιδοψυχιάτρους και ψυχιάτρους. Σε δικαιούχους που δεν παρακολουθούν ή δεν έχουν ενταχθεί εκ παραλλήλου σε πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας και χρήζουν ψυχοθεραπειών, είναι δυνατό να αποζημιώνονται ψυχοθεραπείες (ατομική, ομαδική ή οικογενειακή), των οποίων ο μηνιαίος αριθμός συνεδριών προσδιορίζεται κατά είδος ψυχοθεραπείας και κατά διάγνωση σύμφωνα με το ICD-10(ΦΕΚ 5704 Β/19-12-2018) Λογοθεραπείες και εργοθεραπείες εκτελούνται από πτυχιούχους λογοθεραπευτές και εργοθεραπευτές ειδικά εκπαιδευμένους με άδεια άσκησης επαγγέλματος. Ψυχοθεραπείες-λογοθεραπείες- εργοθεραπείες αποζημιώνονται σε συμβεβλημένους παρόχους και σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όταν και όπου δεν υπάρχει συμβεβλημένος πάροχος, αποζημιώνονται στους δικαιούχους, με την κατάθεση των απαραίτητων δικαιολογητικών, όπως ορίζονται σε εγκύκλιο του Οργανισμού (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018).

- Κέντρα Αποκατάστασης - Αποθεραπείας (Κ.Α.Α.) (*άρθρο 44*)[41]

Στους δικαιούχους του Οργανισμού που έχουν ανάγκη νοσηλείας για παροχή υπηρεσιών φυσικής αποκατάστασης και αποθεραπείας παρέχεται περίθαλψη σε Κέντρα Αποθεραπείας -Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας, Δημόσια και Ιδιωτικά, εφεξής ΚΑΑ-ΚΝ. Η εισαγωγή σε ΚΑΑ-ΚΝ, θεωρείται συνέχεια μιας θεραπευτικής διαδικασίας, λαμβάνει χώρα μόνο έπειτα από νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο ή ιδιωτική κλινική ή ιδιωτικό θεραπευτήριο, μετά την λήψη εξητηρίου από το νοσοκομείο ή την κλινική. Ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει νοσηλεία σε ΚΑΑ-ΚΝ, για τα ακόλουθα νοσήματα: Οξύ Εγκεφαλικό Επεισόδιο (αιμορραγικό /ισχαιμικό) με τεκμηριωμένη νευροκινητική βλάβη, ανοξική-Ισχαιμική εγκεφαλοπάθεια, χειρουργικές επεμβάσεις εγκεφάλου και νωτιαίου μυελού, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ή κακώσεις νωτιαίου μυελού, οξεία διάχυτη εγκεφαλομυελίτιδα, λοίμωξη ΚΝΣ με νευροκινητικά προβλήματα και άλλες σοβαρές παθήσεις (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018).

[40] Άρθρο 37, 38, 39 - ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή
[41] Άρθρο 37, 38, 39 - ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή

- Αναπνευστικά είδη (*άρθρο 53*)[42]

Στους δικαιούχους, ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει την ενοικίαση:

i) αναπνευστικών συσκευών, θετικής πίεσης ή συσκευών όγκου/πίεσης για την υποστήριξη της αναπνευστικής λειτουργίας,
ii) συσκευών νεφελοποίησης.

Οι πάροχοι, προκειμένου να λάβουν την αποζημίωση τους, συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ. Ο ασφαλισμένος- ασθενής δεν πληρώνει συμμετοχή στην αποζημίωση χρήσης του μηχανήματος. Οι συσκευές αυτές συνταγογραφούνται από ιατρούς Πνευμονολόγους, Παθολόγους, Καρδιολόγους, Παιδίατρους, Ιατρούς Εντατικής θεραπείας, Γενικής Ιατρικής, με γνωμάτευση των ανωτέρω ειδικών ιατρών, δημόσιας ή ιδιωτικής δομής. Οι αναπνευστικές συσκευές που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι: απλή συσκευή Συνεχούς θετικής Πίεσης Αεραγωγών (CPAP), απλή συσκευή Διφασικής θετικής Πίεσης Αεραγωγών (BiPAP, BiPAP S/T), αναπνευστήρας όγκου/πίεσης, αυτόματη συσκευή Συνεχούς θετικής Πίεσης Αεραγωγών (auto CPAP), σερβοαναπνευστήρας, με επισύναψη της διάγνωσης της μελέτης ύπνου και κάποια άλλα είδη πιο εξειδικευμένα (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018).

- Ειδική Αγωγή (*άρθρο 45*)[43]

Ο ΕΟΠΥΥ παρέχει σε παιδιά έως 18 ετών ειδικές θεραπείες (λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες, ειδική διαπαιδαγώγηση και φυσιοθεραπείες) στα πλαίσια της Ειδικής Αγωγής, συνταγογραφούμενη ηλεκτρονικά από ιατρούς σχετικά με την πάθηση ειδικότητας όπως παιδοαναπτυξιολόγους, παιδονευρολόγους, παιδοψυχιατρούς για χρονικό διάστημα που προβλέπεται από την νομοθεσία του ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ 5571Β/12-12-2018) και έπειτα από έγκριση ειδικής επιτροπής του Οργανισμού. Οι πράξεις της ειδικής αγωγής εκτελούνται από ειδικούς όπως λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους ειδικά εκπαιδευμένους προς τούτο και κατόχους άδειας άσκησης επαγγέλματος. Οι θεραπείες αποζημιώνονται σε συμβεβλημένους παρόχους και σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όταν και όπου δεν υπάρχει συμβεβλημένος πάροχος, αποζημιώνονται στους δικαιούχους, με την κατάθεση των απαραίτητων δικαιολογητικών, όπως ορίζονται σε εγκύκλιο του Οργανισμού (ΦΕΚ 4898/Τεύχος Β' 4898/01-11-2018).

[42] Άρθρο 45 - ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή
[43] Άρθρο 42 - ΦΕΚ 2106/02-05-2025 χωρίς καμία αλλαγή

## 6.5 Φαρμακεία ΕΟΠΥΥ

Το Φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ έχει ως βασική αρμοδιότητα την παροχή φαρμάκων τα οποία χαρακτηρίζονται ως «υψηλής αξίας» (φάρμακα με τιμή ανώτερη των 3000 ευρώ), όπως τα ορίζει ο Νόμος, καθώς και των φαρμάκων εκείνων που εγκρίνονται με αποφάσεις του Οργανισμού Φαρμάκων και δεν είναι εφικτό να διατεθούν μέσω Νοσοκομείων ή Ιδιωτικών Φαρμακείων, με βάση τις υφιστάμενες νομοθετικές διατάξεις. Τα φάρμακα υψηλού κόστους που παρέχει ο ΕΟΠΠΥ στα φαρμακεία του χρειάζονται προέγκριση, εγκρίνονται μέσω του Συστήματος Ηλεκτρονικής Προέγκρισης Φαρμάκων (ΣΗΠ) του ν.4512/2018 (Α΄5) (ΦΕΚ 1080/ Τεύχος Β΄/2-4-2019).

Κάθε φαρμακείο του ΕΟΠΠΥ λειτουργεί σαν μια ειδική μονάδα του Οργανισμού, στο επίπεδο της Τοπικής Διοίκησης στο ευρύτερο πλαίσιο των Περιφερειακών Διευθύνσεων. Οι φαρμακευτικές μονάδες, εκτός από εκείνες που έχουν μεταβιβαστεί στον ΕΟΠΥΥ από το ΙΚΑ ΕΤΑΜ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών) ή έχουν ξεκινήσει να λειτουργούν πριν από την έκδοση αυτού του εγγράφου, ιδρύονται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ βάσει πρότασης της Φαρμακευτικής Διεύθυνσης, σύμφωνα με τα όσα καθορίζονται στον ΕΚΠΥ (Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας). Τα σημεία διανομή ΦΥΚ του Οργανισμού διαθέτουν εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, δηλαδή φαρμακοποιούς, βοηθούς φαρμακείου και επιπλέον βοηθητικό διοικητικό προσωπικό.

Το Φαρμακείο ΕΟΠΥΥ παρέχει φάρμακα βασιζόμενο στις ατομικές συνταγές άυλες ή μη, οι οποίες συνοδεύονται από τα απαραίτητα πιστοποιητικά. Οι συνταγές εκτελούνται ακριβώς όπως ορίζει το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο. Για τα φάρμακα εκείνα που απαιτείται ηλεκτρονική έγκριση από την Επιτροπή Φαρμάκων Υψηλού Κόστους ΣΗΠ (Σύστημα Ηλεκτρονικής Προέγκρισης Φαρμάκων), πρέπει να εκτελεστούν εντός πέντε εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία που γίνεται γνωστή η έγκριση από το αρμόδιο Όργανο. Οι συνταγές που εκτελούνται στα Φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ μέσω της αποστολής φαρμάκων, πρέπει να αποστέλλονται και να ολοκληρώνονται εντός δέκα ημερών από την μεταβίβασή τους στο αρμόδιο Φαρμακείο και όχι περισσότερο από δεκαπέντε ημέρες από την κατάθεση της συνταγής στο Φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ της περιοχής του δικαιούχου- ασθενή. Σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις και με έγκριση της Διοίκησης του Οργανισμού, είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί μια φορά εκτέλεση όλων των φύλλων επαναλαμβανόμενης συνταγής, τριμήνου ή εξαμήνου. Τα Φαρμακεία ΕΟΠΠΥ υποβάλλονται τακτικά σε επιθεωρήσεις και

ελέγχους σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις και λειτουργούν σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και τις κανονιστικές διατάξεις του Οργανισμού, ως Δημόσιο Φαρμακείο ΝΠΔΔ (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου).

Κάθε Φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ καθορίζει την προμήθεια, αποθήκευση, διατήρηση και παροχή των φαρμάκων καθώς και άλλων υγειονομικών υλικών στους δικαιούχους, σύμφωνα με τις παρούσες νομοθετικές διατάξεις, επωμίζεται την ευθύνη για τη σωστή συντήρηση και αποθήκευση των φαρμακευτικών προϊόντων μέσα στους χώρους του φαρμακείου, εφαρμόζοντας κατάλληλα συστήματα παροχής που εγγυώνται την ασφαλή χορήγηση και χρήση τους από τους ασθενείς. Διαθέτει την αρμοδιότητα για την ορθή εκτέλεση και τον έλεγχο των ιατρικών συνταγών, προκειμένου να αποφεύγονται τα λάθη και οι υπάλληλοι που το απαρτίζουν είναι υπεύθυνοι για την εφαρμογή της φαρμακευτικής νομοθεσίας και του ΕΚΠΥ (Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας) (ΦΕΚ 1080/ Τεύχος Β΄/2-4-2019).

Με βάση την ισχύουσα Νομοθεσία και τη Διοίκηση του Οργανισμού καθορίζονται τα φάρμακα που διατίθονται από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, η διαδικασία αγοράς, οι προμηθευτές και η διαδικασία διάθεσης στους δικαιούχους. Με απόφαση του Προέδρου του Οργανισμού κατόπιν εισήγησης του Προϊσταμένου Διεύθυνσης που υπάγεται το Φαρμακείο, ορίζεται Διαχειριστής Φαρμακοποιός για χρονικό διάστημα ενός έτους, ο οποίος είναι και ο βασικός υπεύθυνος και υπόλογος για την παρακολούθηση και πιστή τήρηση της οικονομικής διαχείρισης του Φαρμακείου, ενημερώνει τον Προϊστάμενο φαρμακοποιό και συνεργάζονται στις διαδικασίες των παραγγελιών και της παρακολούθησης της αποθήκης. Ειδικότερα ο Διαχειριστής φαρμακοποιός είναι υπεύθυνος για τον τακτικό έλεγχο των διαθέσιμων αποθεμάτων, τον έλεγχο των παρατηρούμενων ελλείψεων για έγκαιρο ανεφοδιασμό, την παρακολούθηση της καταχώρησης των συνταγών στο μηχανογραφικό σύστημα αποθήκης, τη διενέργεια τακτικών ελέγχων και απογραφών. Όπου δεν υπηρετεί δεύτερος φαρμακοποιός, καθήκοντα Διαχειριστή έχει ο προϊστάμενος φαρμακοποιός.

Ο κάθε προϊστάμενος του φαρμακείου έχει την υποχρέωση να εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία του φαρμακείου, την επάρκεια φαρμάκων και τη σωστή συντήρηση τους, την καταγραφή των ελλείψεων και των προβλημάτων σε εξοπλισμό και την έγκαιρη αποκατάσταση αυτών, τον έλεγχο της ορθής εκτέλεσης των συνταγών σύμφωνα με την φαρμακευτική νομοθεσία, την ορθή πληροφόρηση των ασθενών ή αυτών που

παραλαμβάνουν τα φάρμακα, την τήρηση της διαδικασίας αποστολής φαρμάκων σε περιφερειακά σημεία εξυπηρέτησης, την τήρηση της διαδικασίας που αφορά σε επιστρεφόμενα φαρμακευτικά σκευάσματα, την τήρηση των οδηγιών της Διοίκησης για την εφαρμογή των νομοθετημένων και θεσμοθετημένων εκπτώσεων, τη συμπλήρωση των προβλεπόμενων βιβλίων του φαρμακείου, τον έλεγχο της λογιστικής ενημέρωσης των τιμολογίων και συνταγών στο υπάρχον μηχανογραφικό σύστημα αποθήκης, την πιστή εφαρμογή των διατάξεων περί απογραφών. Είναι επιπλέον αρμόδιος για την ταξινόμηση των αποστολών των εκτελεσμένων συνταγών στο Τμήμα Επιθεώρησης, Εργασιακών Σχέσεων ή όπου αλλού ορίζεται από τον Οργανισμό, μετά την πλήρη καταχώρηση τους στο Μηχανογραφικό Σύστημα Αποθήκης του εκάστοτε φαρμακείου. Συντονίζει τις δραστηριότητες του φαρμακείου και εισηγείται στον Προϊστάμενο της Περιφερειακής Διεύθυνσης και αυτός με τη σειρά του στη Διεύθυνση Φαρμάκου για περαιτέρω ενέργειες σχετικά με τις ανάγκες του φαρμακείου τόσο σε νέο προσωπικό για την επαύξηση του ανθρώπινου δυναμικού, όσο και σε συμπλήρωση υλικοτεχνικού εξοπλισμού.

Ο Βοηθός Φαρμακείου/ Υπάλληλος φαρμακείου σύμφωνα με τη διαπιστωτική πράξη Ρ07/117/30-12-2011 εκτελεί συνταγές με την ίδια ευθύνη που έχει και ο Προϊστάμενος του Φαρμακείου ή τον ορισμένο αντικαταστάτη του, ωστόσο απαιτείται να τίθεται η υπογραφή του φαρμακοποιού επάνω στη συνταγή, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και υποστηρίζει το φαρμακοποιό στις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες, εργάζεται σύμφωνα με τις εντολές και οδηγίες του, αποκλειόμενης της ανεξάρτητης παροχής υπηρεσιών, τηρουμένων των διατάξεων του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138/Τεύχος Α'), του π.δ. 6 (ΦΕΚ 8/Τεύχος Α΄/ 19-1-2000) και του π.δ. 312(ΦΕΚ 157/Τεύχος Α΄/16-9-1992), όπως ισχύουν κάθε φορά.

## 6.6 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση – Άυλη συνταγογράφηση– Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας

Η ηλεκτρονική άυλη συνταγογράφηση:

- αντικαθιστά πλέον τις έντυπες ιατρικές συνταγές ή/και τα παραπεμπτικά των ιατρικών εξετάσεων, τα οποία εκδίδονται πλέον σε ηλεκτρονική μορφή.
- επιπρόσθετα παρέχει τη δυνατότητα σε εκείνους που πάσχουν από χρόνιες νόσους, να παραλαμβάνουν την ιατρική τους συνταγή εξ αποστάσεως, χωρίς δηλαδή να απαιτείται η επίσκεψη στο χώρο εργασίας του θεράποντος ιατρού, όπως

αναγράφεται στο *άρθρο 49* της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΦΕΚ 68Α/20-03-2020).

Πιο συγκεκριμένα, οι θεράποντες ιατροί δύνανται να εκδίδουν κατ' επανάληψη τις μηνιαίες ή τις ιατρικές συνταγές που πρέπει να επαναλαμβάνονται και αφορούν σταθερή φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι χρονίως πάσχοντες και οι οποίες θα εκτελούνται στα φαρμακεία.

Αναλυτικότερα με τον όρο ηλεκτρονική συνταγογράφηση νοείται η παραγωγή, η διακίνηση και ο έλεγχος των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών πράξεων, με τη χρήση της τεχνολογίας δηλαδή των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των τηλεπικοινωνιών, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών. *(Άρθρο 1, ν.3892/2010).* Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης είναι το ολοκληρωμένο σύστημα που περιλαμβάνει εξοπλισμό, λογισμικό, εφαρμογές και διαδικασίες που αφορούν την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (εφεξής Σ.Η.Σ.) *(Άρθρο 1, ν.3892/2010)*.

### 6.6.1 Ο ρόλος και οι υποχρεώσεις του Ιατρικού Προσωπικού

Οι ιατροί υποχρεούνται να προβούν σε εγγραφή ως χρήστες στο ΣΗΣ που διαχειρίζεται ο Φορέας *«Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.»* για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι εγγεγραμμένοι ιατροί, εισέρχονται στο Σύστημα κατόπιν χρήσης ορισμένων στοιχείων ταυτοποίησης. Η εγγραφή τους, αλλά και η ταυτοποίηση τους, αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την ηλεκτρονική καταχώρηση και επεξεργασία ιατρικών συνταγών, καθώς και παραπεμπτικών στο σύστημα, με βάση την ισχύουσα νομοθεσία. Οι ιατροί παράλληλα οφείλουν να προβούν και στην ταυτοποίηση των στοιχείων των ασθενών τους, προκειμένου να διαπιστωθεί το δικαίωμά τους να κάνουν χρήση του ΣΗΣ. Συνεπώς γίνεται επίδειξη του βιβλιαρίου Υγείας και ελέγχεται το ΑΜΚΑ τους. Κατόπιν καταχωρούν την συνταγή ηλεκτρονικά και πιο συγκεκριμένα αναρτούν τη διάγνωση, τα φάρμακα και το παραπεμπτικό, εάν απαιτηθεί. Σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή καταγράφουν την ονομασία του φαρμάκου (εμπορική ονομασία ή δραστική ουσία που αυτό περιέχει), την ακριβή δοσολογία, περιεκτικότητα και ποσότητα των φαρμάκων που συνταγογραφούνται, την κατηγορία συνταγής και τέλος το ποσοστό συμμετοχής που καλείτε να καταβάλλει ο ασφαλισμένος. Τα φάρμακα που περιέχονται στη συνταγή πρέπει να βρίσκονται στην λίστα των εγκεκριμένων από τον Ελληνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ).

Η συνταγή ή το παραπεμπτικό που καταχωρείται ηλεκτρονικά περιλαμβάνει στοιχεία του ίδιου του ιατρού, την ημερομηνία που πραγματοποιήθηκε η καταχώριση, καθώς και την ημερομηνία έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους, ενώ ταυτόχρονα χαρακτηρίζεται από ένα μοναδικό κωδικό αριθμό, ο οποίος εμφανίζεται και με την μορφή γραμμωτού κώδικα (barcode). Αφού ολοκληρωθεί επιτυχώς η καταχώριση της ηλεκτρονικής συνταγής, ο ιατρός εκτυπώνει αντίγραφο της συνταγής ή του παραπεμπτικού, το υπογράφει και το παραδίδει στον ασθενή, ο οποίος με τη σειρά του το επιδεικνύει στον φαρμακοποιό ή στη μονάδα παροχής ιατρικής φροντίδας- εξετάσεων που θα εκτελέσει την εν λόγω συνταγή ή το παραπεμπτικό αντιστοίχως.

Η εκτέλεση των παραπεμπτικών πραγματοποιείται σύμφωνα με τις προθεσμίες, οι οποίες προβλέπονται στον Κανονισμό του ΕΟΠΥΥ. Το ιατρικό προσωπικό έχει τη δυνατότητα να ακυρώσει μια συνταγή ή ένα παραπεμπτικό εάν αυτό δεν έχει εκτελεστεί. Επιπλέον δύνανται να εντοπίσουν ανά πάσα στιγμή τις συνταγές που οι ίδιοι έχουν καταχωρίσει. Επιπλέον σε περίπτωση που αυτό κριθεί απαραίτητο και μόνο κατόπιν εγκρίσεως του ίδιου του ασθενούς, μπορούν να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα τυχόν προηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής ή ιατρικών πράξεων που έχουν καταχωρηθεί από άλλους ιατρούς. Οι ιατροί επιτρέπεται να χρησιμοποιούν τα δεδομένα αυτά αποκλειστικά για τον παραπάνω σκοπό. Τέλος όλο το ιατρικό προσωπικό κρίνεται απαραίτητο να διαθέτουν τον κατάλληλο εξοπλισμό για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους στο ΣΗΣ, καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών και παραπεμπτικών. *(Άρθρο 3, ν.3892/2010)*.

### 6.6.2 Ο ρόλος και οι υποχρεώσεις των φαρμακοποιών- παρόχων υγείας

Οι φαρμακοποιοί που είναι συμβεβλημένοι είτε ατομικά είτε συλλογικά, με τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης, είναι υποχρεωμένοι να εγγράφονται ως μέλη του ΣΗΣ που διαχειρίζεται ο φορέας *«Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.»* για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι φαρμακοποιοί που είναι εγγεγραμμένοι κατά την είσοδό τους στο σύστημα υποβάλλονται σε ταυτοποίηση των στοιχείων τους. Τόσο η εγγραφή, όσο και η ταυτοποίησή τους είναι απαραίτητη για την εκτέλεση των συνταγών με βάση τα όσα προβλέπονται από τον ισχύοντα νόμο. Οι φαρμακοποιοί εισάγουν στην εφαρμογή τον κωδικό συνταγής που καταχωρήθηκε ηλεκτρονικά και στη συνέχεια αντιπαραβάλλουν τα στοιχεία του ασθενούς που υπάρχουν

στη συνταγή που καταχωρήθηκε με τα στοιχεία που αναγράφονται στο βιβλιάριο υγείας του ασθενούς.

Οι φαρμακοποιοί, αφού προχωρήσουν στην ταυτοποίηση του ασθενούς για τον οποίο έχει καταχωρηθεί η ηλεκτρονική συνταγή, εισάγουν τα φάρμακα στην εφαρμογή- καταχωρώντας τους δύο γραμμωτούς κώδικες που υπάρχουν στην ταινία γνησιότητας κάθε φαρμακευτικού ιδιοσκευάσματος. Μετά από την καταβολή της προβλεπόμενης συμμετοχής και την παράδοση των φαρμάκων, οι φαρμακοποιοί εισάγουν στην εφαρμογή τη συνταγή ως «εκτελεσμένη». Η εισαγωγή περιλαμβάνει την ημερομηνία εκτέλεσης, τα στοιχεία των ιδιοσκευασμάτων που παραδόθηκαν στον ασθενή, συνοδευόμενα από τους αντίστοιχους γραμμωτούς κώδικες (barcodes) και το σχετικό κόστος (σύνολο και συμμετοχή). Μετά από την επιβεβαίωση της ολοκληρωμένης και επιτυχούς ηλεκτρονικής καταχώρισης της εκτέλεσης της συνταγής οι φαρμακοποιοί εκτυπώνουν αντίγραφο της εκτελεσμένης συνταγής, στο οποίο επικολλούν τις ταινίες γνησιότητας των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που εκτελέστηκαν. Το αντίγραφο υπογράφεται από τον ασφαλισμένο ή αυτόν που παραλαμβάνει τα φάρμακα και οι φαρμακοποιοί υπογράφουν και σφραγίζουν τα αντίγραφα και τα αποστέλλουν στα κεντρικά του ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Οι φαρμακοποιοί υποχρεούνται να καταχωρούν όλες τις συνταγές. Μάλιστα οφείλουν να διαθέτουν και την κατάλληλη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους με το ΣΗΣ, καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση των ηλεκτρονικών συνταγών. *(Άρθρο 4, ν.3892/2010)*.

Σύμφωνα με τις υποχρεώσεις των φαρμακοποιών ακριβώς με τον ίδιο τρόπο λειτουργούν και οι βοηθοί τους καθώς και όλοι οι συμβεβλημένοι πάροχοι υγείας με τον Οργανισμό- οι οποίοι παραλαμβάνουν πλέον μόνο ηλεκτρονικές συνταγές, εκτελούν τη συνταγή παρέχοντας το ανάλογο προϊόν- είδος ή παροχή και καταχωρούν ηλεκτρονικά την συνταγή στο σύστημα καθώς και εκτυπώνουν και αποστέλλουν με τον ίδιο ακριβώς τρόπο το σύνολο των μηνιαίων συνταγών στην Κεντρική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

### 6.6.3 Υποχρεώσεις Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας-Ιδιωτικά συμβεβλημένα Ιατρικά Κέντρα- Εργαστήρια καθώς και Ιδιωτικές κλινικές

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών αυτών με τους ΦΚΑ, υποχρεούνται να εγγράφονται ως χρήστες του Σ.Η.Σ. το οποίο διαχειρίζεται ο φορέας *«Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.»* για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το αρμόδιο προσωπικό ταυτοποιείται με την είσοδό του στο σύστημα, η εγγραφή και η ταυτοποίηση είναι αναγκαία για την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση των παραπεμπτικών και των ιατρικών πράξεων στο σύστημα σύμφωνα με τα οριζόμενα στον ισχύοντα νόμο. Τα στελέχη εισάγουν στην εφαρμογή τον κωδικό παραπεμπτικού που έχει καταχωρηθεί ηλεκτρονικά στο σύστημα και στη συνέχεια αντιπαραβάλλουν τα στοιχεία του ασθενούς που εμφανίζονται στο παραπεμπτικό με τα στοιχεία που αναγράφονται στο βιβλιάριο υγείας του ασθενούς. Αφού ολοκληρωθεί η ταυτοποίηση του ασθενούς, ακολουθεί η εκτέλεση της ιατρικής πράξης ή της παρακλινικής εξέτασης που αναγράφεται στο παραπεμπτικό, τέλος το αρμόδιο προσωπικό καταχωρεί στο σύστημα το παραπεμπτικό ως «εκτελεσμένο». Αναγράφεται επίσης η ημερομηνία εκτέλεσης, τα στοιχεία που απαιτούνται για την εκτέλεση του παραπεμπτικού και πληροφορίες σχετικά με τη μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας που εκτέλεσε το παραπεμπτικό, καθώς και την ημερομηνία παραλαβής της έκθεσης αποτελεσμάτων των εξετάσεων από τον ασφαλισμένο ή αυτόν που παρέλαβε το αποτελέσματα (ΦΕΚ 189/4-11-2010).

Κατ' εξαίρεση, σε περιπτώσεις εκτάκτου περιστατικού ασθενείας, εφόσον ο ασθενής προσκομίζει χειρόγραφο παραπεμπτικό, το οποίο δεν έχει εκδοθεί από ιατρό του ΦΚΑ του ασθενούς ή συμβεβλημένο με αυτόν αλλά καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ κατά τις γενικές διατάξεις, η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας δια των εξουσιοδοτημένων στελεχών της υποχρεούται σε ηλεκτρονική καταχώριση στο ΣΗΣ των στοιχείων που αναγράφονται στο χειρόγραφο παραπεμπτικό, στα οποία περιλαμβάνεται ο ΑΜΚΑ ασθενούς και ιατρού. *(Άρθρο 5, ν.3892/2010)*.

### 6.6.4 Βάση Δεδομένων Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

Η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων δημιουργεί και λειτουργεί βάση δεδομένων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η συγκεκριμένη βάση δεδομένων

λειτουργεί με την εποπτεία της Υπηρεσίας Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠΕΔΥΦΚΑ) και της Διεύθυνσης Μηχανογραφικών Εφαρμογών που υπάγονται στη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι εκτελεσμένες συνταγές και τα εκτελεσμένα παραπεμπτικά ιατρικών πράξεων ταξινομούνται και αποθηκεύονται στα κεντρικά γραφεία του ΕΟΠΥΥ. Ταυτόχρονα στο Σ.Η.Σ καταγράφονται και όλες οι υπόλοιπες πληροφορίες που είναι απαραίτητες για την λειτουργία του, δηλαδή οι τιμές φαρμάκων και παροχής υπηρεσιών, στοιχεία των χρηστών στους οποίους επιτρέπεται η πρόσβαση στο Σ.Η.Σ., στοιχεία των Φ.Κ.Α., των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας ή άλλων μονάδων που παρέχουν υπηρεσίες ή παροχές σε ασφαλισμένους, των προμηθευτών των φαρμάκων και υλικών, καθώς και λοιπών δεδομένων που διαχειρίζεται το Σ.Η.Σ. (ΦΕΚ 189/4-11-2010).

Ο φορέας *«Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης – ΗΔΙΚΑ Α.Ε.»* τηρεί την παραπάνω βάση δεδομένων για λογαριασμό της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. διατηρεί Βάση Δεδομένων των ασφαλισμένων όλων των ΦΚΑ σύμφωνα με τον ενιαίο Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (Μητρώο ΑΜΚΑ) και παρέχει τη δυνατότητα αναζήτησης στοιχείων ασφαλισμένων με χρήση του ΑΜΚΑ για τον σκοπό της ταυτοποίησης αυτών κατά την καταχώριση και εκτέλεση συνταγής ή παραπεμπτικού. Οι σκοποί του ΣΗΣ είναι:

α) η υποστήριξη των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης – πλέον του ΕΟΠΥΥ για την πραγματοποίηση ελέγχου και εκκαθάρισης των συνταγών και παραπεμπτικών, όσο και την κάλυψη των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης και υπηρεσιών υγείας,

β) η υποστήριξη του ελέγχου για όλες τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται προς τους δικαιούχους-ασφαλισμένους,

γ) η υποστήριξη της παρακολούθησης και ελέγχου της διαδικασίας συνταγογράφησης, της συλλογής και στατιστικής επεξεργασίας των στοιχείων που έχουν σχέση με παροχές υγείας και φαρμακευτικής περίθαλψης,

δ) η ενίσχυση του ελέγχου και του συντονισμού των ενεργειών που αφορούν τον έλεγχο των δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης όλων των φορέων και κλάδων ασθενείας, αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Ασφάλισης.

Η σύσταση και λειτουργία της βάσης δεδομένων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης υφίσταται με την πλήρη τήρηση των διατάξεων του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ 50 Α΄) *«για την*

*προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα»* (ΦΕΚ 50 Α΄) όπως ισχύει. Η Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η ΗΔΙΚΑ Α.Ε. λαμβάνει όλα τα κατάλληλα και ανάλογα προς τους υφιστάμενους κινδύνους, τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την ασφάλεια των υποδομών, των πληροφοριακών συστημάτων και των δεδομένων και την προστασία τους από τυχαία ή αθέμιτη καταστροφή, τυχαία απώλεια, αλλοίωση, απαγορευμένη διάδοση και κάθε άλλη μορφή αθέμιτης επεξεργασίας ή μη νόμιμης και εξουσιοδοτημένης πρόσβασης και χρήσης. Οι ασφαλισμένοι-δικαιούχοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης και γνώσης των δεδομένων που τους αφορούν και είναι καταχωρημένα και αποθηκευμένα πλέον σε βάση, την οποία διαχειρίζεται κατά αποκλειστικότητα ο ΕΟΠΥΥ- έτσι έχει δημιουργηθεί η δυνατότητα να ενημερώνονται για τον αριθμό και το είδος των συνταγών φαρμάκων και των παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων που τους αφορούν και έχουν καταχωρηθεί και εκτελεστεί στο ΣΗΣ, *(Άρθρο 6, ν.3892/2010)*. Οι ασφαλισμένοι έχουν πρόσβαση στο σύνολο του Ιατρικού τους ιστορικού από το 2012 και έπειτα με την δημιουργία του Οργανισμού -μέσω του Ατομικού τους Φακέλου Υγείας τον οποίο δημιουργούν από την ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ.

### 6.6.5 Οφέλη Άυλης Συνταγογράφησης

- **Διαφάνεια και ασφάλεια**

Με την καθιέρωση της υπηρεσίας αυτής, κάθε φορά που ο ασθενής λαμβάνει μια ιατρική συνταγή ή ένα παραπεμπτικό εξετάσεων αποστέλλεται αυτόματα ειδοποίηση στην κινητή του συσκευή. Με αυτό τον τρόπο, αν κάποιο τρίτο πρόσωπο εκδώσει ή εκτελέσει συνταγή ή αντίστοιχα παραπεμπτικό εξετάσεων στο όνομά του χρήστη, χωρίς τη συγκατάθεσή του, θα ενημερωθεί άμεσα και αυτόματα. Επιπρόσθετα στο μήνυμα αυτό έχει πλέον προστεθεί-το τελευταίο έτος- κωδικός εκτέλεσης συνταγής ο οποίος είναι μοναδικός και εάν ο ασθενής δεν τον δώσει στον συμβεβλημένο πάροχο δεν μπορεί να καταχωρηθεί και να εκτελεστεί η εκάστοτε συνταγή.

- **Κατάργηση εντύπου**

Με την άυλη συνταγογράφηση καταργείται ουσιαστικά η έντυπη και εκτυπωμένη συνταγή και το παραπεμπτικό εξετάσεων γίνεται πλέον ηλεκτρονικό. Με τον τρόπο αυτό εξοικονομείται χαρτί και αποφεύγονται τυχόν προβλήματα που προκύπτουν από την απώλεια ή φθορά της έντυπης συνταγής.

- **Τήρηση Ηλεκτρονικού αρχείου**

Όλες οι ιατρικές συνταγές και τα παραπεμπτικά των ιατρικών πράξεων εκδίδονται, αποθηκεύονται ηλεκτρονικά και αποστέλλονται στους ενδιαφερόμενους με ηλεκτρονικά μηνύματα στην κινητή συσκευή (sms) ή/και σε μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου όπως ήδη έχει αναφερθεί. Είναι σημαντικό να επισημανθεί πως σε όλες τις περιπτώσεις υφίσταται ένα ολοκληρωμένο και ευέλικτο ηλεκτρονικό αρχείο το οποίο περιλαμβάνει όλες τις πληροφορίες της ιατρικής συνταγής ή αντιστοίχως του παραπεμπτικού εξετάσεων.

- **Αποφυγή μετακινήσεων**

Ειδικά για τους χρονίως πάσχοντες, παρέχεται η δυνατότητα να παραλαμβάνουν συνταγές φαρμάκων εξ αποστάσεως και παραπεμπτικά εξετάσεων μετά από επικοινωνία και συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό. Με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται οι άσκοπες αλλά και επίπονες σε πολλές περιπτώσεις μετακινήσεις (ΦΕΚ 68Α/20-03-2020).

## 6.7 Βασικές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις του ΕΟΠΥΥ

Ο ΕΟΠΠΥ αντιμετώπισε κατά το παρελθόν ζητήματα παρατυπιών και στρεβλώσεων αναφορικά με τα έσοδα του από την κρατική επιχορήγηση και τις ασφαλιστικές εισφορές. Επιπλέον εξαιτίας του γεγονότος ότι η Ελλάδα ανέλαβε και ορισμένες μνημονιακές δεσμεύσεις που αφορούσαν τον εξ ορθολογισμό των δαπανών, ο ΕΟΠΠΥ κατά τη χρονική περίοδο 2012-2017 έλαβε μέτρα στήριξης, με βασική προτεραιότητα την εξασφάλιση της βιωσιμότητάς του. Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός ότι παρατηρήθηκαν από την αρχή σοβαρές υπερβάσεις σε προϋπολογισμούς οι οποίοι αφορούσαν παρακλινικές εξετάσεις, φαρμακευτικές δαπάνες καθώς και σε άλλες κατηγορίες όπως ιδιωτικές κλινικές, μονάδες αιμοκάθαρσης, κέντρα φυσικοθεραπείας και κλειστής ή ανοιχτής νοσηλείας, καθώς και ψυχιατρικές κλινικές (Βάση Δεδομένων ΕΟΠΠΥ).

Προκειμένου να βελτιωθεί η ρευστότητα και να επιλυθεί το ζήτημα της υπέρβασης των προϋπολογισμών στις διάφορες κατηγορίες παροχών, ο ΕΟΠΠΥ προέβη στη λήψη μιας σειράς μέτρων τα οποία αναλύονται παρακάτω:

- Δημιουργία μιας επιτροπής διαπραγμάτευσης [ΚΥΑ 90168 (ΦΕΚ 2543Β΄/ 10-10-2013)].

- Καθιέρωση του αυτόματου μηχανισμού επιστροφών claw back [*Άρθρο 11 ν. 4052/2012* (ΦΕΚ 41 Α/ 1-3-2012)] και του rebate (κλιμακούμενο ποσοστό έκπτωσης ή επιστροφής) [*Άρθρα 19 και 35 ν.3918/2011* (ΦΕΚ 31Α΄/2-3-2011), άρθρο 12 Ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41Α/ 1-3-2012) και 100 ν. 4172/2013 (ΦΕΚ 167Α' /23-7-2013)].
- Ανάθεση σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες του ελέγχου και της τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των ιδιωτικών προμηθευτών οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι [*Άρθρο 100 ν.4172/2013* (ΦΕΚ 167Α /23-7-2013)].
- Καθιέρωση ορίων συνταγογράφησης ιατρικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων [*ΥΑ 9/οικ.70521/14-8-2014* (ΦΕΚ 2243Β'/18-8-2014)].
- Εφαρμογή Στατιστικών Μοντέλων (Υπ' αριθμ. 1199/495/19-09-2018 απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Π.Υ).
- Εφαρμογή ποσού καταβολής 1 ευρώ από τους ασφαλισμένους ανά συνταγή προς όφελος του Ε.Ο.Π.Π.Υ [*Άρθρο 1 Ν.4093/2012* (ΦΕΚ 222Α / 12-11-2012)].
- Πραγματοποίηση τελικής εκκαθάρισης αρχείων των λογαριασμών των ιδιωτών συμβεβλημένων παρόχων από 01-01-2016 και των καινούργιων συμβάσεων με τους επιλεγμένους προμηθευτές υγειονομικού υλικού, ειδικών διατροφικών σκευασμάτων, θεραπευτικών μέσων, ειδών πρόσθετης περίθαλψης από 01-01-2017 [*Άρθρο 97 ν.4486/2017* (ΦΕΚ 115Α /7-8-2017)].
- Καταχώρηση υλικών σε μητρώα και εφαρμογή άυλων barcodes [*Άρθρο 34 ν. 4447/2016* (ΦΕΚ 241Α/23-12-2016)].

### 6.7.1 Καθιέρωση του αυτόματου μηχανισμού επιστροφών claw back και του κλιμακούμενου ποσοστού εκπτώσεων – επιστροφών rebate

Ο μηχανισμός επιστροφών claw back αποτελεί ένα εργαλείο που υιοθέτησε ο ΕΟΠΠΥ ώστε, στα πλαίσια του ελέγχου των δαπανών των συμβεβλημένων παρόχων, να λάβει πίσω χρηματικά ποσά που υπερέβησαν τα όρια του προϋπολογισμού του ανά ΚΑΕ και ανά κατηγορία, όπως αυτά παρουσιάζονται ετησίως από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, το Υπουργείο Υγείας και τον ίδιο τον Οργανισμό. Αναλυτικότερα, ο μηχανισμός αυτός αρχικά καθιερώθηκε με τους ν. 4052/2012 [*Άρθρο 11 ν. 4052/2012* (ΦΕΚ 41Α /1-1-2012)] και ν.4093/2012 [*Άρθρο 631 Ν. 4093/2012* (ΦΕΚ222Α/12-11-2012)] και αφορούσε στην εφαρμογή ορίου για τις μηνιαίες φαρμακευτικές δαπάνες των φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες δεν δύνανται να υπερβαίνουν το 1/12 του κρατικού προϋπολογισμού, το οποίο αντιστοιχεί στη φαρμακευτική περίθαλψη.

Στον πίνακα 6.1 που ακολουθεί παρουσιάζεται αναλυτικά το ανώτατο όριο δαπανών εξωνοσοκομειακών αναγκών φαρμακευτικού υλικού και αφορά τις συμβαλλόμενες φαρμακευτικές εταιρείες. Ειδικότερα για τα έτη 2012 και 2013 ο διαμερισμός της φαρμακευτικής δαπάνης έγινε λαμβάνοντας υπόψη το ποσοστό της αληθούς συμμετοχής κάθε φαρμακευτικής εταιρείας στη διαμόρφωση της δαπάνης των φαρμάκων κάθε φορέα και για το λόγο αυτό χρησιμοποιήθηκε η Λιανική Τιμή/ΦΠΑ.

Στα χρόνια που ακολουθούν [ΥΑ9/οικ. 70520/18.08.14 (ΦΕΚ 2243 Β΄)], μεταβάλλεται ο υπολογισμός του διαμοιρασμού της υπέρβασης στις δαπάνες φαρμακευτικού υλικού, με το ανάλογο ποσοστό συμμετοχής κάθε εταιρείας στη δαπάνη. Πλέον παύει να βασίζεται στη Λιανική Τιμή/ΦΠΑ αλλά στην Τιμή Αποζημίωσης αφαιρουμένων των ποσών που έχουν σχέση με νομοθετημένες εκπτώσεις και επιστροφές (rebates) της φαρμακευτικής εταιρείας, μαζί με το κέρδος του χονδρεμπορίου, συμπεριλαμβανομένων των ποσών συμφωνίας του ΕΟΠΠΥ κατόπιν της διαπραγμάτευσης για έκπτωση, καθώς και της δαπάνης φαρμάκων αποκλειστικής νοσοκομειακής χρήσης πλέον ΦΠΑ. Επιπρόσθετα, από το έτος 2014 και έπειτα, στο συμφωνημένο χρηματικό ποσό του καθιερωμένου προϋπολογισμού της φαρμακευτικής δαπάνης συμπεριλήφθηκε και η δαπάνη για τη φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών καθώς και η δαπάνη για τα εμβόλια, τους ορούς και τα παράγωγα αίματος.

**Πίνακας 6.1: Ανώτατο όριο δαπανών φαρμακευτικών εταιρειών ετών 2012-2018**

| CLAWBACK ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΕΤΩΝ 2012-2018 | |
|---|---|
| 2012 | 2.880.000.000,00€ |
| 2013 | 2.440.000.000,00€ |
| 2014 | 2.000.000.000,00€ |
| 2015 | 2.000.000.000,00€ |
| 2016 | 1.945.000.000,00€ |
| 2017 | 1.945.000.000,00€ |
| 2018 | 1.945.000.000,00€ |

Πηγή: Εθνικό Τυπογραφείο, 2019

Το μέτρο, με το ν.4172/2013 [*Άρθρο 100 ν. 4172/2013* (ΦΕΚ 167Α /23-7-2013)], εφαρμόστηκε και στις δαπάνες για τις διαγνωστικές εξετάσεις, φυσικοθεραπείες και νοσηλεία- υπηρεσίες από συμβεβλημένους ιδιώτες προμηθευτές παροχής υπηρεσιών υγείας. Το ποσό των δαπανών αυτών καθορίζεται σε εξαμηνιαία βάση και προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ προϋπολογισμένης και πραγματικής δαπάνης, ενώ ταυτόχρονα αφαιρούνται τυχόν εκπτώσεις, επιστροφές (rebates) και άλλες μη αποδεκτές δαπάνες.

Βασικό κριτήριο του υπολογισμού του claw back που αντιστοιχεί ανά μήνα στους συμβεβλημένους παρόχους, είναι ο λογαριασμός που υποβάλλουν μηνιαία με το σύνολο των συνταγών τους – μηνιαία δαπάνη στον ΕΟΠΠΥ για υπηρεσίες υγείας που παρέχονται στους ασφαλισμένους για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα. Με το νόμο [*Άρθρο 100 παρ. 3 ν.4172/2013* (ΦΕΚ 167Α /23-7-2013)] παρέχεται η δυνατότητα στον Οργανισμό να συμψηφίζει το claw back με μια ισόποση εκκαθαρισμένη οφειλή του προς τους προαναφερθέντες ιδιώτες παρόχους, οι οποίοι παρείχαν υπηρεσίες υγείας στα πλαίσια της σύμβασής τους και προέκυψαν μέσα στο τρέχον ή κατά το προηγούμενο έτος [*Άρθρο 1 Υ9/70521* (ΦΕΚ 2243Β'/18-8-2014)].

Αργότερα με την υπουργική απόφαση [Αριθμ. Γ3γ/70907 (ΦΕΚ Β΄ 2059/18-09-2015)] καθορίστηκαν για τα έτη 2015, 2016, 2017, 2018 τα επιτρεπόμενα όρια δαπανών του ΕΟΠΠΥ, ανά ΚΑΕ και κατηγορία παροχής υγειονομικής υπηρεσίας από τους ιδιώτες προμηθευτές οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με τον οργανισμό. Τυχόν υπέρβαση του ορίου δαπανών θέτει σε εφαρμογή αυτόματα τον μηχανισμό επιστροφής claw back. Παρακάτω στον Πίνακα 6.2 απεικονίζονται τα επιτρεπόμενα όρια ανά ΚΑΕ για το έτος 2023, όπου έπειτα από αυτό το όριο- θέτει σε εφαρμογή αυτόματα τον μηχανισμό των επιστροφών.

**Πίνακας 6.2: Επιτρεπόμενα όρια δαπανών ανά ΚΑΕ ετών 2023**

| Κύρια Κατηγορία | Υποκατηγορία | Υποβληθείσα Δαπάνη | Μεταφερόμενη περίσσεια δαπάνης | Προσαυξημένο Μηνιαίο Όριο | Ποσοστό clawback (%) |
|---|---|---|---|---|---|
| Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών | Νοσήλια | 26.813.557,99 € | 0,00 € | 16.516.666,67 € | 38,40 |
| Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών | Νοσήλια Ειδικών Παθολογικών | 663.904,42 € | 0,00 € | 529.166,67 € | 20,30 |
| Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών | Νοσήλια Ειδικών Επεμβάσεων | 6.383.239,19 € | 0,00 € | 4.666.666,67 € | 26,89 |
| Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών | Μονάδες Εντατικής Θεραπείας | 1.375.867,33 € | 26.384,86 € | 1.326.384,86 € | 3,60 |
| Υπηρεσίες Φυσικοθεραπείας | Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας - Φυσικοθεραπευτές | 8.562.986,65 € | 0,00 € | 6.450.000,00 € | 24,68 |
| Υπηρεσίες Φυσικοθεραπείας | Εργαστήρια Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης | 147.216,07 € | 16.017,27 € | 141.017,27 € | 4,21 |
| Υπηρεσίες Ειδικής Αγωγής | Υπηρεσίες Ειδικής Αγωγής - Φυσικοθεραπεία | 155.326,58 € | 0,00 € | 133.333,33 € | 14,16 |
| Υπηρεσίες Ειδικής Αγωγής | Υπηρεσίες Ειδικής Αγωγής – Λοιπές Πράξεις | 0,00 € | 40.766,65 € | 49.099,98 € | 0,00 |
| Ιατρικές Υπηρεσίες | Ιατρικές Υπηρεσίες | 4.753.320,00 € | 1.720.946,65 € | 6.804.279,98 € | 0,00 |
| Υπηρεσίες Αιμοκάθαρσης | Υπηρεσίες Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης | 11.749.819,51 € | 0,00 € | 9.666.666,67 € | 17,73 |
| Υπηρεσίες Αιμοκάθαρσης | Υπηρεσίες Μονάδων Τεχνητού Νεφρού | 2.236.418,50 € | 476.853,90 € | 2.810.187,23 € | 0,00 |
| Υπηρεσίες Αιμοκάθαρσης | Υλικά Αιμοκάθαρσης | 2.377.090,67 € | 0,00 € | 2.208.333,33 € | 7,10 |
| Υπηρεσίες Αιμοκάθαρσης | Περιτοναϊκή Κάθαρση | 1.940.781,30 € | 935.179,00 € | 3.085.179,00 € | 0,00 |
| Συμπληρώματα Ειδικής Διατροφής | Σκευάσματα Κατάλληλα για Αλλεργία στο Γάλα | 511.979,57 € | 0,00 € | 333.333,33 € | 34,89 |

Πηγή: Εθνικό Τυπογραφείο, 2023

Σχετικά με το κλιμακούμενο ποσοστό εκπτώσεων/επιστροφών (rebate) επί των οφειλών, που εφάρμοσε ο Οργανισμός, τονίζεται ότι έχει άμεση σχέση- με την ορισμένη με βάση το νόμο επιβολής μειώσεων στους ιδιώτες προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, που είναι συμβεβλημένοι, ώστε να επιστρέψουν στον ΕΟΠΠΥ ένα μέρος των εσόδων τους. Το μέτρο αυτό αποτελεί μια έμμεση μείωση της λίστας τιμών και δε σχετίζεται με τον προϋπολογισμό της κάθε κατηγορίας, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του claw back. Εφαρμόστηκε για πρώτη φορά με τον ν.3918/2011, όπου και θεσμοθετήθηκε το κλιμακούμενο μηνιαίο ποσοστό ως μια επιστροφή από τα ιδιωτικά φαρμακεία [*Άρθρο 34 ν.3918/2011* (ΦΕΚ 31Α/2-3-2011)] και τις φαρμακευτικές εταιρείες [*Άρθρο 35 ν.3918/2011* (ΦΕΚ 31Α /2-3-2011)] στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Ακολούθως με βάση το ν.4052/2012 (*Άρθρο 26 ν.4052/2012*), το ποσοστό επιστροφής για τα ιδιωτικά φαρμακεία εξαρτάται από το μηνιαίο λογαριασμό του κάθε φαρμακείου, όπως φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα:

**Πίνακας 6.3: Rebate Φαρμακείων**

| Ύψος αιτούμενου ποσού ανά κλάδο Υγείας ΦΚΑ | Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού |
|---|---|
| 0-3.000€ | 0% |
| 3.001-10.000€ | 2% |
| 10.001-30.000€ | 3% |
| 30.001-40.000 | 5% |
| 40.001 και άνω | 6% |

Πηγή: Εθνικό Τυπογραφείο, 2019

Για τις φαρμακευτικές εταιρείες με βάση το ν.4052/2012 [*Άρθρο 22 του ν.4052/2012* (ΦΕΚ 41Α /1-2-2012)] που εφαρμόστηκε αναδρομικά από 1-1-2012, ο τρόπος υπολογισμού του χωρίζεται σε δύο χρονικές περιόδους και πιο συγκεκριμένα η πρώτη από 1-1-2012 έως και 31-12-2016 και η δεύτερη από 1-1-2017 μέχρι και σήμερα. Κατά την πρώτη χρονική περίοδο είχε οριστεί επιστροφή ποσού rebate 9% στην τιμή του παραγωγού και αφορούσε όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα τα οποία αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΠΥ. Επίσης καθορίστηκε [*Άρθρο 22 ν.4213/2013* (ΦΕΚ 261Α /9-12-2013)] ένα επιπλέον 2% μόνο για την περίπτωση δραστικών ουσιών που αφορούν φάρμακα που ανήκουν σε μια θεραπευτική κατηγορία στο θετικό κατάλογο των αποζημιωμένων από τους ΦΚΑ προϊόντων (*Άρθρο 21 παρ. 7 ν.4052/2012*). Τέλος ορίστηκε και ένα επιπρόσθετο rebate 5%, [*Άρθρο 13 ΥΑ 3457* (ΦΕΚ 64Β /16-1-2014)] ή έκπτωση ανάλογα με την περίπτωση, για φάρμακα νέων δραστικών ουσιών που αποζημιώνονται από τον Οργανισμό για ένα έτος από την έναρξη

αποζημίωσής τους. Ταυτόχρονα με τις ανωτέρω εκπτώσεις ιδιαίτερα για τις φαρμακευτικές εταιρείες επιβλήθηκε και ισχύει μέχρι και σήμερα μια επιπλέον κλιμακούμενη επιστροφή τριμηνιαίου όγκου πωλήσεων όπου ο υπολογισμός μάλιστα γίνεται στο σύνολο των πωλήσεων ανά εμπορική ονομασία φαρμάκων [ΥΑ ΔΥΓ3/Γ.Π οικ.705 (2243/Β/18-8-2014)], από 1-7-2014.

Η διαδικασία είσπραξης του claw back και του rebate από τον ΕΟΠΠΥ συνεχίζεται αδιάκοπα μέχρι και σήμερα ακόμα και για τα παρελθοντικά έτη, ενώ συγκεκριμένα για το rebate νοσηλείας, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τις φυσικοθεραπείες τα ποσοστά έκπτωσης μέχρι 31-7-2017 (ΦΕΚ 2391Β΄ /6-11-2015) κυμαίνονταν από 0-40%, ενώ από 1-8-2017 [ΥΑ Γ3γ/ΓΠ 58976 (ΦΕΚ 2746Β΄ /4-8-2017)] και έκτοτε υπάρχει επιπλέον αναπροσαρμογή των ποσοστών, ενώ προστέθηκαν και άλλες κατηγορίες όπως σκευασμάτων ειδικής διατροφής, υγειονομικού υλικού, οπτικά, επιπλέον ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις.

### 6.7.2 Ανάθεση σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες του ελέγχου και της τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών κλειστής νοσηλείας

Ο ΕΟΠΠΥ με το ν.4172/2013 (ΦΕΚ 2391Β΄/6-11-2015) πήρε την απόφαση με γνώμονα την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας του και για λόγους διαφύλαξης του δημοσίου συμφέροντος να προσλάβει ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες, οι οποίες θα αναλάμβαναν τον ενδελεχή έλεγχο και την εκκαθάριση των λογαριασμών των συμβεβλημένων ιδιωτικών παρόχων που μέχρι εκείνη τη στιγμή πληρώνονταν μέσω ενός αρκετά πρόχειρου λογιστικού συστήματος [*Άρθρο 24 παρ. 2 ν.3965/2011* (ΦΕΚ 113Α /18-5-2011)]. Το κόστος της υπηρεσίας αυτής βάρυνε αποκλειστικά τους ίδιους τους παρόχους και είχε ως βασικό σκοπό τον έλεγχο και την εξασφάλιση της ορθής τιμολόγησης των δικαιολογητικών και των παραστατικών, της κλινικής και ιατρικής πρακτικής και της εφαρμογής των διεθνών λογιστικών κανόνων.

Ωστόσο η ανάθεση του ελέγχου και της εκκαθάρισης ορίστηκε μόνο για τους προμηθευτές κλειστής νοσηλείας, όπου έπειτα από μία πολύ μικρή περίοδο φάνηκε η αποτυχία στον έλεγχο από τις ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες και έτσι το σύνολο των δαπανών τόσο της ανοιχτής όσο και της κλειστής περίθαλψης, εξακολουθούσαν να αποζημιώνονται με το προηγούμενο σύστημα του πρόχειρου λογιστικού έως το 2016 όπου

ο έλεγχος και η τελική εκκαθάριση των δαπανών της κλειστής και της ανοιχτής περίθαλψης δόθηκε στους ίδιους τους υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ τόσο της Κεντρικής Υπηρεσίας όσο και των Περιφερειακών Διευθύνσεων με οικονομικά κίνητρα και υπερωρίες και ως αποτελέσματα των ελέγχων αυτών -από το 2018, ελέγχονται και εκδίδονται σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα το οποίο προβλέπεται στις εκάστοτε συμβάσεις με τον Οργανισμό, οι σχετικές πράξεις τελικής εκκαθάρισης από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΠΥ.

### 6.7.3 Σύσταση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης

Μια ακόμα σημαντική μεταρρύθμιση υπήρξε η σύσταση της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης γνωμοδοτικού χαρακτήρα, που σκοπό είχε να συζητά με τους παρόχους τα ζητήματα της αμοιβής τους, τους όρους των συμβάσεων του Οργανισμού, τις τιμές των φαρμάκων και του ιατροτεχνολογικού υλικού [ΚΥΑ 90168 (ΦΕΚ 2543Β΄ /10-10-2013)]. Επιπλέον η εν λόγω επιτροπή εισηγείται στο ΔΣ του ΕΟΠΠΥ την τροποποίηση ή τη διατήρηση των παραπάνω διαδικασιών.

Πιο συγκεκριμένα το βασικό έργο της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης περιλάμβανε τις εξής ενέργειες:

- Διαπραγμάτευση ή αναθεώρηση των τιμών αποζημίωσης για παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως καθορίζονται κάθε φορά από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Οργανισμού.
- Διαπραγμάτευση της πολιτικής τιμολόγησης ως προς τις υγειονομικές υπηρεσίες προκειμένου να εξασφαλιστεί η παροχή βελτιωμένων και οικονομικά αποδοτικότερων υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη ποιοτικά κριτήρια και με βάση τα Ευρωπαϊκά πρότυπα πιστοποίησης.
- Προσπάθεια για εξασφάλιση ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση της τιμής του φαρμάκου από τους αρμόδιους φορείς, δίνοντας ταυτόχρονα βαρύτητα σε παραμέτρους όπως ο όγκος των πωλήσεων, η τιμή, η αξιοπιστία του παρασκευαστή, η ποσότητα κυκλοφορίας του στην αγορά, η δραστικότητα και η αποτελεσματικότητά του.
- Συζητήσεις και επαφές με διεθνείς φορείς, αποσκοπώντας στην ενεργό παρουσία της χώρας και τη διαρκή ενημέρωση αναφορικά με τις εξελίξεις που αφορούν στον τομέα της διαπραγμάτευσης.

### 6.7.4 Καθιέρωση ορίων συνταγογράφησης ιατρικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων

Ο ΕΟΠΠΥ σε μια προσπάθεια να ελέγξει τις δαπάνες του, προέβη μέσα από μια σειρά υπουργικών αποφάσεων [ΥΑ 9/οικ. 70521/14-8-14 (ΦΕΚ 2243Β΄/18-8-14)], στην καθιέρωση ορίων στις συνταγογραφούμενες εξετάσεις- ορίστηκαν κατευθυντήριες οδηγίες έτσι ώστε να εξισορροπηθεί η κλινική ωφελιμότητα-κόστος μιας εξέτασης και να εφαρμοστεί η λεγόμενη τεκμηριωμένη ιατρική. Πρακτικά για πρώτη φορά επιχειρήθηκε η εφαρμογή διαγνωστικών μοντέλων, βάσει των οποίων για κάθε πάθηση ή συμπτωματολογία, προτείνονται εξετάσεις για τις οποίες έχει τεκμηριωθεί η κλινική ωφελιμότητα εν συναρτήσει με την δαπάνη που απαιτούν.

Στην περίπτωση που κάποιος θεράπων ιατρός δεν τηρούσε τις οδηγίες αυτές, τότε ο ΕΟΠΠΥ εκτελεί στοχευμένο έλεγχο στα παραπεμπτικά για τις διαγνωστικές πράξεις που ο συγκεκριμένος ιατρός έχει συνταγογραφήσει και εκείνος υποχρεούται να αιτιολογήσει τόσο την αναγκαιότητα της διαγνωστικής πράξης, όσο και την σχέση της με συγκεκριμένο ICD-10 [ΥΑ 9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243Β΄/18-8-14)]. Επιπρόσθετα, όλα τα παραπεμπτικά πλέον εκδίδονται σε ηλεκτρονική μορφή από το σύστημα της ΗΔΙΚΑ (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης), στο οποίο για κάθε ιατρική συνταγή ορίζεται και ενσωματώνεται αριθμητικά το όριο των συνταγογραφούμενων εξετάσεων ανά παραπεμπτικό σε κάθε κατηγορία ιατρικών πράξεων. Παράλληλα κατά τη διάρκεια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον ιατρό, το ίδιο το σύστημα τον ενημερώνει και συνάμα τον προειδοποιεί σχετικά με το κατά πόσο οι εξετάσεις που συνταγογραφεί βρίσκονται ή όχι εντός του επιτρεπόμενου αριθμητικού ορίου.

Επιπλέον ο ΕΟΠΠΥ σε συνεργασία με την ΗΔΙΚΑ προέβη σε μια επιπλέον κατηγοριοποίηση των διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς με υπουργική απόφαση [ΥΑ Γ3γ/40426/ΦΕΚ 2221 Β΄ /18-7-2016] προστέθηκαν από 1-11-2016 στα παραπεμπτικά ιατρικών εξετάσεων που εκδίδονται με ηλεκτρονική συνταγογράφηση, πεδία τα οποία αναγράφουν «ΔΙΑΓΝΩΣΗ» και «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ». Ο θεράπων ιατρός έχει πλέον την υποχρέωση να τα επιλέγει, αφού προηγουμένως έχει διαλέξει το πεδίο της Διεθνούς Ταξινόμησης της Νόσου (ICD-10). Οι εξετάσεις «ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ» μπορούν να πραγματοποιηθούν μια φορά τον μήνα για το ίδιο ICD-10 και για τον ίδιο ΑΜΚΑ, ενώ οι εξετάσεις «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ» μιας νόσου επιτρέπονται για το διάστημα περιοδικότητας που ορίζεται από την ανωτέρω υπουργική απόφαση.

Σε ότι αφορά την φαρμακευτική δαπάνη ο ΕΟΠΠΥ έθεσε όρια στην διαδικασία της συνταγογράφησης [*Άρθρο 93 ν.4472/2017*(ΦΕΚ 74Α΄/19-5-2017)]. Πιο συγκεκριμένα επιχείρησε να δώσει κίνητρα για τη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων [*Άρθρο 88 ν.4472/2017* (ΦΕΚ 74Α΄/19-5-2017)] καθώς και να επιβάλλει όρια στην συνταγογράφηση κάθε ιατρού θέτοντας παραμέτρους όπως η ειδικότητα, ο αριθμός των ασθενών που παρακολουθεί, τα συμπτώματα της πάθησης, η γεωγραφική περιοχή και τα δημογραφικά δεδομένα της, ο μήνας του έτους, οι αλλαγές στις τιμές των φαρμάκων, η εμφάνιση νέων τύπων φαρμάκων και τέλος η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης αναφορικά με τους εκάστοτε στόχους. Με το ν.4472/2017 καθορίζεται ότι τα φαρμακεία τα οποία χορηγούν γενόσημα φάρμακα συνταγογραφούμενα και αποζημιούμενα από τον ΕΟΠΠΥ τα οποία υπερβαίνουν κατ' όγκο πωλήσεων το 25%, των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στις συνταγές που εκτελούνται σε αυτά, λαμβάνουν υποχρεωτική πίστωση από τις φαρμακευτικές εταιρείες στα πλαίσια προώθησης των γενόσημων φαρμάκων που ακολουθείται σε όλη την Ευρώπη.

Με σκοπό την ενίσχυση των εσόδων του Οργανισμού, από 1-1-2014 [Η με αριθμ. Πρωτ. 232/2-1/2014 εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και με αριθμ. Πρωτ. Οικ. 18238/16-5-2014 εγκύκλιος του ΕΟΠΠΥ] θεσμοθετήθηκε η παρακράτηση ποσού 1 ευρώ από τους ασφαλισμένους, ανά συνταγή που εκτελείται από κάθε φαρμακείο, υπερ του ΕΟΠΠΥ. Το μέτρο αφορά στην εκτέλεση όλων των συνταγών, με την παρακράτηση του 1 ευρώ να προστίθενται στο πληρωτέο ποσό του εκάστοτε ασφαλισμένου.

### 6.7.5 Εφαρμογή ποσού καταβολής 1 ευρώ από τους ασφαλισμένους ανά συνταγή προς όφελος του Ε.Ο.Π.Π.Υ

Με σκοπό την ενίσχυση των εσόδων του Οργανισμού, από 1-1-2014 [Η με αριθμ. Πρωτ. 232/2-1/2014 εγκύκλιος του Υπουργείου Υγείας και με αριθμ. Πρωτ. Οικ. 18238/16-5-2014 εγκύκλιος του ΕΟΠΠΥ] θεσμοθετήθηκε η παρακράτηση ποσού 1 ευρώ από τους ασφαλισμένους, ανά συνταγή που εκτελείται από κάθε φαρμακείο, υπερ του ΕΟΠΠΥ. Το μέτρο αφορά στην εκτέλεση όλων των συνταγών, με την παρακράτηση του 1 ευρώ να προστίθενται στο πληρωτέο ποσό του εκάστοτε ασφαλισμένου.

### 6.7.6 Πραγματοποίηση τελικής εκκαθάρισης αρχείων των λογαριασμών των ιδιωτών συμβεβλημένων παρόχων από 01-01-2016 και των νέων συμβάσεων από 1-1-2017

Από το έτος έναρξης της λειτουργίας του ΕΟΠΠΥ και μέχρι 31-12-2015, η εκκαθάριση των λογαριασμών των προμηθευτών πραγματοποιούνταν με πρόχειρο λογιστικό τρόπο, αφού προηγουμένως ελεγχόταν η ύπαρξη της σχετικής σύμβασης παρόχου με τον Οργανισμό, των σχετικών παραστατικών και τέλος διενεργούνταν οι σύμφωνες με τον νόμο κρατήσεις υπερ τρίτων [*Άρθρο 24 παρ. 2 ν. 3965/2011* (ΦΕΚ 113Α/18-5-2011)]. Με τον ν.4368/2016 και την κοινή υπουργική απόφαση [ΚΥΑ Β2β/οικ. 38642 (ΦΕΚ 1536Β΄/31-5-2016)] οι μηνιαίες δαπάνες των παρόχων υγείας που είναι συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό, εκτός των φαρμακοποιών για συνταγές φαρμάκων και νοσοκομείων [Άρθρο 3 ν. 4517/2018 (ΦΕΚ 22Α /8-2-2018)] ( οι οποίες πλέον υπάγονται και αυτές στον ίδιο έλεγχο με τις υπόλοιπες δαπάνες από τις ΠΕ.ΔΙ) που πραγματοποιήθηκαν από τη 1-1-2016 και έπειτα, υποβάλλονται ηλεκτρονικά μηνιαία από τους προμηθευτές και εν συνεχεία αποστέλλονται από τους ίδιους και το φυσικό αρχείο, σε σημείο που έχει υποδείξει ο ΕΟΠΠΥ. Από 1-1-2017 επεκτάθηκε το δίκτυο των συμβάσεων και περιλαμβάνει πλέον και τους προμηθευτές υγειονομικού υλικού, τα σκευάσματα ειδικής διατροφής και την πρόσθετη περίθαλψη, με την προϋπόθεση να υποβάλλονται ηλεκτρονικά οι δαπάνες.

Ακολούθως οι λογαριασμοί αυτοί εκκαθαρίζονται από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΠΥ (ΠΕ.ΔΙ) κατόπιν δειγματοληψίας η οποία δεν μπορεί να αφορά σε ποσοστό μικρότερο από 5% του συνόλου των υποβαλλόμενων δικαιολογητικών δαπανών ασφαλισμένων εκάστου παρόχου και κατ' ελάχιστο αριθμό 10 περιπτώσεων δαπάνης. Το δείγμα του φυσικού αρχείου που προκύπτει από την επεξεργασία υποβάλλεται σε επιπλέον ανάλυση από τα αρμόδια για τον ιατρικό και οικονομικό έλεγχο όργανα του Οργανισμού, αναφορικά με τη νομιμότητα και την κανονικότητα τους, με σκοπό να εκκαθαριστούν οι δαπάνες και στο τέλος εκδίδεται η σχετική πράξη εκκαθάρισης στην οποία αναγράφονται, το συνολικό αιτούμενο ποσό, το ποσό των περικοπών των μη αποδεκτών δαπανών ιατρικού ελέγχου του υπόψιν δείγματος, το ποσό των περικοπών του διοικητικού-οικονομικού ελέγχου του δείγματος, το συνολικό ποσό των περικοπών του δείγματος, το ποσοστό επι % περικοπών του δείγματος, το ποσό περικοπής του συνόλου της υποβληθείσας δαπάνης και το αποτέλεσμα της εκκαθάρισης. Το αποτέλεσμα της εκκαθάρισης, με την πράξη εκκαθάρισης και τα συνοδευτικά αρχεία αυτής γνωστοποιείται μέσω ηλεκτρονικού μηνύματος στον εκάστοτε πάροχο, ο οποίος σε περίπτωση που διαφωνεί με το αποτέλεσμα,

έχει το δικαίωμα αίτησης επανεξέτασης του λογαριασμού του εντός τριών ημερών από την κοινοποίηση της πράξης [*Άρθρο 1 παρ. 3 ΚΥΑ Β2β/ οικ. 38642* (ΦΕΚ 1536Β΄/31-5-2016)].

Με τη διαδικασία αυτή από την μια πλευρά οι προμηθευτές ολοκληρώνουν την υποχρέωση υποβολής-κατάθεσης του μηνιαίου λογαριασμού τους εγκαίρως και από την άλλη πλευρά απαλλάσσεται το προσωπικό του ΕΟΠΠΥ από την υποχρέωση του ελέγχου του συνολικού φυσικού αρχείου του λογαριασμού του κάθε προμηθευτή. Τέλος στα πλαίσια του εκσυγχρονισμού του Οργανισμού και με σκοπό την αποφυγή καθυστερήσεων των πληρωμών των προμηθευτών, πραγματοποιήθηκε σύνδεση του λογαριασμού ΕΟΠΠΥ με τις υπηρεσίες της Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Εσόδων και του ΕΦΚΑ.

### 6.7.7 Καταχώρηση υλικών σε μητρώα και εφαρμογή άυλων barcodes

Ο ΕΟΠΠΥ σταθερά προσανατολισμένος στην προσπάθεια ελέγχου των δαπανών του, ξεκίνησε μια διαδικασία σύναψης συμβάσεων με παρόχους υπηρεσιών, ιατροτεχνολογικών υλικών και διαιτητικών τροφίμων για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς, αλλά και ειδών πρόσθετης περίθαλψης και θεραπευτικών μέσων. Με βάση την παραπάνω πρωτοβουλία από 30-9-2017 [*Άρθρο 97 ν. 4486/2017* (ΦΕΚ 115Α/7-8-2017)] τέθηκε ως προϋπόθεση για την επίτευξη σύναψης σύμβασης με τις προαναφερόμενες κατηγορίες παρόχων υγείας, η καταχώρηση κάθε παρόχου σε μητρώο το οποίο θα τηρείται από τον Οργανισμό και ακολούθως η έναρξη της διαδικασίας έκδοσης άυλων barcodes στους εισαγωγείς για την διάθεση των προϊόντων τους τα οποία αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΠΥ [Υπ' αριθμ. 759/472/13-6-2018 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΠΥ]. Για την καταβολή του ποσού αποζημίωσης των παραπάνω ειδών, όπως αποζημιώνονται από τον ισχύοντα κανονισμό παροχών του ΕΟΠΠΥ, κρίνεται απαραίτητο εκ μέρους του εισαγωγέα-κατασκευαστή-αντιπροσώπου η προσκόμιση στον Οργανισμό μιας επιπλέον υπεύθυνης δήλωσης του ν.1599/1986, στην οποία θα δηλώνεται ότι έχουν καταχωρηθεί τα είδη που εμπορεύεται στα μητρώα του ΕΟΦ και του ΕΚΑΠΤΥ-ΕΟΠΠΥ και στο Παρατηρητήριο Τιμών, καθώς και ότι τα προϊόντα εξάγονται και πωλούνται σε τουλάχιστον τρεις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επίσης σε διαφορετική υπεύθυνη δήλωση, η οποία υποβάλλεται ηλεκτρονικά ετησίως μια φορά, ο προμηθευτής έχει την υποχρέωση να δηλώνει τις τρεις χαμηλότερες τιμές αγοράς του συγκεκριμένου είδους φαρμάκου (αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, διατροφικό σκεύασμα ή είδη πρόσθετης περίθαλψης) με τις οποίες αυτό κοστολογείται εντός της ΕΕ [*Άρθρο 95 ν.4472/2017* (ΦΕΚ 94Α /19-5-2017)] με την τιμή αποζημίωσης του προϊόντος να

καθορίζεται κατ' ανώτερο όριο από τον μέσο όρο των τριών πιο χαμηλών τιμών αγοράς σε χώρες της ΕΕ.

Στην ειδική κατηγορία προϊόντων τα οποία παράγονται ή κυκλοφορούν αποκλειστικά στην Ελλάδα ή σε λιγότερες από τρεις Ευρωπαϊκές χώρες και δεν δύνανται να διευκρινιστούν επακριβώς ως προς την μορφή ή την περιεκτικότητα με προϊόντα, υλικά και είδη αναφοράς που κυκλοφορούν στην εγχώρια αγορά υγείας, χαρακτηρίζονται «εγχωρίως παραγόμενα» ή «εγχωρίως κυκλοφορούντα» και λαμβάνουν τιμή, η οποία ορίζεται βάση κοστολογίου που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας, κατόπιν εγκρίσεως του ΔΣ του ΕΟΠΠΥ.

## 6.8 Θεωρητική Αξιολόγηση του ΕΟΠΥΥ σήμερα-Τα σχέδια για το μέλλον

### 6.8.1 Ψηφιακός Μετασχηματισμός- Σκοπός - Στόχοι του Έργου

Η Ευρώπη θέτει ως θεμελιώδη στόχο την προαγωγή της υγείας-συνεπώς την προώθηση της υγειονομικής περίθαλψης και για το λόγο αυτό υποστηρίζει με πληθώρα προγραμμάτων την πρόληψη της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Endalamaw et al.,2023). Επιπλέον στόχος αποτελεί ο περιορισμός των κοινωνικών ανισοτήτων όσον αφορά στην πρόσβαση στην υγεία., όπου πλέον η άνιση πρόσβαση δεν αφορά μόνο στις ευάλωτες ομάδες, αλλά γενικά στα άτομα που ανήκουν σε κατώτερη κοινωνική τάξη. Η Ευρωπαϊκή Ένωση δίνει ιδιαίτερη έμφαση και στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας, τα οποία θα πρέπει να είναι έτοιμα για να αντιμετωπίσουν μια ενδεχόμενη κρίση, όπως αυτή της πανδημίας COVID-19. Προκειμένου να υλοποιηθεί ο στόχος αυτός, προωθήθηκαν προγράμματα,τα οποία προβλέπουν τη διάθεση οικονομικών πόρων για την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών (Endalamaw et al.,2023). Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα από αυτά τα προγράμματα είναι το *EU4Health*, το οποίο αποτελεί και το νέο στρατηγικό σχέδιο για την υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Athanasakis et al., 2022). Σκοπός τους είναι ο ψηφιακός μετασχηματισμός των συστημάτων υγείας (Draguet et al., 2022).

Ο ΕΟΠΥΥ υλοποιεί ένα σύνθετο στρατηγικό σχέδιο ψηφιακού μετασχηματισμού το οποίο θα του επιτρέψει να αναβαθμίσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες τόσο προς τους συμβεβλημένους παρόχους όσο και το σύνολο των πολιτών-ασφαλισμένων της χώρας. Κύριος άξονας του συγκεκριμένου σχεδίου αποτελεί η υλοποίηση των δράσεων ψηφιακού μετασχηματισμού που έχουν προγραμματισθεί στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου

Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας (Ελλάδα 2.0). Στο συγκεκριμένο σχέδιο, ο ΕΟΠΥΥ έχει αναλάβει την υλοποίηση της εμβληματικής δράσης με τίτλο *«Ψηφιακός Μετασχηματισμός του ΕΟΠΥΥ»* και η οποία περιλαμβάνει τον πλήρη εκσυγχρονισμό του Οργανισμού σε όρους τεχνολογιών πληροφορικής και συστημάτων που χρησιμοποιεί. Το παρόν έργο θα διασφαλίσει την έγκαιρη, απρόσκοπτη και αξιόπιστη υλοποίηση της δράσης ενώ παράλληλα θα υποστηρίξει τον Οργανισμό τόσο στην απαιτούμενη συνέργεια των πολλαπλών αναδόχων των υφιστάμενων έργων - όσο και στο κρίσιμο βήμα της ομαλής μετάβασης στα νέα συστήματα. Οι βασικοί στόχοι του έργου συνοψίζοντας είναι οι εξής:

1. Η παροχή υπηρεσιών διασφάλισης ποιότητας και τεχνικής υποστήριξης σε διοικητικό και τεχνικό επίπεδο προς τον ΕΟΠΥΥ, υπηρεσίες ΤΠΕ οι οποίες χαρακτηρίζονται ως άμεσης προτεραιότητας λόγω της ανάγκης άμεσης υλοποίησης του σχετικού έργου, το οποίο είναι ιδιαίτερα πολύπλοκο επιχειρησιακά και τεχνικά. Οι τεχνικές λεπτομέρειες του εν λόγω έργου, σε συνδυασμό με την παρούσα λειτουργία των πληροφοριακών συστημάτων στον Οργανισμό και το πλήθος των εμπλεκομένων και την απαίτηση συνεχούς ανταλλαγής στοιχείων ανάμεσα στα εμπλεκόμενα μέρη, δημιουργούν την ανάγκη έγκαιρης και αξιόπιστης επιστημονικής και τεχνικής υποστήριξης του ΕΟΠΥΥ.

2. Η δημιουργία ενός πλαισίου στο οποίο να είναι με σαφήνεια καθορισμένες οι παρακάτω ενότητες:

- Η επίτευξη των επιδιώξεων του σχετικού έργου *«Ψηφιακός Μετασχηματισμός του ΕΟΠΥΥ»* όπως αυτοί προσδιορίστηκαν και προβλέπονται στο ΕΣΑΑ, πλήρως ευθυγραμμισμένοι με την τρέχουσα στρατηγική του Οργανισμού και τις υφιστάμενες ανάγκες του.

- Το λειτουργικό μοντέλο και οι σχέσεις της Δ/νσης Πληροφορικής με τον Ανάδοχο του σχετικού έργου, με σκοπό να υπάρχει κοινός, τυποποιημένος και λειτουργικά αποδεκτός τρόπος παροχής υπηρεσιών και επικοινωνίας μεταξύ τους. Ηλεκτρονικός Δημόσιος Διεθνής Διαγωνισμός με Ανοιχτές Διαδικασίες για το έργο *«Ψηφιακός Μετασχηματισμός του ΕΟΠΥΥ - Υπηρεσίες Υποστήριξης Χρηστών, Διασφάλισης Ποιότητας και Τεχνικής Υποστήριξης για το έργο Ψηφιακού Μετασχηματισμού του ΕΟΠΥΥ»*

3. Η οργάνωση και λειτουργία ενός Γραφείου Υποστήριξης σύμφωνα με τα παρακάτω:

- Λειτουργία Γραφείου Υποστήριξης που θα δίνει δυνατότητα υποστήριξης:

1ου επιπέδου, όσον αφορά στα εξής:

- στη χρήση των Υποσυστημάτων και στις διαδικασίες που διεκπεραιώνουν
- σε γενικότερα θέματα που σχετίζονται με τυχόν νέες ή αναβαθμισμένες διαδικασίες
- σε μηνύματα λαθών που οφείλονται σε κακή χρήση των Υποσυστημάτων

2ου επιπέδου, για θέματα που δεν καλύπτονται από το helpdesk 1ου επιπέδου καθώς και για σύνθετα τεχνικά προβλήματα που ενδεχομένως να αντιμετωπίσουν οι χρήστες

- Διάθεση του απαραίτητου τεχνικού προσωπικού, η εμπειρία του οποίου είναι ευθύνη του Αναδόχου, ώστε να διασφαλίζεται: ο η παροχή πληροφοριών / διευκρινήσεων στους χρήστες ή και διαχειριστές των συστημάτων καθώς και η αποκατάσταση βλαβών

- Εγκατάσταση και χρήση Συστήματος Διαχείρισης Αιτημάτων (Ticket Management System ), με όλα τα αναγκαία χαρακτηριστικά στοιχεία των βλαβών/ δυσλειτουργιών.

### 6.8.2 Παροχή υπηρεσιών εξειδικευμένης τεχνικής υποστήριξης του ΕΟΠΥΥ για την υλοποίηση των δράσεων ψηφιακού μετασχηματισμού[44]

Στην εν λόγω κατηγορία υπηρεσιών περιλαμβάνεται η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών που αφορούν στα εξής:

- Παροχή επιστημονικής υποστήριξης προς τη Δ/νση Πληροφορικής του ΕΟΠΥΥ σε θέματα συντονισμού και βελτιστοποίησης λειτουργίας των υφιστάμενων και νέων συστημάτων πληροφορικής.

- Υποστήριξη των εμπλεκομένων δομών και στελεχών του ΕΟΠΥΥ στο βέλτιστο σχεδιασμό της αρχιτεκτονικής των έργων ψηφιακού μετασχηματισμού σε όρους διαλειτουργικότητας και συνάφειας λειτουργικών ενοτήτων.

- Διερεύνηση συνάφειας υλοποιούμενων έργων με άλλα ψηφιακά έργα τρίτων φορέων (π.χ. Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης) και παροχή επιστημονικής υποστήριξης για τον εντοπισμό σημείων διαλειτουργικότητας μεταξύ τους.

- Τήρηση των βασικών χαρακτηριστικών και στόχων του κάθε έργου, όπως αυτοί θα περιγράφονται στην προκήρυξη αλλά και στη σύμβαση με τον ανάδοχο.

[44] (https://eopyyfiles.blob.core.windows.net/eopyysite/EopyyFiles/a2a1b2ef-88dd-43af-9ffe-5453eb01e612.pdf )

- Ολοκληρωμένη, έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση και πληροφόρηση με τη μορφή τεκμηριωμένων αναφορών σχετικά με πιθανές αλλαγές στην αρχιτεκτονική αλλά και των χρησιμοποιούμενων τεχνολογιών των υποέργων.

- Υποστήριξη των διαδικασιών παροχής πληροφοριών προς το Υπουργείο, τις επιμέρους Ομάδες Εργασίας, τις Επιτροπές Παρακολούθησης και Παραλαβής των Έργων ή προς άλλους εξουσιοδοτημένους φορείς σχετικά με τις χρησιμοποιούμενες αρχιτεκτονικές και τεχνολογίες κάθε έργου.

- Μεταφορά τεχνογνωσίας προς τα εμπλεκόμενα στελέχη του ΕΟΠΥΥ σε ό,τι αφορά στο σύνολο των διαδικασιών σχεδιασμού του κάθε έργου.

### 6.8.3 Παροχή υπηρεσιών υποστήριξης στις εφαρμογές Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών

Αφορά στην παροχή υπηρεσιών υποστήριξης εφαρμογών ΤΠΕ του Οργανισμού. Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες αφορούν σε υποδοχή όλων των αιτημάτων υποστήριξης (ηλεκτρονικά), προσδιορισμό και καταγραφή των προβλημάτων λειτουργίας, την άμεση επίλυση των προβλημάτων λειτουργίας, τη διερεύνηση και επανεξέταση ορθής συμπεριφοράς των συστημάτων του Οργανισμού για αιτήματα υπό τη μορφή ερωτημάτων από τις υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ, την προώθηση των προβλημάτων που δεν άπτονται των υπηρεσιών της παρούσης, στους κατά περίπτωση υπευθύνους για την επίλυσή τους (ΕΟΠΥΥ, Ανάδοχοι άλλων έργων), την καταγραφή επίλυσης των προβλημάτων λειτουργίας και τη διασφάλιση της ιχνηλασιμότητας (traceability) του προβλήματος από τη στιγμή που αυτό εμφανίζεται μέχρι και τη στιγμή που επιλύεται.

Στο γενικότερο πλαίσιο παροχής υποστηρικτικών υπηρεσιών, θα σχεδιασθεί, θα υλοποιηθεί και θα εγκατασταθεί εξειδικευμένο λογισμικό υποδοχής και διαχείρισης των σχετικών αιτημάτων (ticketing system) το οποίο θα επιτρέπει αφενός την πλήρη παρακολούθηση της ροής διεκπεραίωσης κάθε αιτήματος, αφετέρου θα προσφέρει χρήσιμη διοικητική πληροφορία στα αρμόδια στελέχη του Οργανισμού με στόχο τη συνεχή βελτιστοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων αλλά και των επιχειρησιακών διαδικασιών που σχετίζονται με αυτά.

Επιπλέον, προβλέπεται και η αναγκαία μεταφορά τεχνογνωσίας προς τα εμπλεκόμενα στελέχη του ΕΟΠΥΥ σε ό,τι αφορά στο σύνολο των ευρημάτων της διαδικασίας υποστήριξης αλλά και των λύσεων που υιοθετήθηκαν προς την επίλυσή τους.

### 6.8.4 Κατ' οίκον παράδοση φαρμάκων για πέντε σοβαρές παθήσεις

Ο ΕΟΠΥΥ σχεδίασε και υλοποιεί πιλοτικά την υπηρεσία κατ' οίκον παράδοσης φαρμάκων για πέντε σοβαρές παθήσεις προς τους ασθενείς που το επιθυμούν. *«Με τον τρόπο αυτό διευκολύνουμε τους ασφαλισμένους με την παραλαβή των φαρμάκων στο σπίτι, βελτιώνουμε τη συμμόρφωση προς τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή εξοικονομώντας δημόσιους πόρους και μειώνοντας τις νοσηλείες που οφείλονται σε μη συμμόρφωση ή κίνδυνο διακοπής της θεραπείας»,* υπογραμμίζει η κ. Καρποδίνη σημερινή Πρόεδρος του Οργανισμού. Σύμφωνα με τα όσα ορίζονται στην κοινή Υπουργική Απόφαση, οι δικαιούχοι για την κατ' οίκον υπηρεσία παράδοσης φαρμακευτικού υλικού, είναι οι ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα για θεραπεία σοβαρών παθήσεων. Τα συγκεκριμένα φάρμακα, δεν απαιτούν ψυγείο κατά τη μεταφορά τους και αφορούν στις παθήσεις όπως η θαλασσαιμία, η νόσος κινητικού νευρώνα, η πνευμονική υπέρταση, η κυστική ίνωση και η δρεπανοκυτταρική αναιμία. Σχέδιο για το μέλλον αποτελεί η αποστολή φαρμάκων κατ' οίκον- για το σύνολο των σοβαρών παθήσεων- ακόμα και αυτών που η μεταφορά τους απαιτεί ψυγείο. Ήδη το συγκεκριμένο πρόγραμμα από τον μήνα Μάιο του 2025 αρχίζει να πραγματοποιείται για το σύνολο των φαρμάκων παρόλο που ακόμη αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα τα οποία ευελπιστούμε ότι θα λυθούν στο μέλλον (CNN).

### 6.8.5 Εθνική Αρχή Ηλεκτρονικής Υγείας - Εθνικό Σημείο Επαφής Ηλεκτρονικής Υγείας

Το Υπουργείο Υγείας, μέσω των αρμόδιων υπηρεσιών του, ορίζεται ως η Εθνική Αρχή που είναι υπεύθυνη για τα θέματα Ηλεκτρονικής Υγείας και έχει τη συνολική ευθύνη του συντονισμού των ενεργειών για την υλοποίηση της εθνικής στρατηγικής που αφορά την ηλεκτρονική υγεία, σε συνεργασία με τους αρμόδιους εμπλεκόμενους φορείς.

Η ανώνυμη εταιρεία με την επωνυμία *«Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης»* και τον διακριτικό τίτλο ΗΔΙΚΑ Α.Ε., ορίζεται ως Εθνικό Σημείο Επαφής για την Ηλεκτρονική Υγεία (National Contact Point for eHealth, NCPeH), σύμφωνα με τις διατάξεις περί παροχής διασυνοριακών ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας. Το Εθνικό Σημείο Επαφής για την Ηλεκτρονική Υγεία αποτελεί τον κόμβο παροχής υπηρεσιών διασυνοριακής δια λειτουργικότητας ηλεκτρονικής υγείας σε συνεργασία με τους αντίστοιχους κόμβους των άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που συμμετέχουν στην Υποδομή

Ψηφιακών Υπηρεσιών Ηλεκτρονικής Υγείας (eHDSI - eHealth Digital Service Infrastructure). Οι υπηρεσίες διασυνοριακής δια λειτουργικότητας που εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σημείο Επαφής για την Ηλεκτρονική Υγεία είναι:

α) Συλλογή δεδομένων και εκτέλεση ηλεκτρονικών συνταγών φαρμάκων από φαρμακοποιό στην Ελλάδα , οι οποίες έχουν εκδοθεί από άλλα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

β) Έκδοση και αποστολή ελληνικών ηλεκτρονικών συνταγών φαρμάκων με σκοπό την εκτέλεσή τους από φαρμακοποιούς άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

γ) Προβολή του Συνοπτικού Ιατρικού Ιστορικού (Patient Summary) πολιτών άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης από ιατρό στην Ελλάδα.

δ) Διάθεση του Συνοπτικού Ιατρικού Ιστορικού Ελλήνων πολιτών σε επαγγελματίες υγείας άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Αποστολή της ΗΔΙΚΑ Α.Ε. είναι να αποτελεί πύλη επικοινωνίας με τα λοιπά κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να έχει τον ρόλο του διαμεσολαβητή για την παροχή ψηφιακών υπηρεσιών υγείας. Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, τα οποία χρήζουν επεξεργασίας, περιορίζονται στα απολύτως απαραίτητα, ώστε να υλοποιηθεί ο σκοπός της παροχής διασυνοριακών υπηρεσιών υγείας.

Ως προς την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που τυγχάνουν επεξεργασίας και κατά τους όρους που περιγράφονται στον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 27ης Απριλίου 2016, και του **v. 4624/2019** (Α' 137), το Υπουργείο Υγείας ενεργεί υπό την ιδιότητα του Υπεύθυνου Επεξεργασίας. Η ΗΔΙΚΑ Α.Ε., ορίζεται ως Εκτελούσα την Επεξεργασία, υπό τις προϋποθέσεις του άρθρου 28 ΓΚΠΔ**.** Ως αποδέκτες των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά τη λειτουργία του κόμβου θεωρούνται οι ιατροί, φαρμακοποιοί, λοιποί επαγγελματίες υγείας και φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι ενεργούν υπό την ιδιότητα των Ανεξάρτητων Υπεύθυνων Επεξεργασίας ως προς την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που διενεργείται μετά από το πέρας της διαβίβασης των δεδομένων σε αυτούς.

Με την σύμφωνη γνώμη- κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Ψηφιακής Διακυβέρνησης ορίζονται οι ειδικότερες προϋποθέσεις για την υλοποίηση των νομικών, οργανωτικών, σημασιολογικών και τεχνικών προδιαγραφών των υπηρεσιών διασυνοριακής δια λειτουργικότητας που εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σημείο Επαφής για την

Ηλεκτρονική Υγεία. Επεκτείνονται οι υπηρεσίες διασυνοριακής δια λειτουργικότητας που εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σημείο Επαφής για την Ηλεκτρονική Υγεία σε νέες υπηρεσίες διασυνοριακής ανταλλαγής δεδομένων υγείας μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με την Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9ης Μαρτίου 2011, περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης.

### 6.8.6 Διαδικτυακός τόπος ΕΟΠΥΥ στην παρούσα κατάσταση

Στον επίσημο διαδικτυακό τόπο του οργανισμού, παρέχονται εξειδικευμένες ηλεκτρονικές υπηρεσίες, οι οποίες εξυπηρετούνται από την Υποδομή Intranet του ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποιούν το Σύστημα Διαχείρισης Βάσεων Δεδομένων (RDBMS) Oracle 11g, ενώ το σχετικό Λογισμικό Εφαρμογών έχει αναπτυχθεί με χρήση του περιβάλλοντος Oracle WebLogic Suite. Οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες(Παράρτημα Ι) παρέχονται επί 24ώρου βάσεως προς τους πολίτες μέσω διαδικτύου και ειδικότερα στους Ασφαλισμένους, Παρόχους Υπηρεσιών Υγείας και λοιπούς πιστοποιημένους φορείς, οι οποίοι συναλλάσσονται με τον ΕΟΠΥΥ.

### 6.8.7 Συμπεράσματα-Προτάσεις

Ο ΕΟΠΥΥ έχει ως βασική προτεραιότητα τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών φροντίδας στους ασφαλισμένους πολίτες της χώρας και στοχεύει στη μέγιστη αποδοτικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ο Οργανισμός, έχει υπό την εποπτεία του το σύνολο των παρόχων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, δηλαδή των περισσότερων ασφαλιστικών φορέων, των γιατρών, των νοσοκομείων και γενικότερα όλων των εμπλεκόμενων φορέων στη φροντίδα υγείας. Η επιτυχής πορεία του ΕΟΠΥΥ, έχει τεθεί πολλές φορές υπό αμφισβήτηση και αποτελεί θέμα αντιπαράθεσης ανάμεσα στους πολίτες, τους πολιτικούς και τους επιστήμονες. Η στρατηγικής σημασίας ενέργεια της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων, είχε ως αποτέλεσμα την αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και την γενικότερη αύξηση της αποτελεσματικής δράσης του ΕΟΠΠΥ. Η ψηφιακή υγεία, με επίκεντρο τον άνθρωπο, αναδιαμορφώνει τον τρόπο παροχής υπηρεσιών και πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Διασυνδέει ιατρικό εξοπλισμό, ψηφιακές εφαρμογές, «φορητές» συσκευές, βάσεις δεδομένων και πληροφοριακά συστήματα, προσφέροντας αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας προς τους πολίτες, με κύρια χαρακτηριστικά την εξατομίκευση, την άνεση και την αμεσότητα.

Ωστόσο σύμφωνα με τους συλλογικούς φορείς των ιατρών και μεγάλο μέρος των πολιτών, οι υπηρεσίες υγείας παραμένουν αναποτελεσματικές και χαοτικές λόγω των προβλημάτων στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων, ενώ παράλληλα υπάρχουν σοβαρά προβλήματα στελέχωσης και εξυπηρέτησης. Παρά τα προβλήματα, επισημαίνεται ότι ο ΕΟΠΥΥ παρέχει σημαντικές διευκολύνσεις στους πολίτες, όπως πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και μεταρρυθμίσεις που στόχο έχουν τη βελτίωση του συστήματος. Η κύρια αιτία των παραπάνω προβλημάτων φαίνεται να είναι η οικονομική κρίση, η οποία έχει επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία του συστήματος υγείας, ενώ οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα αυτό δεν έχουν εφαρμοστεί αποτελεσματικά.

Συνεπώς σε εποχές υγειονομικής κρίσης, όπως αυτή που διανύουμε, και μειωμένων δημόσιων πόρων είναι απαραίτητο να βελτιωθεί περεταίρω η αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ και να αποτελέσει την εγγύηση για την εξασφάλιση του αγαθού της δημόσιας υγείας για το σύνολο του πληθυσμού της χώρας. Η ανάγκη για χρηματοδότηση και η αλλαγή του συστήματος είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για να λειτουργήσει ο Οργανισμός εντός των πραγματικών δυνατοτήτων του και με επιστημονικά κριτήρια.

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

## 7.1 Μεθοδολογία έρευνας

Η έρευνα της συγκεκριμένης εργασίας πραγματοποιείται ποσοτικά και αφορά στην αύξηση ή τη μείωση των δαπανών υγείας, στην ποιότητα και στη διαφάνεια των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας. Επίσης, σταχυολογεί την ίση κατανομή στους ασφαλισμένους και τις ελλείψεις που παρουσιάζει το ΕΣΥ. Επιπροσθέτως πραγματοποιείται και μία άλλη έρευνα σχετικά με τις 3 υποθέσεις εργασίας, και συγκεκριμένα μία βιβλιογραφική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των δευτερογενών πηγών για να μελετηθούν οι 3 Υποθέσεις εργασίας και σε θεωρητικό πλαίσιο.

Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί στη θεωρητική θεμελίωση περικλείει μια μεθοδική ανασκόπηση σχετικής βιβλιογραφίας, την ανάλυση δεδομένων και στατιστικών αποτελεσμάτων από επίσημες πηγές, καθώς και την αξιολόγηση αντίστοιχων ερευνών, μελετών και επιστημονικών άρθρων. Ειδικότερα, αξιοποιείται ένα σύνολο από επιστημονικά άρθρα, βιβλία και νομοθετικά κείμενα αναφορικά με τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ. Ακολούθως, θα πραγματοποιηθεί μια ανάλυση του περιεχομένου που συλλέχθηκε με στόχο την ανάδειξη των κρίσιμων παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργία του οργανισμού και σε σχέση με τις 3 υποθέσεις εργασίας της ποσοτικής έρευνας που ερευνώνται στο παρόν πόνημα.

Παράλληλα, θα εξεταστούν στατιστικά στοιχεία και ανάλογοι δείκτες από ποικίλους κρατικούς φορείς όπως η ΕΛΣΤΑΤ, το Υπουργείο Υγείας αλλά και ο ίδιος ο ΕΟΠΥΥ, ώστε να εξεταστεί η σχέση τους με τις διατυπωμένες υποθέσεις εργασίας. Τέλος, θα εκπονηθεί μια συγκριτική αξιολόγηση των συμπερασμάτων της ποσοτικής έρευνας των 3 υποθέσεων εργασίας και της θεωρητικής έρευνας των δευτερογενών πηγών -με βάση δεδομένα από προηγούμενες αντίστοιχες μελέτες- ώστε να προκύψουν ορθά συμπεράσματα και να προβληθούν προτάσεις βελτίωσης. Με τον τρόπο αυτό, η έρευνα θα εξασφαλίσει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των στοιχείων της, συμβάλλοντας στην καλύτερη κατανόηση και τεκμηριωμένη μελέτη της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

Αναλυτικότερα σχετικά με την ποσοτική έρευνα που θα πραγματοποιηθεί η διερεύνηση των ερωτημάτων θα γίνει με τη χρήση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού

τύπου κυρίως, αλλά και ανοιχτού. Τα ερωτηματολόγια που θα δημιουργηθούν θα είναι πρωτογενή, δηλαδή δεν έχουν χρησιμοποιηθεί σε καμία άλλη έρευνα έως σήμερα. Τα ερωτηματολόγια θα είναι δύο, το ένα θα αφορά τους πολίτες- ασφαλισμένους καθώς και τους Υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ και το δεύτερο θα απευθύνεται στους παρόχους υγείας, δηλαδή στους ιατρούς, φαρμακοποιούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους, προμηθευτές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, νοσηλευτές και άλλους, τόσο σε συμβεβλημένους παρόχους, όσο και σε μη συμβεβλημένους με τον Οργανισμό, ακόμα και σε Υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας των παραπάνω ειδικοτήτων. Αρχικά, θα τεθούν ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (φύλο, ηλικία, επίπεδο σπουδών, επάγγελμα, χρόνια υπηρεσίας κ.τ.λ.) και στη συνέχεια θα ακολουθήσουν ερωτήσεις που θα καλύπτουν τα 3 ερευνητικά ερωτήματα/υποθέσεις εργασίας.

*1ο ερευνητικό ερώτημα*

**Κατά πόσον οι δαπάνες Υγείας μειώθηκαν μετά τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ),**

- στον Τομέα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Ερωτηματολόγιο πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

Ερώτηση 1: Πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας σας για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;

Ερώτηση 2 : Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

Ερώτηση 3 : Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες (ασφαλισμένοι), σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ;

Ερώτηση 4 : Από τη θέση που κατέχετε (Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες σας για Υπηρεσίες υγείας;

Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας

Ερώτηση 1 : Θεωρείτε ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ή μειώθηκαν για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

UNIVERSITY of NICOSIA

Ερώτηση 2 : Από τη θέση που κατέχετε (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.) , σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;

- στον τομέα της Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης

Ερωτηματολόγιο πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

Ερώτηση 1: Πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας σας για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;

Ερώτηση 2 : Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

Ερώτηση 3 : Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες (ασφαλισμένοι), σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ;

Ερώτηση 4 : Από τη θέση που κατέχετε ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;

Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας

Ερώτηση 1 : Θεωρείτε ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ή μειώθηκαν για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

Ερώτηση 2 : Από την θέση που κατέχετε (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.) , σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;

*2ο ερευνητικό ερώτημα*

**Εάν από τη λειτουργία του Οργανισμού και έπειτα έχει σημειωθεί βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας,**

- στον Τομέα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης

Ερωτηματολόγιο πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

Ερώτηση 1 : Με βάσει την ιδιότητας σας (Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή).

Ερώτηση 2 : Πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας εν συνόλω;

Ερώτηση 3 : Είστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας

Ερώτηση 1 : Με βάση την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή , 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή).

Ερώτηση 2 : Είστε ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

Ερώτηση 3 : Από τη θέση σας ως πάροχος Υγείας, γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας;

- στον τομέα της Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης

Ερωτηματολόγιο πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

Ερώτηση 1 : Με βάση την ιδιότητας σας (Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ-πολίτες), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή).

Ερώτηση 2 : Γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;

Ερώτηση 3 : Είστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας

Ερώτηση 1 : Με βάση την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή , 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή).

Ερώτηση 2 : Είστε ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσο αφορά τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;

Ερώτηση 3 : Από την θέση σας ως πάροχος Υγείας, γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας;

*3ο ερευνητικό ερώτημα*

**Κατά πόσον έχουν επιτευχθεί οι διαδικασίες διαφάνειας σχετικά με τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας και εάν έχει μειωθεί ή όχι, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.**

Ερωτηματολόγιο πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

Ερώτηση 1 : Με βάση την ιδιότητα σας ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), είστε ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;

Ερώτηση 2: Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχει επιτευχθεί μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και συνεπώς και των δαπανών υγείας;

Ερώτηση 3 : Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;

Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας

Ερώτηση 1 : Με βάση την ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), είστε ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;

Ερώτηση 2 : Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχει επιτευχθεί μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και συνεπώς και των δαπανών υγείας;

Ερώτηση 3 : Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;

*Επιπρόσθετα ερωτήματα τα οποία προέκυψαν έπειτα από την ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων των δύο ερωτηματολογίων και τα οποία θα αναλυθούν στο συγκεκριμένο πόνημα παρουσιάζονται παρακάτω*:

Ερωτηματολόγιο πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο ανήκουν και της ικανοποίησής τους από τις δαπάνες για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο ανήκουν και της ικανοποίησής τους από τις δαπάνες για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο ανήκουν και της άποψής τους για την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο ανήκουν και της άποψής τους για την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;

Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της άποψής τους αν αυξήθηκαν ή μειώθηκαν οι δαπάνες για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της άποψής τους αν αυξήθηκαν ή μειώθηκαν οι δαπάνες για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και της αμοιβής τους μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και της κόπωσής τους μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και της άποψής τους σχετικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τη διαφάνεια του ΕΟΠΥΥ.

## 7.2 Ο πληθυσμός και το δείγμα της έρευνας

Ο πληθυσμός της έρευνας περιλαμβάνει ιατρούς, υπαλλήλους του Οργανισμού, οπτικούς, ειδικούς θεραπευτές (όπως λογοθεραπευτές-εργοθεραπευτές, ψυχολόγους-φυσιοθεραπευτές), φαρμακοποιούς, βοηθούς φαρμακείων, νοσηλευτές, συμβεβλημένους παρόχους, υγειονομικούς υπαλλήλους του Δημοσίου και πολίτες - ασφαλισμένους που δικαιούνται παροχές υγείας από τον ΕΟΠΥΥ. Μετά την απαραίτητη έρευνα θεωρήθηκε ότι υπάρχει ερευνητικό κενό ως προς την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ, το οποίο η παρούσα έρευνα προσπαθεί να καλύψει. Το ζητούμενο μέγεθος του δείγματος θα είναι περίπου 3000 άτομα συνολικά και, συγκεκριμένα, 2000 πολίτες και υπάλληλοι του Οργανισμού καθώς και 1000 προμηθευτές Υγείας από τις παραπάνω κατηγορίες. Οι προαναφερθείσες ομάδες ατόμων δύνανται να είναι τόσο συμβεβλημένοι πάροχοι όσο και μη συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό, καθώς και διορισμένοι στο Δημόσιο στα διάφορα νοσοκομεία ή σε δομές Υγείας, με δυνατότητα αύξησης σε περίπτωση που αυτό κριθεί απαραίτητο.

## 7.3 Πειραματικό Πρωτόκολλο-(Ερωτηματολόγια)

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην παρούσα έρευνα είναι δύο ανώνυμα ερωτηματολόγια τα οποία θα συμπληρωθούν από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Οι ερωτήσεις των ερωτηματολογίων είναι κλειστού, κυρίως, τύπου· δηλαδή, ερωτήσεις των οποίων οι απαντήσεις θα είναι προκαθορισμένες αλλά και ανοιχτού ώστε να μελετηθεί και η γενικότερη άποψη των ερωτώμενων. Το ερωτηματολόγιο κρίνεται ως το πλέον κατάλληλο ερευνητικό εργαλείο για την παρούσα έρευνα, καθώς το πλεονέκτημά του είναι ότι μπορεί να μελετηθεί ένα δείγμα μεγάλου εύρους, σε μικρό χρονικό διάστημα (Ρόντος κα, 2022). Επιπλέον, τα στοιχεία που συλλέγονται από τα ερωτηματολόγια είναι πιο εύκολα επεξεργάσιμα, μπορούν να ομαδοποιηθούν με μεγαλύτερη ευκολία και να εξαχθούν αποτελέσματα και συμπεράσματα τα οποία έπειτα γενικεύονται. Εάν η διαδικασία λάβει

χώρα με προσοχή και σωστή οργάνωση, τα αποτελέσματά της είναι αρκετά αξιόπιστα και για τον λόγο αυτό είναι μια διαδεδομένη μέθοδος (Κελπανίδης κα, 2022).

Το πρώτο ερωτηματολόγιο αφορά πολίτες-ασφαλισμένους και υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ από όλη την Ελληνική επικράτεια, ενώ το δεύτερο απευθύνεται σε παρόχους-προμηθευτές Υγείας τόσο συμβεβλημένους όσο και μη συμβεβλημένους με τον Οργανισμό καθώς και σε Υγειονομικούς Υπαλλήλους του Δημοσίου. Στο πλαίσιο της διαμόρφωσης των ερωτηματολογίων προσδιορίστηκαν οι επιμέρους θεματικές ενότητες, οι οποίες σχετίζονται με τη μείωση των δαπανών υγείας και την κάλυψη των αναγκών για παροχές υγείας ως προς τις ανάγκες των ασφαλισμένων και την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών παροχών – υπηρεσιών έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ καθώς και το μέγεθος της επίτευξης της διαφάνειας στην Υγεία με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Επίσης προσδιορίσθηκαν οι απαιτούμενες πληροφορίες για κάθε μία από τις ανωτέρω υποθέσεις της έρευνας. Κατά την επιλογή των τελικών ερωτήσεων δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στη διατύπωση, όπως επίσης και στη σειρά με την οποία αυτές τέθηκαν στους ερωτώμενους, ώστε να διασφαλιστεί η κατανόηση των ερωτήσεων και η δυνατότητα εξαγωγής της μέγιστης δυνατής πληροφορίας για την ανάδυση των καλύτερων συμπερασμάτων και τη βελτιστοποίηση των στόχων της με αμφότερα τα ερωτηματολόγια να παρουσιάζουν την ίδια δομή.

Το κάθε ένα μπορεί να διαιρεθεί σε 4 ενότητες. Η πρώτη περιλαμβάνει τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία των ερωτώμενων και συγκεκριμένα την ηλικία , το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την επαγγελματική ιδιότητα, την ύπαρξη ή όχι ιδιωτικής ασφάλισης, τον φορέα ασφάλισης κ.α. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήματα σχετικά με την ικανοποίηση των ερωτώμενων αναφορικά με τις δαπάνες και τις παροχές υγείας πριν και μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Η τρίτη ενότητα σχετίζεται με ερωτήσεις που αφορούν μόνο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας καθώς και στον χρόνο αναμονής που απαιτείται πριν και μετά την δημιουργία του Οργανισμού. Οι δύο τελευταίες ενότητες περιλαμβάνουν ερωτήματα τα οποία αφορούν τόσο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και στη δευτεροβάθμια. Τέλος στην τέταρτη ενότητα οι ερωτήσεις αναφέρονται κυρίως στην επίτευξη της διαφάνειας και στο γενικότερο εκσυγχρονισμό του συστήματος Υγείας με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τις διάφορες νέες μεθόδους που εισαγάγει ο ΕΟΠΥΥ.

Μετά τη δημιουργία των ερωτηματολογίων, η έρευνα διεξήχθη πιλοτικά ώστε να δοκιμαστούν τα ερωτηματολόγια ως πειραματικό ερευνητικό εργαλείο σε μικρή κλίμακα. Συγκεκριμένα, απαντήθηκαν 52 ερωτηματολόγια υπαλλήλων και 51 ερωτηματολόγια παρόχων (συνολικά 103 και από τα δύο ερωτηματολόγια), ώστε να ελεγχθεί η αξιοπιστία, η δυνατότητα κατανόησης των ερωτήσεων και η εσωτερική τους συνέπεια και να επανασχεδιαστούν, εάν και εφόσον αυτό κριθεί απαραίτητο. Τα ερωτηματολόγια για την πιλοτική έρευνα στάλθηκαν κυρίως σε παρόχους Υγείας στον Νομό Πέλλας συμβεβλημένους και μη, σε φίλους και συνεργάτες με τη μέθοδο του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και με τη μορφή googleforms. Η συγκεκριμένη μορφή είναι η πλέον διαδεδομένη για το διαμοιρασμό ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων καθώς είναι εύχρηστη τόσο για το δημιουργό του ερωτηματολογίου, όσο και για όσους πρόκειται να το συμπληρώσουν. Επιπλέον, βοηθάει πολύ στη διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας μιας και συλλέγει τα αποτελέσματα των απαντήσεων και δίνει ταχεία αποτελέσματα. Στο παράρτημα II & III δίνεται η αρχική μορφή των ερωτηματολογίων των πολιτών – καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ καθώς και το ερωτηματολόγιο των Παρόχων Υγείας αντίστοιχα.

### 7.3.1 Συμπεράσματα από τις απαντήσεις των Υπαλλήλων του ΕΟΠΥΥ-ασφαλισμένων (πολιτών) στην πιλοτική έρευνα

Το 50% όσων απάντησαν στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο ήταν ηλικίας από 46-55 ετών και πάνω, το 50% γυναίκες και απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η συντριπτική πλειοψηφία ήταν εργαζόμενοι (75%) και προέρχονταν από τα ταμεία του ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ και ΙΚΑ.

Σχετικά με την πρώτη υπόθεση «Δαπάνες Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ», οι απαντήσεις παρουσιάζουν κοινά στοιχεία σε όλα τα ερευνητικά ερωτήματα σε ποσοστό 50% στις περισσότερες ερωτήσεις, οι ερωτώμενοι δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις δαπάνες υγείας και πως δεν ξοδεύουν περισσότερα χρήματα για υπηρεσίες Υγείας τόσο για Πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και για Δευτεροβάθμια έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Στην δεύτερη υπόθεση « Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ» σε ποσοστό σχεδόν 60% οι ερωτώμενοι απάντησαν ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας γενικότερα τόσο από την Πρωτοβάθμια όσο και από την Δευτεροβάθμια Περίθαλψη. Αυτό το

συμπέρασμα απορρέει από τις απαντήσεις που έδωσαν οι πολίτες και οι Υπάλληλοι στις ερωτήσεις: «*16.Είστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*;» στην οποία το 50% απάντησε αρνητικά με την αιτιολογία ότι οι συμβεβλημένοι ιατροί είναι λίγοι με το νέο Οργανισμό και ότι οι παροχές από τον ΕΟΠΥΥ δεν είναι ικανοποιητικές και στην ερώτηση « *17.Είστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*;» το 65% απάντησε αρνητικά».

Αντιθέτως στην τελευταία υπόθεση, «Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης», η συντριπτική πλειοψηφία του 70% και άνω απάντησε θετικά, ότι δηλαδή η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και οι καινοτόμες αλλαγές στην υγεία οδήγησαν στη διαφάνεια και στη μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης, η οποία είχε πάρει μεγάλες διαστάσεις και δεν μπορούσε να ελεγχθεί πριν από την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ και του Φακέλου Υγείας (ΦΑΥ)

### 7.3.2 Συμπεράσματα από τις απαντήσεις των Παρόχων Υγείας στην πιλοτική έρευνα

Η πλειοψηφία των Παρόχων Υγείας που ανταποκρίθηκε στο ερωτηματολόγιο ήταν ηλικίας από 36-45 ετών και ανήκε και στα 2 φύλα. Το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων ήταν υψηλό, τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος με ποσοστό στο 70% περίπου, ενώ το 6% ήταν και κάτοχοι διδακτορικού. Πάνω από το 70% ήταν ιδιώτες Πάροχοι Υγείας και συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ σε ποσοστό 50% περίπου.

Σχετικά με την πρώτη υπόθεση «Δαπάνες Υγείας μετά τη Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ», οι Πάροχοι Υγείας, τόσο για την Πρωτοβάθμια όσο και για τη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, πιστεύουν ότι οι Δαπάνες Υγείας είναι αρκετές. Φαίνεται, συνεπώς, η μετρίου βαθμού ικανοποίηση τους, διότι η πλειονότητα των απαντήσεων τους είναι στην επιλογή *«αρκετές»* και δηλώνουν ότι οι ασφαλισμένοι για την πλειονότητα των παροχών καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πληρώνουν ένα ορισμένο ποσό ως συμμετοχή.

Στην *« Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ»* αναφορικά με τη συγκεκριμένη υπόθεση, οι πάροχοι απάντησαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι -περισσότερο απ' ότι πριν- αναφορικά με την Ποιότητα των Υπηρεσιών για

Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και μέτρια ικανοποιημένοι όσον αφορά στην Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών στη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη. Αξιοσημείωτη είναι, ταυτόχρονα, η παρατήρηση πως σε ποσοστό που ξεπερνάει το 50% οι ερωτώμενοι δηλώνουν ότι κουράζονται πολύ περισσότερο συγκριτικά με την εποχή προ της δημιουργίας του ΕΟΠΥΥ διότι έχουν αυξηθεί οι απαιτήσεις των ασφαλισμένων όσον αφορά στην Υγεία. Επίσης, αυξήθηκε και το πλήθος του κόσμου που εξυπηρετούν, λόγω της συνένωσης των ταμείων και την ενσωμάτωσης τους στον ΕΟΠΥΥ, ενώ τα εισοδήματα τους έχουν μειωθεί λόγω της μείωσης των κρατικών κονδυλίων για την υγεία ως άμεσης συνέπειας της οικονομικής κρίσης και της αύξησης της φορολογίας, ενώ, παράλληλα, δήλωσαν πως θα πρέπει να αυξηθεί ο προϋπολογισμός του Κράτους για την εξασφάλιση Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας και ικανοποίησης της πλειοψηφίας των παρόχων υγείας και ασφαλισμένων.

Όσον αφορά στην επίτευξη της διαφάνειας και του εκσυγχρονισμού στην υγεία με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, τον μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ και διάφορες άλλες καινοτόμες αλλαγές η συντριπτική πλειοψηφία σε ποσοστό 80% και άνω, απάντησε θετικά και τόνισε ότι η χρήση της τεχνολογίας ήδη έχει οδηγήσει -και στο μέλλον αυτή η πορεία θα είναι αυξητική- στη διαφάνεια και στην προαγωγή της υγείας.

Κατά τη φάση διακίνησης της πιλοτικής έρευνας τέθηκαν ορισμένα δεοντολογικά ζητήματα σχετικά με τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των ερωτώμενων και την εμπιστευτικότητα των απαντήσεων τους. Καθώς ολοκληρώθηκε η πιλοτική έρευνα παρατηρήθηκαν ελλείψεις και δυσκολίες των δύο ερωτηματολογίων, κυρίως ως προς το μέγεθος τους και ως προς την υποχρεωτικότητα των απαντήσεων σε όλες τις ερωτήσεις. Έτσι, οδηγηθήκαμε σε κάποιες αλλαγές και στα δύο ερωτηματολόγια, σε αφαίρεση ερωτημάτων, πρόσθεση κάποιων άλλων, σε μετατροπή ορισμένων ερωτήσεων σε μη υποχρεωτικές και σε πρόσθεση πολλαπλών επιλογών στις απαντήσεις (π.χ. ‘δεν έχει χρειαστεί’).

Συγκεκριμένα, η κυριότερη παρατήρηση που σημειώθηκε έπειτα από την ολοκλήρωση της πιλοτικής έρευνας τόσο από τους πολίτες και τους υπαλλήλους του Οργανισμού όσο και από τους παρόχους υγείας, αφορά στο μέγεθος των ερωτηματολογίων και στο γεγονός ότι κάποιες ερωτήσεις δεν τις γνωρίζουν ή δεν έχει τύχει έως σήμερα να χρησιμοποιήσουν όλα τα είδη των υγειονομικών παροχών τόσο, όσο αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη όσο και την δευτεροβάθμια. Για το λόγο αυτό, έπειτα από την πιλοτική έρευνα, ακολούθησαν οι απαραίτητες διορθώσεις των ερωτηματολογίων, συμπυκνώθηκαν κάποιες ερωτήσεις,

προστέθηκαν άλλες, μεταβλήθηκαν η σειρά και η μορφή κάποιων ερωτήσεων χωρίς να αλλοιώνονται τα ερευνητικά ερωτήματα, προστέθηκε η επιλογή "*δεν χρησιμοποιώ*" και "*δεν γνωρίζω*" σε κάποια ερωτήματα καθώς και κάποιες ερωτήσεις δεν είναι πλέον υποχρεωτικές και έτσι διαμορφώθηκαν τα τελικά ερωτηματολόγια.

### 7.3.3 Διορθώσεις – Αλλαγές που προέκυψαν από την πιλοτική έρευνα-Ερωτηματολόγιο Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ-πολιτών καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας

Όσον αφορά στην πρώτη υπόθεση «*Δαπάνες υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ»* στις ερωτήσεις «**2.** *Πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας σας για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;*» και «**5**. *Πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας σας για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;»*, η απάντηση «*Άλλο*» αντικαταστάθηκε από την απάντηση «*Δεν έχει χρειαστεί*» καθώς πολλοί ήταν οι συμμετέχοντες που σχολίασαν ότι δεν ήξεραν τι να απαντήσουν μιας και δεν χρειάστηκαν ποτέ αντίστοιχες παροχές.

Στην προσπάθεια να γίνει λιγότερο κουραστικό και μικρότερο σε μέγεθος το ερωτηματολόγιο ορισμένες ερωτήσεις αφαιρέθηκαν. Οι ερωτήσεις «***10***.*Από τη θέση που κατέχετε ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;*» και «***11***. *Από τη θέση που κατέχετε (Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας*;**»** αφαιρέθηκαν διότι παρατηρήθηκε πως καλύπτονται τα ερευνητικά ερωτήματα παρακάτω με τις ερωτήσεις «**12**.*Είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας;*» και «**13**.*Είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 όσον αφορά στη Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας;*» και επιπρόσθετα οι ερωτήσεις **«8**. *Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ-πολίτες (ασφαλισμένοι), είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ*;» και «**9**. *Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ-πολίτες (ασφαλισμένοι), είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ;*» τροποποιήθηκαν και προστέθηκε και στις 2 ερωτήσεις το υποερώτημα «*και σε τι βαθμό καλύπτουν τις ανάγκες σας για Υπηρεσίες Υγείας».*

Επίσης οι ερωτήσεις «**4**.*Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*» και

«**7**.*Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*» μετατράπηκαν σε προαιρετικές.

Στην δεύτερη υπόθεση *«Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ»* στις ερωτήσεις «**3**.*Με βάση την ιδιότητας σας (Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή)*.» και «**4**.*Με βάση την ιδιότητά σας (Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ-πολίτες ασφαλισμένοι), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή 5=Πολύ κακή).*» αντικαταστάθηκαν οι επιλογές-απαντήσεις 5=Δεν έχω χρησιμοποιήσει/Δεν ξέρω/Δεν απαντώ.

Επιπλέον, οι ερωτήσεις **5, 6, 7, 9** και **11** αφαιρέθηκαν και στη θέση τους μπήκαν τρεις ενιαίοι πίνακες οι οποίοι καλύπτουν και απαντούν σε όλα τα ερευνητικά ερωτήματα των προαναφερθέντων ερωτήσεων που αφαιρέθηκαν, και, επίσης, δόθηκε επιπλέον η δυνατότητα στους συμμετέχοντες να απαντήσουν «Δεν χρησιμοποιώ» και «Δεν ξέρω/Δεν απαντώ». Η επιλογή «Δεν έχω χρησιμοποιήσει» προστέθηκε στο τελικό ερωτηματολόγιο και στις ερωτήσεις **8, 9** και **10**.

Οι ερωτήσεις «**16**.*Είστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*» και «**17**.*Είστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*» αφαιρέθηκαν διότι καλύπτονται από τις ερωτήσεις «**1**. *Γενικά, θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή, δεν ξέρω/ δεν απαντώ*» και «**2.** *Γενικά, θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή, δεν ξέρω/ δεν απαντώ*».

## 7.3.4 Διορθώσεις – Αλλαγές που προέκυψαν από την πιλοτική έρευνα- Ερωτηματολόγιο Παρόχων Υγείας

Όσον αφορά στην πρώτη υπόθεση της έρευνας *« Δαπάνες Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ»* στις ερωτήσεις:

«**1**.*Με βάση την ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), βαθμολογείστε τις δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (1=Πάρα πολλές, 2=Πολλές, 3=Αρκετές, 4=Λίγες, 5=Ελάχιστες)*» και «**4**.*Με βάση την Ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), βαθμολογείστε τις δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (1=Πάρα πολλές, 2=Πολλές, 3=Αρκετές, 4=Λίγες, 5=Ελάχιστες)*» αντικαταστάθηκε η επιλογή 5=δεν ξέρω/δεν απαντώ.

Στην δεύτερη υπόθεση *«Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ»* στις ερωτήσεις:

«**3**.*Με βάση την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή , 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή).*» και «**4**.*Με βάσει την ιδιότητά σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή 5=Πολύ κακή).*» αντικαταστάθηκε η επιλογή 5=δεν ξέρω/δεν απαντώ.

Οι ερωτήσεις, «**5.***Με βάση την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), ποιος είναι ο χρόνος αναμονής σχετικά με την ποιότητα των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ;*» και «**6.** *Με βάση την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί-*

*ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), ποιος είναι ο χρόνος αναμονής σχετικά με την ποιότητα των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ;*» αφαιρέθηκαν καθώς προέκυψε ότι δεν προσφέρουν αξιόλογη πληροφορία στην έρευνα και ότι, κούρασαν τους παρόχους υγείας.

Οι ερωτήσεις «**9**.*Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*» και «**10**.*Είστε ικανοποιημένος/η από την ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*», επίσης αφαιρέθηκαν διότι θεωρήθηκε πως τα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα καλύπτονται από τις ερωτήσεις «**1**. *Γενικά θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή, δεν ξέρω/ δεν απαντώ*» και «**2.** *Γενικά θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή, δεν ξέρω/ δεν απαντώ*».

## 7.4 Το ερευνητικό εργαλείο

Ο σχεδιασμός των δύο ερωτηματολογίων ως προς τη δομή και τη μορφή είναι πρωτογενής· δηλαδή τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν στην πιλοτική έρευνα αλλά και αυτά με την τελική τους μορφή που θα χρησιμοποιηθούν δεν προϋπήρχαν, αλλά, αντιθέτως, συντάχθηκαν για πρώτη φορά στη συγκεκριμένη εργασία. Η τελική μορφή της σύνταξης των ερωτηματολογίων διεκπεραιώθηκε έπειτα από μελέτη διαφόρων ερωτηματολογίων κυρίως από έρευνες του εξωτερικού και από ερωτηματολόγια που έχουν υλοποιηθεί από τον ΠΟΥ στο παρελθόν καθώς και από τις γενικότερες γνώσεις μου και εμπειρίες μου των 20 και πλέον χρόνων που εργάζομαι στα ασφαλιστικά ταμεία. Για το λόγο αυτό, ο έλεγχος της αξιοπιστίας, της εγκυρότητας και της εσωτερικής τους συνέπειας κρίνεται απαραίτητος. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας των μετρήσεων αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι ερωτήσεις που μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό έχουν υψηλή συσχέτιση και συνοχή, τόσο μεταξύ τους όσο και με το χαρακτηριστικό. Η εκτίμηση αυτή θα επιτευχθεί

με τον υπολογισμό της τιμής του συντελεστή α του Cronbach. Για τιμές από 0,7 και μεγαλύτερες η αξιοπιστία θεωρείται ικανοποιητική.

Με ποσοτική έρευνα θα επιχειρηθεί μία προσπάθεια ώστε να καταγραφούν τα ερωτήματα που τέθηκαν και να καταμετρηθούν ώστε να προκύψουν τα αντίστοιχα συμπεράσματα. Σύμφωνα με τον Martin (2008), η ποσοτική ανάλυση επικεντρώνεται στη μέτρηση θεωρητικών εννοιών με τη βοήθεια ερευνητικών εργαλείων όπως είναι το ερωτηματολόγιο. Η προσέγγιση αυτή μας δίνει, παράλληλα, τη δυνατότητα να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας στο γενικό πληθυσμό, με σκοπό να εντοπίσουμε γενικευμένες τάσεις. Είναι η πιο κατάλληλη μέθοδος για την καταγραφή απόψεων, γεγονότων, στάσεων και συμπεριφορών, κάτι που ενδιαφέρει τη συγκεκριμένη έρευνα.

Για τη διεξαγωγή των τελικών συμπερασμάτων θα γίνει χρήση του στατιστικού προγράμματος *IBM SPSS Statistics 2.1*. Στο πρόγραμμα αυτό εισάγονται δεδομένα που συλλέγονται από τα ερωτηματολόγια και προκύπτουν αποτελέσματα σε πίνακες συχνοτήτων και γραφήματα. Το πρόγραμμα SPSS είναι το πλέον διαδεδομένο πρόγραμμα για την ανάλυση δεδομένων στατιστικών ερευνών καθώς προσφέρει πολλές δυνατότητες και αναβαθμισμένες διαδικασίες διαχείρισης και ανάλυσης δεδομένων (Γναρδέλλης, 2013).

## 7.5 Έγκριση και ηθικά ζητήματα

Η παρούσα έρευνα διεξήχθη με σεβασμό στις αρχές της ηθικής έρευνας, εξασφαλίζοντας όλες τις απαραίτητες εγκρίσεις από τους αρμόδιους φορείς. Συγκεκριμένα, η διαδικασία της έρευνας εγκρίθηκε στις 01-06-2022 από την Πανεπιστημιακή Ερευνητική Επιτροπή Δεοντολογίας, η οποία έδωσε την άδεια για τη διανομή των δύο ανώνυμων ερωτηματολογίων στους συμμετέχοντες (Παράρτημα IV & V-Ερωτηματολόγιο των πολιτών – καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ & Ερωτηματολόγιο των Παρόχων Υγείας), χρησιμοποιώντας την πλατφόρμα Google Forms . Αυτό διασφάλισε την ανωνυμία των απαντήσεων και τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Επιπλέον, για τη συλλογή δεδομένων από παρόχους υγείας και πολίτες-ασφαλισμένους και υπαλλήλους ΕΟΠΥΥ-λήφθηκαν επιπλέον εγκρίσεις από τους ακόλουθους φορείς:

Στις 21/12/2022, πήρα έγκριση για την εκπόνηση της ερευνητικής μου εργασίας, δηλαδή για το μοίρασμα του ερωτηματολογίου που αφορά τους παρόχους υγείας από τον τότε Διοικητή της 3ης ΥΠΕ στα νοσοκομεία της αρμοδιότητας του (Παράρτημα VI) και

κυρίως στα νοσοκομεία του Νομού που κατοικώ και εργάζομαι στο Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας και στο Γενικό Νοσοκομείο Γιαννιτσών καθώς και στα Κέντρα υγείας της περιοχής.

Στις 08/02/2023, πήρα έγκριση από τον τότε Γενικό Δ/ντή του ΕΟΠΥΥ ο οποίος με εντολή του στην Δ/νση πληροφορικής του Οργανισμού για διαμοιρασμό του ερωτηματολογίου των πολιτών- ασφαλισμένων και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ - στις Υπηρεσίες του Οργανισμού σε όλη την Ελλάδα.

Έπειτα το ερωτηματολόγιο των πολιτών- ασφαλισμένων και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ το έστειλα στη γραμματέα του αντιπεριφερειάρχη του Ν. Πέλλας προκειμένου να μοιραστεί ηλεκτρονικά στους υπαλλήλους καθώς και στις Διευθύνσεις της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ν. Πέλλας για να δοθεί αντίστοιχα και εκεί στους υπαλλήλους των Υπηρεσιών, καθώς και σε διάφορους πολίτες που είναι ασφαλισμένοι, φίλοι και γνωστοί.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας απεστάλη στον Ιατρικό σύλλογο Ν, Πέλλας- στον οδοντιατρικό σύλλογο Ν. Πέλλας και στο Φαρμακευτικό σύλλογο Ν. Πέλλας για να το μοιράσουν ηλεκτρονικά στα μέλη τους- έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία και προφορική σύμφωνη γνώμη την οποία έλαβα από τους Προέδρους και των τριών προαναφερόμενων συλλόγων, επιπροσθέτως το ερωτηματολόγιο εστάλη και στους Προέδρους των Συλλόγων Φυσιοθεραπευτών –Λογοθεραπευτών – Εργοθεραπευτών Ν. Πέλλας οι οποίοι αποτελούν φίλους και συνεργάτες και μου υποσχέθηκαν ότι θα το στείλουν στα μέλη τους και σε κάποιους άλλους συναδέρφους τους.

Κατά τη διεξαγωγή της έρευνας, διασφαλίστηκε ότι τηρήθηκαν όλες οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας, με σεβασμό στην ανωνυμία και την προστασία των δεδομένων των συμμετεχόντων και ως απόρροια όλων των παραπάνω οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας.

## 7.6 Μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό SPSS, το οποίο θεωρείται ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία για την ανάλυση τόσο ποσοτικών όσο και ποιοτικών δεδομένων. Αρχικά, εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική, ώστε να παρουσιαστούν τα δημογραφικά στοιχεία των

συμμετεχόντων και να δοθεί μια συνολική εικόνα των απαντήσεών τους μέσω γραφημάτων και πινάκων συχνοτήτων. Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκαν οι εξής στατιστικοί έλεγχοι:

- **Chi-square test**: Χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε κατηγορηματικές μεταβλητές[45] (Γιαλαμάς κα, 2024).
- **Fisher's Exact Test** και **Monte Carlo** προσομοιώσεις: Αυτοί οι έλεγχοι εφαρμόστηκαν σε περιπτώσεις όπου υπήρχαν κελία με μικρό αριθμό παρατηρήσεων, για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων[46] (Χαλικιάς κα, 2015)
- **Cronbach's alpha**: Χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της εσωτερικής συνοχής και αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν στους συμμετέχοντες[47] (Hair et al., 2016).

Το επίπεδο σημαντικότητας που ορίστηκε ήταν το 5% (0.05), δηλαδή τα αποτελέσματα θεωρούνται στατιστικά σημαντικά όταν η τιμή p είναι μικρότερη από 0.05. Τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων συνοψίστηκαν και παρουσιάστηκαν σε πίνακες για την καλύτερη κατανόηση των σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών.

## 7.7 Περιορισμοί της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση 2 ερωτηματολογίων με ερωτήσεις κλειστού τύπου κυρίως αλλά και ανοιχτού τα οποία στάλθηκαν στους ερωτώμενους με τη μέθοδο του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και με τη μορφή google forms στα πλαίσια προστασίας των προσωπικών δεδομένων. Το ερωτηματολόγιο των παρόχων υγείας απαντήθηκε κυρίως από παρόχους υγείας της Κεντρικής Μακεδονίας και κυρίως του Νομού Πέλλας όπου ζω-εργάζομαι και κατοικώ διότι το απέστειλα στους συλλόγους των Ιατρών- Φαρμακοποιών-Οδοντιάτρων και συλλόγους ειδικών θεραπευτών (φυσιοθεραπευτών- λογοθεραπευτών-εργοθεραπευτών και προμηθευτών υγειονομικού υλικού) του Ν. Πέλλας και επιπροσθέτως έλαβα έγκριση από τον Διοικητή της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας Ελλάδος (ΥΠΕ) για

[45] Είναι μια στατιστική μέθοδος που χρησιμοποιείται για να ελέγξει αν υπάρχει σχέση μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών σε έναν πληθυσμό.
[46] Όταν οι υποθέσεις εφαρμογής του **$X^2$ τεστ** δεν ισχύουν, τότε το SPSS εμφανίζει σημείωση που το αναφέρει και τότε λαμβάνουμε υπόψη το Fisher's Exact Test ή την Monte Carlo προσομοίωση
[47] Ο συντελεστής αυτός εκφράζει το ποσοστό της μεταβλητότητας μιας κλίμακας, που οφείλεται στην παρουσία συμμεταβολής (συσχέτισης) μεταξύ των μεταβλητών που την απαρτίζουν. Όσο μεγαλύτερο είναι αυτό το ποσοστό τόσο μεγαλύτερη είναι και η συνοχή της. Οι τιμές του συντελεστή ανήκουν στο διάστημα [0, 1]. Επιθυμητές τιμές του συντελεστή είναι αυτές που υπερβαίνουν την τιμή 0,7. Αναλυτικότερα, τιμές από 0,6 μέχρι 0,7 θεωρούνται οριακά αποδεκτές, και τιμές από 0,7 έως 0,9 ικανοποιητικές

να το αποστείλω- προκειμένου να συμπληρωθεί από το υγειονομικό προσωπικό των νοσοκομείων της χωρικής της αρμοδιότητας. Από την άλλη, το δείγμα των ασφαλισμένων-πολιτών που τους ζητήθηκε να ανταποκριθούν στο ερωτηματολόγιο των πολιτών-ασφαλισμένων και υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ- προέρχεται κυρίως από τον Ν. Πέλλας . Εξαίρεση αποτελούν τα ερωτηματολόγια που απαντήθηκαν από υπαλλήλους ΕΟΠΥΥ διότι το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε σε όλες τις υπηρεσίες του Οργανισμού- σε όλη την Ελληνική Επικράτεια, αλλά όπως συμπεραίνεται από το αποτέλεσμα των απαντήσεων ανταποκρίθηκαν κυρίως πάνω από το 85% υπάλληλοι της Μακεδονίας. Συνεπώς, είναι φανερό, ότι η έρευνα περιορίστηκε σε ένα μικρό δείγμα της Ελλάδας, σε σχέση με το σύνολο της χώρας. Δεν μπορούμε λοιπόν να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας και για τις υπόλοιπες περιοχές της Ελλάδας, σε χωριά, σε νησιά ή απομακρυσμένες περιοχές.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα δεν εξετάσαμε την αποδοτικότητα του ΕΟΠΥΥ ή αλλιώς την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού στο σύνολο της διότι η κυριότερη παρατήρηση που λάβαμε στα πλαίσια της πιλοτικής έρευνας- ήταν ο μεγάλος όγκος των ερωτηματολογίων ο οποίος κούρασε αρκετά τους συμμετέχοντες. Λαμβάνοντας υπόψη την παράμετρο αυτή εξετάσαμε 3 υποθέσεις σχετικά με την μείωση των δαπανών υγείας, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και την επίτευξη της διαφάνειας στα πλαίσια εισαγωγής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ . Θα ήταν πολύ χρήσιμο λοιπόν οι μελλοντικές έρευνες να συμπεριλάμβαναν και αυτό το σκέλος καθώς επίσης να πραγματοποιούσαν την έρευνα τους στην υπόλοιπη Ελλάδα εκτός της περιοχής της Κεντρικής Μακεδονίας.

## 7.8 Βασικά χαρακτηριστικά, προδιαγραφές και έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας των απαντήσεων

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο σχεδιασμός των δύο ερωτηματολογίων ως προς τη δομή και τη μορφή τους ήταν πρωτογενής, καθώς τα συγκεκριμένα ερευνητικά εργαλεία δημιουργήθηκαν εξ αρχής για τις ανάγκες της παρούσας διατριβής και δεν βασίστηκαν αυτούσια σε προϋπάρχοντα ερευνητικά πρότυπα. Τα ερωτηματολόγια περιλάμβαναν τόσο ερωτήσεις κλειστού όσο και ανοιχτού τύπου, ώστε να επιτευχθεί αφενός η δυνατότητα ποσοτικής στατιστικής επεξεργασίας των δεδομένων και αφετέρου η πληρέστερη αποτύπωση των εμπειριών, των αντιλήψεων και των απόψεων των συμμετεχόντων σχετικά με τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, τις δαπάνες υγείας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων κρίθηκε ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επέτρεψε

την ελεύθερη διατύπωση απόψεων και συνέβαλε στην καλύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν το περιεχόμενο των ερωτήσεων.

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά μέσω της πλατφόρμας Google Forms και μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, επιλογή που κρίθηκε ως η καταλληλότερη για την παρούσα έρευνα, καθώς διασφάλιζε την ανωνυμία των συμμετεχόντων, την προστασία των προσωπικών δεδομένων και την άμεση συγκέντρωση και επεξεργασία των δεδομένων. Πριν από τη διανομή των ερωτηματολογίων λήφθηκε έγκριση από την Πανεπιστημιακή Ερευνητική Επιτροπή Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Λευκωσίας, καθώς και από τους αρμόδιους φορείς υγείας και επαγγελματικούς συλλόγους. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics, το οποίο αποτελεί διεθνώς αναγνωρισμένο εργαλείο ανάλυσης ποσοτικών δεδομένων στις κοινωνικές και υγειονομικές επιστήμες. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας και της εσωτερικής συνοχής των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach’s alpha, ενώ εφαρμόστηκαν και στατιστικοί έλεγχοι συσχέτισης, όπως Pearson Chi-Square, Fisher’s Exact Test και Monte Carlo προσομοιώσεις, όπου αυτό κρίθηκε απαραίτητο, προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η στατιστική αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Η έρευνα συγκέντρωσε σημαντικό αριθμό απαντήσεων και από τα δύο ερωτηματολόγια, γεγονός που ενισχύει τη δυνατότητα εξαγωγής ασφαλέστερων συμπερασμάτων. Στο ερωτηματολόγιο των πολιτών, ασφαλισμένων και υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ συμμετείχαν συνολικά 1278 άτομα, ενώ σημαντικός ήταν και ο αριθμός συμμετοχών στο ερωτηματολόγιο των παρόχων υγείας. Οι απαντήσεις καταγράφηκαν αυτούσιες, χωρίς καμία παρέμβαση ή τεχνητή στατιστική εξισορρόπηση του δείγματος. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί η μεγαλύτερη συμμετοχή γυναικών σε σχέση με τους άντρες, στοιχείο που διατηρήθηκε αυτούσιο ώστε τα αποτελέσματα να αντανακλούν την πραγματική εικόνα της έρευνας. Παράλληλα, το δείγμα των πολιτών παρουσίαζε σημαντική κοινωνική και μορφωτική ετερογένεια, καθώς συμμετείχαν άτομα διαφορετικών ηλικιών, μορφωτικών επιπέδων και επαγγελματικών κατηγοριών, προερχόμενα από διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία, όπως ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ και ΟΓΑ. Επιπλέον, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν πολίτες τόσο από αστικές όσο και από ημιαστικές και ορεινές περιοχές, γεγονός που ενισχύει την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας και επιτρέπει την αποτύπωση διαφορετικών εμπειριών και αντιλήψεων σχετικά με τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ.

Η κατανόηση των ερωτήσεων από τους συμμετέχοντες ενισχύθηκε μέσω της πιλοτικής έρευνας που προηγήθηκε, κατά την οποία ελέγχθηκαν η σαφήνεια, η διατύπωση και η λειτουργικότητα των ερωτηματολογίων. Επιπλέον, οι απαντήσεις ανοιχτού τύπου κατέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες είχαν κατανοήσει επαρκώς το περιεχόμενο των ερωτήσεων και απαντούσαν με συνοχή και συνάφεια ως προς το εξεταζόμενο αντικείμενο. Αντίστοιχα, στο ερωτηματολόγιο των παρόχων υγείας συμμετείχαν κυρίως επαγγελματίες υψηλού μορφωτικού επιπέδου και σημαντικής επαγγελματικής εμπειρίας, όπως ιατροί και φαρμακοποιοί, στοιχείο που περιορίζει σημαντικά την πιθανότητα παρερμηνείας των ερωτήσεων και ενισχύει την εγκυρότητα των απαντήσεων.

Τέλος, η πραγματοποίηση πολλαπλών στατιστικών συσχετίσεων αποτέλεσε βασικό εργαλείο ελέγχου της αξιοπιστίας των δεδομένων και της συνέπειας των απαντήσεων. Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που προέκυψαν μεταξύ μεταβλητών, όπως το ασφαλιστικό ταμείο, η επαγγελματική ιδιότητα, τα έτη εργασίας και οι απόψεις για τη διαφάνεια, τις δαπάνες και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, επιβεβαιώνουν ότι οι απαντήσεις δεν δόθηκαν τυχαία αλλά ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα εμπειριών και αντιλήψεων. Η χρήση διαφορετικών στατιστικών ελέγχων, όπως Pearson Chi-Square, Fisher's Exact Test και Linear-by-Linear Association, ενίσχυσε την εγκυρότητα των συμπερασμάτων και λειτούργησε ως μηχανισμός επιβεβαίωσης της συνοχής και της σταθερότητας των αποτελεσμάτων της έρευνας.

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

## 8.1 Περιγραφική στατιστική ανάλυση αποτελεσμάτων

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό. Η έρευνα είναι πρωτογενής, δηλαδή το ερωτηματολόγιο που έχει απαντηθεί δεν προϋπήρχε, αλλά συντάχθηκε πρώτη φορά για τη συγκεκριμένη εργασία και ήδη έχει ελεγχθεί η αξιοπιστία του μέσω της πιλοτικής έρευνας που έχει διεξαχθεί. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους ερωτώμενους με τη μέθοδο του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και με τη μορφή google forms. Η συγκεκριμένη μορφή είναι η πλέον διαδεδομένη για το διαμοιρασμό ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων καθώς είναι εύχρηστη τόσο για το δημιουργό του ερωτηματολογίου, όσο και για όσους πρόκειται να το συμπληρώσουν και μέσω αυτού εξασφαλίζεται πάντα η ανωνυμία τους καθώς έχουν και τη δυνατότητα οποιαδήποτε στιγμή να αποχωρήσουν. Επιπλέον, βοηθάει πολύ στη διεξαγωγή της έρευνας- ειδικά για έρευνα μεγάλου εύρους όπως η συγκεκριμένη (2.100 απαντημένα ερωτηματολόγια περίπου) μιας και συλλέγει τα αποτελέσματα των απαντήσεων και δίνει ταχεία αποτελέσματα. Η διεξαγωγή των συμπερασμάτων λαμβάνει χώρα στο παρόν κεφάλαιο έχοντας ήδη πραγματοποιηθεί η χρήση του στατιστικού προγράμματος *IBM SPSS Statistics 2.1*. στο οποίο εισάγονται δεδομένα που συλλέγονται από τα ερωτηματολόγια και προκύπτουν αποτελέσματα σε πίνακες συχνοτήτων και γραφήματα τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω.

Τα ερωτηματολόγια είναι δύο, το ένα αφορά τους πολίτες- ασφαλισμένους καθώς και τους Υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ και το δεύτερο απευθύνεται στους πάροδούς Υγείας, δηλαδή στους ιατρούς, φαρμακοποιούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους, προμηθευτές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, νοσηλευτές και άλλους, τόσο σε συμβεβλημένους παρόχους, όσο και σε μη συμβεβλημένους με τον Οργανισμό, ακόμα και σε Υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας των παραπάνω ειδικοτήτων.

Τα ερωτηματολόγια είναι διαχωρισμένα σε 4 μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από ερωτήματα τα οποία σχετίζονται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, επίπεδο σπουδών, επάγγελμα, χρόνια υπηρεσίας κ.τ.λ.) και στη συνέχεια ακολουθούν τα άλλα 3 μέρη- με ερωτήσεις που καλύπτουν τις 3 υποθέσεις εργασίας σχετικά με τις δαπάνες και τις παροχές Υγείας καθώς και την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών πριν και μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ-τόσο σε πρωτοβάθμιο

επίπεδο περίθαλψης[48] όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο[49]- καθώς και το μέγεθος επίτευξης της διαφάνειας στην Υγεία με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

### 8.1.1 Στατιστικά αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

*Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων*

*1. Φύλο*

Το συνολικό μέγεθος του δείγματος είναι 1278 άτομα, που αντιστοιχεί στο 100% του δείγματος. Η πλειονότητα αυτών που απάντησαν ήταν γυναίκες (64,8%), ακολουθούμενες από άνδρες (34,7%), ενώ ένα μικρό ποσοστό δεν επιθυμούσε να αποκαλύψει το φύλο του (0,5%). Συνεπώς οι απαντήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν παρουσιάζουν ίδιο ποσοστό του 50% έκαστος ως είθισται. Αυτό συνέβη διότι τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους συμμετέχοντες, χρησιμοποιώντας την πλατφόρμα Google Forms, και ανταποκρίθηκαν ακριβώς αυτός ο αριθμός ατόμων που παρουσιάζονται παρακάτω στο παρόν πόνημα-καθώς και τα στοιχεία της συγκεκριμένης εργασίας είναι άκρως αληθινά και δεν έχουν υποστεί καμία επεξεργασία προκειμένου να διαστρεβλώσουν τα πραγματικά αποτελέσματα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

**Φύλο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Γυναίκα | 828 | 64,8 | 64,8 | 64,8 |
| | Άνδρας | 444 | 34,7 | 34,7 | 99,5 |
| | Δεν επιθυμώ να απαντήσω | 6 | ,5 | ,5 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας8. 1: Φύλο*

[48] «Ως **«Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας»** νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών της υγείας (ιατρική επίσκεψη, παρακλινικές εξετάσεις όπως μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις- προμήθεια φαρμάκων και άλλων ιατρικών ειδών- ειδικές θεραπείες όπως φυσιοθεραπείες- λογοθεραπείες- ψυχοθεραπείες κ.α)

[49] «Ως «**Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας**» νοούνται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές όπως επισκέψεις- εξετάσεις- νοσηλεία για θεραπεία- χειρουργεία , στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας»

## *2. Ηλικία*

Απάντησαν, 39 συμμετέχοντες στην ηλικιακή ομάδα 18 έως 24 ετών, που αντιπροσωπεύουν το 3,1% του συνολικού δείγματος, 72 συμμετέχοντες στην ηλικιακή ομάδα 25 έως 35 ετών, αντιστοιχώντας στο 5,6% του δείγματος. Υπάρχουν 363 συμμετέχοντες στην ηλικιακή ομάδα 36 έως 45 ετών, που αντιστοιχούν στο 28,4% του δείγματος, 498 συμμετέχοντες στην ηλικιακή ομάδα 45 έως 55 ετών, που αντιπροσωπεύουν το 39,0% του συνολικού δείγματος και 234 συμμετέχοντες στην ηλικιακή ομάδα 56 έως 65 ετών, που αντιστοιχούν στο 18,3% του δείγματος. Τέλος, 72 συμμετέχοντες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 66 ετών και άνω, που αντιστοιχούν στο 5,6% του δείγματος. Η μεγαλύτερη ομάδα ηλικιών είναι αυτή των 45 - 55 ετών (39,0%), ενώ οι ηλικιακές ομάδες με μικρότερη εκπροσώπηση είναι οι 18 - 24 και 66 και άνω (και οι δύο με 5,6%).

**Ηλικία**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 18 – 24 | 39 | 3,1 | 3,1 | 3,1 |
| | 25 – 35 | 72 | 5,6 | 5,6 | 8,7 |
| | 36 – 45 | 363 | 28,4 | 28,4 | 37,1 |
| | 45 – 55 | 498 | 39,0 | 39,0 | 76,1 |
| | 56 – 65 | 234 | 18,3 | 18,3 | 94,4 |
| | 66 και άνω | 72 | 5,6 | 5,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.2: Ηλικία*

## *3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;*

Η οικογενειακή κατάσταση αυτών που απάντησαν στην έρευνα δείχνει ότι περισσότεροι από τους μισούς είναι έγγαμοι, αποτελώντας το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (67,1%). Στη συνέχεια, περίπου 1 στους 6 συμμετέχοντες είναι άγαμος/η, ενώ σχεδόν 1 στους 8 έχει διαζύγιο. Το ποσοστό των χήρων είναι αρκετά μικρό, λιγότερο από το 3% του δείγματος. Τέλος, μόλις ένα ελάχιστο ποσοστό, λιγότερο από το 1%, επέλεξε να μην απαντήσει στην ερώτηση για την οικογενειακή κατάσταση.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Οικογενειακή κατάσταση**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Έγγαμος/η | 858 | 67,1 | 67,1 | 67,1 |
| | Άγαμος/η | 213 | 16,7 | 16,7 | 83,8 |
| | Διαζευγμένος/η | 165 | 12,9 | 12,9 | 96,7 |
| | Χήρος/α | 33 | 2,6 | 2,6 | 99,3 |
| | Δεν επιθυμώ να απαντήσω | 9 | ,7 | ,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.3: Οικογενειακή κατάσταση*

### *4. Αριθμός τέκνων.*

Η κατανομή του αριθμού των τέκνων των συμμετεχόντων στην έρευνα αποκαλύπτει ότι το 25,1% δεν έχει παιδιά. Εντός του δείγματος, το 17,1% έχει μόνο ένα παιδί, ενώ το ποσοστό των συμμετεχόντων με δύο παιδιά είναι σημαντικά μεγαλύτερο, φτάνοντας το 43,2%. Μικρότερο ποσοστό, περίπου 12,7%, έχει τρία παιδιά, και μόνο το 1,6% των συμμετεχόντων έχει τέσσερα παιδιά. Τέλος, ελάχιστοι, μόλις το 0,2%, έχουν πάνω από τέσσερα παιδιά.

**Αριθμός τέκνων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Κανένα | 321 | 25,1 | 25,1 | 25,1 |
| | Ένα | 219 | 17,1 | 17,1 | 42,3 |
| | Δύο | 552 | 43,2 | 43,2 | 85,4 |
| | Τρία | 162 | 12,7 | 12,7 | 98,1 |
| | Τέσσερα | 21 | 1,6 | 1,6 | 99,8 |
| | Άνω των τεσσάρων παιδιών | 3 | ,2 | ,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.4: Αριθμός τέκνων*

### *5. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;*

Η κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στην έρευνα δείχνει ότι το 27,5% είναι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος αποτελώντας τη μεγαλύτερη κατηγορία. Ακολουθούν οι κάτοχοι πτυχίου Α.Ε.Ι., που αποτελούν το 25,1% του δείγματος. Το 17,6%

έχει ολοκληρώσει σπουδές στο λύκειο, ενώ το 13,6% έχει πτυχίο Τ.Ε.Ι. και το 10,8% πτυχίο Δημοσίου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ. Οι απόφοιτοι γυμνασίου είναι 2,6%, και ελάχιστοι συμμετέχοντες έχουν αποφοιτήσει από το δημοτικό (0,2%). Τέλος, το 2,6% των συμμετεχόντων είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος.

**Επίπεδο εκπαίδευσης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Απόφοιτος Δημοτικού | 3 | ,2 | ,2 | ,2 |
| | Απόφοιτος Γυμνασίου | 33 | 2,6 | 2,6 | 2,8 |
| | Απόφοιτος Λυκείου | 225 | 17,6 | 17,6 | 20,4 |
| | Πτυχιούχος Δημοσίου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ. | 138 | 10,8 | 10,8 | 31,2 |
| | Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι. | 174 | 13,6 | 13,6 | 44,8 |
| | Πτυχιούχος Α.Ε.Ι. | 321 | 25,1 | 25,1 | 70,0 |
| | Κάτοχος Μεταπτυχιακού Διπλώματος | 351 | 27,5 | 27,5 | 97,4 |
| | Κάτοχος Διδακτορικού Διπλώματος | 33 | 2,6 | 2,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.5: Επίπεδο εκπαίδευσης*

### *6. Ποια είναι η κύρια οικονομική σας δραστηριότητα;*

Η κατανομή των ατόμων που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, σύμφωνα με την οικονομική τους δραστηριότητα αποκαλύπτει ότι η συντριπτική πλειονότητα, το 83,6%, είναι εργαζόμενοι. Ακολουθεί το ποσοστό των συνταξιούχων, που ανέρχεται στο 7,7%, ενώ οι άνεργοι και οι μη οικονομικά ενεργοί έχουν από 3,8% ο καθένας. Οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην κατηγορία των μη οικονομικά ενεργών πολιτών- περιλαμβάνουν μαθητές, σπουδαστές, στρατιώτες, νοικοκυρές, εισοδηματίες και άτομα ανίκανα για εργασία. Τέλος, μόλις το 1,2% των συμμετεχόντων δεν επιθυμεί να προσδιορίσει ή να απαντήσει στην ερώτηση σχετικά με την οικονομική του δραστηριότητα.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Οικονομική δραστηριότητα**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Εργαζόμενος | 1068 | 83,6 | 83,6 | 83,6 |
| | Άνεργος | 48 | 3,8 | 3,8 | 87,3 |
| | Συνταξιούχος | 99 | 7,7 | 7,7 | 95,1 |
| | Μη οικονομικά ενεργός (μαθητής, σπουδαστής, στρατιώτης, νοικοκυρά, εισοδηματίας, ανίκανος για εργασίας) | 48 | 3,8 | 3,8 | 98,8 |
| | Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω | 15 | 1,2 | 1,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.6: Οικονομική δραστηριότητα*

*7. Στην εργασία σας είστε/ήσασταν: (απαντήστε μόνο στην περίπτωση που εργάζεστε ή εργαζόσασταν στο παρελθόν)*

Η κατανομή αυτών που απάντησαν, σύμφωνα με τη θέση εργασίας τους δείχνει ότι η πλειονότητα εργάζεται ως δημόσιοι υπάλληλοι, αποτελώντας το 43,7% του δείγματος. Ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με ποσοστό 21,1% και οι υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ με 11,3%. Σημειώνεται ότι κάποιοι που δήλωσαν δημόσιοι υπάλληλοι είναι υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ, γεγονός που φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας. Το 12,9% των συμμετεχόντων είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ οι έμποροι και οι αγρότες έχουν μικρότερη εκπροσώπηση, με ποσοστά 2,6% και 1,4% αντίστοιχα. Το 2,1% των συμμετεχόντων δεν επιθυμεί να απαντήσει ή να προσδιορίσει την επαγγελματική του θέση, ενώ το 4,9% αναφέρει ότι η θέση τους δεν εντάσσεται στις καθιερωμένες κατηγορίες και κατατάσσεται ως "Άλλο".

Στην κατηγορία αυτή «Άλλο» το 100% αντιστοιχεί σε 63 απαντήσεις. Από αυτούς:

- Το 15,8% αντιστοιχεί σε 10 απαντήσεις οι οποίοι είναι υπάλληλοι ΝΠΙΔ
- Το 28,8% αντιστοιχεί σε 18 απαντήσεις οι οποίοι είναι εργάτες και εργάτριες
- Το 12,6% αντιστοιχεί σε 8 απαντήσεις οι οποίοι είναι αστυνομικοί
- Το 7,9% αντιστοιχεί σε 5 απαντήσεις οι οποίοι υπήρξαν ελεύθεροι επαγγελματίες και τώρα είναι δημόσιοι υπάλληλοι
- Το 34,9% αντιστοιχεί σε 22 απαντήσεις οι οποίοι είναι τραπεζικοί υπάλληλοι

**Θέση εργασίας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Δημόσιος Υπάλληλος | 558 | 43,7 | 43,7 | 43,7 |
| | Υπάλληλος ΕΟΠΥΥ | 144 | 11,3 | 11,3 | 54,9 |
| | Ιδιωτικός Υπάλληλος | 270 | 21,1 | 21,1 | 76,1 |
| | Ελεύθερος Επαγγελματίας | 165 | 12,9 | 12,9 | 89,0 |
| | Έμπορος | 33 | 2,6 | 2,6 | 91,5 |
| | Αγρότης | 18 | 1,4 | 1,4 | 93,0 |
| | Δεν επιθυμώ να απαντήσω/προσδιορίσω | 27 | 2,1 | 2,1 | 95,1 |
| | Άλλο | 63 | 4,9 | 4,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.7: Θέση εργασίας*

*8. Όσο αφορά την ασφάλιση σας στον τομέα της Υγείας είστε:*

Η κατανομή των συμμετεχόντων σχετικά με την ασφάλιση αποκαλύπτει ότι η συντριπτική πλειονότητα, το 92,7%, είναι άμεσα ασφαλισμένοι, δηλαδή έχουν άμεση κάλυψη μέσω της εργασίας τους ή άλλων μορφών ασφαλιστικών προγραμμάτων. Αντίθετα, το 7,3% των συμμετεχόντων είναι έμμεσα ασφαλισμένοι, υποδεικνύοντας ότι η ασφαλιστική τους κάλυψη προκύπτει μέσω του άμεσα ασφαλισμένου συζύγου ή γονιού.

**Ασφάλιση**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Άμεσα ασφαλισμένος | 1185 | 92,7 | 92,7 | 92,7 |
| | Έμμεσα ασφαλισμένος | 93 | 7,3 | 7,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.8: Ασφάλιση*

*9. Σε ποιο ασφαλιστικό ταμείο της κύριας ασφάλισης υπαγόσασταν πριν την ενοποίηση των Ταμείων και την Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ:*

Η κατανομή των πολιτών που απάντησαν, ανά ασφαλιστικό ταμείο δείχνει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, το 42,5%, ήταν ασφαλισμένο στο Ι.Κ.Α., το οποίο αποτελεί τη μεγαλύτερη κατηγορία. Ακολουθεί ο Ο.Π.Α.Δ. με ποσοστό 27,7%, ενώ το Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ) καλύπτει το 14,1% των συμμετεχόντων. Το ποσοστό των ασφαλισμένων στο

Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. είναι 3,5%, και στον Ο.Γ.Α. καλύπτει το 3,3% του δείγματος. Εντός του δείγματος, το 8,9% αναφέρει ότι ανήκει σε «άλλο ασφαλιστικό ταμείο» που δεν αναφέρεται στις προαναφερθείσες κατηγορίες και επιλέγει την υποκατηγορία « Άλλο» στην οποία το 100% αντιστοιχεί σε 114 απαντήσεις.

Το 24,6% αντιστοιχεί σε 28 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΤΑΥΤΕΚΩ.

Το 19,3% αντιστοιχεί σε 22 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΤΣΑΥ.

Το 16,7% αντιστοιχεί σε 19 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΕΤΑΑ.

Το 10,5% αντιστοιχεί σε 12 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΤΣΜΕΔΕ.

Το 7,8% αντιστοιχεί σε 9 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΤΑΠ-ΔΕΗ.

Το 5,2% αντιστοιχεί σε 6 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΤΥΔΕ.

Το 5,2% αντιστοιχεί σε 6 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο Ε.Σ.

Το 5,2% αντιστοιχεί σε 6 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο Ταμείο Νομικών.

Το 2,6% αντιστοιχεί σε 3 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΝΑΤ.

Το 2,6% αντιστοιχεί σε 3 απαντήσεις οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι στο ΤΑΠ-ΟΤΕ.

**Ασφαλιστικό ταμείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ο.Π.Α.Δ. | 354 | 27,7 | 27,7 | 27,7 |
| | Ι.Κ.Α. | 543 | 42,5 | 42,5 | 70,2 |
| | Ο.Γ.Α. | 42 | 3,3 | 3,3 | 73,5 |
| | Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ) | 180 | 14,1 | 14,1 | 87,6 |
| | Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. | 45 | 3,5 | 3,5 | 91,1 |
| | Άλλο | 114 | 8,9 | 8,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.9: Ασφαλιστικό ταμείο*

*10. Εκτός από την κύρια ασφάλιση έχετε και ιδιωτική ασφάλιση υγείας:*

Η κατανομή των συμμετεχόντων σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση δείχνει ότι το 79,8% των ατόμων δεν διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 20,2% έχει επιλέξει να έχει ιδιωτική ασφάλιση.

**Ιδιωτική ασφάλιση**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 258 | 20,2 | 20,2 | 20,2 |
| | Όχι | 1020 | 79,8 | 79,8 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.10: Ιδιωτική ασφάλιση*

*11. Αν έχετε ιδιωτική ασφάλιση, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που έχετε σας καλύπτει για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη ή και τα δύο;*

Η κατανομή των συμμετεχόντων που έχουν ιδιωτική ασφάλιση αναδεικνύει ότι το 62,8% καλύπτεται και για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και νοσοκομειακή περίθαλψη. Το 31,4% καλύπτεται μόνο για νοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ το 5,8% έχει κάλυψη μόνο για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Το συνολικό δείγμα των ατόμων με ιδιωτική ασφάλιση ανέρχεται σε 258 άτομα, που αντιστοιχεί στο 20,2% του συνόλου. Εξαιρούνται από τα δεδομένα οι 1020 συμμετέχοντες (79,8%) που δεν έχουν αναφέρει κάλυψη ή δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση.

**Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη | 15 | 1,2 | 5,8 | 5,8 |
| | Νοσοκομειακή περίθαλψη | 81 | 6,3 | 31,4 | 37,2 |
| | Και τα δύο | 162 | 12,7 | 62,8 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.11: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης*

*12. Αν έχετε ιδιωτική ασφάλιση, για ποιους από τους παρακάτω λόγους προβήκατε στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας;*

Παρακάτω φαίνονται αναλυτικά οι λόγοι για τους οποίους οι συμμετέχοντες έχουν επιλέξει ιδιωτική ασφάλιση. Σημειώνεται ότι 1020 πολίτες δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλιση συνεπώς στα παρακάτω υπο ερωτήματα απαντούν μόνο 258 συμμετέχοντες του ερωτηματολογίου.

## *12.1 Δεν είμαι ικανοποιημένος/η με τις παροχές του ΕΟΠΥΥ*

Από τους 258 που απάντησαν πως έχουν ιδιωτική ασφάλιση, οι 159 (61,6%) δήλωσαν πως ο λόγος που την επέλεξαν είναι γιατί δεν είναι ικανοποιημένοι με τις παροχές του ΕΟΠΥΥ, ενώ οι 99 (38,4%) ανέφεραν ότι είναι ικανοποιημένοι και δεν είναι αυτός ο λόγος. Το συνολικό ποσοστό ικανοποίησης, επομένως, είναι σχετικά χαμηλό, με την πλειοψηφία των ερωτώμενων να εκφράζει δυσαρέσκεια.

**Δεν είμαι ικανοποιημένος/η με τις παροχές του ΕΟΠΥΥ**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 159 | 12,4 | 61,6 | 61,6 |
| | Όχι | 99 | 7,7 | 38,4 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.1: Δεν είμαι ικανοποιημένος/η με τις παροχές του ΕΟΠΥΥ*

## *12.2 Κάλυψη στο κόστος των επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιατρούς*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 135 (52,3%) δήλωσαν ότι επέλεξαν την ιδιωτική ασφάλιση καθώς καλύπτεται το κόστος των επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιατρούς, ενώ οι 123 (47,7%) ανέφεραν ότι δεν ήταν αυτός ο λόγος. Συνολικά, η κάλυψη του κόστους φαίνεται να είναι σχεδόν μοιρασμένη, ως αιτία επιλογής της ιδιωτικής ασφάλισης.

**Κάλυψη στο κόστος των επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιατρούς**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 135 | 10,6 | 52,3 | 52,3 |
| | Όχι | 123 | 9,6 | 47,7 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.2: Κάλυψη στο κόστος των επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιατρούς*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *12.3 Λιγότερος χρόνος αναμονής για ιατρικές επισκέψεις*

Από αυτούς που απάντησαν, οι 144 (55,8%) δήλωσαν ότι έχουν παρατηρήσει λιγότερο χρόνο αναμονής για ιατρικές επισκέψεις κι έτσι επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση ενώ οι 114 (44,2%) ανέφεραν ότι δεν έχουν παρατηρήσει κάποιου είδους προτεραιότητα στις επισκέψεις των ιατρών λόγω της ιδιωτικής τους ασφάλισης.

**Λιγότερος χρόνος αναμονής για ιατρικές επισκέψεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 144 | 11,3 | 55,8 | 55,8 |
| | Όχι | 114 | 8,9 | 44,2 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.3: Λιγότερος χρόνος αναμονής για ιατρικές επισκέψεις*

## *12.4 Δωρεάν σύγχρονα ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικών εξετάσεων*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 159 (61,6%) δήλωσαν ότι έχουν πρόσβαση δωρεάν σε σύγχρονα ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικών εξετάσεων, ενώ οι 99 (38,4%) ανέφεραν ότι δεν αποτελεί αιτία το παραπάνω ερώτημα που έχουν ιδιωτική ασφάλεια.

**Δωρεάν σύγχρονα ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικών εξετάσεων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 159 | 12,4 | 61,6 | 61,6 |
| | Όχι | 99 | 7,7 | 38,4 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας8. 12.4: Δωρεάν σύγχρονα ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικών εξετάσεων*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *12.5 Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 141 (54,7%) δήλωσαν ότι έχουν παρατηρήσει λιγότερο χρόνο αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις λόγω της ιδιωτικής τους ασφάλισης, ενώ οι 117 (45,3%) ανέφεραν ότι δεν έχουν παρατηρήσει κάποιου είδους προτεραιότητα κατά την εκτέλεση τους. Συνολικά, η πλειοψηφία των ερωτώμενων πιστεύει ότι ο χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις μειώνεται με την επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης, αν και σχεδόν το ήμισυ των συμμετεχόντων εξακολουθεί να βλέπει την κατάσταση ως μη βελτιωμένη.

**Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 141 | 11,0 | 54,7 | 54,7 |
| | Όχι | 117 | 9,2 | 45,3 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.5 : Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις*

## *12.6 Δωρεάν ετήσιος προληπτικός ιατρικός έλεγχος*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 117 (45,3%) δήλωσαν ότι επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση καθώς έχουν πρόσβαση σε δωρεάν ετήσιο προληπτικό ιατρικό έλεγχο, ενώ οι 141 (54,7%) ανέφεραν ότι έχουν αντίθετη άποψη, παρά το σημαντικό ποσοστό που αναφέρει ότι υπάρχει αυτή η δυνατότητα.

**Δωρεάν ετήσιος προληπτικός ιατρικός έλεγχος**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 117 | 9,2 | 45,3 | 45,3 |
| | Όχι | 141 | 11,0 | 54,7 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.6: Δωρεάν ετήσιος προληπτικός ιατρικός έλεγχος*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *12.7 Κάλυψη εξόδων οδοντιατρικής περίθαλψης*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 69 (26,7%) δήλωσαν ότι υπάρχει κάλυψη εξόδων για οδοντιατρική περίθαλψη από την ιδιωτική τους ασφάλεια, ενώ οι 189 (73,3%) ανέφεραν ότι δεν υπάρχει τέτοια κάλυψη. Συνολικά, η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι δεν αποτελεί η κάλυψη των εξόδων για οδοντιατρική περίθαλψη λόγος ύπαρξης ιδιωτικής ασφάλειας διότι το ποσό των ασφαλίστρων είναι ιδιαίτερα υψηλό για κάλυψη οδοντιατρικών εργασιών.

**Κάλυψη εξόδων οδοντιατρικής περίθαλψης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 69 | 5,4 | 26,7 | 26,7 |
| | Όχι | 189 | 14,8 | 73,3 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.7: Κάλυψη εξόδων οδοντιατρικής περίθαλψης*

## *12.8 Άμεση και δωρεάν περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 186 (72,1%) δήλωσαν ότι επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση καθώς έχουν πρόσβαση άμεσα και δωρεάν σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ οι 72 (27,9%) ανέφεραν ότι δεν συμφωνούν με το παραπάνω. Συνολικά, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απαντά ότι προέβη σε συμβόλαιο ιδιωτικής ασφάλισης διότι με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζει άμεσα και δωρεάν περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, με ένα μικρότερο ποσοστό να διαφωνεί.

**Άμεση και δωρεάν περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 186 | 14,6 | 72,1 | 72,1 |
| | Όχι | 72 | 5,6 | 27,9 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.8: Άμεση και δωρεάν περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές*

## *12.9 Κάλυψη εξόδων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 219 (84,9%) δήλωσαν ότι επέλεξαν την ιδιωτική ασφάλιση για να έχουν κάλυψη εξόδων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ οι 39 (15,1%) ανέφεραν ότι δεν συμφωνούν. Συνολικά, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων συμφωνεί ότι με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται η κάλυψη των εξόδων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές όπου συνήθως το επιπρόσθετο ποσό που δεν καλύπτει η ασφάλεια του ΕΟΠΥΥ είναι ιδιαίτερα υψηλό.

**Κάλυψη εξόδων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 219 | 17,1 | 84,9 | 84,9 |
| | Όχι | 39 | 3,1 | 15,1 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.9: Κάλυψη εξόδων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές*

## *12.10 Κάλυψη εξόδων για χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 225 (87,2%) δήλωσαν ότι επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση καθώς με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζουν την συνολική κάλυψη των εξόδων για χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ οι 33 (12,8%) έχουν αντίθετη άποψη. Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων προβαίνει σε ιδιωτική ασφάλιση διότι ένα μεγάλο ποσοστό των εξόδων για χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές καθώς και οι αμοιβές των ιατρών δεν καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ και συνήθως ο ασθενής καλείτε να πληρώσει πολύ μεγάλα ποσά τα οποία να μην διαθέτει την στιγμή που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας και η κατάσταση του απαιτεί χειρουργεία και νοσηλεία.

**Κάλυψη εξόδων για χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 225 | 17,6 | 87,2 | 87,2 |
| | Όχι | 33 | 2,6 | 12,8 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.10: Κάλυψη εξόδων για χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές*

## *12.11 Λιγότερος χρόνος αναμονής για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 198 (76,7%) δήλωσαν ότι σύναψαν συμβόλαιο ιδιωτικής ασφάλειας διότι ο χρόνος αναμονής για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές είναι πολύ λιγότερος από ότι στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ οι 60 (23,3%) ανέφεραν το αντίθετο. Συνολικά, η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ο χρόνος αναμονής για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές είναι λιγότερος, με μόνο ένα μικρό ποσοστό να διαφωνεί.

**Λιγότερος χρόνος αναμονής για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 198 | 15,5 | 76,7 | 76,7 |
| | Όχι | 60 | 4,7 | 23,3 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.11: Λιγότερος χρόνος για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές*

## *12.12 Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας*

Από τους 258 που απάντησαν, οι 210 (81,4%) δήλωσαν ότι τόσο οι συνθήκες νοσηλείας όσο και η ποιότητα που προσφέρουν οι ιδιωτικές κλινικές για υπηρεσίες υγείας είναι πολύ καλύτερες από ότι στα δημόσια ιδρύματα με αποτέλεσμα να προβαίνουν σε ιδιωτική ασφάλιση για να καλύπτεται το κόστος τους όταν χρειάζονται, ενώ οι 48 (18,6%) έχουν αντίθετη άποψη.

**Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 210 | 16,4 | 81,4 | 81,4 |
| | Όχι | 48 | 3,8 | 18,6 | 100,0 |
| | Total | 258 | 20,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 1020 | 79,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.12.12: Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας*

*Β. Δαπάνες Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

### *1. Αντιμετωπίζετε κάποιο θέμα υγείας ώστε να χρειαστεί να απευθυνθείτε σε κάποιες Υπηρεσίες Υγείας;*

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα κλήθηκαν να απαντήσουν αν έχουν αντιμετωπίσει κάποιο θέμα υγείας ώστε να χρειάστηκε να απευθυνθούν σε κάποιες υπηρεσίες υγείας. Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις τους για την κάθε περίπτωση.

### *1.1 Επίσκεψη σε συμβεβλημένο ιατρό*

Από τους 1.278 ερωτηθέντες, το 53,3% (681 άτομα) δήλωσε ότι χρειάστηκε να επισκεφτεί συμβεβλημένο ιατρό, ενώ το 46,7% (597 άτομα) απάντησε αρνητικά. Αυτό δείχνει μια σχεδόν ίση κατανομή ανάμεσα σε αυτούς που χρειάστηκε να επισκεφθούν συμβεβλημένο ιατρό και σε εκείνους που δεν χρειάστηκε.

**Επίσκεψη σε συμβεβλημένο ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 681 | 53,3 | 53,3 | 53,3 |
| | Όχι | 597 | 46,7 | 46,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.1: Επίσκεψη σε συμβεβλημένο ιατρό*

### *1.2 Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, το 38,3% (489 άτομα) ανέφερε ότι επισκέφθηκε νοσοκομειακό ιατρό, ενώ το 61,7% (789 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να το κάνει. Αυτό υποδηλώνει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν χρειάστηκε να επισκεφθεί νοσοκομειακό ιατρό.

**Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 489 | 38,3 | 38,3 | 38,3 |
| | Όχι | 789 | 61,7 | 61,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.2: Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

## *1.3 Προληπτικές εξετάσεις*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, το 80,8% (1032 άτομα) ανέφερε ότι κάνει προληπτικές εξετάσεις, ενώ το 19,2% (246 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να κάνει. Αυτό υποδηλώνει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχουν θετική άποψη για την πρόληψη, όπου αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές παραμέτρους για την υγεία.

**Προληπτικές εξετάσεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 1032 | 80,8 | 80,8 | 80,8 |
| | Όχι | 246 | 19,2 | 19,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 7.13.3: Προληπτικές εξετάσεις*

## *1.4 Παρακλινικές εξετάσεις*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, το 57,3% (732 άτομα) ανέφερε ότι χρειάστηκε να κάνει παρακλινικές εξετάσεις, ενώ το 42,7% (546 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να κάνει. Αυτό υποδηλώνει ότι η πλειοψηφία χρειάστηκαν να κάνουν παρακλινικές εξετάσεις, αν και σημαντικό είναι και το ποσοστό όσων δεν τις χρειάστηκαν με γνώμονα την κατάσταση της υγείας τους.

**Παρακλινικές εξετάσεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 732 | 57,3 | 57,3 | 57,3 |
| | Όχι | 546 | 42,7 | 42,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.4: Παρακλινικές εξετάσεις*

## *1.5 Αναγραφή συνταγών*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, το 72,5% (927 άτομα) ανέφερε ότι χρειάστηκε την αναγραφή συνταγών, ενώ το 27,5% (351 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε.

**Αναγραφή συνταγών**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 927 | 72,5 | 72,5 | 72,5 |
| | Όχι | 351 | 27,5 | 27,5 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.5: Αναγραφή συνταγών*

## *1.6 Θεραπείες ειδικής αγωγής*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, μόνο το 14,1% (180 άτομα) ανέφερε ότι ακολούθησε πρόγραμμα θεραπείας ειδικής αγωγής, ενώ το 85,9% (1098 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε. Αυτό υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν χρειάστηκαν να προβούν σε θεραπείες ειδικής αγωγής.

**Θεραπείες ειδικής αγωγής**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 180 | 14,1 | 14,1 | 14,1 |
| | Όχι | 1098 | 85,9 | 85,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.6: Θεραπείες ειδικής αγωγής*

## *1.7 Παροχές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού – ορθοπεδικών ειδών*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, μόνο το 16,0% (204 άτομα) ανέφερε ότι προμηθεύτηκε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό ή ορθοπεδικά είδη, ενώ το 84,0% (1074 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε τέτοιου είδους παροχή.

**Παροχές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού – ορθοπεδικών ειδών**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 204 | 16,0 | 16,0 | 16,0 |
| | Όχι | 1074 | 84,0 | 84,0 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.7: Παροχές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού – ορθοπεδικών ειδών*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *1.8 Χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, το 22,1% (282 άτομα) ανέφερε ότι έκανε χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ το 77,9% (996 άτομα) δήλωσε ότι δεν έκανε κάποιο χειρουργείο. Αυτό υποδηλώνει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν χρειάστηκαν να κάνουν χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο.

**Χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 282 | 22,1 | 22,1 | 22,1 |
| | Όχι | 996 | 77,9 | 77,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.8: Χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο*

## *1.9 Χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, το 21,6% (276 άτομα) ανέφερε ότι έκανε χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική, ενώ το 78,4% (1002 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει χρειαστεί να κάνει κάτι τέτοιο. Αυτό υποδηλώνει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν χρειάστηκαν να κάνουν χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική.

**Χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 276 | 21,6 | 21,6 | 21,6 |
| | Όχι | 1002 | 78,4 | 78,4 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.9: Χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική*

## *1.10 Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού*

Μόλις το 4,0% (51 άτομα) δήλωσαν ότι χρειάστηκαν περίθαλψη σε κέντρα τεχνητού νεφρού και το υπόλοιπο 96,0% (1227 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε την υπηρεσία αυτή. Βλέπουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία δεν χρησιμοποιεί την περίθαλψη αυτή.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 51 | 4,0 | 4,0 | 4,0 |
| | Όχι | 1227 | 96,0 | 96,0 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.10: Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού*

## *1.11 Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, το 23,9% (306 άτομα) ανέφερε ότι νοσηλεύτηκε σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ το 76,1% (972 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να νοσηλευτεί. Αυτό υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δεν έχουν νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο.

**Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 306 | 23,9 | 23,9 | 23,9 |
| | Όχι | 972 | 76,1 | 76,1 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.11: Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο*

## *1.12 Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο*

Από τους 1.278 συμμετέχοντες, το 21,6% (276 άτομα) ανέφερε ότι νοσηλεύτηκε σε ιδιωτικό νοσοκομείο, ενώ το 78,4% (1002 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε κάτι τέτοιο. Αυτό υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δεν χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

**Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 276 | 21,6 | 21,6 | 21,6 |
| | Όχι | 1002 | 78,4 | 78,4 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.12: Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο*

UNIVERSITY of NICOSIA

### *1.13 Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης*

Μόλις το 4,2% (54 άτομα) δήλωσαν ότι χρειάστηκαν νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης και το υπόλοιπο 95,8% (1224 άτομα) δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε.

**Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 54 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| | Όχι | 1224 | 95,8 | 95,8 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.13.13: Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης*

*2. Πώς καλύπτονται οι **δαπάνες** υγείας σας για **Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας**; (Βαθμολογείστε: 1= Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, 2=Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή, 3=Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση, 4=Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ, 5=Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ)*

Ζητήσαμε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να μας αναφέρουν πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας τους για τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας. Οι επιλογές που δόθηκαν ήταν οι εξής: 1) Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, 2) Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσαν και οι ίδιοι κάποιο ποσό ως συμμετοχή, 3) Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησαν και την ιδιωτική τους ασφάλιση, 4) Πλήρωσαν από την τσέπη τους όλες τις δαπάνες χωρίς αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ, και 5) Δεν χρειάστηκε ή δεν γνωρίζουν/δεν απαντούν. Παρακάτω δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις που πήραμε.

### *2.1 Επίσκεψη σε ιατρό*

Το 35,4% δήλωσαν ότι πλήρωσαν όλες τις δαπάνες για επίσκεψη σε ιατρό από την τσέπη τους χωρίς αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου το 1/3 (32,4%) κάλυψε τις δαπάνες μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσε και ένα ποσό ως συμμετοχή. Ένα μικρότερο ποσοστό, το 1/10 (10,8%), κάλυψε μέρος των εξόδων της επίσκεψης με τον ΕΟΠΥΥ και την ιδιωτική τους ασφάλιση. Μόνο το 13,6% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι οι δαπάνες

καλύφθηκαν πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το 7,7% δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε ή δεν ξέρει/δεν απάντησε.

**Δαπάνες - Επίσκεψη σε ιατρό – Πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 174 | 13,6 | 13,6 | 13,6 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 414 | 32,4 | 32,4 | 46,0 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 138 | 10,8 | 10,8 | 56,8 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 453 | 35,4 | 35,4 | 92,3 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 99 | 7,7 | 7,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.14.1: Δαπάνες – Επίσκεψη σε ιατρό – Πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

## *2.2 Παρακλινικές εξετάσεις*

Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (58,5%) κάλυψαν τις δαπάνες των παρακλινικών εξετάσεων τους μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσαν ένα ποσό ως συμμετοχή. Περίπου το 1/10 (13,8%) χρησιμοποίησε τόσο τον ΕΟΠΥΥ όσο και την ιδιωτική του ασφάλιση, ενώ μόνο το 10,3% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι οι δαπάνες καλύφθηκαν πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου το 8,2%, πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του, και το 9,2% ανέφερε ότι δεν χρειάστηκε ή δεν γνώριζε/δεν απάντησε.

**Δαπάνες - Παρακλινικές εξετάσεις πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 132 | 10,3 | 10,3 | 10,3 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 747 | 58,5 | 58,5 | 68,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 177 | 13,8 | 13,8 | 82,6 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 105 | 8,2 | 8,2 | 90,8 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 117 | 9,2 | 9,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.14.2: Δαπάνες – Παρακλινικές εξετάσεις πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

## *2.3 Συνταγογράφηση φαρμάκων*

Σχεδόν τα 3/5 των ερωτηθέντων (59,9%) κάλυψαν τις δαπάνες της συνταγογράφησης των φαρμάκων μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσαν κάποιο ποσό ως συμμετοχή. Περίπου το 1/6 (16,9%) δήλωσε ότι οι δαπάνες καλύφθηκαν πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το 12,2% χρησιμοποίησε τόσο τον ΕΟΠΥΥ όσο και την ιδιωτική του ασφάλιση. Ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου το 6,1%, πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του, και το 4,9% ανέφερε ότι δεν χρειάστηκε ή δεν γνώριζε/δεν απάντησε.

**Δαπάνες - Συνταγογράφηση φαρμάκων πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 216 | 16,9 | 16,9 | 16,9 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 765 | 59,9 | 59,9 | 76,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 156 | 12,2 | 12,2 | 89,0 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 78 | 6,1 | 6,1 | 95,1 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 63 | 4,9 | 4,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.14.3: Δαπάνες – Συνταγογράφηση φαρμάκων πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

## *2.4 Δαπάνες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού*

Από τους 1278 ερωτώμενους που απάντησαν, περίπου το 1/4 (25,8%) κάλυψε τις δαπάνες του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που χρειάστηκε μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και

πλήρωσε και ένα ποσό ως συμμετοχή. Ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου το 1/10 (9,6%), χρησιμοποίησε τόσο τον ΕΟΠΥΥ όσο και την ιδιωτική του ασφάλιση, ενώ μόνο το 8% δήλωσε ότι οι δαπάνες καλύφθηκαν πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Το 6,3% πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 50,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να καλύψει τέτοιες δαπάνες ή δεν γνώριζε/δεν απάντησε, το οποίο συνδυάζεται και με τις προηγούμενες απαντήσεις των ερωτηθέντων όπου οι περισσότεροι είχαν δηλώσει ότι δεν χρειάστηκαν τέτοιου είδους εξοπλισμό.

**Δαπάνες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 102 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 330 | 25,8 | 25,8 | 33,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 123 | 9,6 | 9,6 | 43,4 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 81 | 6,3 | 6,3 | 49,8 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 642 | 50,2 | 50,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.14.4: Δαπάνες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

## *2.5 Δαπάνες ειδικών θεραπειών- φυσιοθεραπείες- λογοθεραπείες- εργοθεραπείες- ψυχοθεραπείες πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

Ο πίνακας αναλύει τις δαπάνες για ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες και ψυχοθεραπείες, σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων (31,7%) κάλυψε τις δαπάνες μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσε ένα ποσό ως συμμετοχή. Το 9,2% των συμμετεχόντων χρησιμοποίησε τόσο τον ΕΟΠΥΥ όσο και την ιδιωτική του ασφάλιση, ενώ το 8,5% ανέφερε ότι οι δαπάνες καλύφθηκαν πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα μικρότερο ποσοστό, το 5,4%, πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του. Σημαντικό είναι ότι το 45,3% δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να καλύψει τέτοιες δαπάνες ή δεν γνώριζε/δεν απάντησε, το οποίο συνδυάζεται και με τις προηγούμενες απαντήσεις των ερωτηθέντων όπου οι περισσότεροι είχαν δηλώσει ότι δεν χρειάστηκαν τέτοιου είδους εξοπλισμό.

**Δαπάνες ειδικών θεραπειών- φυσιοθεραπείες- λογοθεραπείες- εργοθεραπείες- ψυχοθεραπείες πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 108 | 8,5 | 8,5 | 8,5 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 405 | 31,7 | 31,7 | 40,1 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 117 | 9,2 | 9,2 | 49,3 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 69 | 5,4 | 5,4 | 54,7 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 579 | 45,3 | 45,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.14.5: Δαπάνες ειδικών θεραπειών – φυσιοθεραπείες – λογοθεραπείες -εργοθεραπείες – ψυχοθεραπείες πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

## *2.6 Δαπάνες υγειονομικού υλικού*

Ο πίνακας παρουσιάζει τις δαπάνες για υγειονομικό υλικό σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Το 1/4 των ερωτηθέντων (26,8%) κάλυψε τις δαπάνες μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσε κάποιο ποσό ως συμμετοχή. Το 10,8% χρησιμοποίησε τόσο τον ΕΟΠΥΥ όσο και την ιδιωτική του ασφάλιση, ενώ το 8,9% ανέφερε ότι οι δαπάνες καλύφθηκαν πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου το 5,9%, πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του. Σημαντικό είναι ότι το 47,7% των ερωτηθέντων το οποίο δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να καλύψει τέτοιες δαπάνες ή δεν γνώριζε/δεν απάντησε, το οποίο εξηγείται και από τις προηγούμενες απαντήσεις των συμμετεχόντων όπου οι περισσότεροι δήλωσαν ότι δεν χρειάστηκαν κάποιο υγειονομικό υλικό.

**Δαπάνες υγειονομικού υλικού πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 114 | 8,9 | 8,9 | 8,9 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 342 | 26,8 | 26,8 | 35,7 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 138 | 10,8 | 10,8 | 46,5 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 75 | 5,9 | 5,9 | 52,3 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 609 | 47,7 | 47,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.14.6: Δαπάνες υγειονομικού υλικού πρωτοβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

*3. Πόσο είναι περίπου το ετήσιο ποσό που δαπανάτε για Υπηρεσίες **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**;*

Ο πίνακας παρουσιάζει τα ποσά τα οποία δαπάνησαν οι ασφαλισμένοι για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων (35,0%) ξόδεψε μεταξύ 101- 300 ευρώ, ενώ το 21,4% ξόδεψε μικρότερα ποσά, έως 100 ευρώ. Ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου το 17,4%, ανέφερε δαπάνες μεταξύ 301 - 500 ευρώ, και το 13,1% ξόδεψε πάνω από 500 ευρώ. Το ίδιο ποσοστό, 13,1%, δήλωσε ότι δεν θυμάται το ποσό που ξόδεψε.

**Ποσό δαπάνης για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 0 - 100 ευρώ | 273 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| | 101 - 300 ευρώ | 447 | 35,0 | 35,0 | 56,3 |
| | 301 - 500 ευρώ | 222 | 17,4 | 17,4 | 73,7 |
| | Πάνω από 500 ευρώ | 168 | 13,1 | 13,1 | 86,9 |
| | Δεν θυμάμαι | 168 | 13,1 | 13,1 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.15: Ποσό δαπάνης για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*

*4. Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; Δώστε μία σύντομη απάντηση (Ναι διότι...../ Όχι διότι.....)*

Από τους 1278 που απάντησαν-οι 147 απαντήσεις δεν είναι αξιολογήσιμες συνεπώς το 100% αντιστοιχεί σε 1131 απαντήσεις ερωτώμενων.

Το 50,7% αντιστοιχεί σε 573 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ξοδεύουν ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Το 43,0% αντιστοιχεί σε 486 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ξοδεύουν ετήσια λιγότερο για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Το 6,3% αντιστοιχεί σε 72 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ξοδεύουν ετήσια το ίδιο για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Σχετικά με τις απαντήσεις των πολιτών και υπαλλήλων του Οργανισμού ότι ξοδεύουν περισσότερο ετήσια για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ –το δικαιολογούν ως εξής:

- Οι συμβεβλημένοι ιατροί είναι πολύ λίγοι σε σχέση με πριν και όχι σε όλες τις ειδικότητες- επιπρόσθετα ακόμη και αυτοί που είναι συμβεβλημένοι αποζημιώνονται από το ΕΟΠΥΥ με 10ευρώ την επίσκεψη- ποσό που δεν επαρκεί και όλοι οι ιατροί ζητάνε επιπλέον χρήματα τόσο για την εξέταση όσο και για την συνταγογράφηση.
- Λόγω του ότι οι ιατροί που πήγαιναν πριν- και ήταν συμβεβλημένοι με τα διάφορα ταμεία ειδικά με τα «ευγενή ταμεία» τον ΟΠΑΔ, ΤΑΠ-ΟΤΕ- ΤΕΒΕ κ.α. δεν έχουν προβεί σε σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ εξαιτίας των χαμηλών τιμών αποζημίωσης με αποτέλεσμα οι πολίτες να συνεχίζουν να πηγαίνουν στους ιατρούς τους αλλά πλέον πληρώνουν από μόνοι τους.
- Οι συμμετοχές τόσο για προληπτικές εξετάσεις – όσο γενικότερα και για διάφορες παρακλινικές εξετάσεις έχουν αυξηθεί
- Η αναμονή στα δημόσια νοσοκομεία όλο και αυξάνεται με αποτέλεσμα οι πολίτες να επισκέπτονται ιδιώτες ιατρούς και να τους πληρώνουν κατ' ιδίαν χωρίς να μπορούν να διεκδικήσουν χρήματα από τον ΕΟΠΥΥ.

Σχετικά με τις απαντήσεις των πολιτών και υπαλλήλων του Οργανισμού ότι ξοδεύουν λιγότερο ετήσια για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ –το δικαιολογούν ως εξής:

- Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια και σοβαρά νοσήματα όπως καρδιοπάθεια, αιμοκαθαρόμενοι, διαβητικοί, καρκινοπαθείς υποστηρίζουν ότι όλη τους η

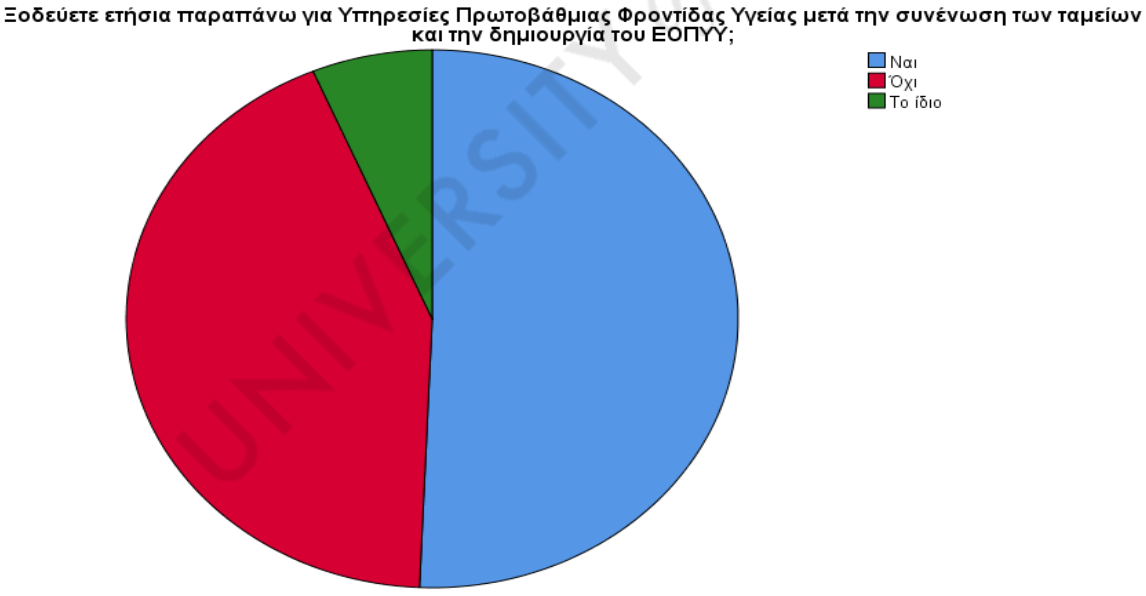
νοσηλεία- οι εξετάσεις- τα φάρμακα τους καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ- γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό.

- Ένα μεγάλο ποσοστό πολιτών υποστηρίζει ότι δεν αυξήθηκαν τα έξοδα τους για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες υγείας διότι δεν χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν Υπηρεσίες Υγείας και κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν το ίδιο διότι και τώρα και πριν είχαν ιδιωτική ασφάλεια- οπότε δεν τους απασχολεί το κόστος για Υπηρεσίες Υγείας.

**Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 573 | 44,8 | 50,7 | 50,7 |
| | Όχι | 486 | 38,0 | 43,0 | 93,6 |
| | Το ίδιο | 72 | 5,6 | 6,4 | 100,0 |
| | Total | 1131 | 88,5 | 100,0 | |
| Missing | System | 147 | 11,5 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.16: Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*




*Διάγραμμα 8.1: Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*

UNIVERSITY of NICOSIA

*5. Πώς καλύπτονται οι **δαπάνες** υγείας σας για **Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας**;(Βαθμολογείστε: 1= Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, 2=Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή, 3=Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση, 4=Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ, 5=Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ)*

Ζητήσαμε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να μας ενημερώσουν για το πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας τους για τις Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας. Οι διαθέσιμες επιλογές ήταν: 1) Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, 2) Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσαν και οι ίδιοι κάποιο ποσό ως συμμετοχή, 3) Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησαν και την ιδιωτική τους ασφάλιση, 4) Πλήρωσαν από την τσέπη τους όλες τις δαπάνες χωρίς αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ, και 5) Δεν χρειάστηκε ή δεν γνωρίζουν/δεν απαντούν. Παρακάτω φαίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις τους.

### *5.1 Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

Το 40,8% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι η δαπάνη για επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό καλύφθηκε πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου το 17,8%, πλήρωσε κάποιο ποσό ως συμμετοχή, καλύπτοντας τις δαπάνες μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το 8,2% χρησιμοποίησε τόσο τον ΕΟΠΥΥ όσο και την ιδιωτική του ασφάλιση. Το 5,9% πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του. Σημαντικό είναι ότι το 27,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να καλύψει τέτοιες δαπάνες ή δεν γνώριζε/δεν απάντησε.

**Δαπάνες - Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 522 | 40,8 | 40,8 | 40,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 228 | 17,8 | 17,8 | 58,7 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 105 | 8,2 | 8,2 | 66,9 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 75 | 5,9 | 5,9 | 72,8 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 348 | 27,2 | 27,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.17.1: Δαπάνες – Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

## *5.2 Παρακλινικές εξετάσεις*

Περισσότεροι από τους μισούς (περίπου το 51,1%) των ερωτηθέντων καλύπτουν τις παρακλινικές τους εξετάσεις σε δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας-τουλάχιστον εν μέρει από τον ΕΟΠΥΥ, είτε πληρώνοντας κάποιο ποσό ως συμμετοχή είτε χρησιμοποιώντας και την ιδιωτική τους ασφάλιση. Συγκεκριμένα, το 40,1% πληρώνει κάποιο ποσό συμμετοχής εκτός από την κάλυψη του ΕΟΠΥΥ, ενώ το 11% χρησιμοποιεί και την ιδιωτική ασφάλιση για πρόσθετη κάλυψη. Το 18,8% δήλωσε ότι καλύπτει τις δαπάνες αυτές πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, με αποτέλεσμα να βλέπουμε ότι το 70,0% των συμμετεχόντων χρησιμοποίησε κάλυψη δαπανών από τον ΕΟΠΥΥ για τις παρακλινικές τους εξετάσεις. Ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου το 5,2%, αναφέρει ότι πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του χωρίς να αποζημιωθεί από τον ΕΟΠΥΥ. Τέλος, περίπου το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων (24,9%) δήλωσε ότι είτε δεν χρειάστηκε να πραγματοποιήσει παρακλινικές εξετάσεις είτε δεν γνωρίζει/δεν απαντά σχετικά.

**Δαπάνες - Παρακλινικές εξετάσεις δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 240 | 18,8 | 18,8 | 18,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 513 | 40,1 | 40,1 | 58,9 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 141 | 11,0 | 11,0 | 70,0 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 66 | 5,2 | 5,2 | 75,1 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 318 | 24,9 | 24,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.17.2: Δαπάνες – Παρακλινικές εξετάσεις δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

## *5.3 Συνταγογράφηση φαρμάκων*

Λιγότεροι από τους μισούς (συγκεκριμένα το 46,2%) των ερωτηθέντων καλύπτουν τη συνταγογράφηση των φαρμάκων τους από ιατρούς σε δευτεροβάθμιες μονάδες υγείας-δημόσιες ή ιδιωτικές-μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πληρώνουν επιπλέον κάποιο ποσό συμμετοχής. Ένα μικρότερο ποσοστό, περίπου το 11,3%, χρησιμοποιεί την ιδιωτική του ασφάλιση σε συνδυασμό με τη μερική κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου το 21,6% των ατόμων καλύπτεται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ για τα φάρμακά τους, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό, περίπου το 3,3%, αναφέρει ότι πλήρωσε από την τσέπη του όλες τις δαπάνες χωρίς να αποζημιωθεί. Τέλος, περίπου το 17,6% των ερωτηθέντων είτε δεν χρειάστηκε να συνταγογραφήσει φάρμακα είτε δεν γνωρίζει ή δεν απαντά σχετικά.

**Δαπάνες - Συνταγογράφηση φαρμάκων δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 276 | 21,6 | 21,6 | 21,6 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 591 | 46,2 | 46,2 | 67,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 144 | 11,3 | 11,3 | 79,1 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 42 | 3,3 | 3,3 | 82,4 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 225 | 17,6 | 17,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.17.3: Δαπάνες – Συνταγογράφηση φαρμάκων δευτεροβάθμιας υπηρεσίας υγείας*

## *5.4 Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική*

Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (συγκεκριμένα το 51,2%) δήλωσαν ότι δεν χρειάστηκε να πραγματοποιήσουν χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική ή δεν γνωρίζουν/δεν απαντούν. Από εκείνους που είχαν έξοδα χειρουργείου, μόνο το 4,2% καλύφθηκε πλήρως

από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το 16,7% καλύφθηκε μερικώς και πλήρωσε επίσης κάποιο ποσό ως συμμετοχή. Ένα επιπλέον 15% χρησιμοποίησε την ιδιωτική του ασφάλιση σε συνδυασμό με τη μερική κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου το 12,9% πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του χωρίς καμία αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ.

**Δαπάνες - Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 54 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 213 | 16,7 | 16,7 | 20,9 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 192 | 15,0 | 15,0 | 35,9 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 165 | 12,9 | 12,9 | 48,8 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 654 | 51,2 | 51,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.17.4: Δαπάνες – Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική*

## *5.5 Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική*

Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες (53,8%) δήλωσαν ότι δεν χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε ιδιωτική κλινική ή δεν γνωρίζουν/δεν απαντούν. Από εκείνους που είχαν έξοδα νοσηλείας, μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό, περίπου 2,6%, καλύφθηκε πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Το 15,3% των ατόμων κάλυψε τα έξοδα μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ, πληρώνοντας επίσης κάποιο ποσό ως συμμετοχή, ενώ ένα παρόμοιο ποσοστό (15,5%) χρησιμοποίησε την ιδιωτική του ασφάλιση σε συνδυασμό με τη μερική κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, το 12,9% πλήρωσε όλα τα έξοδα νοσηλείας από την τσέπη του χωρίς να αποζημιωθεί από τον ΕΟΠΥΥ.

**Δαπάνες - Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 33 | 2,6 | 2,6 | 2,6 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 195 | 15,3 | 15,3 | 17,8 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 198 | 15,5 | 15,5 | 33,3 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 165 | 12,9 | 12,9 | 46,2 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 687 | 53,8 | 53,8 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.17.5: Δαπάνες – Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική*

## *5.6 Μονάδα τεχνητού νεφρού*

Η μεγάλη πλειοψηφία των ερωτηθέντων, περίπου το 80%, δήλωσε ότι δεν έχει χρειαστεί να χρησιμοποιήσει μονάδα τεχνητού νεφρού ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά σχετικά. Από τους υπόλοιπους, μόνο το 4% ανέφερε ότι καλύφθηκε πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Το 5,9% κάλυψε τα έξοδα μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ πληρώνοντας επιπλέον κάποιο ποσό συμμετοχής, ενώ το 6,6% χρησιμοποίησε την ιδιωτική του ασφάλιση σε συνδυασμό με τη μερική κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα μικρό ποσοστό, περίπου 3,5%, πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του χωρίς να αποζημιωθεί από τον ΕΟΠΥΥ.

**Δαπάνες - Μονάδα τεχνητού νεφρού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 51 | 4,0 | 4,0 | 4,0 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 75 | 5,9 | 5,9 | 9,9 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 84 | 6,6 | 6,6 | 16,4 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 45 | 3,5 | 3,5 | 20,0 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 1023 | 80,0 | 80,0 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.17.6: Δαπάνες – Μονάδα τεχνητού νεφρού*

## *5.7 Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης*

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων, περίπου το 79,6%, δήλωσε ότι δεν χρειάστηκε να νοσηλευτεί σε κέντρο αποκατάστασης ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Από εκείνους που είχαν δαπάνες νοσηλείας, μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό, περίπου 2,1%, καλύφθηκε πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Το 7% των ερωτηθέντων κάλυψε τα έξοδα μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσε επιπλέον κάποιο ποσό συμμετοχής, ενώ ένα άλλο 7% χρησιμοποίησε και την ιδιωτική του ασφάλιση για πρόσθετη κάλυψη. Περίπου το 4,2% πλήρωσε όλες τις δαπάνες από την τσέπη του χωρίς να λάβει αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ.

**Δαπάνες - Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 27 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή | 90 | 7,0 | 7,0 | 9,2 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση | 90 | 7,0 | 7,0 | 16,2 |
| | Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ | 54 | 4,2 | 4,2 | 20,4 |
| | Δεν έχει χρειαστεί ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 1017 | 79,6 | 79,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.17.7: Δαπάνες – Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης*

## *6. Πόσο είναι περίπου το ετήσιο ποσό που δαπανάτε για Υπηρεσίες **Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας**;*

Περισσότεροι από τους δύο στους πέντε (41,1%) ξόδεψαν ένα ποσό μεταξύ 0 - 200 ευρώ για τη παροχή δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Ένα σημαντικό ποσοστό, περίπου το 16,9%, ανέφερε δαπάνες που κυμαίνονται από 201 έως 500 ευρώ, ενώ το 8,9% των ερωτηθέντων ξόδεψε μεταξύ 501 και 1000 ευρώ. Μόνο το 5,2% των ατόμων ανέφερε ότι ξόδεψε πάνω από 1000 ευρώ για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέλος, περίπου το 27,9% των ερωτηθέντων δεν θυμάται το ακριβές ποσό που ξόδεψε.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Ποσό δαπάνης για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 0 - 200 ευρώ | 525 | 41,1 | 41,1 | 41,1 |
| | 201 - 500 ευρώ | 216 | 16,9 | 16,9 | 58,0 |
| | 501 - 1000 ευρώ | 114 | 8,9 | 8,9 | 66,9 |
| | Πάνω από 1000 ευρώ | 66 | 5,2 | 5,2 | 72,1 |
| | Δεν θυμάμαι | 357 | 27,9 | 27,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.18: Ποσό δαπάνης για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

*7. Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες **Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας** μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; Δώστε μία σύντομη απάντηση. (Ναι διότι...../ Όχι διότι.....)*

Από τους 1278 συμμετέχοντες-οι 249 απαντήσεις δεν είναι αξιολογήσιμες συνεπώς, το 100% αντιστοιχεί σε 1029 απαντήσεις ερωτώμενων.

Το 38,5% αντιστοιχεί σε 396 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ξοδεύουν ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Το 58,0% αντιστοιχεί σε 597 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ξοδεύουν ετήσια λιγότερο για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Το 3,5% αντιστοιχεί σε 36 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ξοδεύουν ετήσια το ίδιο για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Σχετικά με τις απαντήσεις των πολιτών και υπαλλήλων του Οργανισμού ότι ξοδεύουν περισσότερο ετήσια για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ –το δικαιολογούν ως εξής:

- Τα δημόσια νοσοκομεία δεν είναι σωστά στελεχωμένα με ιατρικό προσωπικό και οι αναμονές ειδικά των χειρουργείων είναι τεράστιες –οπότε αναγκάζονται να απευθυνθούν σε ιδιώτες ιατρούς που συνεργάζονται με ιδιωτικές κλινικές- όπου είναι όλες σχεδόν συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ και υποτίθεται ότι πληρώνονται από τον ενιαίο ασφαλιστικό οργανισμό αλλά τα ποσά που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ δεν

επαρκούν- την διαφορά μεταξύ του ποσού που καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ και του ποσού που ζητάει η κλινική για ένα χειρουργείο ή νοσηλεία - όπου δυστυχώς είναι σχεδόν πάντα μεγάλη πληρώνεται ιδιωτικά από τον ασθενή- πολίτη. Επιπρόσθετα ο ΕΟΠΥΥ δεν καλύπτει τον ιατρό σε περίπτωση χειρουργείου σε ιδιωτική κλινική με επιπλέον ποσό διότι η αμοιβή του συμπεριλαμβάνεται στο ΚΕΝ (κωδικός που δηλώνεται από τον ιατρό ανάλογα με την ιατρική πράξη και την πάθηση του ασθενή κατά την εισαγωγή του στην ιδιωτική κλινική και αποστέλλεται ηλεκτρονικά στο ΕΟΠΥΥ) ποσό που ποτέ δεν επαρκεί ως αμοιβή ιατρού ή κλινικής.

- Επίσης όλοι οι ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ έχουν συμμετοχή 30% στην τιμή του ΕΟΠΥΥ που καλύπτει τις κλινικές και νοσηλεία σε τετράκλινο δωμάτιο. Οι κλινικές συνήθως δεν διαθέτουν τετράκλινα δωμάτια και νοσηλεύει τους ασθενείς σε δίκλινα ή τρίκλινα δωμάτια και την διαφορά θέσης - επιβαρύνεται πάντα ο ασθενής.

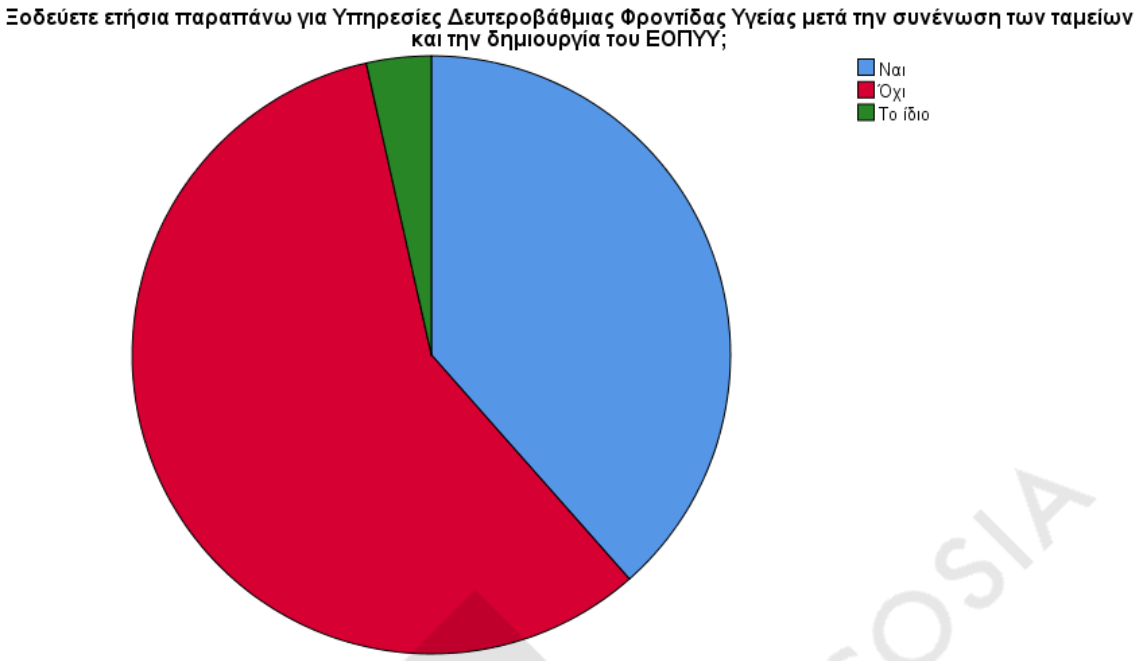
Σχετικά με τις απαντήσεις των πολιτών και υπαλλήλων του Οργανισμού ότι ξοδεύουν λιγότερο ετήσια για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ –το δικαιολογούν ως εξής:

- Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια και σοβαρά νοσήματα όπως καρδιοπάθεια, αιμοκαθαρόμενοι, διαβητικοί, καρκινοπαθείς υποστηρίζουν ότι όλη τους η νοσηλεία- και οτιδήποτε άλλο χρειασθούν- εξυπηρετούνται πλήρως και με προτεραιότητα από τα δημόσια νοσοκομεία και είναι πάρα πολύ ευχαριστημένοι- γεγονός που είναι ιδιαίτερα σημαντικό.
- Ένα μεγάλο ποσοστό πολιτών υποστηρίζει ότι δεν αυξήθηκαν τα έξοδα του για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες υγείας διότι δεν χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν- και κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν το ίδιο διότι και τώρα και πριν είχαν ιδιωτική ασφάλεια- οπότε δεν τους απασχολεί το κόστος σε περίπτωση νοσηλείας τους ή οποιουδήποτε χειρουργείου.

**Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 396 | 31,0 | 38,5 | 38,5 |
| | Όχι | 597 | 46,7 | 58,0 | 96,5 |
| | Το ίδιο | 36 | 2,8 | 3,5 | 100,0 |
| | Total | 1029 | 80,5 | 100,0 | |
| Missing | System | 249 | 19,5 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.19: Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*




*Διάγραμμα 8.2: Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*

---

*8. Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες (ασφαλισμένοι), σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τις **δαπάνες** για **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** από τον ΕΟΠΥΥ;*

---

Η πλειοψηφία, σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (49,5%), δήλωσαν ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα σημαντικό ποσοστό, περίπου 23,7%, είναι λίγο ικανοποιημένοι, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό, 9,2%, δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο. Από την άλλη πλευρά, μόνο το 3,8% ανέφερε ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο και το 13,8% ότι είναι πολύ ικανοποιημένο από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

**Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 48 | 3,8 | 3,8 | 3,8 |
| | Πολύ | 177 | 13,8 | 13,8 | 17,6 |
| | Μέτρια | 633 | 49,5 | 49,5 | 67,1 |
| | Λίγο | 303 | 23,7 | 23,7 | 90,8 |
| | Καθόλου | 117 | 9,2 | 9,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.20: Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*

*Γράφημα 8.1: Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*

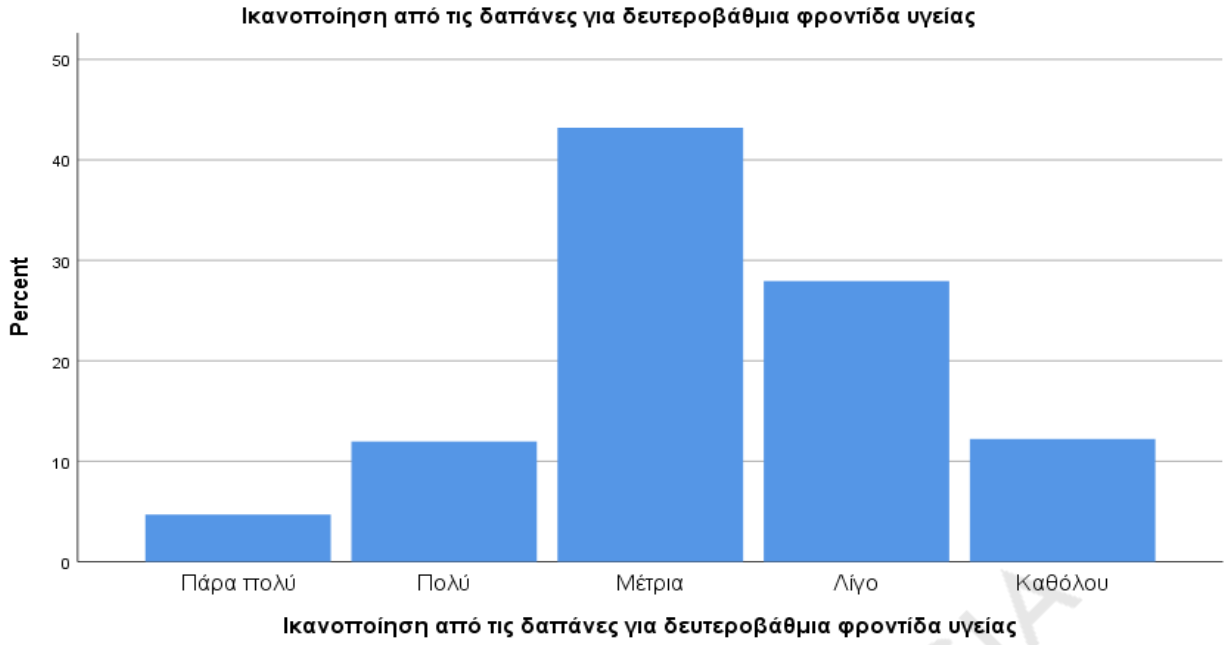
*9. Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες (ασφαλισμένοι), σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τις **δαπάνες** για **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας** από τον ΕΟΠΥΥ;*

Περίπου το 43,2% των ερωτηθέντων δηλώνει μέτρια ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας από τον ΕΟΠΥΥ, αποτελώντας την πλειοψηφία. Ένα σημαντικό ποσοστό, 27,9%, δηλώνει ότι είναι λίγο ικανοποιημένο, ενώ το 12,2% αναφέρει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο. Μικρότερα ποσοστά δηλώνουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, με το 12,0% των ερωτηθέντων να αναφέρουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι και μόνο το 4,7% να είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι με τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

**Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 60 | 4,7 | 4,7 | 4,7 |
| | Πολύ | 153 | 12,0 | 12,0 | 16,7 |
| | Μέτρια | 552 | 43,2 | 43,2 | 59,9 |
| | Λίγο | 357 | 27,9 | 27,9 | 87,8 |
| | Καθόλου | 156 | 12,2 | 12,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.21: Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*




*Γράφημα 8.2: Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

*10. Είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 όσο αφορά την **Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας**;*

Ζητήσαμε από αυτούς που απάντησαν στην έρευνα να μας εκφράσουν την ικανοποίησή τους σχετικά με τις δαπάνες υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012, όσον αφορά την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το επίπεδο ικανοποίησής τους με βάση την εμπειρία τους με τις υπηρεσίες και τις δαπάνες που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια φροντίδα υπό το νέο σύστημα του ΕΟΠΥΥ. Παρακάτω δίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις τους.

### *10.1 Ιατρική Επίσκεψη*

Μόνο το 33,8% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο από την δαπάνη για ιατρικές επισκέψεις στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ η πλειοψηφία αυτών, δηλαδή το 66,2%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι περισσότερα από τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων δεν αισθάνονται ικανοποιημένοι με το μέγεθος της δαπάνης που διαθέτει ο ΕΟΠΥΥ για ιατρικές επισκέψεις σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Ικανοποίηση - Ιατρική Επίσκεψη - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 432 | 33,8 | 33,8 | 33,8 |
| | Όχι | 846 | 66,2 | 66,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.22.1: Ικανοποίηση – Ιατρική επίσκεψη -Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*

## *10.2 Διαγνωστικές –Παρακλινικές εξετάσεις*

Ο πίνακας παρουσιάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων, σχετικά με την δαπάνη για διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η ικανοποίηση είναι σχεδόν μοιρασμένη, με το 50,5% των ερωτηθέντων να δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο, ενώ το 49,5% δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένο.

**Ικανοποίηση - Διαγνωστικές –Παρακλινικές εξετάσεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 645 | 50,5 | 50,5 | 50,5 |
| | Όχι | 633 | 49,5 | 49,5 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.22.2: Ικανοποίηση – Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις*

## *10.3 Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού*

Ο πίνακας παρουσιάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων για την δαπάνη σχετικά με τις παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Μόνο το 28,6% των ερωτηθέντων δηλώνει ικανοποιημένο από αυτές τις παροχές, ενώ η πλειοψηφία αυτών, δηλαδή το 71,4%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτό δείχνει ότι περισσότεροι από τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων δεν είναι ευχαριστημένοι από την δαπάνη του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που παρέχεται από τον ΕΟΠΥΥ.

**Ικανοποίηση - Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 366 | 28,6 | 28,6 | 28,6 |
| | Όχι | 912 | 71,4 | 71,4 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.22.3: Ικανοποίηση – Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού – Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*

## *10.4 Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες*

Ο πίνακας παρουσιάζει την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από παροχές για ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες και ψυχοθεραπείες, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τον ΕΟΠΥΥ. Λιγότεροι από τους μισούς, συγκεκριμένα το 37,3% των ερωτηθέντων, δηλώνουν ότι είναι ικανοποιημένοι με αυτές τις παροχές. Αντίθετα, η πλειοψηφία, δηλαδή το 62,7%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι περίπου δύο στους τρεις ερωτηθέντες δεν αισθάνονται ότι οι ειδικές θεραπείες που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ ικανοποιούν τις ανάγκες ή τις προσδοκίες τους.

**Ικανοποίηση - Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 477 | 37,3 | 37,3 | 37,3 |
| | Όχι | 801 | 62,7 | 62,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.22.4: Ικανοποίηση – Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες – Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*

## *10.5 Παροχή φαρμάκων*

Παρακάτω φαίνεται η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τη δαπάνη για παροχή φαρμάκων από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου το 57,7% δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο με την παροχή φαρμάκων, ενώ το 42,3% δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένο. Αυτό υποδηλώνει ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες θεωρούν την παροχή φαρμάκων ικανοποιητική, αλλά υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό που αισθάνεται ότι οι ανάγκες του δεν καλύπτονται πλήρως, το οποίο όλο και θα αυξάνεται με την πάροδο των ετών- διότι το ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου όλο και αυξάνεται- όλο και περισσότερα φάρμακα δεν χορηγούνται πλέον μέσω ταμείου- και οι τιμές των φαρμάκων όλο και αυξάνονται με αποτέλεσμα η διαφορά τιμής μεταξύ γενόσημου και αρχικού φαρμάκου να είναι μεγάλη και την διαφορά αυτή πρέπει να καλύψει ο ασφαλισμένος- συνεπώς απαιτείτε αλλαγή στο

πλαφόν του ΕΟΠΥΥ και αύξηση αυτού ώστε να μειωθεί η δαπάνη με την οποία επιβαρύνεται ο ασφαλισμένος- ασθενής.

**Ικανοποίηση - Παροχή φαρμάκων - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 738 | 57,7 | 57,7 | 57,7 |
| | Όχι | 540 | 42,3 | 42,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.22.5: Ικανοποίηση – Παροχή φαρμάκων – Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*

## *10.6 Παροχή Υγειονομικού Υλικού*

Μόλις το 32,6% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο με την δαπάνη του υγειονομικού υλικού, ενώ η πλειοψηφία, δηλαδή το 67,4%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι σχεδόν δύο στους τρεις ερωτηθέντες δεν θεωρούν την παροχή υγειονομικού υλικού ικανοποιητική.

**Ικανοποίηση - Παροχή Υγειονομικού Υλικού - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 417 | 32,6 | 32,6 | 32,6 |
| | Όχι | 861 | 67,4 | 67,4 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.22.6: Ικανοποίηση – Παροχή Υγειονομικού Υλικού – Πρωτοβάθμια φροντίδα*

## *11. Είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 όσο αφορά την **Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας**;*

Ζητήσαμε από αυτούς που απάντησαν στην έρευνα να μας εκφράσουν την ικανοποίησή τους σχετικά με τις δαπάνες υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012, όσον αφορά τη Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας. Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν το επίπεδο ικανοποίησής τους με βάση την εμπειρία τους με τις υπηρεσίες και τις δαπάνες που σχετίζονται με τη δευτεροβάθμια φροντίδα υπό το νέο σύστημα του ΕΟΠΥΥ. Δίνονται παρακάτω οι απαντήσεις που πήραμε.

## *11.1 Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

Περίπου το 35,9% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο από τις επισκέψεις σε νοσοκομειακό ιατρό, ενώ η πλειοψηφία, δηλαδή το 64,1%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι σχεδόν δύο στους τρεις ερωτηθέντες δεν αισθάνονται ικανοποιημένοι με την εμπειρία τους από τις επισκέψεις σε νοσοκομειακούς ιατρούς, υποδεικνύοντας πιθανές ανεπάρκειες στην παροχή και στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών όσον αφορά την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

**Ικανοποίηση - Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό - Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 459 | 35,9 | 35,9 | 35,9 |
| | Όχι | 819 | 64,1 | 64,1 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.23.1: Ικανοποίηση – Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

## *11.2 Διαγνωστικές εξετάσεις*

Ο πίνακας παρουσιάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις διαγνωστικές εξετάσεις στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Περίπου το 45,1% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο από τις διαγνωστικές εξετάσεις που έχει πραγματοποιήσει, ενώ το 54,9% δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένο. Αυτό σημαίνει ότι λίγο περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες εκφράζουν δυσαρέσκεια με τις διαγνωστικές υπηρεσίες στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ λιγότεροι από τους μισούς αισθάνονται ότι οι ανάγκες τους καλύπτονται επαρκώς.

**Ικανοποίηση - Διαγνωστικές εξετάσεις - Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 576 | 45,1 | 45,1 | 45,1 |
| | Όχι | 702 | 54,9 | 54,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.23.2: Ικανοποίηση – Διαγνωστικές εξετάσεις – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *11.3 Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο*

Μόνο το 34,0% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο από τη νοσηλεία του σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ η πλειοψηφία, δηλαδή το 66,0%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα στοιχεία δείχνουν ότι περίπου δύο στους τρεις ερωτηθέντες δεν αισθάνονται ικανοποιημένοι με την εμπειρία τους κατά τη νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο, υποδεικνύοντας πιθανές ανεπάρκειες ή προβλήματα στην ποιότητα των υπηρεσιών και της φροντίδας που παρέχονται στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

**Ικανοποίηση - Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο - Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 435 | 34,0 | 34,0 | 34,0 |
| | Όχι | 843 | 66,0 | 66,0 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.23.3: Ικανοποίηση – Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

## *11.4 Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική*

Μόλις το 23,0% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο από την κάλυψη της νοσηλείας του σε ιδιωτική κλινική, ενώ η πλειοψηφία, δηλαδή το 77,0%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα δεδομένα υποδηλώνουν ότι περισσότεροι από τρεις στους τέσσερις ερωτηθέντες εκφράζουν δυσαρέσκεια με την εμπειρία τους από τις δαπάνες που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ , κατά τη νοσηλεία τους σε ιδιωτική κλινική, γεγονός που ενδέχεται να υποδεικνύει προβλήματα τα οποία προκύπτουν από την μετακύλιση του κόστους στους ασφαλισμένους -ασθενείς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στις ιδιωτικές κλινικές.

**Ικανοποίηση - Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική - Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 294 | 23,0 | 23,0 | 23,0 |
| | Όχι | 984 | 77,0 | 77,0 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.23.4: Ικανοποίηση – Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

## *11.5 Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο*

Ο πίνακας παρουσιάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τη δαπάνη για χειρουργεία που πραγματοποιήθηκαν σε δημόσιο νοσοκομείο στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Περίπου το 30,5% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο με την εμπειρία του από τα χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο, ενώ το 69,5% δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένο. Αυτό υποδηλώνει ότι σχεδόν επτά στους δέκα ερωτηθέντες αισθάνονται δυσαρέσκεια με την ποιότητα της φροντίδας που έλαβαν κατά τη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων σε δημόσια νοσοκομεία, γεγονός που ενδέχεται να αντανακλά προβλήματα στην ποιότητα των υπηρεσιών ή στην εμπειρία των ασθενών σε αυτούς τους χώρους.

**Ικανοποίηση - Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο - Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 390 | 30,5 | 30,5 | 30,5 |
| | Όχι | 888 | 69,5 | 69,5 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.23.5: Ικανοποίηση – Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

## *11.6 Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική*

Μόνο το 22,3% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο από τη δαπάνη που καλύπτει ο ΕΟΠΥΥ για χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία, δηλαδή το 77,7%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι περισσότεροι από τρεις στους τέσσερις ερωτηθέντες εκφράζουν δυσαρέσκεια με το επιπλέον κόστος που καλούνται να πληρώσουν οι ίδιοι το οποίο δεν καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ- για χειρουργικές επεμβάσεις σε ιδιωτικές κλινικές, γεγονός που αντανακλά ανεπάρκειες σχετικά με την δαπάνη που καλύπτει ο Οργανισμός.

**Ικανοποίηση - Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική - Δευτεροβάθμια φροντίδα**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 285 | 22,3 | 22,3 | 22,3 |
| | Όχι | 993 | 77,7 | 77,7 | 100,0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.23.6: Ικανοποίηση – Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

## *11.7 Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού*

Παρακάτω βλέπουμε την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τη δαπάνη από τον ΕΟΠΥΥ για περίθαλψη σε κέντρα τεχνητού νεφρού στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Μόλις το 17,6% των ερωτηθέντων δηλώνει ικανοποιημένο με την περίθαλψη που έλαβε σε αυτά τα κέντρα, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία, δηλαδή το 82,4%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι περισσότεροι από τέσσερις στους πέντε ερωτηθέντες εκφράζουν δυσαρέσκεια με τις υπηρεσίες που παρέχονται στα κέντρα τεχνητού νεφρού, υποδεικνύοντας ενδεχομένως προβλήματα στην ποιότητα φροντίδας ή στην εξυπηρέτηση των ασθενών.

**Ικανοποίηση - Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού – Δευτεροβάθμια**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 225 | 17,6 | 17,6 | 17,6 |
| | Όχι | 1053 | 82,4 | 82,4 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.23.7: Ικανοποίηση – Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

## *11.8 Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης*

Ο πίνακας αναφέρεται στην ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την κάλυψη της δαπάνης από τον ΕΟΠΥΥ για τη νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης στο πλαίσιο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Μόνο το 13,4% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο με τη νοσηλεία σε αυτά τα κέντρα, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία, δηλαδή το 86,6%, δηλώνει ότι δεν είναι ικανοποιημένη. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι περισσότεροι από οκτώ στους δέκα ερωτηθέντες αισθάνονται δυσαρέσκεια με τη δαπάνη που διαθέτει για παροχή φροντίδας και των υπηρεσιών που παρέχονται στα κέντρα αποκατάστασης, κάτι που μπορεί να αντανακλά ανεπάρκειες στην αποτελεσματικότητα ή την εμπειρία των ασθενών σε αυτά τα ιδρύματα.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Ικανοποίηση - Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 171 | 13,4 | 13,4 | 13,4 |
| | Όχι | 1107 | 86,6 | 86,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.23.8: Ικανοποίηση – Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης – Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

*Γ. Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

*1. Γενικά θα λέγατε ότι είστε ικανοποιημένος/η με την **ποιότητα** των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ;*

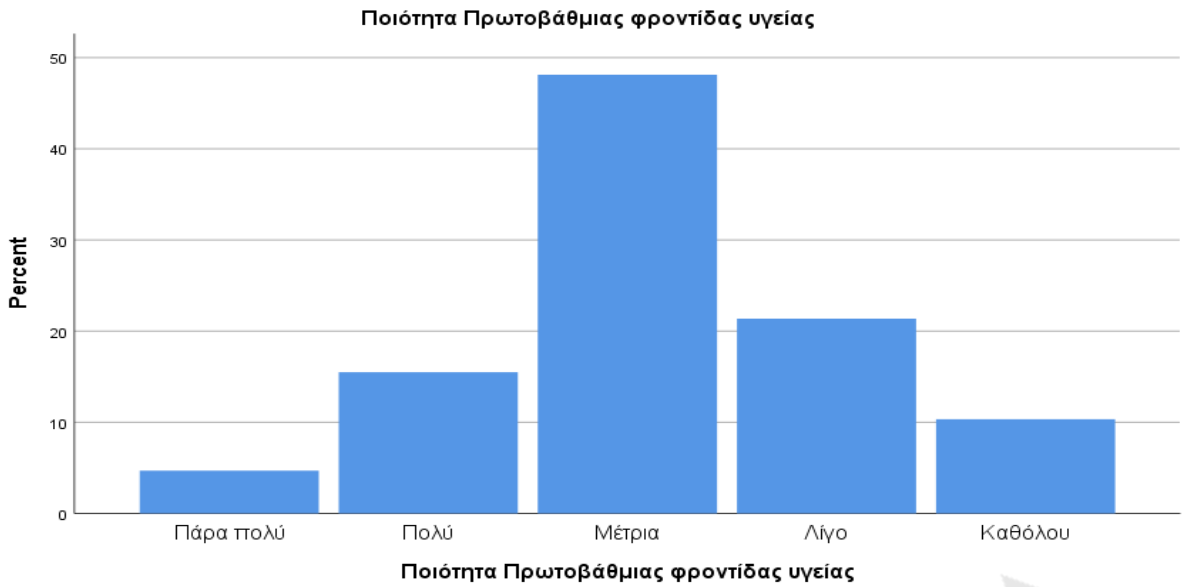
Σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (48,1%) αξιολογούν την ποιότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως μέτρια. Ένα ποσοστό 21,4% δηλώνει ότι η ποιότητα είναι λίγο καλή, ενώ το 10,3% θεωρεί ότι η ποιότητα δεν είναι καθόλου καλή. Από την άλλη πλευρά, μόνο το 4,7% αξιολογεί την ποιότητα ως πάρα πολύ καλή και το 15,5% ως πολύ καλή. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων εκφράζει μετριοπαθή ή χαμηλή ικανοποίηση από την ποιότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

**Ποιότητα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 60 | 4,7 | 4,7 | 4,7 |
| | Πολύ | 198 | 15,5 | 15,5 | 20,2 |
| | Μέτρια | 615 | 48,1 | 48,1 | 68,3 |
| | Λίγο | 273 | 21,4 | 21,4 | 89,7 |
| | Καθόλου | 132 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.24: Ποιότητα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*

UNIVERSITY of NICOSIA




*Γράφημα 8.3: Ποιότητα Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*

*2. Γενικά θα λέγατε ότι είστε ικανοποιημένος/η με την **ποιότητα** των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας** μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;*

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (46,5%) αξιολογεί την ποιότητα ως μέτρια. Επιπλέον, το 25,4% θεωρεί την ποιότητα λίγο καλή, ενώ το 11,3% δηλώνει ότι η ποιότητα δεν είναι καθόλου καλή. Μόνο ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων, 4,5%, αξιολογεί την ποιότητα ως πάρα πολύ καλή, και το 12,4% ως πολύ καλή. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν μέτρια ή αρνητική αντίληψη για την ποιότητα των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, με λιγοστούς να εκφράζουν υψηλή ικανοποίηση.

**Ποιότητα Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 57 | 4,5 | 4,5 | 4,5 |
| | Πολύ | 159 | 12,4 | 12,4 | 16,9 |
| | Μέτρια | 594 | 46,5 | 46,5 | 63,4 |
| | Λίγο | 324 | 25,4 | 25,4 | 88,7 |
| | Καθόλου | 144 | 11,3 | 11,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.25: Ποιότητα Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας*

*Γράφημα 8.4: Ποιότητα Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας*

*3. Με βάσει την ιδιότητας σας ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες), βαθμολογείστε την **ποιότητα** των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ).*

Ζητήσαμε από τους συμμετέχοντες, με βάση την ιδιότητά τους ως υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ ή πολίτες ασφαλισμένοι, να αξιολογήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Η αξιολόγηση έγινε με βάση την κλίμακα: 1) Πολύ καλή, 2) Καλή, 3) Μέτρια, 4) Κακή, και 5) Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ.

Σύμφωνα με τον πίνακα ελέγχου αξιοπιστίας Cronbach's Alpha η τιμή του είναι 0,894. Αυτός ο δείκτης είναι πολύ κοντά στο 1, που υποδεικνύει υψηλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία των στοιχείων που περιλαμβάνονται στην κλίμακα. Ένας τόσο υψηλός δείκτης αξιοπιστίας δείχνει ότι τα στοιχεία της κλίμακας είναι συνεπή και μετρούν την ίδια υποκείμενη έννοια, στην προκειμένη περίπτωση την αντίληψη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|---|---|
| ,894 | 6 |

*Πίνακας 8.26: Reliability Statistics*

## *3.1 Ιατρική Επίσκεψη*

Παρακάτω φαίνεται η αξιολόγηση των ερωτηθέντων σχετικά με την εμπειρία τους για την ποιότητα των ιατρικών επισκέψεων. Περίπου το 39,2% των ερωτηθέντων-την αξιολογεί την εμπειρία αυτή ως μέτρια, ενώ το 23,5% τη θεωρεί καλή. Ένα ποσοστό 12,2% δηλώνει ότι ήταν πολύ καλή. Από την άλλη πλευρά, το 16,4% αξιολογεί τις ιατρικές επισκέψεις ως κακές. Ένα μικρό ποσοστό, 8,7%, αναφέρει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει αυτές τις υπηρεσίες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει μια μέτρια ή θετική εμπειρία από την ποιότητα των ιατρικών επισκέψεων.

**Ιατρική Επίσκεψη**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 156 | 12,2 | 12,2 | 12,2 |
| | Καλή | 300 | 23,5 | 23,5 | 35,7 |
| | Μέτρια | 501 | 39,2 | 39,2 | 74,9 |
| | Κακή | 210 | 16,4 | 16,4 | 91,3 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 111 | 8,7 | 8,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.26.1: Ιατρική επίσκεψη*

## *3.2 Διαγνωστικές –Παρακλινικές εξετάσεις*

Περίπου το 35,0% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει την ποιότητα των διαγνωστικών – παρακλινικών εξετάσεων ως μέτρια, ενώ το 32,6% την αξιολογεί ως καλή. Ένα μικρότερο ποσοστό, 11,3%, αναφέρει ότι ήταν πολύ καλή. Αντίθετα, το 12,4% των ερωτηθέντων αξιολογεί την εμπειρία τους ως κακή. Ένα ποσοστό 8,7% δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει αυτές τις υπηρεσίες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει μέτρια έως θετική εμπειρία σχετικά με την ποιότητα στις διαγνωστικές και παρακλινικές εξετάσεις.

**Διαγνωστικές - Παρακλινικές Εξετάσεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 144 | 11,3 | 11,3 | 11,3 |
| | Καλή | 417 | 32,6 | 32,6 | 43,9 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Μέτρια | 447 | 35,0 | 35,0 | 78,9 |
| | Κακή | 159 | 12,4 | 12,4 | 91,3 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 111 | 8,7 | 8,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.26.2: Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις*

### *3.3 Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού*

Ο πίνακας παρακάτω παρουσιάζει την αξιολόγηση των ερωτηθέντων σχετικά με την ποιότητα των παροχών σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Περίπου το 26,5% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει την ποιότητα αυτών των παροχών ως μέτρια, ενώ το 21,4% την αξιολογεί ως καλή. Μόνο το 7,3% θεωρεί ότι οι παροχές είναι πολύ καλές. Από την άλλη πλευρά, το 15,5% αξιολογεί τις παροχές ως κακές. Σημαντικό είναι το ποσοστό των ερωτηθέντων, 29,3%, που δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει αυτές τις παροχές ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει μια ευρεία γκάμα απόψεων για την ποιότητα των παροχών σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, με την πλειοψηφία να έχει μέτρια ή θετική άποψη, αλλά και σημαντικό ποσοστό που δεν έχει χρησιμοποιήσει αυτού του είδους τις παροχές.

**Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 93 | 7,3 | 7,3 | 7,3 |
| | Καλή | 273 | 21,4 | 21,4 | 28,6 |
| | Μέτρια | 339 | 26,5 | 26,5 | 55,2 |
| | Κακή | 198 | 15,5 | 15,5 | 70,7 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 375 | 29,3 | 29,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.26.3: Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού*

### *3.4 Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες*

Η αξιολόγηση των ερωτηθέντων σχετικά με την ποιότητα για ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες και ψυχοθεραπείες φαίνεται με τον

παρακάτω πίνακα. Περίπου το 26,8% των ερωτηθέντων αξιολογεί την ποιότητα αυτών των θεραπειών ως μέτρια, ενώ το 20,4% την θεωρεί καλή. Μόνο το 8,0% αναφέρει ότι οι θεραπείες ήταν πολύ καλές. Από την άλλη πλευρά, το 13,4% αξιολογεί τις θεραπείες ως κακές. Ένα σημαντικό ποσοστό, 31,5%, δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει αυτές τις θεραπείες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι απόψεις για την ποιότητα των ειδικών θεραπειών ποικίλλουν, με αρκετούς ερωτηθέντες να εκφράζουν μέτρια ή θετική άποψη, αλλά επίσης και ένα ποσοστό δυσαρεστημένων.

**Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 102 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | Καλη | 261 | 20,4 | 20,4 | 28,4 |
| | Μέτρια | 342 | 26,8 | 26,8 | 55,2 |
| | Κακή | 171 | 13,4 | 13,4 | 68,5 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 402 | 31,5 | 31,5 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.26.4.: Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες*

## *3.5 Παροχή φαρμάκων*

Το 32,9% των ερωτηθέντων αξιολογεί την παροχή φαρμάκων ως καλή, ενώ το 32,2% την θεωρεί μέτρια. Ένα ποσοστό 16,2% δηλώνει ότι η παροχή φαρμάκων είναι πολύ καλή. Αντίθετα, το 11,0% αξιολογεί την παροχή φαρμάκων ως κακή. Ένα μικρότερο ποσοστό, 7,7%, δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει αυτές τις παροχές ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει θετική ή μέτρια άποψη για την παροχή φαρμάκων, με ένα πολύ μικρό ποσοστό να εκφράζει δυσαρέσκεια.

**Παροχή φαρμάκων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 207 | 16,2 | 16,2 | 16,2 |
| | Καλή | 420 | 32,9 | 32,9 | 49,1 |
| | Μέτρια | 411 | 32,2 | 32,2 | 81,2 |
| | Κακή | 141 | 11,0 | 11,0 | 92,3 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 99 | 7,7 | 7,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.26.5: Παροχή φαρμάκων*

## *3.6 Παροχή Υγειονομικού Υλικού*

Περίπου το 25,4% των ερωτηθέντων αξιολογεί την ποιότητα της παροχής υγειονομικού υλικού ως μέτρια, ενώ το 21,4% τη θεωρεί καλή. Μόνο το 8,5% αναφέρει ότι η παροχή υγειονομικού υλικού είναι πολύ καλή. Από την άλλη πλευρά, το 14,6% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η παροχή αυτή είναι κακή. Ένα σημαντικό ποσοστό, 30,3%, δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει τις παροχές αυτές ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι απόψεις για την παροχή υγειονομικού υλικού είναι μικτές, με αρκετούς ερωτηθέντες να εκφράζουν μέτρια έως θετική άποψη, ενώ υπάρχει επίσης ένα σημαντικό ποσοστό που εκφράζει δυσαρέσκεια ή δεν έχει εμπειρία με τη συγκεκριμένη παροχή.

**Παροχή Υγειονομικού Υλικού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 108 | 8,5 | 8,5 | 8,5 |
| | Καλή | 273 | 21,4 | 21,4 | 29,8 |
| | Μέτρια | 324 | 25,4 | 25,4 | 55,2 |
| | Κακή | 186 | 14,6 | 14,6 | 69,7 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 387 | 30,3 | 30,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.26.6: Παροχή Υγειονομικού Υλικού*

*4. Με βάσει την ιδιότητας σας (Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), βαθμολογείστε την **ποιότητα** των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας** μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ ).*

Ζητήσαμε από αυτούς που απάντησαν, με βάση την ιδιότητά τους ως υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ ή πολίτες ασφαλισμένοι, να αξιολογήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Η αξιολόγηση έγινε με βάση την κλίμακα: 1) Πολύ καλή, 2) Καλή, 3) Μέτρια, 4) Κακή, και 5) Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ.

Σύμφωνα με τον πίνακα ελέγχου αξιοπιστίας Cronbach's Alpha η τιμή του είναι 0,901. Αυτός ο δείκτης είναι πολύ κοντά στο 1, που υποδεικνύει υψηλή εσωτερική συνέπεια και

αξιοπιστία των στοιχείων που περιλαμβάνονται στην κλίμακα. Ένας τόσο υψηλός δείκτης αξιοπιστίας δείχνει ότι τα στοιχεία της κλίμακας είναι συνεπή και μετρούν την ίδια υποκείμενη έννοια, στην προκειμένη περίπτωση την αντίληψη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|---|---|
| ,901 | 8 |

*Πίνακας 8.27: Reliability Statistics*

## *4.1 Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

Περίπου το 30,8% των ερωτηθέντων αξιολογεί την ποιότητας της επίσκεψης σε νοσοκομειακό ιατρό ως μέτρια, ενώ το 23,5% τη θεωρεί καλή. Μόνο το 8,0% αναφέρει ότι η εμπειρία του με τον νοσοκομειακό ιατρό ήταν πολύ καλή. Από την άλλη πλευρά, το 17,8% χαρακτηρίζει την εμπειρία του ως κακή. Ένα σημαντικό ποσοστό, 20,0%, δηλώνει ότι δεν έχει επισκεφθεί νοσοκομειακό ιατρό ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

**Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 102 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | Καλή | 300 | 23,5 | 23,5 | 31,5 |
| | Μέτρια | 393 | 30,8 | 30,8 | 62,2 |
| | Κακή | 228 | 17,8 | 17,8 | 80,0 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 255 | 20,0 | 20,0 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.27.1: Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

## *4.2 Διαγνωστικές εξετάσεις*

Ο πίνακας εξετάζει την αξιολόγηση των ερωτηθέντων σχετικά με την ποιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων στα νοσοκομεία και στις ιδιωτικές κλινικές. Το 32,6% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει την εμπειρία του με τις διαγνωστικές εξετάσεις ως μέτρια, ενώ το 25,4% την αξιολογεί ως καλή. Ένα μικρότερο ποσοστό, 9,6%, αναφέρει ότι οι διαγνωστικές εξετάσεις ήταν πολύ καλές. Αντίθετα, το 15,0% θεωρεί την εμπειρία του σχετικά με την ποιότητα κακή. Επιπλέον, το 17,4% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν έχει

χρησιμοποιήσει τις διαγνωστικές εξετάσεις ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι απόψεις για την ποιότητα των διαγνωστικών εξετάσεων κυμαίνονται από μέτριες έως θετικές.

**Διαγνωστικές εξετάσεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 123 | 9,6 | 9,6 | 9,6 |
| | Καλή | 324 | 25,4 | 25,4 | 35,0 |
| | Μέτρια | 417 | 32,6 | 32,6 | 67,6 |
| | Κακή | 192 | 15,0 | 15,0 | 82,6 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 222 | 17,4 | 17,4 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.27.2: Διαγνωστικές εξετάσεις*

## *4.3 Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο*

Ο πίνακας παρουσιάζει την αξιολόγηση των ερωτηθέντων σχετικά με την ποιότητα της νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο. Περίπου το 27,5% των ερωτηθέντων αξιολογεί την εμπειρία τους ως μέτρια, ενώ το 16,9% τη θεωρεί καλή. Μόνο το 8,9% αναφέρει ότι η νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο ήταν πολύ καλή. Από την άλλη πλευρά, το 18,8% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει την εμπειρία του ως κακή. Ένα σημαντικό ποσοστό, 27,9%, δηλώνει ότι δεν έχει νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα στοιχεία δείχνουν ότι η εμπειρία των ερωτηθέντων σχετικά με την ποιότητα της νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο είναι κυρίως μέτρια, με αρκετούς να εκφράζουν τόσο θετική όσο και αρνητική άποψη, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό δεν έχει σχετική εμπειρία.

**Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 114 | 8,9 | 8,9 | 8,9 |
| | Καλή | 216 | 16,9 | 16,9 | 25,8 |
| | Μέτρια | 351 | 27,5 | 27,5 | 53,3 |
| | Κακή | 240 | 18,8 | 18,8 | 72,1 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 357 | 27,9 | 27,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.27.3: Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο*

## *4.4 Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική*

Ο πίνακας παρουσιάζει την αξιολόγηση των ερωτηθέντων σχετικά με την ποιότητα της νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική. Το 23,7% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει την εμπειρία τους ως μέτρια, ενώ το 18,8% την αξιολογεί ως καλή. Ένα μικρότερο ποσοστό, 8,0%, αναφέρει ότι η ποιότητα της νοσηλεία τους σε ιδιωτική κλινική ήταν πολύ καλή. Από την άλλη πλευρά, το 12,9% των ερωτηθέντων θεωρεί την εμπειρία του κακή. Ένα σημαντικό ποσοστό, 36,6%, δηλώνει ότι δεν έχει νοσηλευτεί σε ιδιωτική κλινική ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι απόψεις για την ποιότητα νοσηλείας στις ιδιωτικές κλινικές ποικίλλουν, με αρκετούς ερωτηθέντες να εκφράζουν μέτρια έως θετική άποψη, ενώ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό που δεν έχει εμπειρία με αυτές τις υπηρεσίες.

**Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 102 | 8,0 | 8,0 | 8,0 |
| | Καλή | 240 | 18,8 | 18,8 | 26,8 |
| | Μέτρια | 303 | 23,7 | 23,7 | 50,5 |
| | Κακή | 165 | 12,9 | 12,9 | 63,4 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 468 | 36,6 | 36,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.27.4.: Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική*

## *4.5 Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο*

Το 25,6% των ερωτηθέντων αξιολογεί την εμπειρία του σχετικά με την ποιότητα των χειρουργείων στο δημόσιο νοσοκομείο ως μέτρια, ενώ το 13,6% την θεωρεί καλή. Μόνο το 8,5% αναφέρει ότι η εμπειρία από τα χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο ήταν πολύ καλή. Από την άλλη πλευρά, το 17,1% χαρακτηρίζει την εμπειρία του ως κακή. Ένα μεγάλο ποσοστό, 35,2%, δηλώνει ότι δεν έχει υποβληθεί σε χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα στοιχεία δείχνουν ότι η εμπειρία σχετικά με την ποιότητα των χειρουργείων σε δημόσια νοσοκομεία είναι κυρίως μέτρια, ενώ ένας σημαντικός αριθμός δεν έχει εμπειρία με αυτήν την υπηρεσία.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 108 | 8,5 | 8,5 | 8,5 |
| | Καλή | 174 | 13,6 | 13,6 | 22,1 |
| | Μέτρια | 327 | 25,6 | 25,6 | 47,7 |
| | Κακή | 219 | 17,1 | 17,1 | 64,8 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 450 | 35,2 | 35,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.27.5.: Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο*

## *4.6 Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική*

Το 23,7% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει την εμπειρία του σχετικά με την ποιότητα στα χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική ως μέτρια, ενώ το 17,4% την αξιολογεί ως καλή. Ένα μικρότερο ποσοστό, 8,5%, αναφέρει ότι τα χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική ήταν πολύ καλά. Από την άλλη πλευρά, το 11,5% θεωρεί την εμπειρία του κακή. Ένα σημαντικό ποσοστό, 39,0%, δηλώνει ότι δεν έχει υποβληθεί σε χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι απόψεις σχετικά με την ποιότητα- για τα χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές ποικίλλουν, με αρκετούς ερωτηθέντες να εκφράζουν μέτρια έως θετική άποψη.

**Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 108 | 8,5 | 8,5 | 8,5 |
| | Καλή | 222 | 17,4 | 17,4 | 25,8 |
| | Μέτρια | 303 | 23,7 | 23,7 | 49,5 |
| | Κακή | 147 | 11,5 | 11,5 | 61,0 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 498 | 39,0 | 39,0 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.27.6: Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική*

## *4.7 Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού*

Ο πίνακας παρακάτω παρουσιάζει την αξιολόγηση των ερωτηθέντων σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης σε κέντρα τεχνητού νεφρού. Μόνο το 4,2% των ερωτηθέντων

χαρακτηρίζει την εμπειρία τους ως πολύ καλή, ενώ το 5,4% την θεωρεί καλή. Το 18,1% αξιολογεί την περίθαλψη ως μέτρια, και το 6,6% την θεωρεί κακή. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, 65,7%, δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει τα κέντρα τεχνητού νεφρού ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά, όπου αποτελεί και την πλειοψηφία των ερωτηθέντων.

**Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 54 | 4,2 | 4,2 | 4,2 |
| | Καλή | 69 | 5,4 | 5,4 | 9,6 |
| | Μέτρια | 231 | 18,1 | 18,1 | 27,7 |
| | Κακή | 84 | 6,6 | 6,6 | 34,3 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 840 | 65,7 | 65,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.27.7: Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού*

## *4.8 Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης*

Ένα μικρό ποσοστό, 2,8%, αξιολογεί την ποιότητα της νοσηλείας του σε κέντρα αποκατάστασης ως πολύ καλή, ενώ το 6,1% τη θεωρεί καλή. Το 16,9% των ερωτηθέντων χαρακτηρίζει την εμπειρία του ως μέτρια, ενώ το 7,7% την αξιολογεί ως κακή. Η πλειοψηφία, δηλαδή το 66,4%, δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες των κέντρων αποκατάστασης ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

**Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 36 | 2,8 | 2,8 | 2,8 |
| | Καλή | 78 | 6,1 | 6,1 | 8,9 |
| | Μέτρια | 216 | 16,9 | 16,9 | 25,8 |
| | Κακή | 99 | 7,7 | 7,7 | 33,6 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 849 | 66,4 | 66,4 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.27.8: Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης*

UNIVERSITY of NICOSIA

*5. Ως πολίτες ασφαλισμένοι ή Υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, παρακαλώ απαντήστε στον παρακάτω πίνακα σχετικά με τον **χρόνο αναμονής** που απαιτείται από την εμπειρία σας για την παροχή ποιοτικών **Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας** σε **συμβεβλημένους παρόχους** με τον Οργανισμό (1=την ίδια ημέρα, 2= 1-2 μέρες, 3= 3-5 μέρες, 4= 6-10 μέρες, 5= Περισσότερες από 10 ημέρες, 6= Περισσότερο από 30 ημέρες, 7= Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω δεν απαντώ).*

Ζητήσαμε από τους συμμετέχοντες, είτε ως πολίτες ασφαλισμένοι είτε ως υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, να απαντήσουν σχετικά με τον χρόνο αναμονής που απαιτείται, σύμφωνα με την εμπειρία τους, για την παροχή ποιοτικών Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας από συμβεβλημένους παρόχους με τον Οργανισμό. Οι επιλογές για τον χρόνο αναμονής ήταν οι εξής: 1) την ίδια ημέρα, 2) 1-2 μέρες, 3) 3-5 μέρες, 4) 6-10 μέρες, 5) περισσότερες από 10 ημέρες, 6) περισσότερο από 30 ημέρες, και 7) δεν χρησιμοποιώ ή δεν ξέρω/δεν απαντώ. Οι απαντήσεις φαίνονται παρακάτω

## *5.1 Ιατρική Επίσκεψη σε συμβεβλημένο Ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ*

Περίπου το 12,4% των ερωτηθέντων κατάφερε να κλείσει ραντεβού την ίδια μέρα, ενώ το 22,5% βρήκε ραντεβού μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 16,0% χρειάστηκε να περιμένει 3-5 μέρες, και το 10,6% ανέφερε αναμονή 6-10 ημερών. Το 8,7% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι χρειάστηκε να περιμένει περισσότερες από 10 μέρες για ένα ραντεβού, ενώ το 12,2% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες. Ένα σημαντικό ποσοστό, 17,6%, δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες συμβεβλημένων ιατρών με τον ΕΟΠΥΥ ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι αναμονές για ιατρικές επισκέψεις σε συμβεβλημένους ιατρούς ποικίλλουν, με ένα σημαντικό ποσοστό να αναφέρει γρήγορη πρόσβαση, αλλά και αρκετούς να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες καθυστερήσεις.

**Ιατρική Επίσκεψη σε συμβεβλημένο Ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 159 | 12,4 | 12,4 | 12,4 |
| | 1 - 2 μέρες | 288 | 22,5 | 22,5 | 35,0 |
| | 3 - 5 μέρες | 204 | 16,0 | 16,0 | 50,9 |
| | 6 - 10 μέρες | 135 | 10,6 | 10,6 | 61,5 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 111 | 8,7 | 8,7 | 70,2 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 156 | 12,2 | 12,2 | 82,4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 225 | 17,6 | 17,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.28.1: Ιατρική Επίσκεψη σε συμβεβλημένο Ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ*

## *5.2 Διαγνωστικές- Παρακλινικές Εξετάσεις σε συμβεβλημένο εργαστήριο με τον ΕΟΠΥΥ*

Το 18,5% των ερωτηθέντων κατάφερε να πραγματοποιήσει τις εξετάσεις την ίδια μέρα, ενώ το 20,4% μπόρεσε να κλείσει ραντεβού μέσα σε 1-2 μέρες. Το 15,5% χρειάστηκε να περιμένει 3-5 μέρες, και το 10,1% ανέφερε αναμονή 6-10 ημερών. Ένα ποσοστό 10,3% ανέφερε ότι χρειάστηκε να περιμένει περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 10,6% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες. Τέλος, το 14,6% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες συμβεβλημένων εργαστηρίων με τον ΕΟΠΥΥ ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Τα δεδομένα στο σύνολο τους δείχνουν ότι, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό πάνω από το 50% έχει γρήγορη πρόσβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις.

**Διαγνωστικές- Παρακλινικές Εξετάσεις σε συμβεβλημένο εργαστήριο με τον ΕΟΠΥΥ**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 237 | 18,5 | 18,5 | 18,5 |
| | 1 - 2 μέρες | 261 | 20,4 | 20,4 | 39,0 |
| | 3 - 5 μέρες | 198 | 15,5 | 15,5 | 54,5 |
| | 6 - 10 μέρες | 129 | 10,1 | 10,1 | 64,6 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 132 | 10,3 | 10,3 | 74,9 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 135 | 10,6 | 10,6 | 85,4 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 186 | 14,6 | 14,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.28.2: Διαγνωστικές – Παρακλινικές Εξετάσεις σε συμβεβλημένο εργαστήριο με τον ΕΟΠΥΥ*

## *5.3 Προμήθεια Φαρμάκων, παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από συμβεβλημένο πάροχο*

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει το χρονικό διάστημα αναμονής για την προμήθεια φαρμάκων και παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από συμβεβλημένο πάροχο, όπως αναφέρθηκε από τους ερωτηθέντες. Περίπου το 29,1% των ερωτηθέντων κατάφερε να

λάβει τα φάρμακα ή τον εξοπλισμό την ίδια μέρα, ενώ το 19,7% μπόρεσε να τα προμηθευτεί μέσα σε 1-2 μέρες. Το 15,5% ανέφερε ότι χρειάστηκε να περιμένει 3-5 μέρες, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό, 6,8%, ανέφερε αναμονή 6-10 ημερών. Μόλις το 4,0% χρειάστηκε να περιμένει περισσότερες από 10 μέρες, και το 2,8% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Ένα σημαντικό ποσοστό, 22,1%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί αυτές τις υπηρεσίες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων έχει άμεση πρόσβαση στην προμήθεια φαρμάκων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από συμβεβλημένους παρόχους.

**Προμήθεια Φαρμάκων, παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από συμβεβλημένο πάροχο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 372 | 29,1 | 29,1 | 29,1 |
| | 1 - 2 μέρες | 252 | 19,7 | 19,7 | 48,8 |
| | 3 - 5 μέρες | 198 | 15,5 | 15,5 | 64,3 |
| | 6 - 10 μέρες | 87 | 6,8 | 6,8 | 71,1 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 51 | 4,0 | 4,0 | 75,1 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 36 | 2,8 | 2,8 | 77,9 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 282 | 22,1 | 22,1 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.28.3: Προμήθεια Φαρμάκων, παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από συμβεβλημένο πάροχο*

## *5.4 Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες σε συμβεβλημένο πάροχο*

Ο πίνακας αναλύει το χρονικό διάστημα αναμονής για ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες και ψυχοθεραπείες, σε συμβεβλημένο πάροχο. Το 10,8% των ερωτηθέντων κατάφερε να λάβει αυτές τις θεραπείες την ίδια μέρα, ενώ το 16,2% μπόρεσε να κλείσει ραντεβού μέσα σε 1-2 μέρες. Το 12,4% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών, και το 5,6% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Ένα ποσοστό 5,4% ανέφερε ότι χρειάστηκε να περιμένει περισσότερες από 10 μέρες, και άλλο ένα 5,6% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες. Ένα σημαντικό ποσοστό, 43,9%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί αυτές τις θεραπείες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

**Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες σε συμβεβλημένο πάροχο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 138 | 10,8 | 10,8 | 10,8 |
| | 1 - 2 μέρες | 207 | 16,2 | 16,2 | 27,0 |
| | 3 - 5 μέρες | 159 | 12,4 | 12,4 | 39,4 |
| | 6 - 10 μέρες | 72 | 5,6 | 5,6 | 45,1 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 69 | 5,4 | 5,4 | 50,5 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 72 | 5,6 | 5,6 | 56,1 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 561 | 43,9 | 43,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.28.4: Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες σε συμβεβλημένο πάροχο*

*6. Ως πολίτες ασφαλισμένοι ή Υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, παρακαλώ απαντήστε στον παρακάτω πίνακα σχετικά με τον **χρόνο αναμονής** που απαιτείται από την εμπειρία σας για την παροχή ποιοτικών **Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας** σε **Δημόσια Νοσοκομεία ή Δημόσια Ιδρύματα** γενικότερα (1=την ίδια ημέρα, 2= 1-2 μέρες, 3= 3-5 μέρες, 4= 6-10 μέρες, 5= Περισσότερες από 10 ημέρες, 6= Περισσότερο από 30 ημέρες, 7= Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω δεν απαντώ).*

Ζητήσαμε από αυτούς που ανταποκρίθηκαν, είτε ως πολίτες ασφαλισμένοι είτε ως υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, να απαντήσουν σχετικά με τον χρόνο αναμονής που απαιτείται, σύμφωνα με την εμπειρία τους, για την παροχή ποιοτικών Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας σε Δημόσια Νοσοκομεία ή Δημόσια Ιδρύματα γενικότερα. Οι επιλογές για τον χρόνο αναμονής ήταν οι εξής: 1) την ίδια ημέρα, 2) 1-2 μέρες, 3) 3-5 μέρες, 4) 6-10 μέρες, 5) περισσότερες από 10 ημέρες, 6) περισσότερο από 30 ημέρες, και 7) δεν χρησιμοποιώ ή δεν ξέρω/δεν απαντώ. Παρακάτω φαίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις που πήραμε.

### *6.1 Ιατρική Επίσκεψη σε νοσοκομειακό Ιατρό*

Το 7,0% των ερωτηθέντων κατάφερε να επισκεφτεί νοσοκομειακό ιατρό την ίδια μέρα, ενώ το 12,4% έκλεισε ραντεβού μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα ποσοστό 14,6% ανέφερε ότι περίμενε 3-5 μέρες, και το 12,2% ανέφερε αναμονή 6-10 μέρες. Το 11,5% χρειάστηκε να περιμένει περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 16,0% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30

μέρες. Ένα σημαντικό ποσοστό, 26,3%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί αυτές τις υπηρεσίες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η πρόσβαση σε νοσοκομειακούς ιατρούς ποικίλλει, με κάποιους να εξυπηρετούνται γρήγορα, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες καθυστερήσεις.

**Ιατρική Επίσκεψη σε νοσοκομειακό Ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 90 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | 1 - 2 μέρες | 159 | 12,4 | 12,4 | 19,5 |
| | 3 - 5 μέρες | 186 | 14,6 | 14,6 | 34,0 |
| | 6 - 10 μέρες | 156 | 12,2 | 12,2 | 46,2 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 147 | 11,5 | 11,5 | 57,7 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 204 | 16,0 | 16,0 | 73,7 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 336 | 26,3 | 26,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.29.1: Ιατρική Επίσκεψη σε νοσοκομειακό Ιατρό*

## *6.2 Διαγνωστικές- Παρακλινικές Εξετάσεις σε Δημόσιο Νοσοκομείο*

Μόνο το 4,9% των ερωτηθέντων κατάφερε να πραγματοποιήσει τις διαγνωστικές – παρακλινικές εξετάσεις του σε δημόσιο νοσοκομείο την ίδια μέρα, ενώ το 14,8% εξυπηρετήθηκε μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα επιπλέον 14,6% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών και το 9,2% ανέφερε αναμονή 6-10 ημερών. Περίπου το 10,8% χρειάστηκε να περιμένει περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 16,0% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες. Ένα μεγάλο ποσοστό, 29,8%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί αυτές τις υπηρεσίες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι ενώ κάποιοι ερωτηθέντες έχουν γρήγορη πρόσβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις σε δημόσια νοσοκομεία, πολλοί αντιμετωπίζουν μεγάλες καθυστερήσεις, με αρκετούς να περιμένουν πάνω από 10 ή ακόμα και 30 μέρες.

**Διαγνωστικές- Παρακλινικές Εξετάσεις σε Δημόσιο Νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 63 | 4,9 | 4,9 | 4,9 |
| | 1 - 2 μέρες | 189 | 14,8 | 14,8 | 19,7 |
| | 3 - 5 μέρες | 186 | 14,6 | 14,6 | 34,3 |
| | 6 - 10 μέρες | 117 | 9,2 | 9,2 | 43,4 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 138 | 10,8 | 10,8 | 54,2 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 204 | 16,0 | 16,0 | 70,2 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 381 | 29,8 | 29,8 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.29.2: Διαγνωστικές- Παρακλινικές Εξετάσεις σε Δημόσιο Νοσοκομείο*

## *6.3 Προμήθεια Φαρμάκων από το Φαρμακείο του Νοσοκομείου ή του ΕΟΠΥΥ*

Το 10,6% των ερωτηθέντων κατάφερε να προμηθευτεί τα φάρμακα από το φαρμακείο του νοσοκομείου ή του ΕΟΠΥΥ την ίδια μέρα, ενώ το 13,8% τα έλαβε μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα επιπλέον 13,6% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών και το 7,7% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 5,6% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, και το 3,8% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Ένα μεγάλο ποσοστό, 44,8%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί αυτές τις υπηρεσίες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες που χρησιμοποιούν αυτήν την υπηρεσία, έχουν γρήγορη πρόσβαση.

**Προμήθεια Φαρμάκων από το Φαρμακείο του Νοσοκομείου ή του ΕΟΠΥΥ**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 135 | 10,6 | 10,6 | 10,6 |
| | 1 - 2 μέρες | 177 | 13,8 | 13,8 | 24,4 |
| | 3 - 5 μέρες | 174 | 13,6 | 13,6 | 38,0 |
| | 6 - 10 μέρες | 99 | 7,7 | 7,7 | 45,8 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 72 | 5,6 | 5,6 | 51,4 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 48 | 3,8 | 3,8 | 55,2 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 573 | 44,8 | 44,8 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.29.3: Προμήθεια Φαρμάκων από το Φαρμακείο του Νοσοκομείου ή του ΕΟΠΥΥ*

## *6.4 Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες από Δημόσιο Ίδρυμα*

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει το χρονικό διάστημα αναμονής για ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες και ψυχοθεραπείες, από

δημόσιο ίδρυμα, όπως αναφέρθηκε από τους ερωτηθέντες- το 2,8% των ερωτηθέντων κατάφερε να λάβει θεραπεία την ίδια μέρα, ενώ το 9,9% εξυπηρετήθηκε μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 12,7% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών, και το 5,6% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 6,1% ανέφερε αναμονή περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 8,0% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, 54,9%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί αυτές τις θεραπείες ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν χρησιμοποιεί τις ειδικές θεραπείες από δημόσια ιδρύματα.

**Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες από Δημόσιο Ίδρυμα**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 36 | 2,8 | 2,8 | 2,8 |
| | 1 - 2 μέρες | 126 | 9,9 | 9,9 | 12,7 |
| | 3 - 5 μέρες | 162 | 12,7 | 12,7 | 25,4 |
| | 6 - 10 μέρες | 72 | 5,6 | 5,6 | 31,0 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 78 | 6,1 | 6,1 | 37,1 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 102 | 8,0 | 8,0 | 45,1 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 702 | 54,9 | 54,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.29.4: Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες από Δημόσιο Ίδρυμα*

## *6.5 Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο*

Το 8,7% των ερωτηθέντων κατάφερε να νοσηλευτεί σε δημόσιο νοσοκομείο την ίδια μέρα, ενώ το 9,2% βρήκε κρεβάτι μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 12,2% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών και το 5,4% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Το 9,4% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ ένα 12,9% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες για να νοσηλευτεί. Ένα σημαντικό ποσοστό, 42,3%, δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 111 | 8,7 | 8,7 | 8,7 |
| | 1 - 2 μέρες | 117 | 9,2 | 9,2 | 17,8 |
| | 3 - 5 μέρες | 156 | 12,2 | 12,2 | 30,0 |
| | 6 - 10 μέρες | 69 | 5,4 | 5,4 | 35,4 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 120 | 9,4 | 9,4 | 44,8 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 165 | 12,9 | 12,9 | 57,7 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 540 | 42,3 | 42,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.29.5: Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο*

## *6.6 Χειρουργεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο*

Μόνο το 3,3% των ερωτηθέντων κατάφερε να πραγματοποιήσει χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο την ίδια μέρα, ενώ το 8,7% μπόρεσε να πραγματοποιήσει χειρουργείο μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 11,0% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών, και το 6,1% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 7,0% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 18,5% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες. Ένα μεγάλο ποσοστό, 45,3%, δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει χειρουργικές υπηρεσίες σε δημόσιο νοσοκομείο ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες που πράττουν χειρουργεία σε δημόσια νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σημαντικές καθυστερήσεις.

**Χειρουργεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 42 | 3,3 | 3,3 | 3,3 |
| | 1 - 2 μέρες | 111 | 8,7 | 8,7 | 12,0 |
| | 3 - 5 μέρες | 141 | 11,0 | 11,0 | 23,0 |
| | 6 - 10 μέρες | 78 | 6,1 | 6,1 | 29,1 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 90 | 7,0 | 7,0 | 36,2 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 237 | 18,5 | 18,5 | 54,7 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 579 | 45,3 | 45,3 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.29.6: Χειρουργεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο*

## *6.7 Θεραπεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο*

Το 5,9% των ερωτηθέντων κατάφερε να λάβει θεραπεία την ίδια μέρα, ενώ το 8,9% εξυπηρετήθηκε μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 11,5% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών, και το 5,2% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 9,6% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 12,0% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες για να λάβει θεραπεία. Ένα σημαντικό ποσοστό, 46,9%, δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει θεραπείες σε δημόσιο νοσοκομείο ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι εμπειρίες των ερωτηθέντων με τις θεραπείες σε δημόσια νοσοκομεία ποικίλλουν, αλλά γενικότερα υπάρχουν σημαντικές καθυστερήσεις και πολλοί να μην έχουν χρησιμοποιήσει αυτές τις υπηρεσίες.

**Θεραπεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 75 | 5,9 | 5,9 | 5,9 |
| | 1 - 2 μέρες | 114 | 8,9 | 8,9 | 14,8 |
| | 3 - 5 μέρες | 147 | 11,5 | 11,5 | 26,3 |
| | 6 - 10 μέρες | 66 | 5,2 | 5,2 | 31,5 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 123 | 9,6 | 9,6 | 41,1 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 153 | 12,0 | 12,0 | 53,1 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 600 | 46,9 | 46,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.29.7: Θεραπεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο*

## *6.8 θεραπεία στην Μονάδα Νεφρού Δημόσιου Νοσοκομείου*

Το 5,2% των ερωτηθέντων λαμβάνει θεραπεία σε μονάδα νεφρού δημόσιου νοσοκομείου την ίδια μέρα, ενώ το 4,2% εξυπηρετείτε μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 7,7% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών, και το 3,8% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 3,5% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ ένα επιπλέον 3,5% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες. Η μεγάλη πλειοψηφία, δηλαδή το 72,1%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί τη Μονάδα Νεφρού σε δημόσιο νοσοκομείο ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Θεραπεία στην Μονάδα Νεφρού Δημόσιου Νοσοκομείου**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 66 | 5,2 | 5,2 | 5,2 |
| | 1 - 2 μέρες | 54 | 4,2 | 4,2 | 9,4 |
| | 3 - 5 μέρες | 99 | 7,7 | 7,7 | 17,1 |
| | 6 - 10 μέρες | 48 | 3,8 | 3,8 | 20,9 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 45 | 3,5 | 3,5 | 24,4 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 45 | 3,5 | 3,5 | 27,9 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 921 | 72,1 | 72,1 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.29.8: Θεραπεία στην Μονάδα Νεφρού Δημόσιου Νοσοκομείου*

*7. Ως πολίτες ασφαλισμένοι ή Υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, παρακαλώ απαντήστε στον παρακάτω πίνακα σχετικά με τον **χρόνο αναμονής** που απαιτείται από την εμπειρία σας για την παροχή ποιοτικών **Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας** σε **συμβεβλημένη με το Οργανισμό Ιδιωτική Κλινική ή Ιδιωτικά Συμβεβλημένα Ιατρικά Κέντρα** (1=την ίδια ημέρα, 2= 1-2 μέρες, 3= 3-5 μέρες, 4= 6-10 μέρες, 5= Περισσότερες από 10 ημέρες, 6= Περισσότερο από 30 ημέρες, 7= Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω δεν απαντώ).*

Ζητήσαμε από αυτούς που απάντησαν, είτε ως πολίτες ασφαλισμένοι είτε ως υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, να απαντήσουν σχετικά με τον χρόνο αναμονής που απαιτείται, σύμφωνα με την εμπειρία τους, για την παροχή ποιοτικών Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας σε συμβεβλημένη με τον Οργανισμό ιδιωτική κλινική ή ιδιωτικά συμβεβλημένα ιατρικά κέντρα. Οι επιλογές για τον χρόνο αναμονής ήταν οι εξής: 1) την ίδια ημέρα, 2) 1-2 μέρες, 3) 3-5 μέρες, 4) 6-10 μέρες, 5) περισσότερες από 10 ημέρες, 6) περισσότερο από 30 ημέρες, και 7) δεν χρησιμοποιώ ή δεν ξέρω/δεν απαντώ. Παρακάτω δίνονται οι απαντήσεις που πήραμε.

*7.1 Ιατρική Επίσκεψη σε Ιατρό σε Ιδιωτική Κλινική ή Ιατρικό Κέντρο*

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει το χρονικό διάστημα αναμονής για ιατρική επίσκεψη σε ιατρό σε ιδιωτική κλινική ή ιατρικό κέντρο, όπως αναφέρθηκε από τους ερωτηθέντες. Το 15,3% των ερωτηθέντων κατάφερε να κλείσει ραντεβού και να δει τον ιατρό την ίδια μέρα, ενώ το 22,8% μπόρεσε να εξυπηρετηθεί μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 15,5% ανέφερε αναμονή

3-5 ημερών, και το 5,6% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 4,9% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 3,1% περίμενε περισσότερο από 30 μέρες. Ένα σημαντικό ποσοστό, 32,9%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί ιατρικές υπηρεσίες σε ιδιωτικές κλινικές ή ιατρικά κέντρα ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν σχετικά γρήγορη πρόσβαση σε ιατρούς ιδιωτικών κλινικών, ενώ υπάρχει ένα αξιοσημείωτο ποσοστό που δεν χρησιμοποιεί αυτές τις υπηρεσίες.

**Ιατρική Επίσκεψη σε Ιατρό σε Ιδιωτική Κλινική ή Ιατρικό Κέντρο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 195 | 15,3 | 15,3 | 15,3 |
| | 1 - 2 μέρες | 291 | 22,8 | 22,8 | 38,0 |
| | 3 - 5 μέρες | 198 | 15,5 | 15,5 | 53,5 |
| | 6 - 10 μέρες | 72 | 5,6 | 5,6 | 59,2 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 63 | 4,9 | 4,9 | 64,1 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 39 | 3,1 | 3,1 | 67,1 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 420 | 32,9 | 32,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.30.1: Ιατρική Επίσκεψη σε Ιατρό σε Ιδιωτική Κλινική η Ιατρικό Κέντρο*

## *7.2 Διαγνωστικές- Παρακλινικές Εξετάσεις σε Ιδιωτική Κλινική ή Ιατρικό Κέντρο*

Το 13,4% των ερωτηθέντων κατάφερε να πραγματοποιήσει διαγνωστικές – παρακλινικές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική ή ιατρικό κέντρο την ίδια μέρα, ενώ το 24,2% εξυπηρετήθηκε μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 16,7% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών, και το 4,5% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 5,6% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 4,9% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Ένα σημαντικό ποσοστό, 30,8%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί αυτές τις εξετάσεις σε ιδιωτικές κλινικές ή ιατρικά κέντρα ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν σχετικά γρήγορη πρόσβαση σε διαγνωστικές εξετάσεις και σε ιδιωτικά ιατρικά κέντρα, ενώ ένας αξιοσημείωτος αριθμός δεν χρησιμοποιεί αυτές τις υπηρεσίες.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Διαγνωστικές- Παρακλινικές Εξετάσεις σε Ιδιωτική Κλινική ή Ιατρικό Κέντρο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 171 | 13,4 | 13,4 | 13,4 |
| | 1 - 2 μέρες | 309 | 24,2 | 24,2 | 37,6 |
| | 3 - 5 μέρες | 213 | 16,7 | 16,7 | 54,2 |
| | 6 - 10 μέρες | 57 | 4,5 | 4,5 | 58,7 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 72 | 5,6 | 5,6 | 64,3 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 63 | 4,9 | 4,9 | 69,2 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 393 | 30,8 | 30,8 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.30.2: Διαγνωστικές – Παρακλινικές Εξετάσεις σε Ιδιωτική Κλινική ή Ιατρικό Κέντρο*

## *7.3 Νοσηλεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο*

Το 14,3% των ερωτηθέντων νοσηλεύτηκε σε ιδιωτική κλινική ή σε ιατρικό κέντρο την ίδια μέρα, ενώ το 18,1% βρήκε κρεβάτι μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 12,7% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών και το 4,9% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 4,7% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 2,6% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Ένα μεγάλο ποσοστό, 42,7%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί υπηρεσίες νοσηλείας σε ιδιωτικές κλινικές ή ιατρικά κέντρα ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

**Νοσηλεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 183 | 14,3 | 14,3 | 14,3 |
| | 1 - 2 μέρες | 231 | 18,1 | 18,1 | 32,4 |
| | 3 - 5 μέρες | 162 | 12,7 | 12,7 | 45,1 |
| | 6 - 10 μέρες | 63 | 4,9 | 4,9 | 50,0 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 60 | 4,7 | 4,7 | 54,7 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 33 | 2,6 | 2,6 | 57,3 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 546 | 42,7 | 42,7 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.30.3: Νοσηλεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *7.4 Χειρουργεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο*

Το 8,9% των ερωτηθέντων κατάφερε να πραγματοποιήσει χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική ή σε ιατρικό κέντρο την ίδια μέρα, ενώ το 17,6% μπόρεσε να κάνει χειρουργείο μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 14,3% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών, και το 5,2% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 4,9% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 2,8% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Ένα σημαντικό ποσοστό, 46,2%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί χειρουργικές υπηρεσίες σε ιδιωτικές κλινικές ή ιατρικά κέντρα ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

**Χειρουργεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 114 | 8,9 | 8,9 | 8,9 |
| | 1 - 2 μέρες | 225 | 17,6 | 17,6 | 26,5 |
| | 3 - 5 μέρες | 183 | 14,3 | 14,3 | 40,8 |
| | 6 - 10 μέρες | 66 | 5,2 | 5,2 | 46,0 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 63 | 4,9 | 4,9 | 50,9 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 36 | 2,8 | 2,8 | 53,8 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 591 | 46,2 | 46,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.30.4: Χειρουργεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο*

## *7.5 Θεραπεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο*

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει το χρονικό διάστημα αναμονής για θεραπεία σε ιδιωτική κλινική ή ιατρικό κέντρο, όπως αναφέρθηκε από τους ερωτηθέντες. Το 12,7% των ερωτηθέντων έλαβε θεραπεία την ίδια μέρα, ενώ το 15,0% εξυπηρετήθηκε μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα 12,4% ανέφερε αναμονή 3-5 μέρες, και το 5,4% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 3,8% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 2,6% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Ένα μεγάλο ποσοστό, 48,1%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί θεραπευτικές υπηρεσίες σε ιδιωτικές κλινικές ή ιατρικά κέντρα ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν γρήγορη πρόσβαση σε θεραπείες σε ιδιωτικά ιατρικά κέντρα.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Θεραπεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 162 | 12,7 | 12,7 | 12,7 |
| | 1 - 2 μέρες | 192 | 15,0 | 15,0 | 27,7 |
| | 3 - 5 μέρες | 159 | 12,4 | 12,4 | 40,1 |
| | 6 - 10 μέρες | 69 | 5,4 | 5,4 | 45,5 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 48 | 3,8 | 3,8 | 49,3 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 33 | 2,6 | 2,6 | 51,9 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 615 | 48,1 | 48,1 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.30.5: Θεραπεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο*

## *7.6 Θεραπεία στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιδιωτικού Νεφρολογικού Κέντρου*

Μόνο το 5,4% των ερωτηθέντων κατάφερε να λάβει θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού ιδιωτικού νεφρολογικού κέντρου την ίδια μέρα, ενώ ένα επιπλέον 5,4% εξυπηρετήθηκε μέσα σε 1-2 μέρες. Το 7,3% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών και το 2,8% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 2,8% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, ενώ το 3,1% ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Η συντριπτική πλειοψηφία, δηλαδή το 73,2%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί τη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού σε ιδιωτικό νεφρολογικό κέντρο ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

**Θεραπεία στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιδιωτικού Νεφρολογικού Κέντρου**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 69 | 5,4 | 5,4 | 5,4 |
| | 1 - 2 μέρες | 69 | 5,4 | 5,4 | 10,8 |
| | 3 - 5 μέρες | 93 | 7,3 | 7,3 | 18,1 |
| | 6 - 10 μέρες | 36 | 2,8 | 2,8 | 20,9 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 36 | 2,8 | 2,8 | 23,7 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 39 | 3,1 | 3,1 | 26,8 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 936 | 73,2 | 73,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.30.6: Θεραπεία στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιδιωτικού Νεφρολογικού Κέντρου*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *7.7 Θεραπεία και Νοσηλεία σε Κέντρο Αποκατάστασης*

Το 3,8% των ερωτηθέντων κατάφερε να λάβει θεραπεία και νοσηλεία σε κέντρο αποκατάστασης την ίδια μέρα, ενώ το 6,8% εξυπηρετήθηκε μέσα σε 1-2 μέρες. Ένα επιπλέον 6,8% ανέφερε αναμονή 3-5 ημερών, και το 2,6% χρειάστηκε να περιμένει 6-10 μέρες. Περίπου το 3,3% ανέφερε ότι περίμενε περισσότερες από 10 μέρες, και το ίδιο ποσοστό, 3,3%, ανέφερε αναμονή μεγαλύτερη από 30 μέρες. Η πλειοψηφία, δηλαδή το 73,5%, δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί υπηρεσίες θεραπείας και νοσηλείας σε Κέντρα Αποκατάστασης ή δεν γνωρίζει/δεν απαντά.

**Θεραπεία και Νοσηλεία σε Κέντρο Αποκατάστασης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | την ίδια μέρα | 48 | 3,8 | 3,8 | 3,8 |
| | 1 - 2 μέρες | 87 | 6,8 | 6,8 | 10,6 |
| | 3 - 5 μέρες | 87 | 6,8 | 6,8 | 17,4 |
| | 6 - 10 μέρες | 33 | 2,6 | 2,6 | 20,0 |
| | Περισσότερες από 10 μέρες | 42 | 3,3 | 3,3 | 23,2 |
| | Περισσότερο από 30 μέρες | 42 | 3,3 | 3,3 | 26,5 |
| | Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 939 | 73,5 | 73,5 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.30.7: Θεραπεία και Νοσηλεία σε Κέντρο Αποκατάστασης*

## *8. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα είδη και το ποσοστό κάλυψης του Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού-διαιτητικών σκευασμάτων- φαρμάκων και γενικότερα παροχών σε είδος που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;*

Παρακάτω φαίνεται η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τα είδη και το ποσοστό κάλυψης παροχών σε είδος. Μόνο το 4,5% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο, ενώ το 12,4% αναφέρει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο. Ένα μεγάλο ποσοστό, 43,7%, αξιολογεί την ικανοποίησή του ως μέτρια, ενώ το 16,0% δηλώνει ότι είναι ελάχιστα ικανοποιημένο. Επιπλέον, το 23,5% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει παροχές σε είδος. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες εκφράζουν μέτρια ικανοποίηση από τις παροχές σε είδος.

**Ικανοποίηση από τα είδη και το ποσοστό κάλυψης παροχών σε είδος**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 57 | 4,5 | 4,5 | 4,5 |
| | Πολύ | 159 | 12,4 | 12,4 | 16,9 |
| | Μέτρια | 558 | 43,7 | 43,7 | 60,6 |
| | Ελάχιστα | 204 | 16,0 | 16,0 | 76,5 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει | 300 | 23,5 | 23,5 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.31: Ικανοποίηση από τα είδη και το ποσοστό κάλυψης παροχών σε είδος*

*9. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων στην Συμβεβλημένη Ιδιωτική Κλινική για νοσηλεία, που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;*

Μόνο το 1,9% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων στη συμβεβλημένη κλινική για νοσηλεία που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ, και το 4,9% αναφέρει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο. Το 26,5% αξιολογεί την ικανοποίησή του ως μέτρια. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό, 37,1%, δηλώνει ότι είναι ελάχιστα ικανοποιημένο από το ποσοστό κάλυψης, ενώ το 29,6% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες νοσηλείας σε συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι είτε ελάχιστα ικανοποιημένη είτε δεν έχει εμπειρία από αυτές τις υπηρεσίες, με λιγοστούς να εκφράζουν μέτρια ή υψηλή ικανοποίηση.

**Ικανοποίηση από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων νοσηλείας στη συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 24 | 1,9 | 1,9 | 1,9 |
| | Πολύ | 63 | 4,9 | 4,9 | 6,8 |
| | Μέτρια | 339 | 26,5 | 26,5 | 33,3 |
| | Ελάχιστα | 474 | 37,1 | 37,1 | 70,4 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει | 378 | 29,6 | 29,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.32: Ικανοποίηση από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων νοσηλείας στη συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική*

*10. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων χειρουργείου στην Συμβεβλημένη Ιδιωτική Κλινική, που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;*

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων χειρουργείου σε συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική. Μόνο το 2,1% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο, ενώ το 4,2% αναφέρει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο. Το 20,4% αξιολογεί την ικανοποίησή του ως μέτρια. Ένα μεγαλύτερο ποσοστό, 40,1%, δηλώνει ότι είναι ελάχιστα ικανοποιημένο από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων χειρουργείου σε συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική με τον ΕΟΠΥΥ. Τέλος, το 33,1% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι δεν έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες χειρουργείου σε συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είτε είναι ελάχιστα ικανοποιημένη είτε δεν έχει εμπειρία από αυτές τις υπηρεσίες, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό εκφράζει μέτρια ή υψηλή ικανοποίηση.

**Ικανοποίηση από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων του χειρουργείου στη συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 27 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| | Πολύ | 54 | 4,2 | 4,2 | 6,3 |
| | Μέτρια | 261 | 20,4 | 20,4 | 26,8 |
| | Ελάχιστα | 513 | 40,1 | 40,1 | 66,9 |
| | Δεν έχω χρησιμοποιήσει | 423 | 33,1 | 33,1 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.33: Ικανοποίηση από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων του χειρουργείου στη συμβεβλημένη ιδιωτική κλινική*

*11. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τον τρόπο που σας αντιμετωπίζουν στις Υπηρεσίες Υγείας;*

Περίπου το 7,3% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο από τον τρόπο που τους αντιμετωπίζουν στις υπηρεσίες υγείας, ενώ το 19,5% αναφέρει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο. Η πλειοψηφία, δηλαδή το 45,8%, αξιολογεί την ικανοποίησή του ως μέτρια. Ένα 18,3% δηλώνει ότι είναι λίγο ικανοποιημένο, ενώ το 9,2% αναφέρει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες εκφράζουν μέτρια ικανοποίηση από τον τρόπο αντιμετώπισης στις υπηρεσίες υγείας.

**Ικανοποίηση από τον τρόπο αντιμετώπισης στις υπηρεσίες υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 93 | 7,3 | 7,3 | 7,3 |
| | Πολύ | 249 | 19,5 | 19,5 | 26,8 |
| | Μέτρια | 585 | 45,8 | 45,8 | 72,5 |
| | Λίγο | 234 | 18,3 | 18,3 | 90,8 |
| | Καθόλου | 117 | 9,2 | 9,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.34: Ικανοποίηση από τον τρόπο αντιμετώπισης στις υπηρεσίες υγείας*

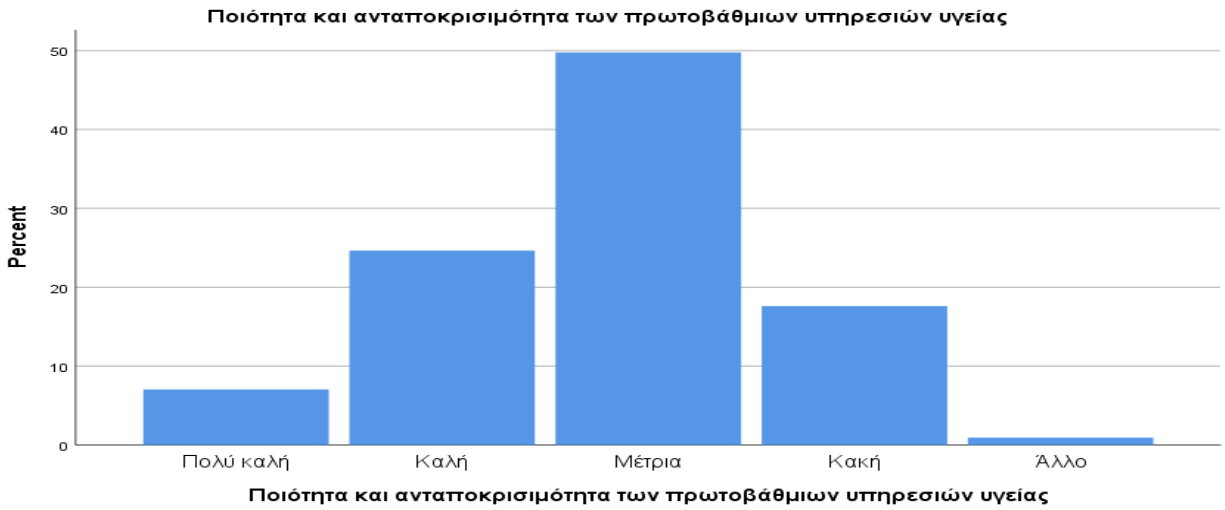
*12. Γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας;*

Ο πίνακας αναφέρεται στην αξιολόγηση της ποιότητας και ανταποκρισιμότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από τους ερωτηθέντες. Μόνο το 7,0% των ερωτηθέντων αξιολογεί τις υπηρεσίες ως πολύ καλές, ενώ το 24,6% τις θεωρεί καλές. Η πλειοψηφία, δηλαδή το 49,8%, αξιολογεί την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα ως μέτρια. Ένα σημαντικό ποσοστό, 17,6%, δηλώνει ότι οι υπηρεσίες είναι κακές, και ένα μικρό ποσοστό, 0,9%, επέλεξε την κατηγορία "Άλλο" με αιτιολόγηση δεν ξέρω/ δεν χρησιμοποιώ. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν μέτρια άποψη για την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, με έναν σημαντικό αριθμό να τις θεωρεί κακές και λιγότερους να εκφράζουν θετική άποψη.

**Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 90 | 7,0 | 7,0 | 7,0 |
| | Καλή | 315 | 24,6 | 24,6 | 31,7 |
| | Μέτρια | 636 | 49,8 | 49,8 | 81,5 |
| | Κακή | 225 | 17,6 | 17,6 | 99,1 |
| | Άλλο | 12 | ,9 | ,9 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.35: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*




*Γράφημα 8.5: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

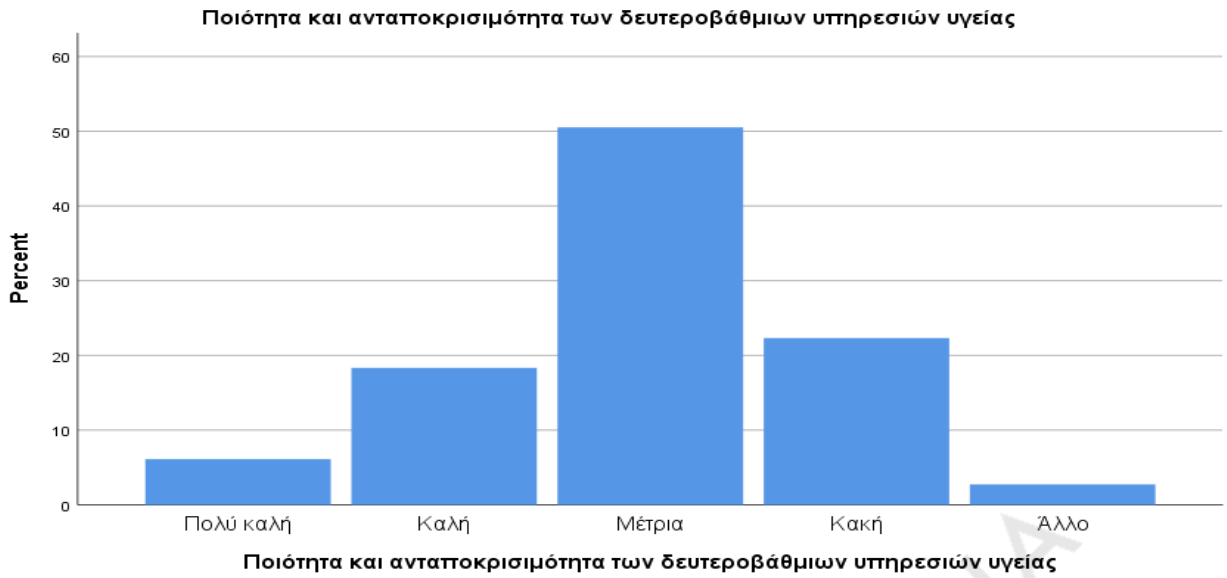
*13. Γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;*

Ο πίνακας παρουσιάζει την αξιολόγηση της ποιότητας και ανταποκρισιμότητας των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας από τους ερωτηθέντες. Μόνο το 6,1% των ερωτηθέντων αξιολογεί τις υπηρεσίες ως πολύ καλές, ενώ το 18,3% τις θεωρεί καλές. Η πλειοψηφία, δηλαδή το 50,5%, αξιολογεί την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα ως μέτρια. Ένα σημαντικό ποσοστό, 22,3%, δηλώνει ότι οι υπηρεσίες είναι κακές, και ένα μικρό ποσοστό, 2,7%, επέλεξε την κατηγορία "Άλλο" δηλαδή απάντησαν δεν ξέρω/ δεν χρησιμοποιώ. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες έχουν μέτρια άποψη για την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

**Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 78 | 6,1 | 6,1 | 6,1 |
| | Καλή | 234 | 18,3 | 18,3 | 24,4 |
| | Μέτρια | 645 | 50,5 | 50,5 | 74,9 |
| | Κακή | 285 | 22,3 | 22,3 | 97,3 |
| | Άλλο | 35 | 2,7 | 2,7 | 100,0 |
| | Total | 1277 | 99,9 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,1 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.36: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*




*Γράφημα 8.6: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

*Δ. Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

*1. Με βάσει την ιδιότητα σας ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), είστε ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;*

Ένα σημαντικό ποσοστό, 31,5%, δηλώνει ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ενώ το 43,7% αναφέρει ότι είναι πολύ ικανοποιημένο. Συνολικά, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (75,2%) εκφράζει υψηλή ικανοποίηση από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ένα 18,8% δηλώνει μέτρια ικανοποίηση, ενώ μόνο το 4,7% είναι ελάχιστα ικανοποιημένο. Ένα μικρό ποσοστό, 1,3%, επέλεξε την κατηγορία "Άλλο" με επεξήγηση ότι δεν γνωρίζει ή δεν χρησιμοποιεί. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες είναι ικανοποιημένοι με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με λίγους να εκφράζουν χαμηλή ικανοποίηση ή να επιλέγουν άλλες κατηγορίες.

**Ικανοποίηση από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 402 | 31,5 | 31,5 | 31,5 |
| | Πολύ | 558 | 43,7 | 43,7 | 75,2 |
| | Μέτρια | 240 | 18,8 | 18,8 | 94,0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Ελάχιστα | 60 | 4,7 | 4,7 | 98,7 |
| | Άλλο | 17 | 1,3 | 1,3 | 100,0 |
| | Total | 1277 | 99,9 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,1 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.37: Ικανοποίηση από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφηση*

*2. Μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχετε πιο εύκολη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και στις παροχές από τον ΕΟΠΥΥ;*

Ο πίνακας παρουσιάζει την αξιολόγηση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας και στις παροχές του ΕΟΠΥΥ μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τους ερωτηθέντες. Το 21,4% δηλώνει ότι έχει πάρα πολύ καλή προσβασιμότητα, ενώ το 41,1% αναφέρει ότι η προσβασιμότητα είναι πολύ καλή. Συνολικά, το 62,5% των ερωτηθέντων εκφράζει υψηλή ικανοποίηση για την διευκόλυνση στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και στις παροχές του ΕΟΠΥΥ μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Ένα 25,8% αξιολογεί την προσβασιμότητα ως μέτρια, ενώ το 10,1% δηλώνει ότι είναι ελάχιστα ικανοποιημένο. Ένα μικρό ποσοστό, 1,6%, επέλεξε την κατηγορία "Άλλο" με απαντήσεις δεν ξέρω ή δεν χρησιμοποιώ.

**Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και στις παροχές του ΕΟΠΥΥ μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 273 | 21,4 | 21,4 | 21,4 |
| | Πολύ | 525 | 41,1 | 41,1 | 62,5 |
| | Μέτρια | 330 | 25,8 | 25,8 | 88,3 |
| | Ελάχιστα | 129 | 10,1 | 10,1 | 98,4 |
| | Άλλο | 20 | 1,6 | 1,6 | 100,0 |
| | Total | 1277 | 99,9 | 100,0 | |
| Missing | System | 1 | ,1 | | |
| Total. | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8. 38: Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και στις παροχές του ΕΟΠΥΥ μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

*3. Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχει επιτευχθεί μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και συνεπώς και των δαπανών υγείας;*

Παρακάτω αναλύονται οι απόψεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των δαπανών υγείας μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το 21,6% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι η μείωση που έχει επιτευχθεί είναι πάρα πολύ σημαντική, ενώ το 36,2% θεωρεί ότι η μείωση είναι πολύ σημαντική. Συνολικά, το 57,7% των ερωτηθέντων εκφράζει θετική άποψη για τη μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των δαπανών υγείας. Ένα 22,1% αξιολογεί τη μείωση ως μέτρια, ενώ το 12,0% δηλώνει ότι είναι ελάχιστα σημαντική. Ένα ποσοστό 8,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά σχετικά με το θέμα. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες πιστεύουν ότι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχει συμβάλει σημαντικά στη μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των σχετικών δαπανών υγείας.

**Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των δαπανών μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 276 | 21,6 | 21,6 | 21,6 |
| | Πολύ | 462 | 36,2 | 36,2 | 57,7 |
| | Μέτρια | 282 | 22,1 | 22,1 | 79,8 |
| | Ελάχιστα | 153 | 12,0 | 12,0 | 91,8 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 105 | 8,2 | 8,2 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.39: Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των δαπανών μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

*4. Με τον μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με τον Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές; Δώστε μία σύντομη απάντηση. (Ναι διότι...../ Όχι διότι.....)*

Από τους 1278 συμμετέχοντες-οι 138 απαντήσεις δεν είναι αξιολογήσιμες συνεπώς, το 100% αντιστοιχεί σε 1140 απαντήσεις ερωτώμενων.

Το 69,2% αντιστοιχεί σε 789 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι με το μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με το Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης- στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές.

Το 28,4% αντιστοιχεί σε 324 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι με τον μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με το Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στο μέλλον- δεν θα αλλάξει κάτι και δεν υπάρχει περίπτωση να έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές.

Το 2,4% αντιστοιχεί σε 27 απαντήσεις ερωτώμενων ευελπιστούν ότι με την εισαγωγή του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με το Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης- στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές.

Οι ασφαλισμένοι και οι υπάλληλοι του Οργανισμού πιστεύουν ότι με την εισαγωγή του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με το Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης- στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές διότι:

- Με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θα υπάρχει διαφάνεια και συνεπώς θα μειωθούν οι υγειονομικές σπατάλες και οι άσκοπες συνταγογραφήσεις- σε αυτό θα βοηθήσουν και οι κόφτες του συστήματος και θα οδηγηθούμε σε ένα νέο-εκσυγχρονισμένο σύστημα Υγείας με περισσότερες παροχές
- Με την εισαγωγή του Φακέλου Υγείας θα επιτευχθεί η διαφάνεια στο ιστορικό του κάθε ασθενούς και δεν θα μπορεί ο κάθε ιατρός να συνταγογραφεί στο ιστορικό του ασθενούς άσκοπες- επιπρόσθετες εξετάσεις ή φάρμακα που δεν το απαιτεί η κατάσταση της υγείας του.

Οι ασφαλισμένοι και οι υπάλληλοι του Οργανισμού δεν πιστεύουν ότι με την εισαγωγή όλων των προαναφερόμενων καινοτομιών για την Υγεία-στο μέλλον ότι θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές διότι:

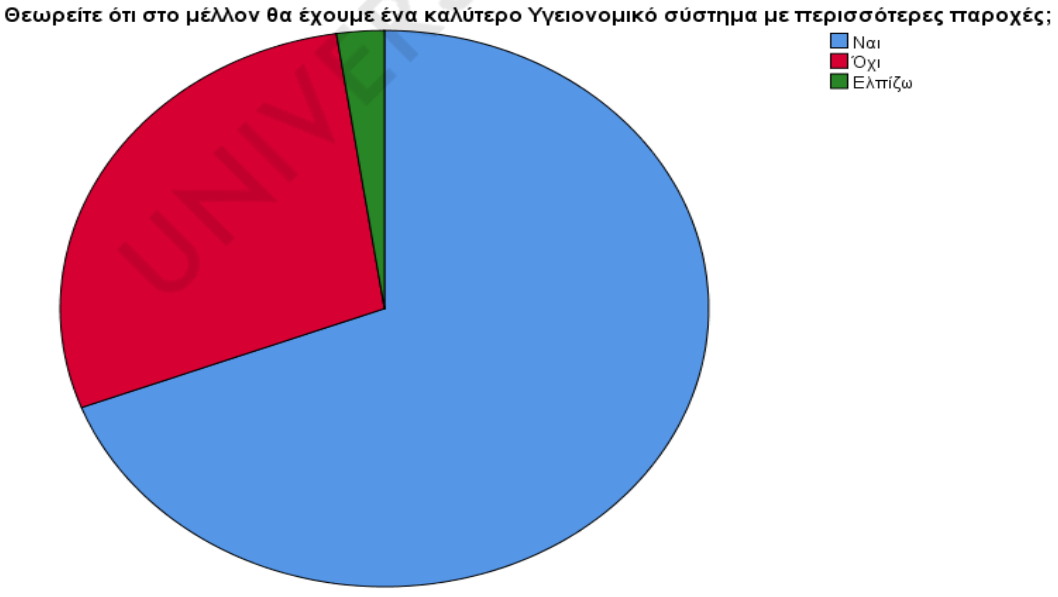
- Δεν σχετίζεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και ο Φάκελος Υγείας με τις υγειονομικές δαπάνες και παροχές

- Διότι δεν πρόκειται ο ΑΜΚΑ, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ή ο Φάκελος Υγείας να αυξήσουν τις παροχές-αν δεν αλλάξει ο ετήσιος κρατικός προϋπολογισμός για την υγεία και δεν νοιαστούν πραγματικά οι κυβερνώντες για τον ασφαλισμένο- για τον ασθενή.
- Για ένα καλύτερο Υγειονομικό Σύστημα με περισσότερες παροχές- θα πρέπει να διατεθούν περισσότεροι πόροι από τον ΕΟΠΥΥ, να δοθούν κίνητρα στους ιατρούς για να προβούν σε συμβάσεις με τον Οργανισμό, να ελέγχονται συστηματικά οι δαπάνες των συμβεβλημένων ιδιωτικών εργαστηρίων και των κλινικών, να ενισχυθεί από το Κράτος τόσο η Δημόσια Πρωτοβάθμια Υγεία όσο και η Δευτεροβάθμια Δημόσια υγεία, δηλαδή τα Κέντρα Υγείας καθώς και τα Νοσοκομεία.

**Θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές;**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ναι | 789 | 61,7 | 69,2 | 69,2 |
| | Όχι | 324 | 25,4 | 28,4 | 97,6 |
| | Ελπίζω | 27 | 2,1 | 2,4 | 100,0 |
| | Total | 1140 | 89,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 138 | 10,8 | | |
| Total | | 1278 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.40: Θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές;*




*Διάγραμμα 8.3: Θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές*

UNIVERSITY of NICOSIA

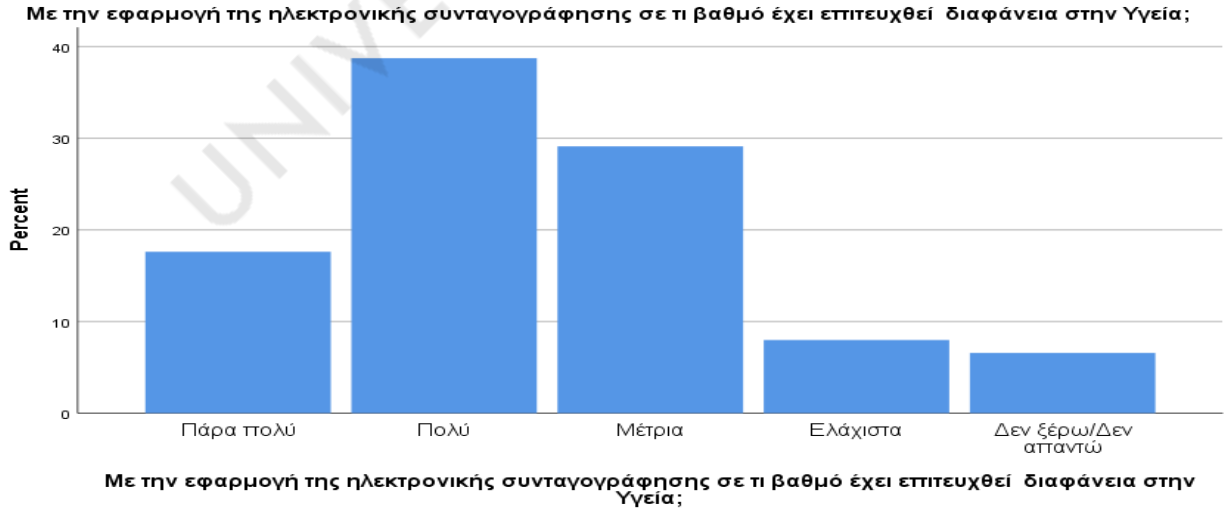
*5. Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;*

Το 17,6% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι έχει επιτευχθεί πάρα πολύ διαφάνεια με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, ενώ το 38,7% θεωρεί ότι η διαφάνεια έχει αυξηθεί πολύ. Συνολικά, το 56,3% των ερωτηθέντων εκφράζει θετική άποψη για την αύξηση της διαφάνειας. Ένα ποσοστό 29,1% αξιολογεί τη διαφάνεια ως μέτρια, ενώ το 8,0% πιστεύει ότι έχει επιτευχθεί ελάχιστη διαφάνεια. Τέλος, το 6,6% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι δεν ξέρει ή δεν απαντά. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες θεωρούν ότι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και γενικότερα η εισαγωγή της τεχνολογίας στον νευραλγικό χώρο της υγείας έχει συμβάλει σημαντικά στην αύξηση της διαφάνειας στην υγεία, ενώ λιγότεροι εκφράζουν μέτρια ή χαμηλή ικανοποίηση από αυτή την αλλαγή.

**Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 225 | 17,6 | 17,6 | 17,6 |
| | Πολύ | 495 | 38,7 | 38,7 | 56,3 |
| | Μέτρια | 372 | 29,1 | 29,1 | 85,4 |
| | Ελάχιστα | 102 | 8,0 | 8,0 | 93,4 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 84 | 6,6 | 6,6 | 100,0 |
| | Total | 1278 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.41: Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;*




*Γράφημα 8.7: Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;*

UNIVERSITY of NICOSIA

## 8.1.2 Στατιστικά αποτελέσματα του ερωτηματολογίου των παρόχων υγείας

*Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων*

### *1. Φύλλο*

Η πλειοψηφία αυτών που απάντησαν ήταν γυναίκες, με ποσοστό 50,3%. Οι άνδρες αποτελούν το 49,0% των συμμετεχόντων. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, 0,7%, επέλεξε να μην αποκαλύψει το φύλο του. Ο πίνακας δείχνει μια σχεδόν ισομερή κατανομή φύλου μεταξύ των ανδρών και των γυναικών με ελαφρώς περισσότερες γυναίκες.

**Φύλο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Άνδρας | 355 | 49,0 | 49,0 | 49,0 |
| | Γυναίκα | 365 | 50,3 | 50,3 | 99,3 |
| | Δεν επιθυμώ να απαντήσω | 5 | ,7 | ,7 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας8.42: Φύλο*

### *2. Ηλικία*

Η πλειοψηφία αυτών που απάντησανν είναι ηλικίας 36-45 ετών, με ποσοστό 37,9%. Η δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα είναι οι ηλικίες 46-55 ετών, με ποσοστό 36,6%. Οι ηλικιακές ομάδες 25-35 και 56-65 καλύπτουν μικρότερα ποσοστά, 12,4% και 11,7% αντίστοιχα. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, 1,4%, είναι άτομα ηλικίας 66 και άνω. Ο πίνακας δείχνει ότι οι περισσότερες απαντήσεις προέρχονται από άτομα μεταξύ 36 και 55 ετών.

**Ηλικία**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | 25 – 35 | 90 | 12,4 | 12,4 | 12,4 |
| | 36 – 45 | 275 | 37,9 | 37,9 | 50,3 |
| | 46 – 55 | 265 | 36,6 | 36,6 | 86,9 |
| | 56 – 65 | 85 | 11,7 | 11,7 | 98,6 |
| | 66 και άνω | 10 | 1,4 | 1,4 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.43: Ηλικία*

### *3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;*

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι, με ποσοστό 66,2%. Οι άγαμοι αποτελούν το 17,2% των συμμετεχόντων. Οι διαζευγμένοι αποτελούν το 15,2% των συμμετεχόντων. Ένα πολύ μικρό ποσοστό, 0,7%, είναι χήροι και επίσης 0,7% των συμμετεχόντων επέλεξαν να μην προσδιορίσουν την οικογενειακή τους κατάσταση. Ο πίνακας δείχνει ότι η μεγαλύτερη κατηγορία είναι οι έγγαμοι, ακολουθούμενοι από τους άγαμους και τους διαζευγμένους.

**Οικογενειακή κατάσταση**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Άγαμος/η | 125 | 17,2 | 17,2 | 17,2 |
| | Έγγαμος/η | 480 | 66,2 | 66,2 | 83,4 |
| | Διαζευγμένος/η | 110 | 15,2 | 15,2 | 98,6 |
| | Χήρος/α | 5 | ,7 | ,7 | 99,3 |
| | Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω | 5 | ,7 | ,7 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.44: Οικογενειακή κατάσταση*

### *4. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσής σας;*

Ο πίνακας παρουσιάζει το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα. Συνολικά, συμμετείχαν 725 άτομα. Οι κατηγορίες του εκπαιδευτικού επιπέδου περιλαμβάνουν απόφοιτους Λυκείου, πτυχιούχους Δημόσιου ή Ιδιωτικού ΙΕΚ, πτυχιούχους Τ.Ε.Ι., πτυχιούχους Α.Ε.Ι., κατόχους Μεταπτυχιακού διπλώματος και κατόχους Διδακτορικού διπλώματος.

- **Απόφοιτος Λυκείου**: Μόλις 5 συμμετέχοντες (0,7%) είναι απόφοιτοι Λυκείου. Αυτή αποτελεί την μικρότερη κατηγορία στον πίνακα.
- **Πτυχιούχος Δημόσιου ή Ιδιωτικού ΙΕΚ**: 35 άτομα (4,8%) έχουν πτυχίο από Δημόσιο ή Ιδιωτικό ΙΕΚ. Ποσοστό το οποίο αντιπροσωπεύει λίγο λιγότερο από το 5% του δείγματος.
- **Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.**: 175 άτομα (24,1%) είναι πτυχιούχοι Τ.Ε.Ι., συνεπώς- σχεδόν το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων έχει πτυχίο Τ.Ε.Ι.

- **Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.**: 280 άτομα (38,6%) είναι πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες.
- **Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος**: 170 άτομα (23,4%) κατέχουν μεταπτυχιακό δίπλωμα. Σχεδόν το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων έχει ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές.
- **Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος**: 60 άτομα (8,3%) κατέχουν διδακτορικό δίπλωμα.

Συνολικά, ο πίνακας δείχνει ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έχει ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, με την πλειοψηφία να είναι πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. (38,6%), ακολουθούμενοι από κατόχους Μεταπτυχιακού διπλώματος (23,4%) και πτυχιούχους Τ.Ε.Ι. (24,1%), καθώς και κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος (8,3%), συνεπώς το 94,5% των συμμετεχόντων έχει ολοκληρώσει τις σπουδές του στην τριτοβάθμια εκπαίδευση- ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (0,7%) είναι απόφοιτοι Λυκείου

**Εκπαίδευση**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Απόφοιτος Λυκείου | 5 | ,7 | ,7 | ,7 |
| | Πτυχιούχος Δημόσιου ή Ιδιωτικού ΙΕΚ | 35 | 4,8 | 4,8 | 5,5 |
| | Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι. | 175 | 24,1 | 24,1 | 29,7 |
| | Πτυχιούχος Α.Ε.Ι. | 280 | 38,6 | 38,6 | 68,3 |
| | Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος | 170 | 23,4 | 23,4 | 91,7 |
| | Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος | 60 | 8,3 | 8,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.45: Εκπαίδευση*

*5. Ποια είναι η ιδιότητά σας;*

- **Ιατροί**: Η μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα, με περισσότερους από το 1/3 των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα με ποσοστό 32,4%.
- **Φαρμακοποιοί**: Περίπου το 1/4 των συμμετεχόντων, με ποσοστό 23,4%.
- **Φυσιοθεραπευτές**: Περίπου το 1/6 των συμμετεχόντων, με ποσοστό 15,9%.
- **Νοσηλευτές/τριες**: Λίγο περισσότεροι από το 1/10 των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα με ποσοστό 11%.

- **Εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγοι, διοικητές υγείας, προμηθευτές και ιατροτεχνολογικό προσωπικό**: Κάθε κατηγορία καλύπτει μικρότερα ποσοστά, λιγότερα από το 5% των συμμετεχόντων.

**Ιδιότητα**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Φαρμακοποιός | 170 | 23,4 | 23,4 | 23,4 |
| | Ιατρός | 235 | 32,4 | 32,4 | 55,9 |
| | Εργοθεραπευτής | 35 | 4,8 | 4,8 | 60,7 |
| | Φυσιοθεραπευτής | 115 | 15,9 | 15,9 | 76,6 |
| | Λογοθεραπευτής | 30 | 4,1 | 4,1 | 80,7 |
| | Νοσηλευτλης/τρια | 80 | 11,0 | 11,0 | 91,7 |
| | Ψυχολόγος | 20 | 2,8 | 2,8 | 94,5 |
| | Διοικητής Υγείας | 5 | ,7 | ,7 | 95,2 |
| | Προμηθευτής Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού - Υγειονομικού υλικού | 15 | 2,1 | 2,1 | 97,2 |
| | Ιατροτεχνολογικό προσωπικό | 20 | 2,8 | 2,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.46: Ιδιότητα*

### *6. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο επάγγελμά σας;*

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων- ο μικρότερος αριθμός για τα χρόνια εργασίας είναι ο ένας χρόνος και ο μεγαλύτερος τα 40 χρόνια. Ο μέσος χρόνος εργασίας είναι τα 18,52 χρόνια.

**Statistics**

Χρόνια εργασίας

| | | |
|---|---|---|
| N | Valid | 725 |
| | Missing | 0 |
| Mean | | 18,52 |
| Minimum | | 1 |
| Maximum | | 40 |

*Πίνακας 8.47: Statistics – Χρόνια εργασίας*

Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει 16-20 χρόνια εργασιακής εμπειρίας (25,5%). Ένα σημαντικό ποσοστό (19,3%) έχει εργαστεί 11-15 χρόνια. Υπάρχει μια σταδιακή μείωση των ποσοστών καθώς αυξάνουν τα χρόνια εργασίας πέρα από τα 20 χρόνια.

**Χρόνια εργασίας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Έως 5 χρόνια | 55 | 7,6 | 7,6 | 7,6 |
| | 6 - 10 χρόνια | 80 | 11,0 | 11,0 | 18,6 |
| | 11 - 15 χρόνια | 140 | 19,3 | 19,3 | 37,9 |
| | 16 - 20 χρόνια | 185 | 25,5 | 25,5 | 63,4 |
| | 21 - 25 χρόνια | 125 | 17,2 | 17,2 | 80,7 |
| | 26 - 30 χρόνια | 70 | 9,7,, | 9,7 | 90,3 |
| | 31 - 35 χρόνια | 40 | 5,5 | 5,5 | 95,9 |
| | 36 - 40 χρόνια | 30 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.48: Χρόνια εργασίας*

### *7. Είστε ιδιώτης πάροχος υπηρεσιών υγείας ή διορισμένος στον Δημόσιο τομέα;*

Ο πίνακας παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με τον τύπο παρόχου υπηρεσιών υγείας στον οποίο ανήκουν. Οι κατηγορίες περιλαμβάνουν διορισμένους σε δημόσιες δομές υγείας και ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας.

- **Διορισμένος σε Δημόσια Δομή Υγείας**: 190 άτομα (26,2%) δήλωσαν ότι είναι διορισμένοι σε δημόσιες δομές υγείας, ποσοστό το οποίο σημαίνει ότι λίγο περισσότερο από το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων εργάζονται σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας.
- **Ιδιώτης πάροχος Υπηρεσιών Υγείας**: 535 άτομα (73,8%) είναι ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών υγείας, ποσοστό το οποίο αντιπροσωπεύει τη μεγάλη πλειοψηφία των συμμετεχόντων, με περισσότερο από τα δύο τρίτα να εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα.

**Ιδιώτης ή Δημόσιος πάροχος**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Διορισμένος σε Δημόσια Δομή Υγείας | 190 | 26,2 | 26,2 | 26,2 |
| | Ιδιώτης πάροχος Υπηρεσιών Υγείας | 535 | 73,8 | 73,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.49: Ιδιώτης ή Δημόσιος πάροχος*

*8. Αν είστε ιδιώτης πάροχος Υπηρεσιών Υγείας παρακαλώ απαντήστε εάν είστε συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ.*

Από τους παρόχους που είναι ιδιώτες, κάποιοι είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και κάποιοι όχι.

Συνολικά, από τους συμμετέχοντες που είναι ιδιώτες πάροχοι υγείας, περισσότεροι από τους μισούς (60,0%) είναι ιδιώτες συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το υπόλοιπο 40,0% είναι ιδιώτες μη συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ.

**Συμβεβλημένος με ΕΟΠΥΥ**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Ιδιώτης συμβεβλημένος με ΕΟΠΥΥ | 330 | 45,5 | 60,0 | 60,0 |
| | Ιδιώτης μη συμβεβλημένος | 220 | 30,3 | 40,0 | 100,0 |
| | Total | 550 | 75,9 | 100,0 | |
| Missing | System | 175 | 24,1 | | |
| Total | | 725 | 100,0 | | |

*Πίνακας8.50: Συμβεβλημένος με ΕΟΠΥΥ*

*9. Αν είστε διορισμένος σε Δημόσια Δομή Υγείας, παρακαλώ αναφέρετε σε ποιο Φορέα του Δημοσίου εργάζεσθε.*

Από τους 725 συμμετέχοντες μόνο οι 190 είναι υγειονομικοί υπάλληλοι και υπηρετούν σε δημόσια δομή υγείας- συνεπώς το 100% αντιστοιχεί σε 190 απαντήσεις ερωτώμενων.

Το 63,6% αντιστοιχεί σε 120 απαντήσεις παρόχων υγείας οι οποίοι εργάζονται σε Νοσοκομεία-Στρατιωτικά νοσοκομεία και είναι γιατροί, νοσηλευτές και φαρμακοποιοί, ανήκουν δηλαδή στο προσωπικό του Δημοσίου για την παροχή Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Το 21,1% αντιστοιχεί σε 40 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι εργάζονται σε Κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία, είναι κυρίως γιατροί και νοσηλεύτριες για την παροχή Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Το 7,9% αντιστοιχεί σε 15 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι ανήκουν στο προσωπικό των Δήμων και εργάζονται στις κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου είναι κυρίως νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγοι. Το 7,9% αντιστοιχεί σε 15 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι είναι Υπάλληλοι του Υπουργείου Παιδείας , εργάζονται κυρίως σε υπηρεσίες διαγνωστικές σχετικά με μαθησιακές δυσκολίες και παρεκκλίνουσα συμπεριφορά των μαθητών καθώς και σε ειδικά

σχολεία και κυρίως είναι ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και φυσιοθεραπευτές καθώς και κοινωνικοί φροντιστές.

**Δημόσια Δομή**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Νοσοκομεία - Στρατιωτικά νοσοκομεία | 120 | 16,6 | 63,2 | 63,2 |
| | Κέντρα υγείας - Αγροτικά ιατρεία | 40 | 5,5 | 21,1 | 84,2 |
| | Δήμοι | 15 | 2,1 | 7,9 | 92,1 |
| | Υπάλληλοι Υπουργείου Παιδείας | 15 | 2,1 | 7,9 | 100,0 |
| | Total | 190 | 26,2 | 100,0 | |
| Missing | System | 535 | 73,8 | | |
| Total | | 725 | 100,0 | | |

*Πίνακας 8.51: Δημόσια Δομή*

*Β. Δαπάνες υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

*1. Με βάσει την Ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), βαθμολογείστε τις δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (1=Πάρα πολλές, 2=Πολλές, 3=Αρκετές, 4=Λίγες, 5=Δεν ξέρω/Δεν απαντώ)*

Το Cronbach's Alpha (Tavakol & Dennick, 2011) είναι ένα μέτρο αξιοπιστίας που χρησιμοποιείται για να αξιολογήσει το πόσο συσχετισμένα είναι τα στοιχεία ενός ερωτηματολογίου ή ενός συνόλου κλίμακας μέτρησης. Ένα Cronbach's Alpha κοντά στο 1 υποδεικνύει υψηλή εσωτερική συνοχή των στοιχείων, προτείνοντας ότι όλα τα στοιχεία μετρούν την ίδια έννοια ή την ίδια υπόθεση.

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|---|---|---|
| ,837 | ,838 | 6 |

*Πίνακας 8.52: Reliability Statistics*

Εδώ, το αποτέλεσμα 0,837 (και 0,838 βασισμένο σε σταθμισμένα στοιχεία) υποδεικνύει ότι τα στοιχεία του μέτρου είναι αρκετά συσχετισμένα μεταξύ τους, έχοντας υψηλή εσωτερική

συνοχή. Αυτό σημαίνει ότι η κλίμακα είναι πιθανό να μετράει με αξιοπιστία το χαρακτηριστικό που επιδιώκει να μετρήσει.

### *1.1 Επίσκεψη σε ιατρό*

Συνολικά, περισσότεροι από το ένα τρίτο αυτών που απάντησαν (37,9%) πιστεύουν ότι πάρα πολλές, πολλές ή αρκετές δαπάνες σχετικά με επίσκεψη σε συμβεβλημένο ιατρό καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ. Η πλειοψηφία (53,1%) πιστεύει ότι λίγες δαπάνες που σχετίζονται με την επίσκεψη σε ιατρό καλύπτονται, ενώ ένα μικρό ποσοστό (9,0%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά.

Αυτό υποδεικνύει μια γενική αντίληψη μεταξύ των συμμετεχόντων ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει περιορισμένες δαπάνες για επισκέψεις σε ιατρό σε πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες - Επίσκεψη σε ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 55 | 7,6 | 7,6 | 7,6 |
| | Πολλές | 80 | 11,0 | 11,0 | 18,6 |
| | Αρκετές | 140 | 19,3 | 19,3 | 37,9 |
| | Λίγες | 385 | 53,1 | 53,1 | 91,0 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 65 | 9,0 | 9,0 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.52.1: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε ιατρό*

### *1.2 Παρακλινικές εξετάσεις*

Συνολικά, πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες (32,4% + 28,3% = 60,7%) πιστεύουν ότι αρκετές ή πολλές δαπάνες καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για παρακλινικές εξετάσεις, ενώ το 10,3% πιστεύει ότι πάρα πολλές δαπάνες καλύπτονται. Λιγότεροι από το ένα τέταρτο των συμμετεχόντων (21,4%) πιστεύουν ότι λίγες δαπάνες καλύπτονται, και ένα μικρό ποσοστό (7,6%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά. Αυτό υποδεικνύει μια γενική αντίληψη μεταξύ των συμμετεχόντων ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει αρκετές ή πολλές δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Παρακλινικές εξετάσεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 75 | 10,3 | 10,3 | 10,3 |
| | Πολλές | 205 | 28,3 | 28,3 | 38,6 |
| | Αρκετές | 235 | 32,4 | 32,4 | 71,0 |
| | Λίγες | 155 | 21,4 | 21,4 | 92,4 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 55 | 7,6 | 7,6 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.52.2: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εξετάσεις*

## *1.3 Συνταγογράφηση φαρμάκων*

Πάνω από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων (19,3% + 27,6% + 29,7% = 76,6%) πιστεύουν ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει αρκετές ή πολλές δαπάνες για συνταγογράφηση φαρμάκων. Ενώ το 16,6% αναφέρει ότι οι δαπάνες είναι λίγες. Τα αποτελέσματα αυτά προτείνουν ότι υπάρχει ένας μικρός αριθμός συμμετεχόντων που ενδέχεται να αισθάνονται ανησυχία για το επίπεδο κάλυψης των φαρμάκων από τον ΕΟΠΥΥ.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Συνταγογράφηση φαρμάκων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 140 | 19,3 | 19,3 | 19,3 |
| | Πολλές | 200 | 27,6 | 27,6 | 46,9 |
| | Αρκετές | 215 | 29,7 | 29,7 | 76,6 |
| | Λίγες | 120 | 16,6 | 16,6 | 93,1 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 50 | 6,9 | 6,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.52.3: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Συνταγογράφηση φαρμάκων*

## *1.4 Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός*

Λιγότεροι από το 3% των συμμετεχόντων (2,8%) πιστεύουν ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει πάρα πολλές δαπάνες για ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Περίπου ένας στους έξι συμμετέχοντες (17,9%) θεωρεί ότι πολλές δαπάνες καλύπτονται. Περίπου ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες (26,9%) πιστεύει ότι αρκετές δαπάνες καλύπτονται. Περισσότεροι

από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων (38,6%) πιστεύουν ότι λίγες δαπάνες καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ, που είναι η πιο συχνή απάντηση. Περίπου ένας στους επτά συμμετέχοντες (13,8%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά στην ερώτηση.

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι καλύψεις του ΕΟΠΥΥ για ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό είναι περιορισμένες, με πολλούς να εκφράζουν αβεβαιότητα ή έλλειψη πληροφόρησης.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 20 | 2,8 | 2,8 | 2,8 |
| | Πολλές | 130 | 17,9 | 17,9 | 20,7 |
| | Αρκετές | 195 | 26,9 | 26,9 | 47,6 |
| | Λίγες | 280 | 38,6 | 38,6 | 86,2 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 100 | 13,8 | 13,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.52.4: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού*

## *1.5 Ειδικές θεραπείες- φυσιοθεραπείες- λογοθεραπείες- εργοθεραπείες- ψυχοθεραπείες*

Λιγότεροι από το 8% των συμμετεχόντων (7,6%) πιστεύουν ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει πάρα πολλές δαπάνες για ειδικές θεραπείες. Περίπου ένας στους οκτώ συμμετέχοντες (11,7%) θεωρεί ότι πολλές δαπάνες καλύπτονται. Περίπου ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες (24,1%) πιστεύει ότι αρκετές δαπάνες καλύπτονται. Περισσότεροι από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων (44,1%) πιστεύουν ότι λίγες δαπάνες καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ, που είναι η πιο συχνή απάντηση. Περίπου ένας στους οκτώ συμμετέχοντες (12,4%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά στην ερώτηση.

Αυτό δείχνει μια γενική τάση μεταξύ των συμμετεχόντων να θεωρούν ότι οι καλύψεις του ΕΟΠΥΥ για ειδικές θεραπείες είναι περιορισμένες.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Ειδικών θεραπειών**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 55 | 7,6 | 7,6 | 7,6 |
| | Πολλές | 85 | 11,7 | 11,7 | 19,3 |
| | Αρκετές | 175 | 24,1 | 24,1 | 43,4 |
| | Λίγες | 320 | 44,1 | 44,1 | 87,6 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 90 | 12,4 | 12,4 | 100,0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.52.5: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Ειδικών θεραπειών*

### *1.6 Υγειονομικό Υλικό*

Λιγότεροι από το 5% των συμμετεχόντων (4,1%) πιστεύουν ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει πάρα πολλές δαπάνες για υγειονομικό υλικό. Περίπου ένας στους έξι συμμετέχοντες (15,2%) θεωρεί ότι πολλές δαπάνες καλύπτονται. Περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες (30,3%) πιστεύει ότι αρκετές δαπάνες καλύπτονται. Περισσότεροι από το ένα τρίτο των συμμετεχόντων (35,2%) πιστεύουν ότι λίγες δαπάνες καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ, που είναι η πιο συχνή απάντηση. Περίπου ένας στους έξι συμμετέχοντες (15,2%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά στην ερώτηση.

Αυτό δείχνει μια γενική τάση μεταξύ των συμμετεχόντων να θεωρούν ότι οι καλύψεις του ΕΟΠΥΥ για υγειονομικό υλικό είναι περιορισμένες, με πολλούς να εκφράζουν αβεβαιότητα ή έλλειψη πληροφόρησης.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Υγειονομικού υλικού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 30 | 4,1 | 4,1 | 4,1 |
| | Πολλές | 110 | 15,2 | 15,2 | 19,3 |
| | Αρκετές | 220 | 30,3 | 30,3 | 49,7 |
| | Λίγες | 255 | 35,2 | 35,2 | 84,8 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 110 | 15,2 | 15,2 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.52.6: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Υγειονομικού υλικού*

UNIVERSITY of NICOSIA

*2. Κατά την γνώμη σας και σύμφωνα με την θέση που κατέχετε πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων- ασθενών για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας; (Βαθμολογήστε 1=Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, 2=Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής, 3=Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση όσοι ασθενείς διαθέτουν, 4=Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, 5=Δεν ξέρω / Δεν απαντώ)*

Τα στατιστικά αξιοπιστίας που παρέχονται είναι:

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|---|---|---|
| ,824 | ,828 | 6 |

*Πίνακας 8.53: Reliability Statistics*

- Cronbach's Alpha: 0,824
- Cronbach's Alpha Based on Standardized Items: 0,828

Και πάλι, αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή μεταξύ των στοιχείων του μέτρου. Το Cronbach's Alpha κοντά στο 1 υποδεικνύει ότι τα στοιχεία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους, προσφέροντας ένα σταθερό και αξιόπιστο μέτρο για το χαρακτηριστικό που μελετά το μέτρο. Συνεπώς, αυτό το μέτρο φαίνεται να έχει αρκετά υψηλή αξιοπιστία.

*2.1 Επίσκεψη σε ιατρό*

Λιγότεροι από το 8% αυτών που απάντησαν (7,6%) πιστεύουν ότι οι δαπάνες για επίσκεψη σε ιατρό καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες (26,2%) θεωρεί ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή. Περίπου ένας στους έξι συμμετέχοντες (15,2%) πιστεύει ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλιση. Περισσότεροι από το 40% των συμμετεχόντων (42,1%) πιστεύουν ότι οι ασθενείς πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, που είναι

η πιο συχνή απάντηση. Περίπου ένας στους δέκα συμμετέχοντες (9,0%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά στην ερώτηση.

Αυτό δείχνει μια γενική τάση μεταξύ των συμμετεχόντων να θεωρούν ότι οι καλύψεις του ΕΟΠΥΥ για επισκέψεις σε ιατρούς είναι περιορισμένες.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Επίσκεψη σε ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 55 | 7,6 | 7,6 | 7,6 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 190 | 26,2 | 26,2 | 33,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 110 | 15,2 | 15,2 | 49,0 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 305 | 42,1 | 42,1 | 91,0 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 65 | 9,0 | 9,0 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.53.1: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε ιατρό*

## *2.2 Παρακλινικές εξετάσεις*

Λιγότεροι από το 6% των συμμετεχόντων (5,5%) πιστεύουν ότι οι δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (53,1%) θεωρούν ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή. Περίπου ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες (24,1%) πιστεύει ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλιση. Περίπου ένας στους δέκα συμμετέχοντες (11,0%) πιστεύει ότι ο ασθενής πληρώνει με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου ένας στους δεκαέξι συμμετέχοντες (6,2%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά στην ερώτηση. Το πλήθος των συμμετεχόντων θεωρούν ότι οι καλύψεις του ΕΟΠΥΥ για παρακλινικές εξετάσεις καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Παρακλινικές εξετάσεις**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 40 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 385 | 53,1 | 53,1 | 58,6 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 175 | 24,1 | 24,1 | 82,8 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 80 | 11,0 | 11,0 | 93,8 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 45 | 6,2 | 6,2 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.53.2: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εξετάσεις*

## *2.3 Συνταγογράφηση φαρμάκων*

Περίπου ένας στους δέκα συμμετέχοντες (11,0%) πιστεύει ότι οι δαπάνες για συνταγογράφηση φαρμάκων καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (53,8%) θεωρούν ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή. Περίπου ένας στους πέντε συμμετέχοντες (22,1%) πιστεύει ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλιση. Περίπου ένας στους δεκατρείς συμμετέχοντες (7,6%) θεωρεί ότι ο ασθενής πληρώνει με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου ένας στους δεκαοχτώ συμμετέχοντες (5,5%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά στην ερώτηση. Συνεπώς οι πάροχοι υγείας θεωρούν ότι οι καλύψεις του ΕΟΠΥΥ για τη συνταγογράφηση φαρμάκων είναι μέτριες.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Συνταγογράφηση φαρμάκων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 80 | 11,0 | 11,0 | 11,0 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 390 | 53,8 | 53,8 | 64,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 160 | 22,1 | 22,1 | 86,9 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 55 | 7,6 | 7,6 | 94,5 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 40 | 5,5 | 5,5 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.53.3: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Συνταγογράφηση φαρμάκων*

## *2.4 Ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός*

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων παρόχων, οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (ποσοστό 44,8%) καλύπτουν τις δαπάνες τους μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή τους, σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής τους. Ένα ποσοστό (21,4%) καλύπτει τις δαπάνες του μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική του ασφάλιση. Οι πάροχοι απαντούν ότι οι ασφαλισμένοι που επιλέγουν να καλύπτουν τις δαπάνες τους πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ αντιστοιχούν σε λιγότερο από το 1/10 των συνολικών ασθενών (4,8%) ενώ το 13,1% δήλωσε ότι ο ασθενής πληρώνει με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ.

Οι πλειοψηφία των ασφαλισμένων επιλέγουν μικτά σχέδια κάλυψης, ενώ μικρότερο ποσοστό επιλέγει να καλύπτει τις δαπάνες εξολοκλήρου από τον ΕΟΠΥΥ σύμφωνα με τις απαντήσεις των παρόχων Υγείας.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 35 | 4,8 | 4,8 | 4,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 325 | 44,8 | 44,8 | 49,7 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 155 | 21,4 | 21,4 | 71,0 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 95 | 13,1 | 13,1 | 84,1 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 115 | 15,9 | 15,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.53.4: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *2.5 Ειδικές θεραπείες*

Λιγότεροι από ένας στους δέκα συμμετέχοντες (6,9%) πιστεύει ότι οι δαπάνες για τις ειδικές θεραπείες καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (47,6%) θεωρούν ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή. Λιγότεροι από ένας στους πέντε συμμετέχοντες (18,6%) πιστεύουν ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλιση. Περίπου ένας στους έξι συμμετέχοντες (16,6%) θεωρεί ότι ο κάθε ασφαλισμένος πληρώνει με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου ένας στους δέκα συμμετέχοντες (10,3%) δεν γνωρίζει ή δεν απαντά στην ερώτηση.

Αυτό δείχνει μια γενική τάση μεταξύ των παρόχων υγείας να θεωρούν ότι οι καλύψεις του ΕΟΠΥΥ για ειδικές θεραπείες είναι μέτριες, με πολλούς να εκφράζουν έλλειψη πληροφόρησης.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Ειδικών θεραπειών**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 50 | 6,9 | 6,9 | 6,9 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 345 | 47,6 | 47,6 | 54,5 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 135 | 18,6 | 18,6 | 73,1 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 120 | 16,6 | 16,6 | 89,7 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 75 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.53.5: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Ειδικών θεραπειών*

## *2.6 Υγειονομικό υλικό*

Περίπου το 39,3% των συμμετεχόντων- παρόχων πιστεύουν ότι οι δαπάνες για υγειονομικό υλικό καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή των ασθενών, σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής τους. Περίπου το 24,1% απαντά ότι οι ασθενείς επιλέγουν να καλύπτουν μερικώς τις δαπάνες τους από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς

από την ιδιωτική τους ασφάλιση, για όσους ασθενείς διαθέτουν. Το 15,2% των ασθενών πληρώνουν τις δαπάνες τους με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Λιγότερο από το ένα δέκατο των ασθενών (9,0%) επιλέγουν να καλύπτουν πλήρως τις δαπάνες τους από τον ΕΟΠΥΥ.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων απαντά ότι οι ασθενείς επιλέγουν να καλύπτουν τις δαπάνες τους είτε με μικτά σχέδια κάλυψης είτε με ιδίους πόρους.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες-Υγειονομικού υλικού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 65 | 9,0 | 9,0 | 9,0 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 285 | 39,3 | 39,3 | 48,3 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 175 | 24,1 | 24,1 | 72,4 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 110 | 15,2 | 15,2 | 87,6 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 90 | 12,4 | 12,4 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.53.6: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες – Υγειονομικού υλικού*

*3. Θεωρείτε ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ή μειώθηκαν για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; Δώστε μία σύντομη απάντηση (αυξήθηκαν διότι...../μειώθηκαν διότι.....).*

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις ερωτώμενων.

Το 70,1% αντιστοιχεί σε 508 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι οι δαπάνες υγείας από τον ΕΟΠΥΥ για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας μειώθηκαν έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Το 29,9% αντιστοιχεί σε 217 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι οι δαπάνες υγείας από τον ΕΟΠΥΥ για Πρωτοβάθμιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Σχετικά με τη μείωση των δαπανών οι ερωτώμενοι που είναι πάροχοι υγείας και υγειονομικοί αναφέρουν κυρίως ότι οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ διότι:

- Ενώθηκαν υγιή ταμεία με αποθεματικό όπως ΟΠΑΔ, ΤΣΙΜΕΔΕ, ΤΑΜΕΙΟ ΝΟΜΙΚΩΝ με μη υγιή ταμεία-ελλειμματικά, καταργήθηκαν πολλές παροχές που πρόσφεραν τα ταμεία πριν τη συνένωση
- Ο ΕΟΠΥΥ προσπαθεί απεγνωσμένα να εξοικονομήσει πόρους υποβαθμίζοντας τις παροχές στους ασφαλισμένους του και μειώνοντας τις τιμές αποζημίωσης των παρόχων με αποτέλεσμα οι τελευταίοι να μην προβαίνουν στην σύναψη συμβάσεων
- Από το 2009 οι περικοπές αυξάνονται σταδιακά λόγω της οικονομικής κρίσης και των κλειστών προϋπολογισμών

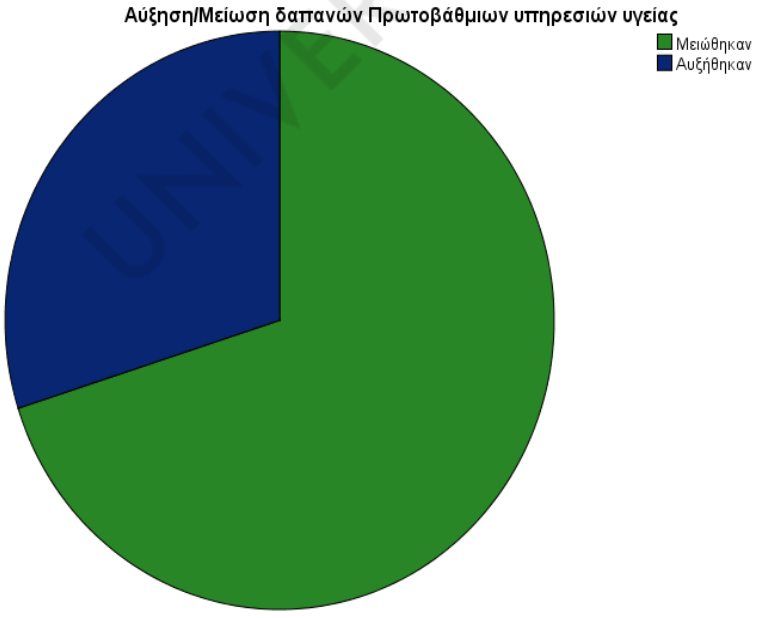
Σχετικά με την αύξηση των δαπανών οι ερωτώμενοι που είναι πάροχοι υγείας και υγειονομικοί αναφέρουν κυρίως ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ διότι:

- Αυξήθηκε ο αριθμός των ασφαλισμένων που καλύπτει με την συνένωση όλων των ταμείων
- Οι παροχές είναι ίδιες για όλους τους ασφαλισμένους οπότε οι δαπάνες του ΕΟΠΥΥ για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες υγείας αυξήθηκαν διότι πλέον καλύπτει δαπάνες σε ασφαλισμένους οι οποίοι προέρχονται από ταμεία που δεν τους κάλυπταν με την προγενέστερη κατάσταση -όπως το ΤΕΒΕ, ο ΟΓΑ και το ΙΚΑ.

**Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Μειώθηκαν | 508 | 70,1 | 70,1 | 70,1 |
| | Αυξήθηκαν | 217 | 29,9 | 29,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.54: Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*




*Διάγραμμα 8.4: Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

*4. Με βάσει την Ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), βαθμολογείστε τις δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (1=Πάρα πολλές, 2=Πολλές, 3=Αρκετές, 4=Λίγες, 5=Δεν ξέρω/Δεν απαντώ)*

Τα στατιστικά αξιοπιστίας που παρέχονται είναι:

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|---|---|---|
| ,860 | ,870 | 9 |

*Πίνακας8.55 : Reliability Statistics*

- Cronbach's Alpha: 0,860
- Cronbach's Alpha Based on Standardized Items: 0,870

Και πάλι, τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή μεταξύ των στοιχείων του μέτρου. Συνεπώς, το μέτρο φαίνεται να έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία.

### *4.1 Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

Περίπου το 19,3% των παρόχων που απάντησαν- αναφέρουν πως οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό είναι πάρα πολλές. Περίπου το 23,4% αναφέρουν πως είναι πολλές οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ. Το ίδιο ποσοστό, περίπου 23,4%, αναφέρει πως οι δαπάνες είναι αρκετές. Ένα ποσοστό περίπου 22,1% των συμμετεχόντων αναφέρει πως οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι λίγες. Τέλος, το 11,7% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα. Συμπερασματικά , φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρόχων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι ικανοποιητικές για την επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες- Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 140 | 19,3 | 19,3 | 19,3 |
| | Πολλές | 170 | 23,4 | 23,4 | 42,8 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Αρκετές | 170 | 23,4 | 23,4 | 66,2 |
| | Λίγες | 160 | 22,1 | 22,1 | 88,3 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 85 | 11,7 | 11,7 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55.1: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

## *4.2 Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε δημόσιο νοσοκομείο*

Περίπου το 24,1% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι παρακλινικές- εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι πάρα πολλές. Περίπου το 20,0% αναφέρει ότι είναι πολλές οι εξετάσεις που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ. Το ίδιο ποσοστό, περίπου 20,0%, αναφέρει ότι είναι αρκετές. Περίπου το 27,6% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι εξετάσεις που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι λίγες. Τέλος, το 8,3% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

Συνολικά, φαίνεται ότι υπάρχει μια ποικιλία ανάμεσα στις απαντήσεις, με την πλειοψηφία των συμμετεχόντων να αναφέρει ότι οι παρακλινικές εξετάσεος που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι σε μέτριο επίπεδο.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες- Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 175 | 24,1 | 24,1 | 24,1 |
| | Πολλές | 145 | 20,0 | 20,0 | 44,1 |
| | Αρκετές | 145 | 20,0 | 20,0 | 64,1 |
| | Λίγες | 200 | 27,6 | 27,6 | 91,7 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 60 | 8,3 | 8,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55.2: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο*

## *4.3 Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής*

Μόνο το 3,4% των παρόχων που απάντησαν αναφέρει ότι η επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής καλύπτεται πληρως από τον ΕΟΠΥΥ . Το 9,7% αναφέρει ότι είναι πολλές οι δαπάνες σχετικά με την επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου το 17,9% αναφέρει ότι οι δαπάνες είναι αρκετές, περισσότεροι

από τους μισούς- το 55,2% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι λίγες. Το 13,8% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα. Συνολικά, φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για επισκέψεις σε ιατρούς ιδιωτικών κλινικών είναι λίγες.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες- Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλέ | 25 | 3,4 | 3,4 | 3,4 |
| | Πολλές | 70 | 9,7 | 9,7 | 13,1 |
| | Αρκετές | 130 | 17,9 | 17,9 | 31,0 |
| | Λίγες | 400 | 55,2 | 55,2 | 86,2 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 100 | 13,8 | 13,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55.3: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής*

## *4.4 Παρακλινικές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική*

Ένα μικρό ποσοστό το 3,4% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για παρακλινικές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική είναι πάρα πολλές. Περίπου το 15,9% αναφέρει ότι είναι πολλές οι δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ το 22,8% αναφέρει ότι είναι αρκετές. Περίπου το 46,9% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι λίγες ενώ το 11% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες- Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 25 | 3,4 | 3,4 | 3,4 |
| | Πολλές | 115 | 15,9 | 15,9 | 19,3 |
| | Αρκετές | 165 | 22,8 | 22,8 | 42,1 |
| | Λίγες | 340 | 46,9 | 46,9 | 89,0 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 80 | 11,0 | 11,0 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55.4: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική*

## *4.5 Συνταγογράφηση φαρμάκων*

Το 14,5% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για συνταγογράφηση φαρμάκων είναι πάρα πολλές ενώ το 30,3% αναφέρει ότι είναι πολλές. Περίπου το 27,6% αναφέρει ότι οι δαπάνες για συνταγογράφηση φαρμάκων είναι αρκετές. Το 19,3% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι λίγες. Το 8,3% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

Συνολικά, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (περίπου 72,4%) αναφέρουν ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες για τη συνταγογράφηση φαρμάκων είναι είτε πολλές είτε αρκετές- συνεπώς είναι ικανοποιητικές

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες- Συνταγογράφηση φαρμάκων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 105 | 14,5 | 14,5 | 14,5 |
| | Πολλές | 220 | 30,3 | 30,3 | 44,8 |
| | Αρκετές | 200 | 27,6 | 27,6 | 72,4 |
| | Λίγες | 140 | 19,3 | 19,3 | 91,7 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 60 | 8,3 | 8,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55.5: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Συνταγογράφηση φαρμάκων*

## *4.6 Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική*

Μόνο το 2,1% αυτών που απάντησαν αναφέρει ότι οι δαπάνες σχετικά με τα έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι πάρα πολλές. Περίπου το 13,8% αναφέρει ότι είναι πολλές ενώ το 16,6% αναφέρει ότι οι δαπάνες για τα έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική είναι αρκετές. Περίπου το 51,0% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι είναι λίγες. Το 16,6% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

Συνολικά, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (περίπου 83,4%) αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική είναι λίγες ή λιγότερες από τον μέσο όρο.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 15 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| | Πολλές | 100 | 13,8 | 13,8 | 15,9 |
| | Αρκετές | 120 | 16,6 | 16,6 | 32,4 |
| | Λίγες | 370 | 51,0 | 51,0 | 83,4 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 120 | 16,6 | 16,6 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55.6: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική*

## *4.7 Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική*

Και σε αυτή την κατηγορία ένα πολύ μικρό ποσοστό- το 2,8% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική είναι πάρα πολλές. Περίπου το 13,1% αναφέρει ότι είναι πολλές ενώ το 15,9% αναφέρει ότι οι δαπάνες για έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική είναι αρκετές. Περισσότεροι από τους μισούς απάντησαν- το 53,1% των συμμετεχόντων ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ είναι λίγες. Το 15,2% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

Συνολικά, η πλειονότητα των συμμετεχόντων παρόχων (περίπου 84,8%) αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική είναι λίγες ή λιγότερες από τον μέσο όρο

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 20 | 2,8 | 2,8 | 2,8 |
| | Πολλές | 95 | 13,1 | 13,1 | 15,9 |
| | Αρκετές | 115 | 15,9 | 15,9 | 31,7 |
| | Λίγες | 385 | 53,1 | 53,1 | 84,8 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 110 | 15,2 | 15,2 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55.7: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *4.8 Επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού*

Περίπου το 20,0% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται για επίσκεψη και θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού από τον ΕΟΠΥΥ είναι πάρα πολλές. Το 13,1% αναφέρει ότι είναι πολλές και το 20,0% αναφέρει ότι είναι αρκετές. Περίπου το 18,6% των συμμετεχόντων αναφέρει είναι λίγες. Το 28,3% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

Συνολικά, η πλειονότητα των συμμετεχόντων (περίπου 71,7%) αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για επίσκεψη και θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού είναι ικανοποιητικές.

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 145 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| | Πολλές | 95 | 13,1 | 13,1 | 33,1 |
| | Αρκετές | 145 | 20,0 | 20,0 | 53,1 |
| | Λίγες | 135 | 18,6 | 18,6 | 71,7 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 205 | 28,3 | 28,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55,8: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού*

## *4.9 Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης*

Περίπου το 6,9% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης είναι πάρα πολλές. Το 16,6% αναφέρει ότι είναι πολλές και το 24,1% αναφέρει ότι είναι αρκετές. Περίπου το 35,2% των συμμετεχόντων παρόχων αναφέρει ότι είναι λίγες. Το 17,2% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων παρόχων αναφέρει ότι οι δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης είναι λίγες ή λιγότερες από τον μέσο όρο.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες- Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολλές | 50 | 6,9 | 6,9 | 6,9 |
| | Πολλές | 120 | 16,6 | 16,6 | 23,4 |
| | Αρκετές | 175 | 24,1 | 24,1 | 47,6 |
| | Λίγες | 255 | 35,2 | 35,2 | 82,8 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 125 | 17,2 | 17,2 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.55.9: Δαπάνες που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες- Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης*

*5. Κατά την γνώμη σας και σύμφωνα με την θέση που κατέχετε πως καλύπτονται οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων- ασθενών για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας; (Βαθμολογήστε 1=Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ, 2=Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής, 3=Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση όσοι ασθενείς διαθέτουν, 4=Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ, 5=Δεν ξέρω / Δεν απαντώ)*

Τα στατιστικά αξιοπιστίας που παρέχονται είναι:

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|---|---|---|
| ,873 | ,882 | 9 |

*Πίνακας 8.56: Reliability Statistics*

- Cronbach's Alpha: 0,873
- Cronbach's Alpha Based on Standardized Items: 0,882

Και πάλι, τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή μεταξύ των στοιχείων του μέτρου. Συνεπώς, αυτό το μέτρο φαίνεται να έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία.

*5.1 Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

Το 49,0% των παρόχων αναφέρουν ότι οι δαπάνες για επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου το 20,0% αναφέρει ότι οι δαπάνες

των ασθενών για την συγκεκριμένη υπηρεσία καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Το 13,1% αναφέρει ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλιση. Περίπου το 7,6% αναφέρει ότι οι ασθενείς πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Το 10,3% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

Συνολικά, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (περίπου το 49,0%) αναφέρει ότι οι δαπάνες για επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 355 | 49,0 | 49,0 | 49,0 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 145 | 20,0 | 20,0 | 69,0 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 95 | 13,1 | 13,1 | 82,1 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 55 | 7,6 | 7,6 | 89,7 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 75 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας8.56.1: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

## *5.2 Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο*

Το 44,1% των παρόχων που απάντησαν αναφέρει ότι οι δαπάνες για παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Το 23,4% αναφέρει ότι οι δαπάνες για εξετάσεις καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Περίπου το 13,1% αναφέρει ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλεια. Περίπου το 9,7% αναφέρει ότι οι ασθενείς πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Το 9,7% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

Συνολικά, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων παρόχων(περίπου το 44,1%) αναφέρει ότι οι δαπάνες για παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Επίσης, σημαντικό ποσοστό αναφέρει μερική κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ σε συνδυασμό με ιδία συμμετοχή (περίπου το 23,4%).

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 320 | 44,1 | 44,1 | 44,1 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 170 | 23,4 | 23,4 | 67,6 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 95 | 13,1 | 13,1 | 80,7 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 70 | 9,7 | 9,7 | 90,3 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 70 | 9,7 | 9,7 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.56.2: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο*

## *5.3 Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής*

Μόλις το 2,8% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι οι δαπάνες για Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Το 15,9% αναφέρει ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Περίπου το 21,4% αναφέρει ότι οι δαπάνες για επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλιση των ασθενών (όσοι ασθενείς διαθέτουν). Ένα υψηλό ποσοστό, περίπου το 45,5%, αναφέρει ότι πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Το 14,5% δεν έχει γνώση ή δεν απαντάει σχετικά με το θέμα.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 20 | 2,8 | 2,8 | 2,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 115 | 15,9 | 15,9 | 18,6 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 155 | 21,4 | 21,4 | 40,0 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 330 | 45,5 | 45,5 | 85,5 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 105 | 14,5 | 14,5 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.56.3: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής*

## *5.4 Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική*

Ένα πολύ μικρό ποσοστό, μόλις το 1,4%, αναφέρει ότι οι δαπάνες για παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική των ασθενών καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Περισσότεροι από τους μισούς παρόχους, συγκεκριμένα το 56,6%, αναφέρουν ότι οι δαπάνες των ασθενών για παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ. Από αυτούς τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τις συγκεκριμένες υπηρεσίες απαντούν ότι: Το 29,0% καλύπτει το υπόλοιπο κόστος με ιδία συμμετοχή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Το 27,6% καλύπτει το υπόλοιπο κόστος με ιδιωτική ασφάλιση (όσοι διαθέτουν). Λίγο περισσότεροι από το 1/4, συγκεκριμένα το 28,3%, πληρώνουν τις δαπάνες με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Το 13,8% δεν γνωρίζει ή δεν απαντά σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των δαπανών.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 10 | 1,4 | 1,4 | 1,4 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 210 | 29,0 | 29,0 | 30,3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 200 | 27,6 | 27,6 | 57,9 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 205 | 28,3 | 28,3 | 86,2 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 100 | 13,8 | 13,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.56.4.: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Παρακλινικές εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική*

## *5.5 Συνταγογράφηση φαρμάκων*

Το 14,5% των ερωτηθέντων παρόχων δηλώνει ότι οι δαπάνες για συνταγογράφηση φαρμάκων καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Περισσότεροι από τους μισούς, συγκεκριμένα το 45,5%, αναφέρουν ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Λιγότεροι από το 1/5, δηλαδή το 18,6%, αναφέρουν ότι οι ασθενείς καλύπτουν τις δαπάνες τους μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι διαθέτουν) ενώ το 11,0% των ασθενών πληρώνει με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ. Το 10,3% δεν ξέρει ή δεν απαντά σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των δαπανών.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Συνταγογράφηση φαρμάκων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 105 | 14,5 | 14,5 | 14,5 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 330 | 45,5 | 45,5 | 60,0 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 135 | 18,6 | 18,6 | 78,6 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 80 | 11,0 | 11,0 | 89,7 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 75 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.56.5: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Συνταγογράφηση φαρμάκων*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *5.6 Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική*

Το 0,7% των ερωτηθέντων παρόχων δηλώνει ότι τα έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Περίπου το 1/4, συγκεκριμένα το 24,1%, αναφέρουν ότι τα έξοδα καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Λίγο περισσότεροι από το 1/4, το 26,2% δηλώνουν ότι οι ασθενείς καλύπτουν τα έξοδα χειρουργείου μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν). Περισσότεροι από το 1/3, συγκεκριμένα το 32,4% των παρόχων απαντά ότι οι ασθενείς πληρώνουν τα έξοδα με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Το 16,6% δεν ξέρει ή δεν απαντά σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των εξόδων χειρουργείων.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 5 | ,7 | ,7 | ,7 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 175 | 24,1 | 24,1 | 24,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 190 | 26,2 | 26,2 | 51,0 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 235 | 32,4 | 32,4 | 83,4 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 120 | 16,6 | 16,6 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.56.6: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική*

## *5.7 Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική*

Μόλις το 0,7% των ερωτηθέντων παρόχων δηλώνει ότι τα έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Λιγότεροι από το 1/4 (22,8%) αναφέρουν ότι τα έξοδα καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή, σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Λίγο περισσότεροι από το 1/4 (29,0%)

δηλώνουν ότι τα έξοδα καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλιση των ασθενών, για όσους διαθέτουν. Περισσότεροι από το 1/3 (31,7%) αναφέρουν ότι οι ασθενείς πληρώνουν τα έξοδα με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Τέλος, το 15,9% των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει ή δεν απαντά στο πώς καλύπτονται τα έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική.

Συνολικά, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι περισσότεροι από τους μισούς (60,7%) ερωτηθέντες παρόχους απαντούν ότι οι ασθενείς είτε πληρώνουν με ιδίους πόρους είτε καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 5 | ,7 | ,7 | ,7 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 165 | 22,8 | 22,8 | 23,4 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 210 | 29,0 | 29,0 | 52,4 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 230 | 31,7 | 31,7 | 84,1 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 115 | 15,9 | 15,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.56.7: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική*

## *5.8 Επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού*

Περίπου το 1/4 των ερωτηθέντων παρόχων (24,1%) αναφέρει ότι οι δαπάνες για επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Λιγότεροι από τους μισούς (20,7%) δηλώνουν ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Ένα ποσοστό 15,9% σημειώνει ότι οι ασθενείς καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν). Λιγότεροι από το 1/8 (10,3%) αναφέρουν ότι οι ασθενείς πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται

UNIVERSITY of NICOSIA

από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα σημαντικό ποσοστό (29,0%) δεν ξέρει ή δεν απαντά σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των δαπανών.

Συνολικά, παρατηρούμε σύμφωνα με τις απαντήσεις των παρόχων, ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (60,7%) καλύπτονται πλήρως ή μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ, είτε με ίδια συμμετοχή είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 175 | 24,1 | 24,1 | 24,1 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 150 | 20,7 | 20,7 | 44,8 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 115 | 15,9 | 15,9 | 60,7 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 75 | 10,3 | 10,3 | 71,0 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 210 | 29,0 | 29,0 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.56.8: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Επίσκεψη για θεραπεία σε μονάδα τεχνητού νεφρού*

## *5.9 Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης*

Μόλις το 4,1% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι οι δαπάνες για νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ. Περισσότεροι από το 1/3 (32,4%) δηλώνουν ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής. Το 24,1% σημειώνει ότι οι δαπάνες καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλιση. Λιγότεροι από το 1/5 (18,6%) αναφέρουν ότι οι ασθενείς πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Ένα σημαντικό ποσοστό (20,7%) δεν ξέρει ή δεν απαντά σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των δαπανών.

Συνολικά, παρατηρούμε ότι σύμφωνα με τις απαντήσεις των παρόχων ότι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (56,5%) καλύπτονται μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ, είτε με ιδία

συμμετοχή είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό λαμβάνει πλήρη κάλυψη.

**Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες-Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ | 30 | 4,1 | 4,1 | 4,1 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής | 235 | 32,4 | 32,4 | 36,6 |
| | Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση (όσοι ασθενείς διαθέτουν) | 175 | 24,1 | 24,1 | 60,7 |
| | Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ | 135 | 18,6 | 18,6 | 79,3 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 150 | 20,7 | 20,7 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.56.9: Τρόπος κάλυψης δαπανών σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες – Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης*

*6. Θεωρείτε ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ή μειώθηκαν για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; Δώστε μία σύντομη απάντηση (αυξήθηκαν διότι...../μειώθηκαν διότι.....).*

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις ερωτώμενων.

Το 65% αντιστοιχεί σε 471 απαντήσεις ερωτώμενων παρόχων οι οποίοι πιστεύουν ότι οι δαπάνες υγείας από τον ΕΟΠΥΥ για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας μειώθηκαν έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Το 35% αντιστοιχεί σε 254 απαντήσεις ερωτώμενων – παρόχων οι οποίοι πιστεύουν ότι οι δαπάνες υγείας από τον ΕΟΠΥΥ για Δευτεροβάθμιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Σχετικά με την μείωση των δαπανών οι ερωτώμενοι που είναι πάροχοι υγείας και υγειονομικοί αναφέρουν κυρίως ότι οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ διότι:

- Υποβαθμίζεται συνεχώς το Δημόσιο σύστημα υγείας και οι παροχές του ΕΣΥ

- Επήλθε η οικονομική κρίση, περιορίζοντας συνεχώς τα χρήματα για την Υγεία και μειώνοντας τις αμοιβές των ιατρών
- Δεν επαρκεί το προσωπικό στα νοσοκομεία κυρίως ιατρικό προσωπικό και η αναμονή για χειρουργεία είναι μεγάλη και ο χρόνος αναμονής αυξάνεται συνεχώς
- Διότι τα περισσότερα ταμεία της συνένωσης ήταν ελλειμματικά.

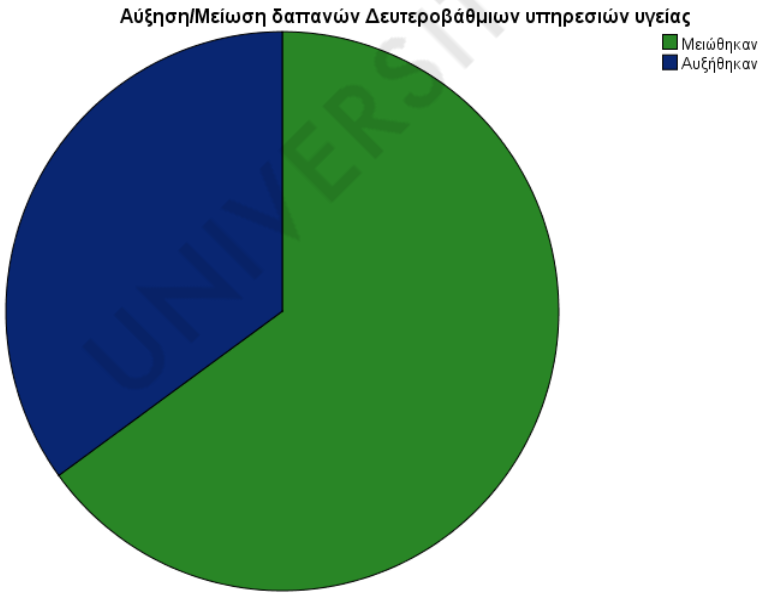
Σχετικά με την αύξηση των δαπανών οι ερωτώμενοι που είναι πάροχοι υγείας και υγειονομικοί αναφέρουν κυρίως ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ διότι:

- Αυξήθηκε ο αριθμός των ασφαλισμένων που καλύπτει με την συνένωση όλων των ταμείων
- Η Ελλάδα παρουσιάζει γήρανση του πληθυσμού με αποτέλεσμα οι ανάγκες στα νοσοκομεία να είναι μεγαλύτερες από ότι τα προηγούμενα χρόνια- πριν την συνένωση
- Αυξήθηκαν λόγω της έκτακτης αντιμετώπισης της πανδημίας του covid-19

**Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Μειώθηκαν | 471 | 65,0 | 65,0 | 65,0 |
| | Αυξήθηκαν | 254 | 35,0 | 35,0 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας8.57: Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*




*Διάγραμμα 8.5: Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

UNIVERSITY of NICOSIA

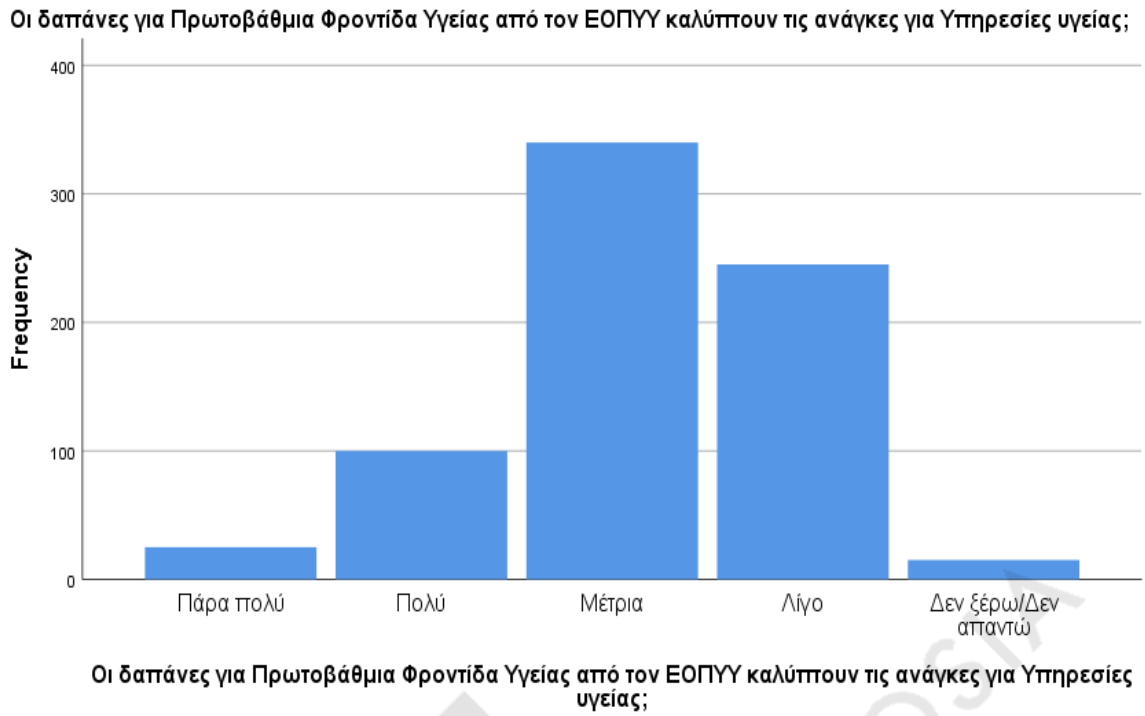
*7. Από την θέση που κατέχετε (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.) , σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;*

Μόλις το 3,4% των παρόχων που απάντησαν αναφέρει ότι οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν πάρα πολύ τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας των ασφαλισμένων. Το 13,8% δηλώνει ότι οι δαπάνες καλύπτουν πολύ τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας. Περισσότεροι από τους μισούς (46,9%) δηλώνουν ότι οι δαπάνες καλύπτουν μέτρια τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας. Ένα σημαντικό ποσοστό (33,8%) αναφέρει ότι οι δαπάνες καλύπτουν λίγο τις ανάγκες. Μόνο το 2,1% δεν απαντά σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των δαπανών. Παρατηρούμε, ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (περισσότεροι από τους μισούς) πιστεύουν ότι οι δαπάνες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν μέτρια ή λίγο τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας των ασθενών.

**Οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 25 | 3,4 | 3,4 | 3,4 |
| | Πολύ | 100 | 13,8 | 13,8 | 17,2 |
| | Μέτρια | 340 | 46,9 | 46,9 | 64,1 |
| | Λίγο | 245 | 33,8 | 33,8 | 97,9 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 15 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.58: Οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;*




*Γράφημα 8.8: Οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;*

---

*8. Από την θέση που κατέχετε (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;*

---

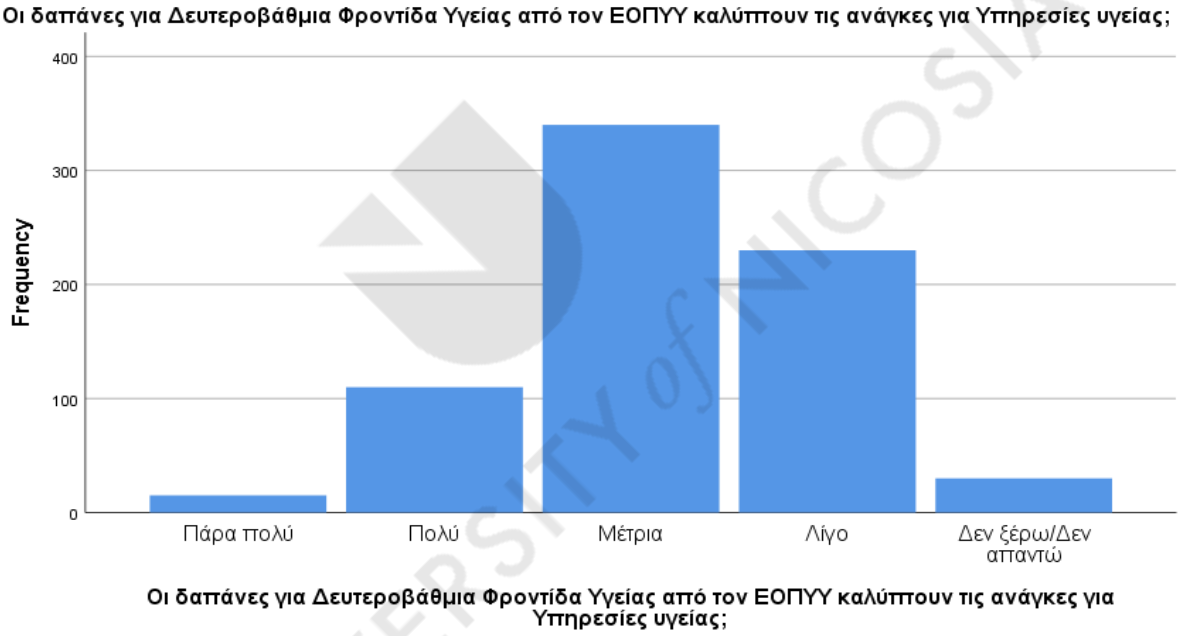
Το 2,1% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν πάρα πολύ τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας. Το 15,2% δηλώνει ότι καλύπτουν πολύ τις ανάγκες. Περίπου οι μισοί (46,9%) δηλώνουν ότι οι δαπάνες καλύπτουν μέτρια τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας. Ένα σημαντικό ποσοστό (31,7%) αναφέρει ότι οι δαπάνες καλύπτουν λίγο τις ανάγκες. Μόνο το 4,1% δεν απαντά σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των δαπανών. Συνολικά, βλέπουμε ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων παρόχων (περίπου το 78,6%) πιστεύουν ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν μέτρια ή λίγο τις ανάγκες των ασφαλισμένων για υπηρεσίες υγείας.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πάρα πολύ | 15 | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| | Πολύ | 110 | 15,2 | 15,2 | 17,2 |
| | Μέτρια | 340 | 46,9 | 46,9 | 64,1 |
| | Λίγο | 230 | 31,7 | 31,7 | 95,9 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 30 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.59: Οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;*




*Γράφημα 8.9: Οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;*

*Γ. Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

*1. Γενικά θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, δεν ξέρω/δεν απαντώ.*

Το 26,9% των παρόχων που απάντησαν θεωρεί την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του

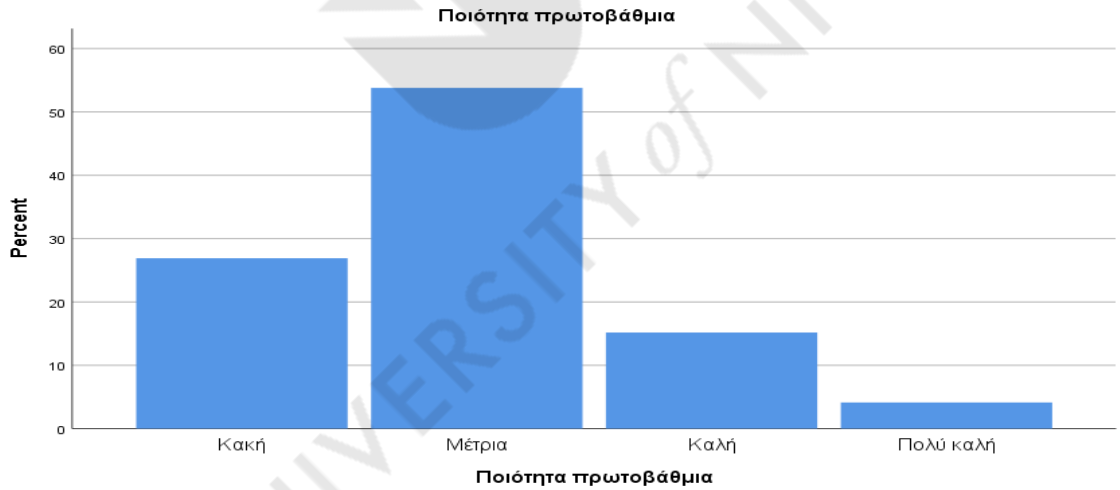
ΕΟΠΥΥ κακή. Το 53,8% αναφέρει ότι η ποιότητα είναι μέτρια. Το 15,2% θεωρεί την ποιότητα καλή. Μόνο το 4,1% δηλώνει ότι η ποιότητα είναι πολύ καλή.

Συνολικά, παρατηρείται ότι υπάρχει μεγάλη ποικιλία στις απόψεις, με την πλειοψηφία να κατατάσσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως μέτρια, ενώ λιγότεροι θεωρούν την ποιότητα καλή ή πολύ καλή.

**Ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| | Πολύ κακή | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Valid | Κακή | 195 | 26,9 | 26,9 | 26,9 |
| | Μέτρια | 390 | 53,8 | 53,8 | 80,7 |
| | Καλή | 110 | 15,2 | 15,2 | 95,9 |
| | Πολύ καλή | 30 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.60: Ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*




*Γράφημα 8.10: Ποιότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*

*2. Γενικά θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, δεν ξέρω/δεν απαντώ.*

Το 20,7% αυτών που απάντησαν θεωρεί την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ κακή. Το 57,2% αναφέρει ότι η ποιότητα είναι μέτρια. Το 18,6% θεωρεί την ποιότητα καλή.

UNIVERSITY of NICOSIA

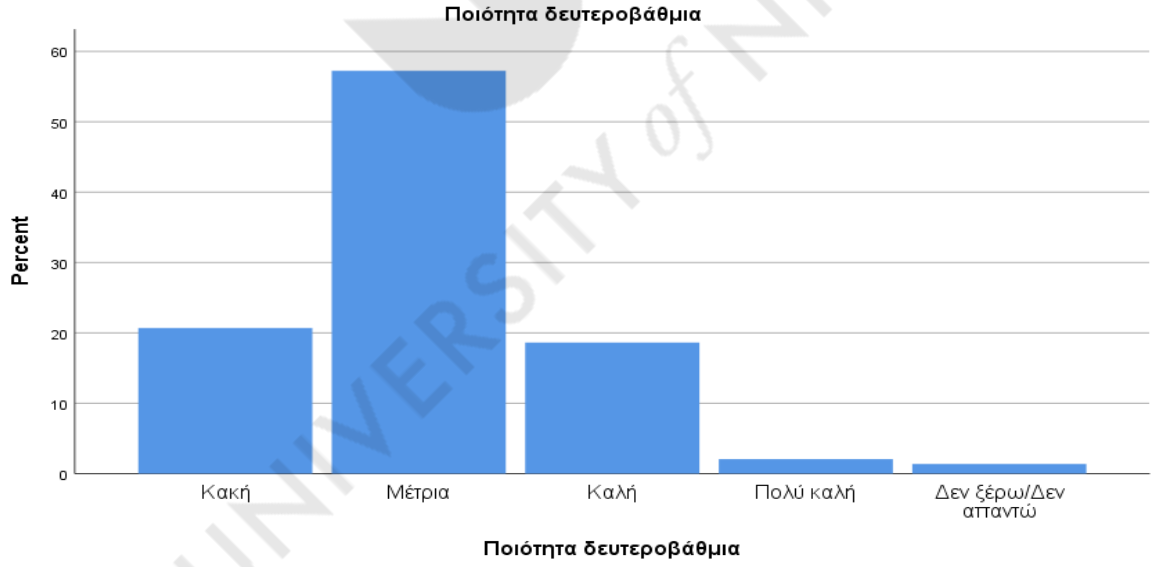
Μόνο το 2,1% δηλώνει ότι η ποιότητα είναι πολύ καλή. Το 1,4% δεν έχει απαντήσει ή δεν γνωρίζει.

Συνολικά, παρατηρείται ότι η ποικιλία στις απόψεις για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι αρκετά παρόμοια με αυτήν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, με την πλειοψηφία να θεωρεί την ποιότητα μέτρια. Λιγότεροι θεωρούν την ποιότητα καλή ή πολύ καλή.

**Ποιότητα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| | Πολύ κακή | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Valid | Κακή | 150 | 20,7 | 20,7 | 20,7 |
| | Μέτρια | 415 | 57,2 | 57,2 | 77,9 |
| | Καλή | 135 | 18,6 | 18,6 | 96,6 |
| | Πολύ καλή | 15 | 2,1 | 2,1 | 98,6 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 10 | 1,4 | 1,4 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.61: Ποιότητα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας*




*Γράφημα 8.11: Ποιότητα δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας*

*3. Με βάσει την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή , 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Δεν ξέρω/Δεν απαντώ).*

UNIVERSITY of NICOSIA

Τα στατιστικά αξιοπιστίας που παρέχονται είναι:

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|---|---|---|
| ,885 | ,887 | 6 |

*Πίνακας 8.62: Reliability Statistics*

- Cronbach's Alpha: 0,885
- Cronbach's Alpha Based on Standardized Items: 0,887

Και πάλι, αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή μεταξύ των στοιχείων του μέτρου. Συνεπώς, αυτό το μέτρο φαίνεται να έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία.

## *3.1 Ιατρική επίσκεψη*

Το 6,9% των παρόχων θεωρεί την ποιότητα της ιατρικής επίσκεψης πολύ καλή. Το 20,7% αναφέρει ότι η ποιότητα είναι καλή. Το 46,9% θεωρεί την ποιότητα μέτρια. Το 20,0% θεωρεί την ποιότητα κακή. Το 5,5% δηλώνει δεν ξέρω/δεν απαντώ. Γενικά, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί την ποιότητα της ιατρικής επίσκεψης για πρωτοβάθμια περίθαλψη είτε μέτρια είτε καλή.

**Ποιότητα ιατρικής επίσκεψης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 50 | 6,9 | 6,9 | 6,9 |
| | Καλή | 150 | 20,7 | 20,7 | 27,6 |
| | Μέτρια | 340 | 46,9 | 46,9 | 74,5 |
| | Κακή | 145 | 20,0 | 20,0 | 94,5 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 40 | 5,5 | 5,5 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.62.1: Ποιότητα ιατρικής επίσκεψης*

## *3.2 Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις*

Το 8,3% των παρόχων θεωρεί την ποιότητα των διαγνωστικών-παρακλινικών εξετάσεων πολύ καλή. Το 32,4% αναφέρει ότι η ποιότητα είναι καλή. Το 42,1% θεωρεί την ποιότητα μέτρια. Το 13,1% θεωρεί την ποιότητα κακή. Το 4,1% δηλώνει δεν ξέρω/δεν

απαντώ. Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των παρόχων θεωρεί την ποιότητα των διαγνωστικών ή παρακλινικών εξετάσεων είτε μέτρια είτε καλή, με ένα μικρό ποσοστό να αναφέρει ότι είναι κακή.

**Ποιότητα διαγνωστικών-παρακλινικών εξετάσεων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 60 | 8,3 | 8,3 | 8,3 |
| | Καλή | 235 | 32,4 | 32,4 | 40,7 |
| | Μέτρια | 305 | 42,1 | 42,1 | 82,8 |
| | Κακή | 95 | 13,1 | 13,1 | 95,9 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 30 | 4,1 | 4,1 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.62.2: Ποιότητα διαγνωστικών – παρακλινικών εξετάσεων*

## *3.3 Παροχές σε είδη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού*

Το 6,2% των συμμετεχόντων θεωρεί την ποιότητα παροχής σε είδη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού πολύ καλή. Το 19,3% αναφέρει ότι η ποιότητα είναι καλή. Το 44,1% θεωρεί την ποιότητα μέτρια. Το 20,0% θεωρεί την ποιότητα κακή. Το 10,3% δηλώνει δεν ξέρω/δεν απαντώ. Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί την ποιότητα του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού είτε μέτρια είτε καλή.

**Ποιότητα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 45 | 6,2 | 6,2 | 6,2 |
| | Καλή | 140 | 19,3 | 19,3 | 25,5 |
| | Μέτρια | 320 | 44,1 | 44,1 | 69,7 |
| | Κακή | 145 | 20,0 | 20,0 | 89,7 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 75 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.62.3: Ποιότητα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού*

## *3.4 Ειδικές θεραπείες*

Το 44,8% των ερωτώμενων θεωρεί την ποιότητα στις ειδικές θεραπείες μέτρια και το 18,6% θεωρεί την ποιότητα κακή. Το 9,0% την αξιολογεί ως πολύ καλή και το 17,9% την αξιολογεί ως καλή. Το 9,7% δηλώνει δεν ξέρω/δεν απαντώ.

**Ποιότητα σε ειδικές θεραπείες**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 65 | 9,0 | 9,0 | 9,0 |
| | Καλή | 130 | 17,9 | 17,9 | 26,9 |
| | Μέτρια | 325 | 44,8 | 44,8 | 71,7 |
| | Κακή | 135 | 18,6 | 18,6 | 90,3 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 70 | 9,7 | 9,7 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.62.4: Ποιότητα σε ειδικές θεραπείες*

## *3.5 Παροχή φαρμάκων*

Περίπου το 46,2% των παρόχων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο αναφέρουν μια καλή ή πολύ καλή ποιότητα στην παροχή φαρμάκων. Ειδικότερα, το 33,8% των συμμετεχόντων θεωρεί την ποιότητα καλή και το 12,4% θεωρεί την ποιότητα πολύ καλή. Μόνο το 6,2% αναφέρει κακή ποιότητα, αν και το 40,7% χαρακτηρίζει την ποιότητα παροχής φαρμάκων ως μέτρια. Τέλος, το 6,2% δηλώνει δεν ξέρω/δεν απαντώ.
Αυτό υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση με την ποιότητα στην παροχή φαρμάκων είναι μέτρια προς καλή.

**Ποιότητα στην παροχή φαρμάκων**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 90 | 12,4 | 12,4 | 12,4 |
| | Καλή | 245 | 33,8 | 33,8 | 46,2 |
| | Μέτρια | 295 | 40,7 | 40,7 | 86,9 |
| | Κακή | 45 | 6,2 | 6,2 | 93,1 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 50 | 6,9 | 6,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.62.5: Ποιότητα στην παροχή φαρμάκων*

## *3.6 Παροχή υγειονομικού υλικού*

Σχεδόν το 29,7% των παρόχων αναφέρει μια καλή ή πολύ καλή ποιότητα στην παροχή υγειονομικού υλικού. Ειδικότερα, το 20,0% των συμμετεχόντων θεωρεί την ποιότητα καλή και το 9,7% θεωρεί την ποιότητα πολύ καλή. Μόνο το 11,7% την χαρακτηρίζει κακή και το 46,2% την χαρακτηρίζει μέτρια. Το 12,4% δηλώνει δεν ξέρω/δεν απαντώ. Αυτό

υποδηλώνει ότι η ικανοποίηση με την ποιότητα στην παροχή υγειονομικού υλικού είναι μέτρια προς καλή.

**Ποιότητα στην παροχή υγειονομικού υλικού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 70 | 9,7 | 9,7 | 9,7 |
| | Καλή | 145 | 20,0 | 20,0 | 29,7 |
| | Μέτρια | 335 | 46,2 | 46,2 | 75,9 |
| | Κακή | 85 | 11,7 | 11,7 | 87,6 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 90 | 12,4 | 12,4 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.62.6: Ποιότητα στην παροχή υγειονομικού υλικού*

*4. Με βάσει την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή 5=Δεν ξέρω/Δεν απαντώ).*

Τα στατιστικά αξιοπιστίας που παρέχονται είναι:

**Reliability Statistics**

| Cronbach's Alpha | Cronbach's Alpha Based on Standardized Items | N of Items |
|---|---|---|
| ,893 | ,897 | 10 |

*Πίνακας 8.63: Reliability Statistics*

- Cronbach's Alpha: 0,893
- Cronbach's Alpha Based on Standardized Items: 0,897

Και πάλι, τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλή εσωτερική συνοχή μεταξύ των στοιχείων του μέτρου. Το Cronbach's Alpha κοντά στο 1 υποδεικνύει ότι τα στοιχεία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους, προσφέροντας ένα σταθερό και αξιόπιστο μέτρο για το χαρακτηριστικό που μελετά το μέτρο. Συνεπώς, αυτό το μέτρο φαίνεται να έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία.

## *4.1 Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό*

Η αντίληψη της ποιότητας των επισκέψεων σε νοσοκομειακούς ιατρούς είναι μάλλον υψηλή, με το 72,4% των παρόχων να αναφέρει μέτρια ποιότητα ή καλή ακόμα και πολύ καλή. Ειδικότερα, το 22,8% θεωρεί την ποιότητα καλή, το 5,5% θεωρεί την ποιότητα πολύ καλή και το 44,1% μέτρια. Ωστόσο, το 22,8% θεωρεί την ποιότητα κακή και το 4,8% δηλώνει δεν ξέρω/δεν απαντώ.

**Ποιότητα επίσκεψης σε νοσοκομειακό ιατρό**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 40 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |
| | Καλή | 165 | 22,8 | 22,8 | 28,3 |
| | Μέτρια | 320 | 44,1 | 44,1 | 72,4 |
| | Κακή | 165 | 22,8 | 22,8 | 95,2 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 35 | 4,8 | 4,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.63.1: Ποιότητα επίσκεψης σε νοσοκομειακό ιατρό*

## *4.2 Επίσκεψη σε ιατρό σε ιδιωτική κλινική*

Η αντίληψη για την ποιότητα των επισκέψεων σε ιατρούς ιδιωτικών κλινικών φαίνεται να είναι μάλλον υψηλή, με περίπου το 65,5% των συμμετεχόντων να αναφέρει μέτρια ποιότητα, καλή και πολύ καλή. Ειδικότερα, το 24,8% θεωρεί την ποιότητα καλή, το 8,3% θεωρεί την ποιότητα πολύ καλή και το 32,4% μέτρια. Ωστόσο, το 24,8% θεωρεί την ποιότητα κακή. Το 9,7% δήλωσε δεν ξέρω/δεν απαντώ.

**Ποιότητα επίσκεψης σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 60 | 8,3 | 8,3 | 8,3 |
| | Καλή | 180 | 24,8 | 24,8 | 33,1 |
| | Μέτρια | 235 | 32,4 | 32,4 | 65,5 |
| | Κακή | 180 | 24,8 | 24,8 | 90,3 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 70 | 9,7 | 9,7 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.63.2: Ποιότητα επίσκεψης σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *4.3 Διαγνωστικές –Εργαστηριακές εξετάσεις σε Δημόσιο νοσοκομείο*

Η αντίληψη για την ποιότητα των εξετάσεων σε δημόσια νοσοκομεία δείχνει να είναι ποικίλη. Συγκεκριμένα, το 44,1% την χαρακτηρίζει μέτρια, το 23,4% καλή και το 5,5% πολύ καλή. Αντίστοιχα, το 21,4% αναφέρει κακή ποιότητα. Ένα ποσοστό 5,5% δήλωσε δεν ξέρω/δεν απαντώ.

**Ποιότητα εξετάσεων σε δημόσιο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 40 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |
| | Καλή | 170 | 23,4 | 23,4 | 29,0 |
| | Μέτρια | 320 | 44,1 | 44,1 | 73,1 |
| | Κακή | 155 | 21,4 | 21,4 | 94,5 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 40 | 5,5 | 5,5 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.63.3: Ποιότητα εξετάσεων σε δημόσιο νοσοκομείο*

## *4.4 Διαγνωστικές –εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική*

Η αντίληψη για την ποιότητα των εξετάσεων σε ιδιωτικές κλινικές φαίνεται να είναι πιο θετική συγκριτικά με τα δημόσια νοσοκομεία. Περίπου το 33,8% των παρόχων αναφέρει ότι η ποιότητα είναι καλή ή πολύ καλή και το 37,2% μέτρια. Το 22,1% θεωρεί την ποιότητα κακή. Το 6,9% δήλωσε δεν ξέρω/δεν απαντώ. Αυτό υποδηλώνει ότι οι ιδιωτικές κλινικές ενδέχεται να παρέχουν υψηλότερη ποιότητα εξετάσεων σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία.

**Ποιότητα εξετάσεων σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 80 | 11,0 | 11,0 | 11,0 |
| | Καλή | 165 | 22,8 | 22,8 | 33,8 |
| | Μέτρια | 270 | 37,2 | 37,2 | 71,0 |
| | Κακή | 160 | 22,1 | 22,1 | 93,1 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 50 | 6,9 | 6,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.63.4: Ποιότητα εξετάσεων σε ιδιωτική κλινική*

UNIVERSITY of NICOSIA

## *4.5 Νοσηλεία σε Δημόσιο νοσοκομείο*

Παρατηρούμε ότι η ποιότητα της νοσηλείας σε δημόσια νοσοκομεία κρίνεται αρκετά διαφορετικά. Περίπου το 70,3% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι η ποιότητα είναι μέτρια ή καλή, με το 18,6% να την θεωρεί καλή, το 9,7% πολύ καλή και το 42,1% μέτρια. Ωστόσο, υπάρχει και ένα ποσοστό που θεωρεί ότι η ποιότητα είναι κακή, το οποίο ανέρχεται στο 23,4%. Αυτό υποδηλώνει ότι ενώ η πλειοψηφία είναι ικανοποιημένη, υπάρχουν ακόμα βελτιώσεις που μπορούν να γίνουν στην ποιότητα της νοσηλείας σε δημόσια νοσοκομεία. Τέλος, το 6,2% δήλωσε δεν ξέρω/δεν απαντώ.

**Ποιότητα νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 70 | 9,7 | 9,7 | 9,7 |
| | Καλή | 135 | 18,6 | 18,6 | 28,3 |
| | Μέτρια | 305 | 42,1 | 42,1 | 70,3 |
| | Κακή | 170 | 23,4 | 23,4 | 93,8 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 45 | 6,2 | 6,2 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.63.5: Ποιότητα νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο*

## *4.6 Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική*

Συμπεραίνουμε ότι η ποιότητα νοσηλείας σε ιδιωτικές κλινικές κινείται σε γενικές γραμμές σε ικανοποιητικά επίπεδα. Περίπου το 67,6% των παρόχων αξιολογούν την ποιότητα ως μέτρια ή καλή ή πολύ καλή, με το 24,8% να τη θεωρεί καλή, το 9,7% πολύ καλή και το 33,1% μέτρια. Ωστόσο, υπάρχει και μια σημαντική μερίδα που αναφέρει κακή ποιότητα, το οποίο ανέρχεται στο 22,8%. Αυτό υποδηλώνει την ύπαρξη αναγκαιότητας για βελτιώσεις σε ορισμένες πτυχές της νοσηλείας στις ιδιωτικές κλινικές. Το 9,7% δήλωσε δεν ξέρω/δεν απαντώ

**Ποιότητα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 70 | 9,7 | 9,7 | 9,7 |
| | Καλή | 180 | 24,8 | 24,8 | 34,5 |
| | Μέτρια | 240 | 33,1 | 33,1 | 67,6 |
| | Κακή | 165 | 22,8 | 22,8 | 90,3 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 70 | 9,7 | 9,7 | 100,0 |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 7.63.6: Ποιότητα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική*

## *4.7 Χειρουργεία σε Δημόσιο νοσοκομείο*

Η αξιολόγηση της ποιότητας των χειρουργείων σε δημόσια νοσοκομεία δείχνει ότι οι απόψεις διαφέρουν, αλλά γενικά υπάρχει μια θετική τάση. Περίπου το 68,3% των συμμετεχόντων αξιολογούν την ποιότητα ως μέτρια, καλή ή πολύ καλή. Παρόλα αυτά, περίπου το 24,8% τη θεωρεί κακή κάτι που υποδεικνύει ότι υπάρχει περιθώριο βελτίωσης στην ποιότητα των χειρουργείων σε δημόσια νοσοκομεία. Το 6,9% δήλωσε δεν ξέρω/δεν απαντώ.

**Ποιότητα χειρουργείων σε δημόσιο νοσοκομείο**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 70 | 9,7 | 9,7 | 9,7 |
| | Καλή | 150 | 20,7 | 20,7 | 30,3 |
| | Μέτρια | 275 | 37,9 | 37,9 | 68,3 |
| | Κακή | 180 | 24,8 | 24,8 | 93,1 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 50 | 6,9 | 6,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.63.7: Ποιότητα χειρουργείων σε δημόσιο νοσοκομείο*

## *4.8 Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική*

Η αξιολόγηση της ποιότητας των χειρουργείων σε ιδιωτικές κλινικές δείχνει ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η ποιότητα είναι μετριοπαθής ή καλή. Συγκεκριμένα, το 67,6% των παρόχων αξιολογεί την ποιότητα ως μέτρια ή καλή ή πολύ καλή, ενώ το 22,1% τη θεωρεί κακή. Το 10,3% δήλωσε δεν ξέρω/ δεν απαντώ.

**Ποιότητα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 70 | 9,7 | 9,7 | 9,7 |
| | Καλή | 205 | 28,3 | 28,3 | 37,9 |
| | Μέτρια | 215 | 29,7 | 29,7 | 67,6 |
| | Κακή | 160 | 22,1 | 22,1 | 89,7 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 75 | 10,3 | 10,3 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.63.8: Ποιότητα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική*

## *4.9 Περίθαλψη για θεραπεία σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού*

Η αξιολόγηση της ποιότητας περίθαλψης για θεραπεία σε κέντρα τεχνητού νεφρού δείχνει ότι η πλειονότητα των παρόχων που απάντησαν θεωρεί ότι η ποιότητα είναι μέτρια έως πολύ καλή. Περίπου το 46,9% των συμμετεχόντων αξιολογεί την ποιότητα ως μέτρια ή καλή, ενώ περίπου το 17,2% τη θεωρεί πολύ καλή. Υπάρχει, ωστόσο, ένα μικρό ποσοστό περίπου 9,7% που θεωρεί την ποιότητα κακή. Σημαντικό είναι και το ποσοστό που δήλωσε δεν ξέρω/δεν απαντώ (26,2%).

**Ποιότητα περίθαλψης για θεραπεία σε κέντρα τεχνητού νεφρού**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 125 | 17,2 | 17,2 | 17,2 |
| | Καλή | 145 | 20,0 | 20,0 | 37,2 |
| | Μέτρια | 195 | 26,9 | 26,9 | 64,1 |
| | Κακή | 70 | 9,7 | 9,7 | 73,8 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 190 | 26,2 | 26,2 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.63.9: Ποιότητα περίθαλψης για θεραπεία σε κέντρα τεχνητού νεφρού*

## *4.10 Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης*

Η αξιολόγηση της ποιότητας νοσηλείας σε κέντρα αποκατάστασης δείχνει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η ποιότητα είναι μέτρια έως καλή. Περίπου το 60% των ανθρώπων αξιολογεί την ποιότητα ως μέτρια ή καλή, ενώ το 5,5% την θεωρεί πολύ καλή. Υπάρχει, ωστόσο, ένα ποσοστό 18,6% που θεωρεί την ποιότητα κακή. Σημαντικό είναι και το ποσοστό που δήλωσε δεν ξέρω/δεν απαντώ (15,9%).

**Ποιότητα νοσηλείας σε κέντρα αποκατάστασης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Πολύ καλή | 40 | 5,5 | 5,5 | 5,5 |
| | Καλή | 175 | 24,1 | 24,1 | 29,7 |
| | Μέτρια | 260 | 35,9 | 35,9 | 65,5 |
| | Κακή | 135 | 18,6 | 18,6 | 84,1 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 115 | 15,9 | 15,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας8.63.10: Ποιότητα νοσηλείας σε κέντρα αποκατάστασης*

*5. Θεωρείτε γενικά ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε ή αυξήθηκε για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; Δώστε μία σύντομη απάντηση (αυξήθηκε διότι...../μειώθηκε διότι.....).*

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις παρόχων σχετικά με το αν μειώθηκε ή αυξήθηκε ο χρόνος αναμονής για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Το 77,1% αντιστοιχεί σε 559 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ο χρόνος αναμονής αυξήθηκε για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Το 22,9% αντιστοιχεί σε 166 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Σχετικά με την αύξηση του χρόνου αναμονής για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας -οι πάροχοι υγείας και υγειονομικοί αναφέρουν κυρίως ότι ο χρόνος αναμονής αυξήθηκε διότι:

- Αυξήθηκε ο όγκος των ασφαλισμένων και αυξήθηκαν οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας
- Οι συμβεβλημένοι πάροχοι είναι πολύ λιγότεροι από ότι πριν την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ειδικά οι ιατροί

Σχετικά με την μείωση του χρόνου αναμονής για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας -οι πάροχοι υγείας και υγειονομικοί αναφέρουν κυρίως ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε διότι:

- Λόγω της τεχνολογίας και των νέων μηχανημάτων
- Λόγω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ειδικότερα της άυλης συνταγογράφησης η οποία εισχώρησε στο Ελληνικό σύστημα υγείας την περίοδο της πανδημίας του covid-19 χωρίς άμεση επαφή ιατρού με ασθενή.

**Χρόνος αναμονής πρωτοβάθμια**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Μειώθηκε | 166 | 22,9 | 22,9 | 22,9 |
| | Αυξήθηκε | 559 | 77,1 | 77,1 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.64: Χρόνος αναμονής πρωτοβάθμια*

*6. Θεωρείτε γενικά ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε ή αυξήθηκε για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; Δώστε μία σύντομη απάντηση (αυξήθηκε διότι...../μειώθηκε διότι.....).*

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις παρόχων σχετικά με το εάν ο χρόνος αναμονής μειώθηκε ή αυξήθηκε για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Το 80,8% αντιστοιχεί σε 586 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ο χρόνος αναμονής αυξήθηκε για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Το 19,2% αντιστοιχεί σε 139 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Σχετικά με την αύξηση του χρόνου αναμονής για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας -οι πάροχοι υγείας και υγειονομικοί αναφέρουν κυρίως ότι ο χρόνος αναμονής αυξήθηκε διότι:

- Η πανδημία του covid-19 κούρασε υπερβολικά το υπάρχων ιατρικό- νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων χωρίς ιδιαίτερες αμοιβές γεγονός που οδήγησε σε πολλές παραιτήσεις υγειονομικού προσωπικού από τα δημόσια νοσοκομεία με αποτέλεσμα σήμερα να μην υπάρχει επαρκές προσωπικό στα νοσοκομεία κυρίως ιατρούς και η αναμονή τόσο για επισκέψεις – εξετάσεις και για χειρουργεία είναι μεγάλη και συνεπώς ο χρόνος αναμονής συνεχώς αυξάνεται
- Αυξήθηκε ο όγκος των ασφαλισμένων καθώς και οι υγειονομικές ανάγκες
- Πολλοί υγειονομικοί έφυγαν στο εξωτερικό για να εργαστούν λόγω των χαμηλών αμοιβών του προσωπικού του ΕΣΥ ως αποτέλεσμα των μέτρων για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης της Ελλάδας

Σχετικά με την μείωση του χρόνου αναμονής για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας -οι πάροχοι υγείας και υγειονομικοί αναφέρουν κυρίως ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε διότι:

- Βοήθησε η πρόοδος της τεχνολογίας και η καλύτερη μηχανογράφηση των νοσοκομείων
- Όσοι ασθενείς έχουν οικονομική άνεση- απευθύνονται στις ιδιωτικές κλινικές πληρώνοντας οι ίδιοι μεγάλα ποσά και έτσι μειώνονται οι ασθενείς των νοσοκομείων και οι λίστες αναμονής

**Χρόνος αναμονής δευτεροβάθμια**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Μειώθηκε | 139 | 19,2 | 19,2 | 19,2 |
| | Αυξήθηκε | 586 | 80,8 | 80,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.65: Χρόνος αναμονής δευτεροβάθμια*

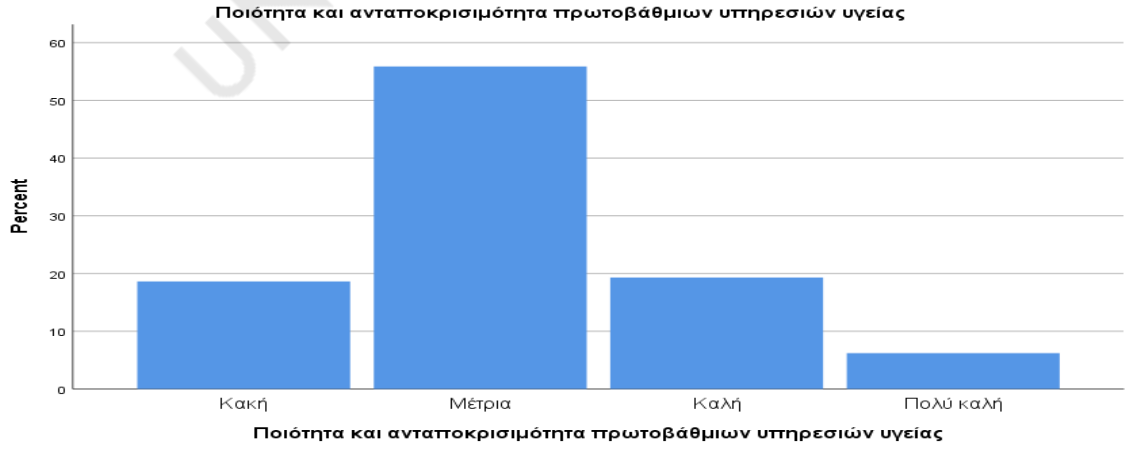
*7. Από την θέση σας ως πάροχος Υγείας, γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας;*

Από τα δεδομένα, προκύπτει ότι η ποιότητα σε σχέση με την ανταποκρισιμότητα στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας θεωρείται κυρίως μέτρια, καθώς το 55,9% των συμμετεχόντων παρόχων την αξιολογεί με αυτή την τιμή. Το 18,6% την αξιολογεί ως κακή, ενώ η καλή και η πολύ καλή ποιότητα και ανταποκρισιμότητα συνολικά αντιπροσωπεύουν το 25,5% των απαντήσεων.

**Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Κακή | 135 | 18,6 | 18,6 | 18,6 |
| | Μέτρια | 405 | 55,9 | 55,9 | 74,5 |
| | Καλή | 140 | 19,3 | 19,3 | 93,8 |
| | Πολύ καλή | 45 | 6,2 | 6,2 | 100,0 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.66: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*




*Γράφημα 8.12: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

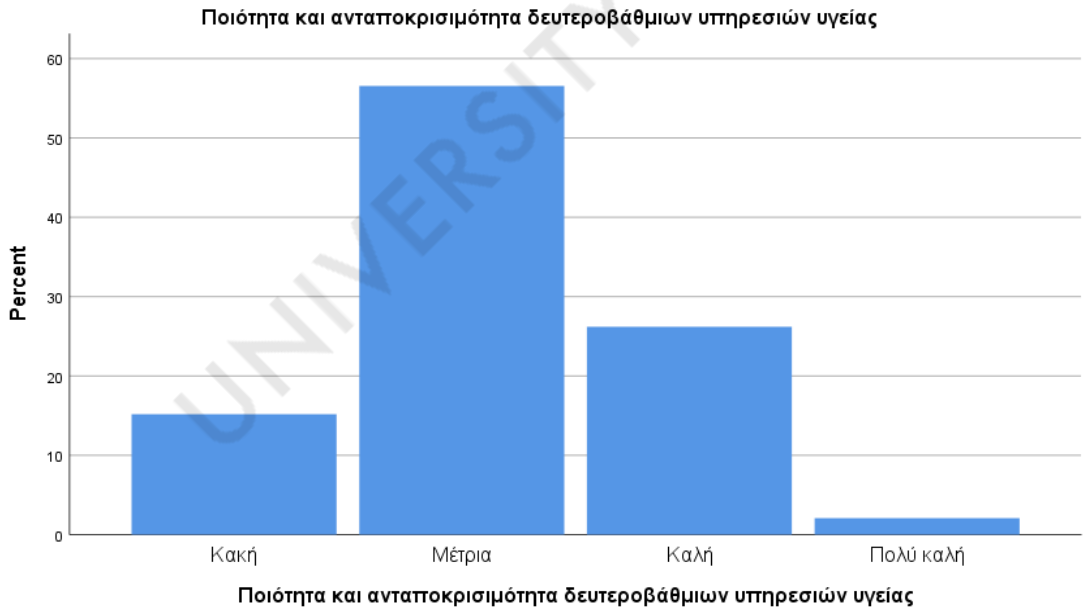
*8. Από την θέση σας ως πάροχος Υγείας, γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;*

Σύμφωνα με τα δεδομένα, η πλειοψηφία των παρόχων που απάντησαν αξιολογεί την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας ως μέτρια, με το 56,6% των απαντήσεων να την κατατάσσουν έτσι. Το 26,2%, την αξιολογεί ως καλή, ενώ ως κακή αναφέρεται από το 15,2% των ανταποκριθέντων. Μόνο το 2,1% των παρόχων αναφέρει ότι είναι πολύ καλή .

**Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Κακή | 110 | 15,2 | 15,2 | 15,2 |
| | Μέτρια | 410 | 56,6 | 56,6 | 71,7 |
| | Καλή | 190 | 26,2 | 26,2 | 97,9 |
| | Πολύ καλή | 15 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.67: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*




*Γράφημα 8.13: Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

UNIVERSITY of NICOSIA

*9. Σύμφωνα με τα νέα δεδομένα και έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, θεωρείτε ότι από τις Υπηρεσίες που παρέχεται στους ασθενείς αμείβεστε περισσότερο από ότι πριν ; Δώστε μία σύντομη απάντηση (Ναι διότι...../ Όχι διότι.....).*

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις παρόχων σχετικά με την ικανοποίηση τους από τις αμοιβές τους για τις υπηρεσίες τους ανάλογα με την ειδικότητα τους- έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

Το 92,1% αντιστοιχεί σε 668 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι με τα νέα δεδομένα και έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, αμείβονται λιγότερο από τις Υπηρεσίες που παρέχουν στους ασθενείς από ότι πριν.

Το 7,9% αντιστοιχεί σε 57 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι με τα νέα δεδομένα και έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, αμείβονται περισσότερο από τις Υπηρεσίες που παρέχουν στους ασθενείς από ότι πριν.

Στην ερώτηση αυτή παρουσιάζουν τεράστιες αντιθέσεις οι απαντήσεις των παρόχων υγείας, οι οποίες εξαρτώνται από την ιδιότητα τους και τη θέση που κατέχουν. Αναλυτικότερα:

- Οι φαρμακοποιοί αναφέρουν ότι οι αμοιβές τους έχουν μειωθεί έπειτα από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ διότι μειώνονται συνεχώς οι τιμές των συνταγογραφούμενων φαρμάκων- μειώνεται το ποσοστό κέρδους τους και σε συνάρτηση με την φορολογία η κατάσταση χειροτερεύει
- Τα ιατρικά κέντρα- διαγνωστικά και γενικότερα οι συμβεβλημένοι πάροχοι επίσης υποστηρίζουν ότι συνεχώς μειώνονται οι αποδοχές τους λόγω του ότι μειώνονται οι τιμές από τις αποζημιώσεις του ΕΟΠΥΥ των συνταγογραφούμενων εξετάσεων, του υγειονομικού υλικού καθώς και αυξάνεται το ποσοστό που αποδίδουν στον ΕΟΠΥΥ του Clowback και του Rebate από την ετήσια δαπάνης τους- πολλοί μάλιστα αναφέρουν ότι αυτός ο τρόπος της παρακράτησης του ΕΟΠΥΥ των ποσοστών αυτών αποτελεί καθαρή **«ληστεία».** Επίσης λόγω των μέτρων για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης της Ελλάδος αυξάνεται συνεχώς το λειτουργικό τους κόστος και η φορολογία τους τα τελευταία χρόνια
- Οι ιατροί διαμαρτύρονται για την τιμή της επίσκεψης των 10 ευρώ που δίδεται από τον ΕΟΠΥΥ

- Οι υγειονομικοί του δημοσίου υποστηρίζουν ότι κουράζονται περισσότερο και προσφέρουν περισσότερες υπηρεσίες στους ασθενείς χωρίς αντίκρισμα λόγω της μείωσης μισθού λόγω των περικοπών και το πάγωμα των κλιμακίων
- Από την άλλη οι γιατροί οι οποίοι ήταν στο δημόσιο αλλά παραιτήθηκαν και πλέον έχουν δικό τους ιατρείο χωρίς σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ ή χειρουργούν σε ιδιωτικές κλινικές υποστηρίζουν ότι τα έσοδα τους έχουν αυξηθεί
- Το ίδιο υποστηρίζουν και δύο κατηγορίες παρόχων της ειδικής αγωγής- οι εργοθεραπευτές όπου η συνεδρία τους από τον ΕΟΠΥΥ αποζημιώνεται πλέον στα 15 ευρώ από 1,23 ευρώ που ήταν πριν και οι ψυχολόγοι όπου τώρα και αυτοί αποζημιώνονται με 15 ευρώ την συνεδρία από 2,26 ευρώ που ίσχυε πριν την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

**Αμοιβή**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Αμείβονται λιγότερο | 668 | 92,1 | 92,1 | 92,1 |
| | Αμείβονται περισσότερο | 57 | 7,9 | 7,9 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.68: Αμοιβή*

*10. Με την δημιουργία του ΕΟΠΠΥ, την αύξηση των απαιτήσεων για την Υγεία, την εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης και τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την Παροχή τόσο των Πρωτοβάθμιων όσο και των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας νιώθετε μεγαλύτερη κόπωση από ότι πριν για την παροχή ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας στους ασθενείς;*

Σύμφωνα με τα δεδομένα, η κόπωση των υγειονομικών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο κατανέμεται ως εξής: 11% των ανταποκρινομένων αντιμετωπίζουν λίγη κόπωση, 35,2% μέτρια κόπωση, άλλοι 35,2% πολύ κόπωση και 18,6% πάρα πολύ κόπωση. Συνεπώς οι πάροχοι υγείας νοιώθουν μεγαλύτερη κόπωση από την παροχή ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας στους ασθενείς έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ από ότι πριν.

**Κόπωση**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Λίγο | 80 | 11,0 | 11,0 | 11,0 |
| | Μέτρια | 255 | 35,2 | 35,2 | 46,2 |
| | Πολύ | 255 | 35,2 | 35,2 | 81,4 |
| | Πάρα πολύ | 135 | 18,6 | 18,6 | 100,0 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Δεν ξέρω/Δεν απαντώ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.69: Κόπωση*

*Δ. Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

*1. Με βάσει την ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), είστε ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;*

- **Κύρια Τάση**: Το 40,7% των παρόχων υγείας δηλώνουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, που είναι το μεγαλύτερο ποσοστό στην κατανομή.
- **Σημαντική Ικανοποίηση**: Συνολικά, το 60% των παρόχων (συνδυάζοντας τις κατηγορίες "Πολύ" και "Πάρα πολύ") δηλώνουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης.
- **Μέτρια Ικανοποίηση**: Το 24,8% έχει μέτρια άποψη για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, που υποδηλώνει ότι υπάρχει περιθώριο για βελτίωσης.
- **Χαμηλή Ικανοποίηση**: Μόλις το 15,2% των παρόχων υγείας δηλώνει χαμηλή ικανοποίηση από το σύστημα, κάτι που υποδηλώνει ότι οι περισσότεροι πάροχοι βλέπουν θετικά την εφαρμογή. Η συνολική εικόνα δείχνει ότι η πλειοψηφία των παρόχων υγείας είναι ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, αν και υπάρχει ένα μικρό ποσοστό που παραμένει λιγότερο ικανοποιημένο.

**Ικανοποίηση από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Λίγο | 110 | 15,2 | 15,2 | 15,2 |
| | Μέτρια | 180 | 24,8 | 24,8 | 40,0 |
| | Πολύ | 295 | 40,7 | 40,7 | 80,7 |
| | Πάρα πολύ | 140 | 19,3 | 19,3 | 100,0 |
| | Άλλο | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.70: Ικανοποίηση από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

*2. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι διευκόλυνε την δουλειά σας;*

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρόχων (62,7%) θεωρεί ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει διευκολύνει πολύ ή πάρα πολύ την εργασία τους. Μόλις το 12,4% του συνολικού δείγματος ανέφερε μικρή διευκόλυνση, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (20,0%) θεωρεί ότι η διευκόλυνση ήταν και είναι μέτρια από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις ερωτώμενων όπου 35 απαντήσεις παρόχων που αντιστοιχούν σε ποσοστό 4,8 % δεν ήταν σαφής.

Το 12,4% αντιστοιχεί σε 90 απαντήσεις παρόχων οι οποίοι πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση διευκόλυνε ελάχιστα την δουλειά τους, ειδικά όσοι από τους παρόχους υγείας είναι μεγαλύτερης ηλικίας δεν είναι εξοικειωμένοι με την τεχνολογία και έτσι απαιτείται περισσότερος χρόνος για μία συνταγογράφηση.

Το 82,7% αντιστοιχεί σε 600 απαντήσεις παρόχων οι οποίοι πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση επέφερε διαφάνεια και οικονομία, διότι σταμάτησε η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση και συνέβαλε ιδιαίτερα στη διευκόλυνση της εργασίας τους και στην εξοικονόμηση χρόνου.

**Διευκόλυνση *εργασίας από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης***

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Λίγο | 90 | 12,4 | 12,4 | 12,4 |
| | Μέτρια | 145 | 20,0 | 20,0 | 32,4 |
| | Πολύ | 270 | 37,2 | 37,2 | 69,7 |
| | Πάρα πολύ | 185 | 25,5 | 25,5 | 95,2 |
| | Άλλο | 35 | 4,8 | 4,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.71: Διευκόλυνση εργασίας από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

UNIVERSITY of NICOSIA

*3. Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχει επιτευχθεί μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και συνεπώς και των δαπανών υγείας;*

Η πλειοψηφία των παρόχων που απάντησαν (53,1%) θεωρεί ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση συνέβαλε πολύ ή πάρα πολύ στη μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των δαπανών υγείας. Μόλις το 18,6% του συνολικού δείγματος πιστεύει ότι η μείωση τόσο της συνταγογράφησης όσο και των δαπανών υγείας επιτεύχθηκε σε μικρό βαθμό, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (26,2%) θεωρεί ότι η μείωση ήταν μέτρια από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις ερωτώμενων όπου 15 απαντήσεις παρόχων, που αντιστοιχούν σε ποσοστό 2,1 % δεν ήταν σαφής.

Το 53,1% αντιστοιχεί σε 385 απαντήσεις παρόχων οι οποίοι πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση επέφερε διαφάνεια και οικονομία, διότι σταμάτησε η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση και όλα πλέον εμφανίζονται στο σύστημα.

Το 44,8% το οποίο αντιστοιχεί σε 325 απαντήσεις παρόχων- πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει συντελέσει στη διαφάνεια και στη μείωση των δαπανών υγείας αλλά θα μπορούσε να περιλαμβάνει ακόμα μεγαλύτερους κόφτες κατά τη συνταγογράφηση τόσο των φαρμάκων όσο και των εξετάσεων για να επιτευχθούν ακόμα καλύτερα αποτελέσματα στο μέλλον.

**Μείωση συνταγογράφησης *και δαπανών υγείας από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης***

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Λίγο | 135 | 18,6 | 18,6 | 18,6 |
| | Μέτρια | 190 | 26,2 | 26,2 | 44,8 |
| | Πολύ | 255 | 35,2 | 35,2 | 80,0 |
| | Πάρα πολύ | 130 | 17,9 | 17,9 | 97,9 |
| | Άλλο | 15 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.72: Μείωση συνταγογράφησης και δαπανών υγείας από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

*4. Με τον μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με τον Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές; Δώστε μία σύντομη απάντηση. (Ναι διότι...../ Όχι διότι.....)*

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις ερωτώμενων παρόχων υγείας οι οποίοι ανταποκρίθηκαν στο ερωτηματολόγιο.

Το 58,7% αντιστοιχεί σε 426 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η εισαγωγή του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ και η δημιουργία του Φακέλου Υγείας- θα οδηγήσει στο μέλλον σε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές.

Το 5,8% αντιστοιχεί σε 42 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι ελπίζουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση η εισαγωγή του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ και η δημιουργία του Φακέλου Υγείας- θα οδηγήσει στο μέλλον σε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές.

Το 35,5% αντιστοιχεί σε 257 απαντήσεις ερωτώμενων οι οποίοι πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση η εισαγωγή του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ και η δημιουργία του Φακέλου Υγείας- δεν θα οδηγήσει στο μέλλον σε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές.

Στην ερώτηση αυτή γενικότερα παρουσιάζεται ένα θετικό κλίμα μέσω των απαντήσεων των παρόχων υγείας για την εφαρμογή της τεχνολογίας και την εισαγωγή νέων δεδομένων στο νευραλγικό χώρο της υγείας διότι εάν προσθέσουμε τις 42 απαντήσεις όπου αφορούν την ελπίδα των παρόχων για το μέλλον του Υγειονομικού συστήματος και τις 426 θετικές απαντήσεις όπου υποστηρίζουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η εισαγωγή του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ και η δημιουργία του Φακέλου Υγείας- θα οδηγήσει στο μέλλον σε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές τότε το άθροισμα τους αποτελεί ένα ποσοστό του 64,5% - 468 απαντήσεις στο σύνολο.

Αναλυτικότερα οι πάροχοι πιστεύουν και ελπίζουν στη βελτίωση του Υγειονομικού Συστήματος και σε περισσότερες παροχές μέσω της υιοθέτησης των τριών παραπάνω παραγόντων και τη βελτίωση της τεχνολογίας λόγω του ότι:

- Η τεχνολογία και η ενεργοποίηση όλων των παραπάνω θα επιφέρει ευελιξία, διαφάνεια, καλύτερη χρήση του χρόνου και αποτελεσματικότερες θεραπείες μέσω του ολοκληρωμένου ιατρικού ιστορικού το οποίο θα επιτευχθεί με την δημιουργία του Φακέλου Υγείας και συνεπώς και πόρους στο σύστημα.
- Η διαφάνεια που θα επιτευχθεί μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και του Φακέλου Υγείας θα επιφέρουν εξοικονόμηση χρημάτων και βελτιστοποίηση του συστήματος Υγείας στο μέλλον με περισσότερες παροχές
- Θα υπάρχει πρόσβαση στο ιστορικό του ασθενούς – συνεπώς και στοχευμένη συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων- θα αποφευχθούν οι άσκοπες δαπάνες και όλα αυτά μπορούν να συμβάλλουν στην εξοικονόμηση πόρων και συνεπώς στην αύξηση του προϋπολογισμού για την υγεία.
- Μέσω της ψηφιοποίησης θα είναι όλα ελεγχόμενα- θα υπάρχει ο πλήρης φάκελος του κάθε ασθενή – θα μειωθούν οι άσκοπες και αλόγιστες δαπάνες- θα μπορεί να εξασφαλίζεται μία πλήρης καταγραφή σχετικά με το ιατρικό ιστορικό και θα υπάρχει και η δυνατότητα ελέγχου και ανατροφοδότησης.

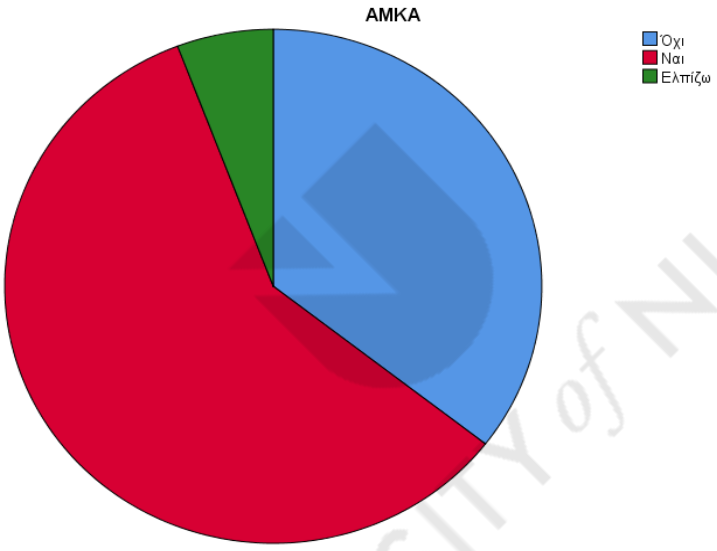
Όσο αφορά το 35,5% των παρόχων -257 απαντήσεις στο σύνολο οι οποίοι πιστεύουν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση η εισαγωγή του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ και η δημιουργία του Φακέλου Υγείας- δεν θα οδηγήσει στο μέλλον σε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές λόγω του ότι:

- Οι παροχές και η ποιότητα δεν εξαρτώνται από τα ιστορικά των ασθενών
- Η κουλτούρα της Ελλάδος και η προχειρότητα που την διακρίνει στην εισαγωγή οποιονδήποτε νέων μέτρων εμποδίζει τα θετικά αποτελέσματα
- Το μέγεθος των ανασφαλίστων- ανέργων όλο και αυξάνεται με την επιδοματική πολιτική της Ελλάδας των τελευταίων ετών και την οικονομική κρίση
- Για να επιτευχθεί βελτίωση του Υγειονομικού Συστήματος πρέπει το Ελληνικό Κράτος να επενδύσει σε Επιστημονικό Ιατρικό Προσωπικό- γεγονός που δεν επιτυγχάνεται αν λάβουμε υπόψιν ότι τα τελευταία χρόνια οι ελλείψεις για επιστημονικό προσωπικό και ειδικότερα για ιατρούς όλο και αυξάνονται- διότι οι τελευταίοι κατέφυγαν στο εξωτερικό για να εργασθούν εξαιτίας περικοπών στους μισθούς και της υψηλής φορολογίας της Ελλάδας.
- Δεν βελτιώνεται το Υγειονομικό Σύστημα με ημίμετρα υποστηρίζουν οι πάροχοι- απαιτείται σωστός σχεδιασμός και άμεση χρηματοδότηση.

**Καλύτερο υγειονομικό σύστημα με εφαρμογή ΑΜΚΑ, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και φακέλου Υγείας**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Όχι | 257 | 35,5 | 35,5 | 35,5 |
| | Ναι | 426 | 58,7 | 58,7 | 94,2 |
| | Ελπίζω | 42 | 5,8 | 5,8 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.73: Καλύτερο υγειονομικό σύστημα με εφαρμογή ΑΜΚΑ, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και φακέλου Υγείας*




*Διάγραμμα 8.6: Καλύτερο υγειονομικό σύστημα με εφαρμογή ΑΜΚΑ, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και φακέλου Υγείας*

### *5. Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;*

Το μεγαλύτερο ποσοστό των παρόχων (50,4%) απάντησε πως έχει επιτευχθεί πολύ ή πάρα πολύ διαφάνεια στην υγεία με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το 31,0% απάντησε σχετικά με την επίτευξη της διαφάνειας σε μέτριο βαθμό και το 16,6% αναφέρεται σε μικρό βαθμό επίτευξης.

Το 100% αντιστοιχεί σε 725 απαντήσεις ερωτώμενων, όπου 15 απαντήσεις παρόχων, που αντιστοιχούν σε ποσοστό 2,1 % δεν ήταν σαφής. Το 50,4% το οποίο αντιστοιχεί σε 365 απαντήσεις ερωτώμενων δηλώνει ότι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

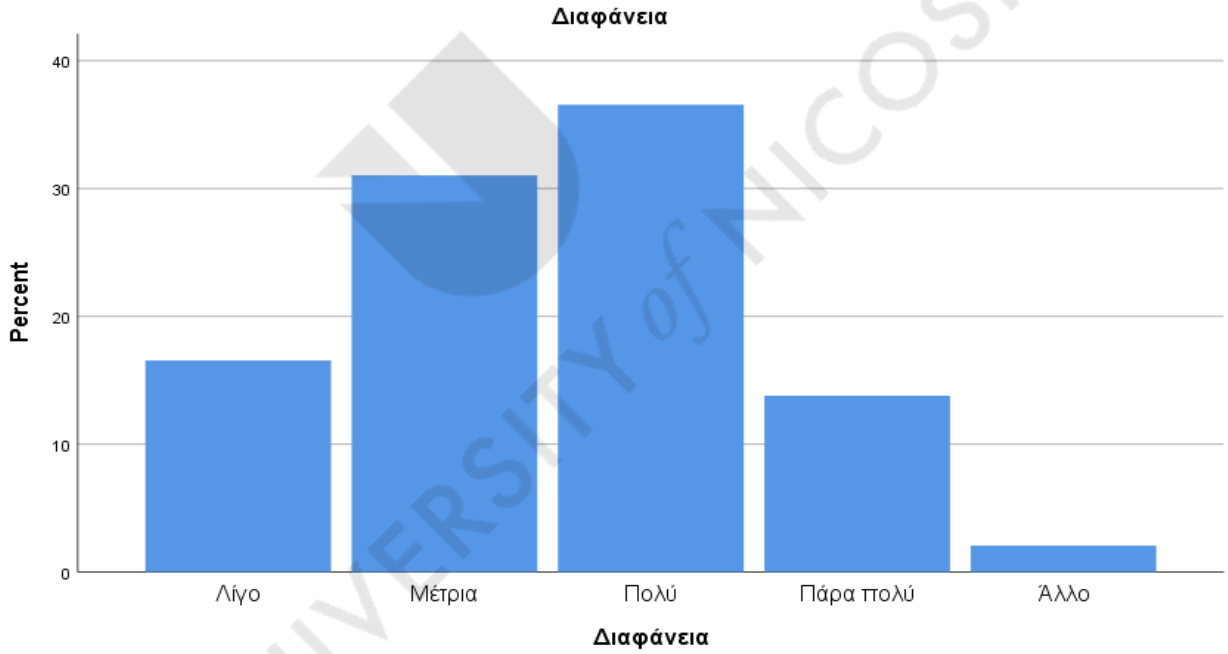
UNIVERSITY of NICOSIA

επέφερε διαφάνεια σε βαθμό ικανοποιητικό έως σήμερα, ενώ το 47,6% το οποίο αντιστοιχεί σε 345 απαντήσεις παρόχων συμφωνεί ότι η εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης συνέβαλε στην επίτευξη της διαφάνεια στον χώρο της Υγείας αλλά όχι σε μεγάλο βαθμό και αναμένουν ακόμα μεγαλύτερα αποτελέσματα τα επόμενα χρόνια μέσω της τεχνολογίας.

**Διαφάνεια με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης**

| | | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---|---|---|---|---|---|
| Valid | Λίγο | 120 | 16,6 | 16,6 | 16,6 |
| | Μέτρια | 225 | 31,0 | 31,0 | 47,6 |
| | Πολύ | 265 | 36,6 | 36,6 | 84,1 |
| | Πάρα πολύ | 100 | 13,8 | 13,8 | 97,9 |
| | Άλλο | 15 | 2,1 | 2,1 | 100,0 |
| | Total | 725 | 100,0 | 100,0 | |

*Πίνακας 8.74: Διαφάνεια με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφηση*




*Γράφημα 8.14: Διαφάνεια με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

UNIVERSITY of NICOSIA

## 8.2 Σχολιασμός αποτελεσμάτων

### 8.2.1 Ερωτηματολόγιο πολιτών- καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

*Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων*

Στην έρευνά που πραγματοποιήσαμε, το δείγμα αποτελείται από 1.278 άτομα, με σημαντική πλειοψηφία των συμμετεχόντων να είναι γυναίκες - 828 στον αριθμό-με ποσοστό 64,8% και να ακολουθούν οι άνδρες -444 στον αριθμό- με ποσοστό 34,7%. Συνεπώς οι απαντήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν παρουσιάζουν ίδιο ποσοστό του 50% έκαστος ως είθισται. Αυτό συνέβη διότι τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους συμμετέχοντες, χρησιμοποιώντας την πλατφόρμα Google Forms, έπειτα από άδεια από την Πανεπιστημιακή Ερευνητική Επιτροπή Δεοντολογίας ώστε να διασφαλιστεί η ανωνυμία των απαντήσεων και η φύλαξη των προσωπικών δεδομένων και οι απαντήσεις αναλύθηκαν με το στατιστικό λογισμικό SPSS και συνεπώς τα στοιχεία που παρουσιάζονται στο παρόν πόνημα είναι άκρως αληθινά και δεν έχουν υποστεί καμία επεξεργασία προκειμένου να διαστρεβλώσουν τα πραγματικά αποτελέσματα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα εκπροσωπείται από άτομα ηλικίας 45-55 ετών, ενώ οι νεότερες και οι μεγαλύτερες ηλικιακές κατηγορίες (18-24 και 66+) αντιπροσωπεύονται σε πολύ μικρότερο βαθμό. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι έγγαμοι, γεγονός που μπορεί να αντικατοπτρίζει διαφορετικές ανάγκες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με τους άγαμους ή τους διαζευγμένους. Η κατανομή του αριθμού των παιδιών επίσης δείχνει ότι μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων έχει δύο παιδιά. Στον τομέα της εκπαίδευσης, μεγάλο ποσοστό του δείγματος έχει υψηλό μορφωτικό επίπεδο, με σημαντική παρουσία κατόχων μεταπτυχιακών τίτλων. Η επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων δείχνει ότι η πλειοψηφία είναι εργαζόμενοι, με τους δημόσιους υπαλλήλους να υπερέχουν. Τέλος, η πλειονότητα των συμμετεχόντων είναι άμεσα ασφαλισμένοι, κυρίως προέρχονται από το ασφαλιστικό ταμείο του ΙΚΑ ενώ ένα μικρότερο ποσοστό έχει επιλέξει να καλύπτεται μέσω ιδιωτικής ασφάλισης επιπροσθέτως της κύριας ασφάλισής του.

Η ιδιωτική ασφάλιση αφορά στο μεγαλύτερο ποσοστό τόσο τη νοσοκομειακή όσο και την εξωνοσοκομειακή ασφάλιση. Οι λόγοι για την επιλογή ιδιωτικής ασφάλισης φαίνονται να περιστρέφονται γύρω από δύο κύριους παράγοντες: την έλλειψη ικανοποίησης από τις

δημόσιες υπηρεσίες υγείας και τις παροχές του ΕΟΠΥΥ καθώς και την ανάγκη για ταχύτερη και πιο εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα. Ειδικότερα, αρκετοί από τους ερωτηθέντες επιλέγουν ιδιωτική ασφάλιση για να έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς και διαγνωστικά κέντρα με μικρότερο χρόνο αναμονής. Αυτή η ανάγκη για γρήγορη και άμεση πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες φαίνεται να είναι ένας βασικός παράγοντας που οδηγεί τους πολίτες να επιλέξουν την ιδιωτική ασφάλιση, δεδομένου ότι πολλοί αναφέρουν ότι οι δημόσιες υπηρεσίες συχνά παρουσιάζουν μεγάλους χρόνους αναμονής. Επιπλέον, η πρόσβαση σε ιδιωτικές κλινικές και η κάλυψη εξόδων για νοσηλεία και χειρουργικές επεμβάσεις αναδεικνύεται ως ένας από τους σημαντικότερους λόγους για την επιλογή ιδιωτικής ασφάλισης. Οι συμμετέχοντες φαίνεται να εκτιμούν τις καλύτερες συνθήκες νοσηλείας που προσφέρουν οι ιδιωτικές κλινικές, καθώς και την ποιότητα της περίθαλψης σε σχέση με το δημόσιο σύστημα. Οι περισσότεροι από αυτούς δηλώνουν ότι προτιμούν την ιδιωτική κάλυψη, καθώς εξασφαλίζει την κάλυψη μεγάλων εξόδων, όπως αυτά των χειρουργείων και των διαγνωστικών εξετάσεων, που σε πολλές περιπτώσεις δεν καλύπτονται πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ.

Ωστόσο, δεν είναι όλοι οι συμμετέχοντες εξίσου ικανοποιημένοι με όλες τις παροχές της ιδιωτικής ασφάλισης. Για παράδειγμα, η οδοντιατρική περίθαλψη φαίνεται να είναι μια υπηρεσία που δεν καλύπτεται συχνά από τα ιδιωτικά συμβόλαια, κάτι που αποθαρρύνει αρκετούς από το να βασίζονται στην ιδιωτική ασφάλιση για αυτές τις ανάγκες. Γενικότερα, φαίνεται ότι η ιδιωτική ασφάλιση επιλέγεται κυρίως ως απάντηση στα κενά του δημόσιου συστήματος υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στη μείωση του χρόνου αναμονής, την πρόσβαση σε καλύτερες συνθήκες νοσηλείας και την κάλυψη των υψηλών εξόδων των ιατρικών υπηρεσιών σε ιδιωτικές κλινικές.

*Β. Δαπάνες υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

Σχετικά με την ΠΦΥ, συμπεραίνουμε ότι οι πολίτες έχουν μικτά συναισθήματα για την κάλυψη των δαπανών. Ένα μεγάλο ποσοστό δηλώνει ότι οι δαπάνες τους καλύπτονται εν μέρει από τον ΕΟΠΥΥ, ωστόσο, πολλοί επισημαίνουν την ανάγκη να πληρώνουν επιπλέον ποσά- για να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες τους- ειδικά για επισκέψεις σε γιατρούς και παρακλινικές εξετάσεις. Παρόλο που το 59,9% των ερωτηθέντων καλύπτουν τις συνταγογραφήσεις φαρμάκων μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ, εξακολουθούν να επιβαρύνονται με συμμετοχές, γεγονός που αυξάνει τα συνολικά ετήσια έξοδα τους μετά τη συνένωση των ταμείων.

Στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι πολλοί ερωτηθέντες αντιμετωπίζουν προβλήματα με την κάλυψη των δαπανών από τον ΕΟΠΥΥ. Δείχνουν μέτρια ικανοποίηση από τις δαπάνες σε ποσοστό περίπου το 52% των ερωτηθέντων. Σύμφωνα με την έρευνα σχετικά με τις πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως χειρουργεία και νοσηλεία, όσοι πολίτες χρειάστηκαν τις υπηρεσίες αυτές, συχνά αναφέρουν ότι πρέπει να πληρώσουν σημαντικά ποσά- επιπλέον από την ασφάλεια ή να χρησιμοποιήσουν ιδιωτική ασφάλιση για να καλύψουν το κόστος. Παρόλο που πολλοί από αυτούς δηλώνουν ότι έχουν χρησιμοποιήσει τον ΕΟΠΥΥ για να καλύψουν ένα μέρος των εξόδων, οι συμμετοχές και η επιβάρυνση του πολίτη παραμένουν υψηλές, ειδικά όταν πρόκειται για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές ή χειρουργικές επεμβάσεις.

Η ικανοποίηση των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας φαίνεται να είναι χαμηλή, όσον αφορά τις δαπάνες σε νοσοκομειακούς γιατρούς και τις διαγνωστικές εξετάσεις. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δηλώνουν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες αποκατάστασης, τα κέντρα τεχνητού νεφρού και οι νοσηλείες σε δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας. Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι παρόλο που ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει κάποιες βασικές ανάγκες, οι πολίτες συχνά χρειάζεται να πληρώνουν επιπλέον ποσά για να εξασφαλίσουν την απαραίτητη φροντίδα, γεγονός που δημιουργεί δυσαρέσκεια για τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

*Γ. Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

Οι απαντήσεις στο σύνολο τους αποδεικνύουν ότι η πλειοψηφία των ασφαλισμένων εμφανίζονται μέτρια ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες υγείας, τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών θεωρείται ότι κυμαίνεται από μέτρια έως καλή, αν και υπάρχουν και απόψεις που εκφράζουν δυσαρέσκεια, ειδικά όσον αφορά την ιατροτεχνολογική υποστήριξη, τις ειδικές θεραπείες, και τη νοσηλεία. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι οι υπηρεσίες είναι επαρκείς, αλλά όχι σε ικανοποιητικό βαθμό, και οι ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές εξετάσεις είναι οι τομείς όπου παρατηρήθηκε η μεγαλύτερη θετική ανταπόκριση.

Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, οι πολίτες ανέφεραν συχνά μεγαλύτερες καθυστερήσεις, ειδικά στα χειρουργεία και στις θεραπείες σε δημόσια νοσοκομεία. Η ποιότητα των υπηρεσιών στα δημόσια ιδρύματα θεωρείται χαμηλότερη σε

σχέση με τις ιδιωτικές κλινικές, αν και πολλοί εκφράζουν επίσης δυσφορία για το κόστος που συνεπάγεται η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών. Σε σχέση με τους χρόνους αναμονής, οι συμμετέχοντες στην έρευνα παρατήρησαν ότι οι αναμονές για ραντεβού με γιατρούς, ειδικά σε δημόσια νοσοκομεία και δημόσια ιδρύματα, μπορεί να είναι μακροχρόνιες, με ορισμένους να περιμένουν για αρκετές εβδομάδες ή και περισσότερο από ένα μήνα. Παράλληλα, η πρόσβαση σε ιδιωτικά κέντρα και κλινικές φάνηκε να είναι ταχύτερη, αλλά συνοδεύεται με την επιβάρυνση υψηλού κόστους.

Στην ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών, οι απαντήσεις των πολιτών υπήρξαν ποικίλες. Ενώ πολλοί δήλωσαν ικανοποιημένοι από την επαγγελματική στάση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, υπήρχαν παράπονα για την έλλειψη επαρκούς προσωπικού και τη μεγάλη πίεση στα δημόσια νοσοκομεία. Οι ασθενείς ένιωσαν πως, παρά τις προθέσεις, η ανταπόκριση στις ανάγκες τους δεν ήταν πάντα άμεση ή ποιοτική, ειδικά σε πιο επείγουσες καταστάσεις. Συνολικά, τα αποτελέσματα της έρευνας υπογραμμίζουν την ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας και της ταχύτητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με έμφαση στη μείωση των χρόνων αναμονής και την αύξηση της ανταποκρισιμότητας στις υγειονομικές ανάγκες των ασφαλισμένων.

*Δ. Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

Η έρευνα σχετικά με τη διαφάνεια στην υγεία και τη μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης μέσω της εφαρμογής της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έδειξε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες εκφράζουν ικανοποίηση με το νέο σύστημα. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείται ότι έχει συνεισφέρει στη βελτίωση της διαφάνειας και στον περιορισμό της σπατάλης πόρων. Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στις παροχές του ΕΟΠΥΥ έχει βελτιωθεί, ειδικά μετά την εισαγωγή του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η δυνατότητα γρήγορης καταγραφής των συνταγών διευκολύνει τη διαδικασία για τους ασθενείς, ενώ παράλληλα επιτρέπει καλύτερη παρακολούθηση των δαπανών και της ποιότητας των υπηρεσιών. Όσον αφορά τη μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των υγειονομικών δαπανών, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων αναγνωρίζει ότι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης έχει παίξει σημαντικό ρόλο. Πιστεύουν ότι συμβάλλει στην αποτροπή των καταχρήσεων και στη μείωση των περιττών εξετάσεων και φαρμάκων.

Παρ' όλα αυτά, υπάρχουν κάποιοι και οι απόψεις ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση δεν μπορεί από μόνη της να βελτιώσει ουσιαστικά το σύστημα υγείας, αν δεν αυξηθούν οι πόροι και δεν υπάρξουν περισσότερες παροχές για τους ασθενείς. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης ενισχύει την εμπιστοσύνη των ασθενών και των υπαλλήλων του συστήματος στον έλεγχο και τη διαφάνεια των διαδικασιών, ενώ πολλοί υποστηρίζουν ότι ο συνδυασμός του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ και του φακέλου υγείας θα βοηθήσει περαιτέρω στη δημιουργία ενός πιο αποτελεσματικού και εκσυγχρονισμένου συστήματος υγείας. Παρά την κυρίαρχη θετική εικόνα, υπάρχουν ανησυχίες ότι τα οφέλη της διαφάνειας και της μείωσης των δαπανών θα είναι περιορισμένα αν δεν υπάρξουν αλλαγές στον προϋπολογισμό και δεν δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην ορθή διαχείριση των πόρων.

### 8.2.2 Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας

*Α. Δημογραφικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων*

Στην έρευνα συμμετείχαν σχεδόν ίσα ποσοστά ανδρών και γυναικών (49% άνδρες και 50,3% γυναίκες) από ηλικιακές ομάδες κυρίως μεταξύ 36-55 ετών. Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι έγγαμοι. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι επαγγελματίες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς πολλοί διαθέτουν πτυχία τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ αρκετοί κατέχουν και μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους. Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση, η πλειοψηφία των παρόχων υγείας είναι γιατροί, φαρμακοποιοί, φυσιοθεραπευτές και νοσηλευτές. Υπάρχουν, επίσης, ειδικότητες όπως εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγοι και διοικητικοί στο χώρο της υγείας. Αρκετά έμπειροι φαίνεται να είναι καθώς πολλοί δήλωσαν ότι δουλεύουν περισσότερα από 16 χρόνια. Οι περισσότεροι από τους παρόχους υγείας εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ ένα μικρότερο ποσοστό απασχολείται σε δημόσιες δομές υγείας.

Από τους ιδιώτες παρόχους, ένας σημαντικός αριθμός είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, ενώ οι υπόλοιποι παρέχουν υπηρεσίες χωρίς σύμβαση με τον οργανισμό. Γενικά, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των παρόχων υγείας που συμμετείχαν δείχνουν μια ομάδα επαγγελματιών με σημαντική εμπειρία και διαφορετικά επίπεδα εξειδίκευσης στον τομέα της υγείας.

UNIVERSITY of NICOSIA

*Β. Δαπάνες υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

Η γενική εικόνα που προκύπτει από τις απαντήσεις των παρόχων υγείας αποτελεί η μερική κάλυψη των δαπανών από τον ΕΟΠΥΥ, τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο φροντίδας. Στο πεδίο της πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες πιστεύουν ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει μερικώς τις ανάγκες των ασθενών για επισκέψεις σε συμβεβλημένους ιατρούς, παρακλινικές εξετάσεις και συνταγογράφηση φαρμάκων. Σχετικά με τις επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικές κλινικές, υπάρχει η γενική αίσθηση ότι οι καλύψεις είναι πιο περιορισμένες. Ωστόσο, οι περισσότεροι πάροχοι πιστεύουν ότι οι δαπάνες για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες μειώθηκαν.

Για την δευτεροβάθμια φροντίδα, οι πάροχοι υγείας επισημαίνουν ότι ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει κάποιες από τις δαπάνες, αλλά και πάλι μερικώς. Για παράδειγμα, οι νοσηλείες σε ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, οι χειρουργικές επεμβάσεις και οι θεραπείες σε μονάδες αποκατάστασης αντιμετωπίζονται με μεγαλύτερη επιβάρυνση από τους ασθενείς από ότι πριν την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ. Επίσης, αρκετοί εκφράζουν την άποψη ότι οι ασθενείς χρειάζονται ιδιωτική ασφάλιση για να καλύψουν πλήρως τις ανάγκες τους. Και σε αυτή την περίπτωση όμως, η πλειοψηφία των παρόχων υγείας δήλωσε ότι οι δαπάνες για δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας μειώθηκαν. Παρά τις προσπάθειες εξοικονόμησης πόρων, πολλοί από τους ερωτηθέντες αισθάνονται ότι οι περικοπές έχουν υποβαθμίσει τις υπηρεσίες που προσφέρονται από το δημόσιο σύστημα, ενώ η οικονομική κρίση έχει περιορίσει τους προϋπολογισμούς για την υγεία. Γενικά, το συμπέρασμα είναι ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν πως οι δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ παραμένουν περιορισμένες, ιδιαίτερα όσον αφορά εξειδικευμένες θεραπείες και ιδιωτικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναγκάζονται να καταφεύγουν σε ιδιωτική ασφάλιση ή να επιβαρύνονται με σημαντικά κόστη.

*Γ. Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

Η ανάλυση των απαντήσεων σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ δείχνει ότι οι συμμετέχοντες έχουν «ανάμικτα συναισθήματα» για τις υπηρεσίες που προσφέρονται, με τις περισσότερες απαντήσεις να δείχνουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών θεωρείται μέτρια τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Σχετικά με τις ιατρικές επισκέψεις και τις εξετάσεις, την παροχή φαρμάκων και υγειονομικού υλικού, πολλοί θεωρούν ότι η ποιότητα είναι μέτρια, με κάποιους να την χαρακτηρίζουν καλή.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία, οι αντιλήψεις ποικίλλουν. Κάποιοι εκφράζουν ικανοποίηση για την ποιότητα, ενώ άλλοι επισημαίνουν περιθώρια βελτίωσης. Οι ιδιωτικές κλινικές φαίνεται να συγκεντρώνουν καλύτερες αξιολογήσεις, με την ποιότητα των υπηρεσιών να θεωρείται πιο ικανοποιητική. Οι χρόνοι αναμονής, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, έχουν αυξηθεί μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα, κάτι που αποδίδεται στην αύξηση των ασφαλισμένων και στην έλλειψη επαρκούς προσωπικού. Αν και η τεχνολογία έχει βοηθήσει στη μείωση ορισμένων καθυστερήσεων, πολλοί εξακολουθούν να αναφέρουν σημαντικά προβλήματα ανταποκρισιμότητας.

Τέλος, οι αμοιβές των παρόχων υγείας φαίνεται να έχουν επηρεαστεί αρνητικά μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, με τους περισσότερους να δηλώνουν ότι αμείβονται λιγότερο για τις υπηρεσίες που προσφέρουν ενώ έχουν αυξηθεί τα επίπεδα κόπωσης, καθώς οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες από το υγειονομικό προσωπικό έχουν αυξηθεί. Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν, πιθανότητες βελτίωσης λόγω των νέων τεχνολογιών και των επιστημονικών επιτευγμάτων στον χώρο της υγείας αλλά παραμένουν σημαντικά ζητήματα όσον αφορά την ποιότητα, τους χρόνους αναμονής και τις αμοιβές των παρόχων υγείας.

*Δ. Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης*

Η πλειοψηφία των παρόχων είναι ικανοποιημένη με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, καθώς θεωρούν ότι έχει βελτιώσει τα επίπεδα διαφάνειας και έχει συμβάλει στην οικονομία του συστήματος υγείας, κυρίως με τη μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης. Αν και ένα μικρό ποσοστό παρόχων παραμένει λιγότερο ικανοποιημένο, γενικά η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείται ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί πάροχοι θεωρούν επίσης ότι η εφαρμογή του μοναδικού αριθμού ΑΜΚΑ και η δημιουργία του Φακέλου Υγείας θα οδηγήσουν σε περαιτέρω βελτίωση του συστήματος υγείας στο μέλλον. Παράλληλα, υπάρχουν και αυτοί που είναι επιφυλακτικοί, υποστηρίζοντας ότι η βελτίωση του συστήματος δεν μπορεί να στηριχθεί μόνο στην τεχνολογία, αλλά απαιτείται επίσης επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό και πόρους.

Σε σχέση με τη διαφάνεια, ένα μεγάλο ποσοστό παρόχων πιστεύει ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει φέρει θετικά αποτελέσματα, με την πλειοψηφία να αναφέρει ότι έχει επιτευχθεί σημαντική βελτίωση, αν και ορισμένοι εκφράζουν την επιθυμία για περαιτέρω

βελτιώσεις στο μέλλον. Γενικά, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θεωρείται ένα βήμα προς τη σωστή κατεύθυνση για τη διαφάνεια και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, με αρκετούς παρόχους να εκφράζουν ακόμη μεγαλύτερες προσδοκίες για το μέλλον.

### 8.2.3 Αποτελέσματα της κριτικής ανασκόπησης της υφιστάμενης βιβλιογραφίας των δευτερογενών πηγών σε σχέση με τις 3 Υποθέσεις εργασίας

Ο βασικός άξονας που επιχειρεί ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους πολίτες, στους συνταξιούχους και στα λεγόμενα «εξαρτώμενα» από την οικογένειά τους μέλη, οι οποίοι υπάγονταν στα διάφορα ασφαλιστικά Ταμεία Υγείας που έχουν πλέον συγχωνευτεί. Μέσω των συμβεβλημένων ιατρών, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει το 85% των ιατρικών πράξεων των ασφαλισμένων πολιτών, εφόσον δεν ξεπερνά το όριο των διακοσίων επισκέψεων μηνιαίως. Η συμμετοχή των ασφαλισμένων στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση_ είναι μηδενική και στην αγορά των φαρμάκων έως 25%, ενώ για χρόνιες παθήσεις, καθιερώθηκε από μηδενική έως και 10% συμμετοχή στην παραλαβή των φαρμάκων (Οδηγός του Πολίτη, 2022).

Αναντίρρητα, ο Οργανισμός είναι επιφορτισμένος και με την ευθύνη του επιχειρησιακού συντονισμού και της εξασφάλισης της ομαλής συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, δηλαδή ένα σύνολο από μονάδες υγειονομικής περίθαλψης και επαγγελματίες στον τομέα της υγείας που αποτελούν το δίκτυο ΠΦΥ. Επιπρόσθετα, ένας από τους βασικότερους στόχους του Οργανισμού είναι η επίτευξη της πλέον αποτελεσματικής και ποιοτικής διαχείρισης της χρηματοδότησης και των παρεχόμενων πόρων. Ο Οργανισμός διαμορφώνει και θέτει τις προϋποθέσεις για επίτευξη σύμβασης, τόσο με δημόσιους, όσο και με ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής φροντίδας. Εκτός των προαναφερθέντων, μελετά και επεξεργάζεται κατάλληλα τα ποσοτικά δεδομένα, τα οποία σχετίζονται με το κόστος των υπηρεσιών υγείας και τα δημογραφικά στοιχεία των πολιτών, διαμορφώνοντας με τον τρόπο αυτό τον απαιτούμενο προϋπολογισμό (Theodorou et al, 2020).

Όπως έχει σημειωθεί, το παρόν πόνημα εξετάζει 3 υποθέσεις εργασίας- και συγκεκριμένα είναι οι εξής:

- Το κατά πόσον οι δαπάνες Υγείας μειώθηκαν μετά τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ),
    - στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης
    - στον τομέα της Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης
- Εάν από τη λειτουργία του Οργανισμού και έπειτα έχει σημειωθεί βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας,
    - στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης
    - στον τομέα της Δευτεροβάθμιας Περίθαλψης
- Κατά πόσον έχουν επιτευχθεί οι διαδικασίες διαφάνειας σχετικά με τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας και εάν έχει μειωθεί ή όχι, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μετά την δημιουργία του Οργανισμού (ΕΟΠΥΥ).

Εκτός από την ποσοτική έρευνα των 3 υποθέσεων εργασίας κρίθηκε σκόπιμο να αξιολογηθούν αυτές οι υποθέσεις και με την υφιστάμενη αναγνώριση των δευτερογενών πηγών δευτερογενών πηγών.

Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ κατά τα πρώτα χρόνια της σύστασής του, σχετικά με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είχε να αντιμετωπίσει πολύ σοβαρά προβλήματα και ελλείψεις, ορισμένα από τα οποία αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω:

- Απόλυτος συγκεντρωτικός έλεγχος σε ότι αφορά τη διοίκηση του οργανισμού και τη λήψη αποφάσεων.
- Έλλειψη μηχανισμού αξιολόγησης των τεχνολογιών που αφορούν την υγεία.
- Δυσλειτουργικό σύστημα αναδρομικής επιστροφής χρημάτων στους δικαιούχους.
- Οι προσλήψεις του διοικητικού προσωπικού δεν βασίζονταν σε αξιοκρατικά κριτήρια με αποτέλεσμα τη συσσώρευση ατόμων με μη επαρκή προσόντα.
- Απουσία σχεδιασμού και συντονισμού των εργασιών.
- Αναχρονιστικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης.
- Άνιση κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού για παροχή υπηρεσιών στην Ελληνική επικράτεια, καθώς και των οικονομικών πόρων.
- Μη λειτουργικό σύστημα μελέτης και αξιολόγησης των αναγκών με αποτέλεσμα να μη θέτονται ορθά οι προτεραιότητες.

- Ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Ανισότητες στην κατανομή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και των υγειονομικών υποδομών, παραμέληση παραμεθόριων περιοχών.
- Αποσπασματική κάλυψη του πληθυσμού. (Δαβάκη, 2015).

Παρά ταύτα η συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων και η σύσταση του ΕΟΠΥΥ, αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα προόδου για την κοινωνική ασφάλιση και το κομμάτι της αγοράς που αφορά την ιατρική περίθαλψη. Ουσιαστικά, η δημιουργία του Οργανισμού ήρθε για να καλύψει ένα μεγάλο θεσμικό κενό. Το ενιαίο ταμείο υγείας περιλαμβάνει πλέον το 90% των πολιτών, έχοντας μεγάλη δύναμη και έλεγχο έναντι των προμηθευτών υγείας, γεγονός που συμβάλλει αποτελεσματικά στην μείωση των δαπανών. Το μονοπώλιο που έχει δημιουργηθεί, δύναται να περιορίσει το κόστος, ωστόσο δεν γίνεται να διορθώσει και να εξαλείψει τις οικονομικές ατασθαλίες και τα χρέη από τα ασφαλιστικά ταμεία που προϋπήρχαν (Polyzos et al, 2014).

Κατά γενική ομολογία οι Έλληνες φαίνεται να θεωρούν τις παροχές νοσηλευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης των δημόσιων νοσοκομείων αρκετά ικανοποιητικές παρόλο τους χρόνους αναμονής. Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί σχετικά με την ποιότητα των παροχών που αναφέρεται στην πραγματοποίηση διαγνωστικών και ιατρικών εξετάσεων ότι το 9% των Ελλήνων προτιμούν τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, το 11% τα Κέντρα Υγείας και τις υπηρεσίες των περιφερειακών ιατρείων, το 30% διάφορες άλλες μονάδες του ΕΟΠΥΥ, το 25% επισκέπτεται τους συμβεβλημένους με τον οργανισμό επαγγελματίες υγείας, το 20% προτιμά τα ιδιωτικά νοσοκομεία και μόλις το 5% άλλες δομές. Ωστόσο, το έργο του ΕΟΠΥΥ δυσχεραίνεται επιπλέον με την παροχή φροντίδας σε μη ασφαλισμένους πολίτες και σε παράνομους μετανάστες οι οποίοι στην πλειοψηφία τους-τυγχάνουν δημόσιας περίθαλψης, ενώ οι ιατρικές επισκέψεις και εξετάσεις αλλοδαπών σε υπηρεσίες εξωτερικών συνεργατών του ΕΟΠΥΥ τις περισσότερες φορές δεν καταγράφονται (Reibling & Wend, 2018).

Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί πέραν πάσης αμφιβολίας την πιο σημαντική μεταρρύθμιση των τελευταίων δεκαετιών στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Η πρόοδος του Οργανισμού ανακόπτεται καθώς καλείται να αντιμετωπίσει ένα ευρύ σύνολο ελλειμμάτων που χαρακτηρίζουν γενικότερα το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Κατά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ πραγματοποιήθηκε μια οργανωμένη κατηγοριοποίηση των υπηρεσιών που παρέχονται και αφορά το σύνολο των ασφαλισμένων πολιτών, ωστόσο η οργάνωση αυτή

δεν κατόρθωσε να βελτιώσει ριζικά το επίπεδο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, αντίθετα οδήγησε σε σημαντική μείωση των παροχών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ετήσια έκθεση του Συνηγόρου του Πολίτη για το έτος 2022, στην οποία περιγράφονται ορισμένα από τα προβλήματα που αντιμετώπισαν οι πολίτες κατά την χρήση των παροχών του Οργανισμού.

Αναφέρθηκαν προβλήματα όπως, περιπτώσεις αδυναμίας επικοινωνίας με τα τηλεφωνικά κέντρα των Κέντρων Υγείας προκειμένου να κανονιστεί ημερομηνία εξέτασης, μη εξυπηρέτησης ασθενούς κατά την επίσκεψή του-κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού σε μονάδα υγείας, οι τεράστιες αναμονές για χειρουργεία σε δημόσιες δομές, για εκτέλεση άυλης συνταγογράφησης, εξαιτίας αδυναμίας της συγκεκριμένης υγειονομικής μονάδας να εκτελέσει άυλες συνταγές, η οποία οφειλόταν σε δυσλειτουργία του μηχανογραφικού συστήματος καθώς και πλημμελής εξυπηρέτηση από τα φαρμακεία του ΕΟΠΠΥ και έλλειψη ενημέρωσης των πολιτών (Δεβετζόγλου, 2023).

Ακόμη ένα κρίσιμο ζήτημα που απασχολεί τον ΕΟΠΥΥ είναι οι συμβάσεις που πραγματοποιεί με τους ιδιώτες ιατρούς. Ο Οργανισμός δύναται να πραγματοποιεί συμβάσεις με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι είναι εγγεγραμμένοι στους οικείους ιατρικούς συλλόγους και ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, διατηρώντας ιδιωτικό ιατρείο. Οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες- στα ιατρεία τους ή κατ' οίκον. Μία τέτοιους είδους συμφωνία μπορεί κατά κάποιο τρόπο να μειώνει το ζήτημα της έλλειψης ιατρικού προσωπικού, ενδέχεται όμως, εάν δεν θεσμοθετηθεί ελεγκτικός μηχανισμός, να ανακύψουν φαινόμενα παραοικονομίας αλλά και έμμεσου εξαναγκασμού των πολιτών να αναζητήσουν βοήθεια από ιδιωτικά ιατρεία ( άρθρ.11 του ν. 4270/2014 ).

Οι μεταρρυθμίσεις όπως φαίνονται και στην επίσημη ηλεκτρονική ιστοσελίδα του Οργανισμού που επιχειρούνται τα τελευταία χρόνια επικεντρώνονται κυρίως στη βελτίωση του τρόπου λειτουργίας και διαχείρισης του Οργανισμού αλλά και στην επίλυση των οικονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει από την πρώτη κιόλας στιγμή της σύστασής του. Οι ενέργειες αυτές ασφαλώς θα επηρεάσουν θετικά το μέλλον του ΕΣΥ της Ελλάδας, όμως δυστυχώς φαίνεται να τοποθετείται στο περιθώριο ο πολίτης. Για να θεωρηθεί επιτυχημένο και αποδοτικό ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να αφήνει ικανοποιημένο τον ασθενή.

Τα βασικά ζητήματα που αντιμετωπίζει ο ΕΟΠΥΥ και εμποδίζουν την ορθή λειτουργία του και κατ' επέκταση επηρεάζουν την αποδοτικότητα ολόκληρου του Ελληνικού

Συστήματος Υγείας, είναι συνοπτικά : η κατασπατάληση των πόρων και η μη δίκαιη κατανομή τους, η αύξηση των συνολικών δαπανών, η παραοικονομία, η εικονική ζήτηση και η χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν υφίστανται διότι δεν πραγματοποιείται αποτελεσματικός έλεγχος και διαφάνεια των πηγών χρηματοδότησης, ενώ η χρήση των πόρων δεν γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και των περιφερειών (Οικονόμου, 2013).

Ο ΕΟΠΥΥ δημιουργήθηκε με σκοπό να ενισχύσει το σύστημα υγείας μακροπρόθεσμα, αλλά κάτι τέτοιο προϋποθέτει ότι θα υπάρχει σταθερότητα σε οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο, ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει αμερόληπτα. Πρακτικά ήταν ένα μέτρο που επιβλήθηκε από το ΔΝΤ, ξεκίνησε να εφαρμόζεται άμεσα, ενώ από την πρώτη στιγμή εμφάνισε ελλείμματα, διέθετε περιορισμένους οικονομικούς πόρους οι οποίοι ήταν αδύνατο να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις των ασφαλισμένων στο σύνολο του. Παρόλο που οι αρχές που προβάλει φαίνονται ορθές, τα προγράμματα που εφαρμόζει είναι κυρίως οικονομικής φύσεως και όχι κοινωνικής και αυτό οδηγεί σε περιορισμένες παροχές προς τους δικαιούχους .(Οικονόμου, 2013).

Η συνεχόμενη συρρίκνωση των δαπανών για την υγεία εγκυμονεί κινδύνους για τον δημόσιο χαρακτήρα τόσο της ΠΦΥ όσο και της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας, παρόλα αυτά η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων, δεν επιτρέπει σε μεγάλο αριθμό των πολιτών να απευθυνθούν στους ιδιώτες ιατρούς και στις ιδιωτικές κλινικές-συνεπώς αυξάνεται έτσι η ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ καλείται να εξυπηρετήσει έναν μεγάλο όγκο ασθενών με τους λιγότερους δυνατούς πόρους και με ελάχιστο προσωπικό. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται ότι η είσοδος της Ελλάδας στην μεγάλη οικονομική ύφεση επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την υγειονομική περίθαλψη. Η αδυναμία εκτέλεσης επαρκούς ελέγχου από την πλευρά του κράτους, σε ότι αφορά τη διάθεση των πόρων, οδήγησε το χώρο της δημόσιας υγείας στην εποπτεία από ξένους φορείς επιτήρησης. Το γεγονός αυτό προκάλεσε έναν επιπλέον περιορισμό στις κρατικές δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας, ενώ ταυτόχρονα μετατόπισε το κόστος στον ίδιο τον ασθενή.

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι δαπάνες της Ελλάδας για τον χώρο της υγείας το 2019 ήταν 2,2 μονάδες κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η δαπάνη ανά ασθενή έφτασε τα 1.603ευρώ ετησίως, ενώ αντίστοιχα ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 3.523 ευρώ. Αυτό που προκύπτει ως τελικό συμπέρασμα είναι ότι εν τέλει το χάσμα που δημιουργείται μεταξύ της κρατικής δαπάνης-τιμής και της πραγματικής ανάγκης της

κοινωνίας για περίθαλψη, καταλήγει να το καλύπτει ο ίδιος ο πολίτης (OECD, 2021). Πρόσφατα στοιχεία που αφορούν την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη αποκαλύπτουν ότι ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού (περίπου 14%) δυσκολεύεται να καλύψει τις ανάγκες του για υγειονομική περίθαλψη και ένα ακόμη μεγαλύτερο τμήμα (περίπου 37%) θεωρεί ότι οι οικονομικοί περιορισμοί εμποδίζουν την απεριόριστη πρόσβαση του στην υγειονομική περίθαλψη. Οι ηλικιωμένοι, οι πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες και τα άτομα που βρίσκονται σε υποδεέστερη κοινωνική και οικονομική κατάσταση είναι εκείνοι που βιώνουν πιο έντονα αυτά τα φαινόμενα (Κυριόπουλος, 2022).

Στα χρόνια που ακολούθησαν έπειτα από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ το 2012, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα μειώθηκαν σημαντικά, δεδομένου ότι η δημιουργία του Οργανισμού αποτέλεσε μια δέσμευση της Ελλάδας στα πλαίσια των μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν λόγω των μνημονίων. Η μείωση αυτή είχε αντίκτυπο τόσο στη δημόσια χρηματοδότηση όσο και στις δαπάνες των ασφαλισμένων για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, πριν από την οικονομική κρίση και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ- οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν περίπου στο 10% του ΑΕΠ το 2009- ακουμπώντας τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Ωστόσο, από το 2012, μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και την υποχρεωτική εφαρμογή των μέτρων λιτότητας, οι δημοσιονομικές δαπάνες που προορίζονταν για την υγεία ελαττώθηκαν σε επίπεδα κάτω του 5% του ΑΕΠ κατά το έτος 2014, καθιστώντας την Ελλάδα μία από τις χώρες με τις χαμηλότερες δαπάνες υγείας στην Ευρώπη.

Η κατάσταση δυσχεραίνεται ακόμα περισσότερο εξετάζοντας-ως παράδειγμα τη φαρμακευτική δαπάνη- όπου η χρηματοδότηση της- μειώθηκε σε δραματικά επίπεδα. Για να καταστεί πιο σαφές το επίπεδο της μείωσης- αναφέρεται ότι το 2009- η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ανερχόταν σε 5,1 δις. Ευρώ ετησίως, ενώ μέχρι το 2014 είχε κατέλθει στα περίπου 2 δις. ευρώ, δηλαδή μια μείωση άνω του 60% . Για να επιτευχθεί η μείωση αυτή υιοθετήθηκε και μία σειρά αυστηρών μέτρων όπως, μείωση στις τιμές των φαρμάκων μέσω διατίμησης και ανατιμολογήσεων, αύξηση του ποσοστού της συμμετοχής των ασφαλισμένων, που συχνά ξεπερνούσε το 30%-40% για πολλά φάρμακα, χρησιμοποίηση των γενόσημων φαρμάκων αντί των πρωτότυπων και εφαρμογή διαδικασιών επιστροφής χρημάτων στο κράτος από τις φαρμακευτικές εταιρείες, γνωστές με τους όρους «clawback» και «rebate». Επιπρόσθετα, ο κρατικός μηχανισμός μείωσε το ποσό χρηματοδότησης που αντιστοιχούσε στα νοσοκομεία της χώρας και στις λοιπές δημόσιες δομές υγείας. Παράλληλα μειώθηκαν οι προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού

προσωπικού, έκλεισαν ή συγχωνεύτηκαν μονάδες υγείας, κυρίως στην επαρχία, ενώ παρουσιάστηκαν καθυστερήσεις σε ιατρικές εξετάσεις και χειρουργεία εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού και πόρων και όλα αυτά δυστυχώς συμβάλουν στην μείωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων και συνεπώς στην αδυναμία επίτευξης της βέλτιστης ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Αυτή η μείωση της κρατικής χρηματοδότησης οδήγησε σε μια γενικευμένη αύξηση του ποσοστού της συμμετοχής των ασφαλισμένων στις περισσότερες υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα η συμμετοχή για την προμήθεια φαρμάκων αυξήθηκε σε επίπεδα που έφτασαν μέχρι και το 50% της συνολικής τους αξίας, οι δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις και η παροχή δωρεάν νοσηλείας μειώθηκαν στο ελάχιστο, ενώ ταυτόχρονα παρατηρήθηκε μια αύξηση της παράλληλης ιδιωτικής δαπάνης των ασφαλισμένων- η οποία αφορούσε τις επισκέψεις τους σε ιδιωτικά ιατρεία ή την καταβολή χρηματικών ποσών σε ιδιωτικά εργαστήρια και ιδιωτικές κλινικές για ταχύτερη εξυπηρέτηση. Εφαρμόστηκαν περιορισμοί στην συνταγογράφηση μέσω ηλεκτρονικών ελέγχων και εφαρμογής ποσόστωσης σε φάρμακα και ιατρικές εξετάσεις. Φαίνεται συνεπώς ότι παρόλο που η μείωση των δαπανών για την υγεία, είχε ως στόχο την δημοσιονομική εξυγίανση, εν τέλει επηρέασε σημαντικά τη δωρεάν πρόσβαση και την ποιότητα της δημόσιας ιατρικής περίθαλψης (Ινστιτούτο Εναλλακτικών Πολιτικών, 2022)

Ακολούθως παρουσιάζεται η εξέλιξη των δαπανών από το 2019 έως το 2025:

- **2019:** Η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας αντιστοιχούσαν στο 8,20% του ΑΕΠ, που αντιστοιχεί σε 15,03 δισ. ευρώ (Ινστιτούτο Εναλλακτικών Πολιτικών, 2022).
- **2020:** Εξαιτίας της πανδημίας Covid 19 οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν στο 9,51% του ΑΕΠ, δηλαδή σε ποσό που αντιστοιχεί σε 15,72 δισ. ευρώ (Ινστιτούτο Εναλλακτικών Πολιτικών, 2022).
- **2023:** Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανήλθαν στα 5,5 δισ. ευρώ (Καλλιαντέρης, 2024)
- **2024:** Παρατηρείται προβλεπόμενη αύξηση των δαπανών υγείας στα 6,3 δισ. ευρώ (Καλλιαντέρης, 2024)
- **2025:** Προβλεπόμενη περαιτέρω αύξηση των δαπανών υγείας στα 7,1 δισ. Ευρώ (Καλλιαντέρης, 2024)

Η διαθεσιμότητα επίσημων στοιχείων για τις συνολικές δαπάνες υγείας του ΑΕΠ περιορίζεται σε προηγούμενα έτη, καθώς η συλλογή και επεξεργασία των σχετικών δεδομένων απαιτεί χρόνο.

Η συνταγογράφηση αποτελεί μια από τις πλέον σημαντικές διαδικασίες στον τομέα της υγείας, με άμεσες συνέπειες τόσο στο Σύστημα Υγείας στο σύνολο του, όσο και γενικότερα στην οικονομία της χώρας. Φαινόμενα όπως η ασύδοτη συνταγογράφηση ή η πλαστή συνταγογράφηση, οι απάτες σε βάρος των Ασφαλιστικών Ταμείων αλλά και των ίδιων των ασθενών, αποτέλεσαν συχνό φαινόμενο για αρκετά χρόνια. Ένεκα των φαινομένων αυτών η Ελλάδα δεσμεύτηκε, κατά το έτος 2010, με τον νόμο 3892/2010, ως προς την δημιουργία ενός Σύστηματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, με στόχο την εποπτεία, τον έλεγχο και τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών το οποίο εφαρμόστηκε αρκετά αργότερα (ΦΕΚ Α΄189/4.11.2010). Η δοκιμαστική εφαρμογή της νέας αυτής υπηρεσίας ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2010 και μέχρι το φθινόπωρο του 2011 είχαν εκδοθεί ηλεκτρονικά περίπου το 40% των ιατρικών συνταγών, ενώ μέσα στα επόμενα δύο χρόνια, το σύστημα κατόρθωσε να καλύψει σχεδόν το σύνολο της συνταγογραφικής διαδικασίας ηλεκτρονικά. (Vassilakopoulou & Marmaras, 2017). Όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα συνταγογραφούνταν στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης από τον αρμόδιο ιατρό, η συνταγή εκτυπωνόταν και παραδίδονταν στον ασθενή. Ο ασθενής προσέρχονταν στον φαρμακοποιό ή στον πάροχο με την έντυπη συνταγή του. Ο φαρμακοποιός σάρωνε τον γραμμωτό κώδικα στην έντυπη συνταγή και την ανακτούσε μέσω του συστήματος διανομής. Το σύστημα περιλάμβανε, εκτός από τους ιατρούς και τα φαρμακεία και ένα πλήθος άλλων ειδικοτήτων όπως φυσικοθεραπευτές, και άλλους επαγγελματίες που σχετίζονται με το κομμάτι της υγείας, οι οποίοι είχαν την δυνατότητα να το χρησιμοποιούν όταν κρίνεται αναγκαίο να χορηγήσουν ιατρικά σκευάσματα, ορθοπεδικά είδη ή βοηθήματα στους ασθενείς τους. Το σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης στην Ελλάδα λειτούργησε για περίπου εννέα χρόνια βασιζόμενο στη διαδικασία της ηλεκτρονικής μεταφοράς δεδομένων που περιεγράφηκε παραπάνω. Μέχρι και το έτος 2020, η χώρα δεν είχε πραγματοποιήσει τη μετάβαση από τις έντυπες συνταγές στην άυλη ηλεκτρονική μεταφορά τους, ωστόσο η κατάσταση άλλαξε μετά την εμφάνιση της πανδημίας Covid 19 (Kousteni et al, 2019).

Για την αποτελεσματική διαχείριση της πανδημίας στην Ελλάδα, η ελληνική κυβέρνηση εισήγαγε μια σειρά ρυθμίσεων, συμπεριλαμβανομένης της ομαλής συνέχισης της διαδικασίας συνταγογράφησης. Τα άρθρα 36, 49, 50, 51 και 53 της πράξης Νομοθετικού

Περιεχομένου της 20ής Μαρτίου 2020 (ΦΕΚ 68/Α/20-03-2020) προέβλεπαν μεταξύ άλλων την αλλαγή του τρόπου λειτουργίας των υπηρεσιών συνταγογράφησης, με στόχο να αποφεύγεται η φυσική επαφή ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή (ΦΕΚ68/Α/20-03-2020). Την 28η Μαρτίου του 2020, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά η υπηρεσία της Άυλης Συνταγογράφησης, ενώ τον Ιούλιο του ίδιου έτους, με τον Ν.4704/2020 ολοκληρώνεται το θεσμικό πλαίσιο της διαδικασίας αυτής στη χώρα ( Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης.,2021). Πλέον ο εκάστοτε ασθενής παραλαμβάνει τη συνταγή του ή το παραπεμπτικό ιατρικών πράξεων ηλεκτρονικά με γραπτό μήνυμα στο κινητό του τηλέφωνο ή στον λογαριασμό που διατηρεί στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο, ενώ δεν απαιτείται έντυπη μορφή (ΦΕΚ68/Α/20-03-2020). Στη συνέχεια ο ασθενής μεταβαίνει στο φαρμακείο με το barcode της συνταγής του και ο φαρμακοποιός ανακτά την συνταγή από το σύστημα καθώς και τα φάρμακα από το σύστημα διανομής (Η.ΔΙ.ΚΑ., 2021).

Τον Αύγουστο του 2021, 2.381.350 πολίτες είχαν ήδη εγγραφεί και ενεργοποιήσει την υπηρεσία της Άυλης Συνταγογράφησης, με ποσοστό άνω του 33% των συνολικών ηλεκτρονικών συνταγών να είναι άυλες (Λιολιοπούλου, 2021). Η Άυλη Συνταγογράφηση αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα βοηθήματα του τομέα της Δημόσιας Υγείας, καθώς επωφελούνται τόσο οι ασφαλισμένοι-ασθενείς- όσο και συνταγογράφοι ιατροί καθώς και οι πάροχοι που εκτελούν και εντέλει το κράτος στο σύνολό του. Η διαδικασία μάλιστα δίνει τη δυνατότητα στους ελεγκτικούς μηχανισμούς να εντοπίσουν άμεσα τις όποιες παραβάσεις, αντίθετα με τις παραδοσιακές χειρόγραφες ιατρικές συνταγές, η νέα μορφή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης άυλης και μη, διέπετε από διαφάνεια και περισσότερη ακρίβεια, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις εξοικονομεί χρήματα τόσο στους πολίτες, μέσω της αντικατάστασης των πρωτότυπων φαρμάκων με άλλα που παρέχουν αντίστοιχες θεραπευτικές ιδιότητες- γενόσημα φάρμακα, όσο και στο κράτος στο σύνολο του διότι πλέον τα φαινόμενα ανεξέλεγκτης χειρόγραφης συνταγογράφησης έχουν εκλείψει.

Ένα από τα πιο σημαντικά πλεονεκτήματα της Άυλης Συνταγογράφησης για τη ζωή των ασφαλισμένων πολιτών αποτελεί η παροχή ασφαλέστερης και πιο ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα αποφεύγονται πιθανά λάθη στην αγωγή εξαιτίας των κακογραμμένων και δυσανάγνωστων χειρόγραφων ιατρικών συνταγών, ενώ ταυτόχρονα εκλείπουν οι παρανοήσεις για ζητήματα που αφορούν διευκρινήσεις της προτεινόμενης αγωγής, που παρατηρούνταν συχνά κατά την προφορική συνεννόηση του θεράποντος ιατρού και του ασθενούς, καθώς πλέον με την άυλη συνταγή δεν απαιτείται καν η φυσική επαφή μεταξύ των χρηστών. Ακόμα το νέο σύστημα παρέχει τη δυνατότητα

στον εκάστοτε συνταγογράφο να έχει πλήρη πρόσβαση στο ιατροφαρμακευτικό ιστορικό του ασθενή, ενώ το σύστημα διαχείρισης των φαρμάκων ελέγχει την κάθε αγωγή για πιθανές αλλεργικές αντιδράσεις, αρνητικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των φαρμάκων σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της υγείας του κάθε ενδιαφερόμενου ξεχωριστά. Το σύστημα είναι δομημένο με τέτοιο τρόπο που να επεξεργάζεται τα χαρακτηριστικά του κάθε φαρμακευτικού σκευάσματος και με βάση τα δεδομένα για την κατάσταση της υγείας που έχουν εισαχθεί. Επιπρόσθετα εξοικονομείτε χρόνος και κόπος- καθώς δεν απαιτείται η διαβίβαση της χειρόγραφης συνταγής στο φαρμακείο ή στο ιατρικό εργαστήριο. Ταυτόχρονα τερματίζεται η εκτύπωση χαρτιού και λοιπών αναλώσιμων υλικών και το προσωπικό κερδίζει επιπλέον χρόνο. (Lau et al., 2019).

Μία επιπρόσθετη ευκολία που παρέχει η άυλη συνταγογράφηση αποτελεί η αυτοματοποίηση στην ανανέωση των συνταγών. Σε αρκετές περιπτώσεις ο θεράπων ιατρός ή ο φαρμακοποιός καλείται να ανανεώσει μια ιατρική συνταγή. Χάρη στην ηλεκτρονική συνταγή, πλέον, παρέχεται η δυνατότητα αυτοματοποίησης της διαδικασίας. Ο φαρμακοποιός οφείλει να αποστείλει ηλεκτρονικά την αίτησή του μέσω του συστήματος και σχεδόν άμεσα λαμβάνει την αποδοχή ή την απόρριψη της ανανέωσης των φαρμάκων. Επιπλέον η άυλη συνταγογράφηση παρέχει χωροταξική ευελιξία. Αναλυτικότερα σε οποιοδήποτε σημείο και αν βρίσκεται ο συνταγογραφητής, είτε στην εργασία, είτε στην οικεία του, έχει τη δυνατότητα με τη χρήση του διαδικτύου να εισαχθεί στο σύστημα και να συνταγογραφήσει χωρίς κανένα περιορισμό (Lau et al., 2019).

Παρόλες τις διευκολύνσεις που παρέχονται από το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, υπάρχουν σημαντικές επιφυλάξεις ως προς την αποτελεσματικότητα του εν λόγω εγχειρήματος. Χαρακτηριστικά παραδείγματα δυσλειτουργίας αποτελεί το γεγονός πως παρά την αλματώδη εξέλιξη της τεχνολογίας, πολλές φορές εμφανίζονται λειτουργικά και τεχνικά ζητήματα ειδικότερα σε περιπτώσεις που τα δεδομένα δεν αποστέλλονται έγκαιρα ή και καθόλου διότι δεν έχουν την προβλεπόμενη μορφή. Σημαντική συνιστώσα είναι το γεγονός ότι η Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση αποτελεί ψηφιακό κομμάτι ενός ηλεκτρονικού συστήματος, το οποίο ενδέχεται ανά πάσα στιγμή να παρουσιάσει δυσλειτουργία ή να καταστεί αναποτελεσματικό στην περίπτωση απουσίας ρεύματος ή διαδικτύου. Μία άλλη σημαντική παράμετρος αποτελεί η διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων και των ευαίσθητων πληροφοριών που αφορούν τον κάθε ασθενή, από κάποιο μη εξουσιοδοτημένο άτομο. Με τις χειρόγραφες συνταγές, ακόμα και αν τα μέτρα φύλαξης για την πραγματοποίηση της διαδικασίας δεν ήταν επαρκή, υπήρχε η

περίπτωση υποκλοπής των δεδομένων ενός ασθενή και όχι ολόκληρων πληθυσμιακών μονάδων(Lau et al., 2019).

Συνοψίζοντας, αναφορικά με τα ευρήματα της αξιολόγησης των δευτερογενών πηγών της έρευνας σε σχέση με τις 3 Υποθέσεις εργασίας που τέθηκαν εξαρχής, διαπιστώνεται αλληλεξάρτηση. Συγκεκριμένα, η πρώτη υπόθεση εργασίας αφορά τη μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ. Τα ευρήματα της θεωρητικής έρευνας επιβεβαιώνουν ότι πράγματι σημειώθηκε σημαντικός περιορισμός των δαπανών τα επόμενα χρόνια. Ειδικότερα, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ παρουσίασε αισθητή μείωση (από 6,4% το 2009 σε περίπου 4,7% το 2018-2019). Η συρρίκνωση αυτή αντανακλά τις πολιτικές συγκράτησης του κόστους που τέθηκαν σε εφαρμογή με τη μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ, συμπεριλαμβανομένης της καθολικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και άλλων μηχανισμών ελέγχου. Είναι χαρακτηριστικό ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, που προ κρίσης είχε εκτιναχθεί λόγω έλλειψης ελεγκτικών εργαλείων, μειώθηκε κατά περίπου 18,8% την περίοδο 2013-2019. Τα στοιχεία αυτά συνηγορούν στο ότι η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ συνέβαλε αποφασιστικά στη συγκράτηση των δαπανών υγείας, επιβεβαιώνοντας την πρώτη υπόθεση εργασίας.

Από την άλλη πλευρά, η δεύτερη υπόθεση εργασίας εξέταζε αν η μεταρρύθμιση του ΕΟΠΥΥ οδήγησε σε αισθητή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η ποιοτική αναβάθμιση υπήρξε περιορισμένη. Παρότι τέθηκαν βάσεις για διασφάλιση της παρεχόμενης ποιότητας, με στόχο την πιστοποίηση των παρόχων υγείας βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων, εντούτοις δεν προέκυψαν σαφή τεκμήρια ουσιαστικής βελτίωσης στα πρώτα χρόνια εφαρμογής της μεταρρύθμισης. Αντιθέτως, μέχρι το 2019 το σύστημα εξακολουθούσε να χαρακτηρίζεται από χαμηλή χρηματοδότηση και έλλειψη ποιότητας ιδίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Με άλλα λόγια, η θεωρητική ανάλυση υποδεικνύει ότι οι αλλαγές μπορεί να δημιούργησαν προϋποθέσεις για βελτίωση, όμως η υπόθεση περί άμεσης και σημαντικής ανόδου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας δεν επιβεβαιώνεται πλήρως. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με το γενικότερο θεωρητικό πλαίσιο της διατριβής, σύμφωνα με το οποίο οι μεταρρυθμίσεις απαιτούν χρόνο και επαρκείς πόρους για να αποδώσουν σε επίπεδο ποιότητας.

Τέλος, η τρίτη υπόθεση εργασίας αφορούσε τη βελτίωση της διαφάνειας στο Ελληνικό σύστημα υγείας χάρη στην εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Τα διαθέσιμα στοιχεία επιβεβαιώνουν ισχυρά την υπόθεση αυτή. Η εισαγωγή του εθνικού

συστήματος e-συνταγογράφησης αποδείχθηκε μια από τις σημαντικότερες τομές στην ηλεκτρονική υγεία, με κύριους στόχους τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης, την αποτροπή καταχρηστικών ή παράνομων συνταγογραφήσεων και τη βελτίωση της λογοδοσίας μέσω πλήρους καταγραφής των συναλλαγών. Πράγματι, η ηλεκτρονική καταγραφή όλων των συνταγών ενίσχυσε τον έλεγχο -καθιστώντας δυνατή σε πραγματικό χρόνο την παρακολούθηση της συνταγογράφησης. Αυτό συνέβαλε στην εξάλειψη φαινομένων διαφθοράς ή κατάχρησης. Συνεπώς, η θεωρητική αξιολόγηση και η ποσοτική έρευνα συμφωνούν ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση προώθησε τη διαφάνεια και τον αποτελεσματικότερο έλεγχο στο σύστημα υγείας, επαληθεύοντας πλήρως την υπόθεση 3.

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

## 9.1 Συμπεράσματα ποσοτικής έρευνας των 3 Υποθέσεων Εργασίας

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 αποτέλεσε ένα σημαντικό βήμα για την αναδιάρθρωση του ασφαλιστικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Ο ΕΟΠΥΥ ενσωμάτωσε τους υγειονομικούς κλάδους των βασικών ασφαλιστικών ταμείων και δημιούργησε έναν ενιαίο φορέα με στόχο την εξομάλυνση των διαφορών που χαρακτήριζαν το προηγούμενο κατακερματισμένο σύστημα. Η ίδρυση του Οργανισμού εντάχθηκε στο πλαίσιο της εθνικής προσπάθειας για βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω της εξοικονόμησης κόστους, της προώθησης της διαφάνειας και της ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για όλους τους ασφαλισμένους.

Πριν από την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλισμένοι καλύπτονταν από πολυάριθμους ασφαλιστικούς οργανισμούς- με κυριότερους τα 4 μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία- όπως το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ο ΟΓΑ, ο ΟΠΑΔ και ο ΟΑΕΕ, οι οποίοι προσέφεραν διαφορετικές παροχές. Αυτή η πολυδιάσπαση οδήγησε σε σοβαρά προβλήματα άνισης πρόσβασης, με διαφοροποιήσεις στην κάλυψη ανάλογα με το ταμείο, καθώς και υψηλές δαπάνες, ειδικά στους τομείς της φαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Η έλλειψη ενιαίων κριτηρίων πρόσβασης και διαχείρισης πόρων, καθώς και η υπερβολική εξάρτηση από κρατική χρηματοδότηση, δυσχέραιναν την οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Ο ΕΟΠΥΥ, ιδρύθηκε με σκοπό να αντιμετωπίσει αυτά τα προβλήματα και να εξασφαλίσει έναν πιο ομοιόμορφο και αποτελεσματικό τρόπο λειτουργίας. Οι βασικοί του στόχοι περιλάμβαναν τη μείωση των δαπανών, τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών, τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης σε αυτές και την ενίσχυση της διαφάνειας. Ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ ήταν η διασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες για όλους τους ασφαλισμένους. Στο παλιό σύστημα, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εξαρτιόταν από τον ασφαλιστικό φορέα, γεγονός που είχε οδηγήσει σε ανισότητες μεταξύ των ασφαλισμένων. Ο ΕΟΠΥΥ, ως ενιαίος Οργανισμός, φιλοδοξούσε να εξαλείψει αυτές τις διαφορές και να επιτρέψει σε όλους τους ασφαλισμένους να απολαμβάνουν τις ίδιες παροχές. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί σε αυτόν τον τομέα, οι στατιστικές έρευνες δείχνουν ότι η πρόσβαση παραμένει άνιση διότι οι ασφαλισμένοι που διαμένουν σε περιοχές με ελλιπείς υποδομές και σε περιοχές μακριά από τις μεγάλες πόλεις, κυρίως σε επαρχίες, σε ορεινά χωριά, σε νησιά- δεν έχουν πάντοτε

τη δυνατότητα να λαμβάνουν έγκαιρα την απαιτούμενη φροντίδα. Κυρίως φαίνεται να επηρεάζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα, η οποία αποτελεί τον πυρήνα των καθημερινών υγειονομικών υπηρεσιών.

Η μείωση των δαπανών θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσω της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων και του περιορισμού της γραφειοκρατίας, ενώ η διαφάνεια θα βελτιωνόταν με τη χρήση ψηφιακών συστημάτων που θα επιτρέπουν την παρακολούθηση των παροχών σε πραγματικό χρόνο. Παρά την προσπάθεια, τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις στατιστικές έρευνες στους παρόχους υγείας και τους ασφαλισμένους φανερώνουν ότι αρκετοί από αυτούς τους στόχους δεν επιτεύχθηκαν όπως είχε αρχικά σχεδιαστεί. Οι πάροχοι υγείας και οι ασφαλισμένοι εξέφρασαν σημαντική δυσαρέσκεια σε συγκεκριμένα πεδία, ενώ η εμπειρία τους αναδεικνύει σημαντικά κενά μεταξύ των αρχικών επιδιώξεων του ΕΟΠΥΥ και της πρακτικής εφαρμογής τους.

Στο παρόν πόνημα εξετάσαμε τις ακόλουθες 3 Υποθέσεις εργασίας:

- Το κατά πόσον οι δαπάνες Υγείας μειώθηκαν μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, σε πρωτοβάθμιο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης,
- Εάν από τη λειτουργία του Οργανισμού και έπειτα έχει σημειωθεί βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας, σε πρωτοβάθμιο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης,
- Κατά πόσον έχουν επιτευχθεί οι διαδικασίες διαφάνειας σχετικά με τις παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας και εάν έχει μειωθεί ή όχι, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μετά την δημιουργία του Οργανισμού (ΕΟΠΥΥ).

Στο συγκεκριμένο πόνημα η μελέτη των 3 Υποθέσεων εργασίας πραγματοποιήθηκε με την μέθοδο της ποσοτικής έρευνας και συγκεκριμένα μελέτησε την αύξηση ή τη μείωση των δαπανών υγείας, την ποιότητα και τη διαφάνεια των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας. Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε και μία βιβλιογραφική ανασκόπηση των δευτερογενών πηγών/αξιολόγηση των δευτερογενών πηγών για να μελετηθούν οι 3 Υποθέσεις εργασίας και σε θεωρητικό πλαίσιο.

Επειτα από την ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων των δύο ερωτηματολογίων προέκυψαν επιπρόσθετα ερωτήματα από συσχετίσεις 2 μεταβλητών και τα οποία θα αναλυθούν στο συγκεκριμένο πόνημα και παρουσιάζονται παρακάτω**:**

Ερωτηματολόγιο πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο ανήκουν και της ικανοποίησής τους από τις δαπάνες για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και από τις δαπάνες για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου στο οποίο ανήκουν και της άποψής τους για την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και των Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;

Ερωτηματολόγιο παρόχων Υγείας

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας και της άποψής τους αν αυξήθηκαν ή μειώθηκαν οι δαπάνες για Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και αν αυξήθηκαν ή μειώθηκαν οι δαπάνες για Δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας;
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και της αμοιβής τους μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; (Παράρτημα VII)
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και της κόπωσής τους μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ; (Παράρτημα VIII)
- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και της άποψής τους σχετικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και τη διαφάνεια του ΕΟΠΥΥ;

Η συσχέτιση 2 μεταβλητών δεν συνεπάγεται πάντα αιτιολόγηση όμως έπειτα από μελέτη και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας, πιστεύω ότι οι περισσότερες από τις παραπάνω μεταβλητές παρουσιάζουν πράγματι αιτιολογική σχέση μεταξύ τους.

### 9.1.1 Μείωση Δαπανών

Πριν τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελούσε σοβαρό πρόβλημα χωρίς τη δυνατότητα ελέγχου λόγω του μεγάλου αριθμού των ασφαλιστικών ταμείων. Η ενοποίηση των ταμείων, όπως το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ο ΟΓΑ, ο ΟΑΕΕ και ο ΟΠΑΔ, αναμενόταν να μειώσει τα έξοδα μέσω της καλύτερης κατανομής των πόρων και της εξοικονόμησης κόστους από την ενοποίηση των λειτουργιών. Εντούτοις, τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει μέτρια ικανοποίηση για τους ασφαλισμένους τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, ενώ οι πάροχοι υγείας θεωρούν σε μεγάλο ποσοστό ότι μειώθηκαν οι δαπάνες υγείας τόσο στις πρωτοβάθμιες όσο και στις δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, συμβαίνουν τα παρακάτω:

- Μειώθηκαν οι δαπάνες του ΕΟΠΥΥ για παροχές
- Αυξήθηκαν οι συμμετοχές των ασφαλισμένων
- Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν κατ' ιδίαν όχι μόνο τη νόμιμη συμμετοχή που προβλέπεται από τον ΕΚΠΥ, αλλά και επιπρόσθετα ποσά γιατί:

  α) έχουν μειωθεί οι συμβεβλημένοι ιατροί

  β) έχουν βγει πολλά φάρμακα από τις λίστες

  γ) υπάρχει διαφορά στην τιμή φαρμάκου μεταξύ γενόσημου και αρχικού

  δ) έχουν μειωθεί οι τιμές που προβλέπονται από τον ΕΟΠΥΥ για παρακλινικές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις. Συνεπώς, ζητείται από τον ασφαλισμένο, παρανόμως, να πληρώσει κατ' ιδίαν ένα ποσό.
- Τα ποσοστά «clawback» και «rebate» που πληρώνουν οι συμβεβλημένοι πάροχοι του ΕΟΠΥΥ πολλές φορές μετακυλούν το κόστος αυτό προς τον ασφαλισμένο

Παρακάτω φαίνονται τα αποτελέσματα της έρευνας που κάναμε για το αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του προηγούμενου ασφαλιστικού ταμείου των ασφαλισμένων και της ικανοποίησης τους από τις δαπάνες για πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

---

*Συσχέτιση προηγούμενου ασφαλιστικού ταμείου των πολιτών-ασφαλισμένων και του βαθμού ικανοποίησής τους από τις δαπάνες για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

---

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Chi-Square Test :

- το Pearson Chi-Square έχει τιμή 31,228 με 20 βαθμούς ελευθερίας (df) και μια p-value = 0,052.
- το αποτέλεσμα δείχνει ότι η p-value είναι οριακά πάνω από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, γεγονός που σημαίνει ότι δεν μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση (Ho) με βάση το παραδοσιακό επίπεδο σημαντικότητας 5%. Άρα, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο ασφαλιστικό ταμείο και την ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- υπάρχουν 5 κελιά (16,7%) με αναμενόμενες τιμές μικρότερες από 5, κάτι που μπορεί να επηρεάσει την αξιοπιστία του αποτελέσματος.

- Το Likelihood Ratio είναι παρόμοιο, με p-value = 0,057, επίσης μη στατιστικά σημαντικό.
- Η Linear-by-Linear Association έχει τιμή 2,744 με p-value 0,098, που επίσης δεν δείχνει γραμμική συσχέτιση.

Συνοπτικά, με βάση τα αποτελέσματα, θα λέγαμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου και της ικανοποίησης από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

**Ασφαλιστικό ταμείο * Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Crosstabulation**

Count

| | | Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Πάρα πολύ | Πολύ | Μέτρια | Λίγο | Καθόλου | Total |
| Ασφαλιστικό ταμείο | Ο.Π.Α.Δ. | 14 | 48 | 178 | 87 | 27 | 354 |
| | Ι.Κ.Α. | 20 | 78 | 282 | 119 | 44 | 543 |
| | Ο.Γ.Α. | 1 | 5 | 17 | 9 | 10 | 42 |
| | Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ) | 11 | 23 | 83 | 46 | 17 | 180 |
| | Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. | 2 | 4 | 17 | 13 | 9 | 45 |
| | Άλλο | 0 | 19 | 56 | 29 | 10 | 114 |
| Total | | 48 | 177 | 633 | 303 | 117 | 1278 |

*Πίνακας 9.1 Ασφαλιστικό ταμείο * Ικανοποίηση από τις δαπάνες για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 31,228[a] | 20 | ,052 |
| Likelihood Ratio | 30,893 | 20 | ,057 |
| Linear-by-Linear Association | 2,744 | 1 | ,098 |
| N of Valid Cases | 1278 | | |

a. 5 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

Ωστόσο, κρίνεται απαραίτητος και ο έλεγχος της τιμής Fisher's Exact . Το Fisher's Exact Test εμφανίζεται με p-value = 0,000, που σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών με πολύ μικρή πιθανότητα τα αποτελέσματα να έχουν προκύψει τυχαία. Το Pearson Chi-Square πλησιάζει το όριο της στατιστικής σημαντικότητας (p-value = 0,052), αλλά δεν είναι τόσο ακριβές όσο το Fisher's, λόγω της παρουσίας κελιών με μικρές αναμενόμενες τιμές. Εφόσον το Fisher's είναι πιο αξιόπιστο

για αυτό το σύνολο δεδομένων, το συμπέρασμα που μπορούμε να εξάγουμε είναι ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που εξετάζουμε, όπως φαίνεται από το Fisher's Exact Test**.**

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 31,228[a] | 20 | ,052 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 30,893 | 20 | ,057 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | ,000 | | | ,000 | | |
| Linear-by-Linear Association | 2,744[b] | 1 | ,098 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 1278 | | | | | |

a. 5 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

b. The standardized statistic is ,000.

*Συσχέτιση προηγούμενου ασφαλιστικού ταμείου των πολιτών-ασφαλισμένων και του βαθμού ικανοποίησής τους από τις δαπάνες για δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Chi-Square Test:

- η τιμή του Pearson Chi-Square είναι 26,945 με 20 βαθμούς ελευθερίας (df) και p-value = 0,137. Αυτή η τιμή είναι μεγαλύτερη από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05, κάτι που δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές.
- Το Likelihood Ratio είναι επίσης μη στατιστικά σημαντικό με p-value = 0,207
- Η Linear-by-Linear Association έχει τιμή 0,714 με p-value = 0,398, που επίσης δείχνει έλλειψη στατιστικά σημαντικής γραμμικής σχέσης.
- Τέλος, οι αναμενόμενες τιμές είναι σε 2 κελιά μικρότερες από 5 (6,7%), αλλά αυτή η μικρή αναλογία δεν επηρεάζει σημαντικά την αξιοπιστία του τεστ.

Συνολικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου και της ικανοποίησης για τις δαπάνες σε δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

UNIVERSITY of NICOSIA

**Ασφαλιστικό ταμείο * Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας**
**Crosstabulation**

Count

| | | Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Πάρα πολύ | Πολύ | Μέτρια | Λίγο | Καθόλου | Total |
| Ασφαλιστικό ταμείο | Ο.Π.Α.Δ. | 18 | 43 | 145 | 110 | 38 | 354 |
| | Ι.Κ.Α. | 28 | 67 | 245 | 135 | 68 | 543 |
| | Ο.Γ.Α. | 1 | 3 | 18 | 10 | 10 | 42 |
| | Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ) | 8 | 23 | 74 | 57 | 18 | 180 |
| | Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. | 2 | 4 | 13 | 14 | 12 | 45 |
| | Άλλο | 3 | 13 | 57 | 31 | 10 | 114 |
| Total | | 60 | 153 | 552 | 357 | 156 | 1278 |

*Πίνακας 9.2 Ασφαλιστικό ταμείο * Ικανοποίηση από τις δαπάνες για δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 26,945[a] | 20 | ,137 |
| Likelihood Ratio | 24,847 | 20 | ,207 |
| Linear-by-Linear Association | ,714 | 1 | ,398 |
| N of Valid Cases | 1278 | | |

a. 2 cells (6,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,97.

Επιπλέον, μελετήσαμε και την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των ετών εργασίας των παρόχων υγείας και της άποψής τους αν μειώθηκαν ή αυξήθηκαν οι δαπάνες για πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας.

*Συσχέτιση των ετών υπηρεσίας των παρόχων υγείας και της άποψής τους σχετικά με την αύξηση ή μείωση των δαπανών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

Με βάση τα αποτελέσματα του πίνακα των στατιστικών ελέγχων (Chi-Square Tests):

- Pearson Chi-Square: Το p-value είναι 0,000, το οποίο είναι μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προϋπηρεσίας των συμμετεχόντων και της άποψής τους για αύξηση ή μείωση των δαπανών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Η τιμή του $X^2$ (Pearson

UNIVERSITY of NICOSIA

Chi-Square) είναι 45,136, και η στατιστικά σημαντική συσχέτιση δείχνει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

- Likelihood Ratio: Παρομοίως, το p-value του Likelihood Ratio είναι 0,000, επιβεβαιώνοντας τη στατιστική σημαντικότητα της σχέσης.
- Linear-by-Linear Association: Η τιμή αυτού του τεστ (p = 0,012) δείχνει ότι υπάρχει επίσης μια γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών, δηλαδή όσο αλλάζει η προϋπηρεσία των συμμετεχόντων, αλλάζει με γραμμικό τρόπο και η πιθανότητα αύξησης ή μείωσης των δαπανών τους.

Συμπερασματικά, υπάρχει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην προϋπηρεσία και την άποψη για αύξηση ή μείωση των δαπανών, με το p-value να είναι σημαντικά μικρότερο από 0,05 σε όλες τις περιπτώσεις.

**Χρόνια εργασίας * Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας Crosstabulation**

Count

| | | Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Μειώθηκαν | Αυξήθηκαν | Total |
| Χρόνια εργασίας | Έως 5 χρόνια | 40 | 10 | 50 |
| | 6 - 10 χρόνια | 55 | 20 | 75 |
| | 11 - 15 χρόνια | 85 | 25 | 110 |
| | 16 - 20 χρόνια | 130 | 50 | 180 |
| | 21 - 25 χρόνια | 60 | 45 | 105 |
| | 26 - 30 χρόνια | 35 | 15 | 50 |
| | 31 - 35 χρόνια | 15 | 25 | 40 |
| | 36 - 40 χρόνια | 25 | 0 | 25 |
| Total | | 445 | 190 | 635 |

*Πίνακας 9.3 Χρόνια εργασίας * Αύξηση/Μείωση δαπανών Πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 45,136[a] | 7 | ,000 |
| Likelihood Ratio | 49,884 | 7 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 6,312 | 1 | ,012 |
| N of Valid Cases | 635 | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,48.

UNIVERSITY of NICOSIA

*Συσχέτιση των ετών υπηρεσίας των παρόχων υγείας και της άποψής τους σχετικά με την αύξηση ή μείωση των δαπανών δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

Με βάση τα νέα αποτελέσματα του πίνακα των στατιστικών ελέγχων (Chi-Square Tests):

- Pearson Chi-Square: Το p-value είναι και πάλι 0,000, το οποίο είναι μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (προϋπηρεσία και άποψη για δαπάνες). Η τιμή του $X^2$ (Pearson Chi-Square) είναι 30,957, που δείχνει ότι υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές.
- Likelihood Ratio: Όπως και στο προηγούμενο παράδειγμα, το p-value είναι 0,000, το οποίο επιβεβαιώνει και πάλι τη σημαντικότητα της σχέσης.
- Linear-by-Linear Association: Σε αυτό το τεστ, η τιμή του p-value είναι 0,211, που είναι μεγαλύτερη από το 0,05. Αυτό δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Συμπερασματικά, ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της προϋπηρεσίας και της άποψης για αύξηση ή μείωση των δαπανών βάσει του Pearson Chi-Square και του Likelihood Ratio, δεν φαίνεται να υπάρχει γραμμική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, σύμφωνα με το Linear-by-Linear Association.

**Χρόνια εργασίας * Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας Crosstabulation**

Count

| | | Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Μειώθηκαν | Αυξήθηκαν | Total |
| Χρόνια εργασίας | Έως 5 χρόνια | 35 | 10 | 45 |
| | 6 - 10 χρόνια | 55 | 25 | 80 |
| | 11 - 15 χρόνια | 70 | 25 | 95 |
| | 16 - 20 χρόνια | 95 | 65 | 160 |
| | 21 - 25 χρόνια | 55 | 45 | 100 |
| | 26 - 30 χρόνια | 35 | 20 | 55 |
| | 31 - 35 χρόνια | 20 | 20 | 40 |
| | 36 - 40 χρόνια | 25 | 0 | 25 |
| Total | | 390 | 210 | 600 |

*Πίνακας 9.4 Χρόνια εργασίας * Αύξηση/Μείωση δαπανών Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 30,957[a] | 7 | ,000 |
| Likelihood Ratio | 39,054 | 7 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 1,563 | 1 | ,211 |
| N of Valid Cases | 600 | | |

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,75.

## 9.1.2 Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών

Ο ΕΟΠΥΥ ιδρύθηκε με την πρόθεση να προσφέρει στους ασφαλισμένους ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι αυτός ο στόχος παραμένει σε μεγάλο βαθμό ανεκπλήρωτος. Η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται από τον ΕΟΠΥΥ κρίνεται ανεπαρκής από πολλούς ασφαλισμένους, οι οποίοι προτιμούν να καταφύγουν σε ιδιωτική ασφάλιση για καλύτερη υγειονομική κάλυψη και συνεπώς ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Η διαφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα φαίνεται να διευρύνεται, και αυτό αντικατοπτρίζεται στην αυξανόμενη προτίμηση προς τις ιδιωτικές παροχές υγείας. Κάποιοι από τους λόγους είναι οι εξής:

- Μεγάλες αναμονές στο δημόσιο νοσοκομείο
- Μεγάλες αναμονές στα συμβεβλημένα ιατροτεχνολογικά και μικροβιολογικά εργαστήρια με τον ΕΟΠΥΥ
- Χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών
- Μείωση αριθμού συμβεβλημένων ιατρών
- Επιβολή πλαφόν στις ιατρικές εξετάσεις
- Αύξηση ποσοστού συμμετοχών
- Υψηλό κόστος γενικότερα

Μελετήσαμε επιπλέον και την συσχέτιση μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου των ασφαλισμένων και της άποψής τους για την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας.

UNIVERSITY of NICOSIA

*Συσχέτιση του προηγούμενου ασφαλιστικού ταμείου των πολιτών – ασφαλισμένων και της ποιότητας και ανταποκρισιμότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Chi-Square Test:

- Η τιμή του Pearson Chi-Square είναι 34,643 με 20 βαθμούς ελευθερίας (df) και p-value = 0,022. Δεδομένου ότι το p-value είναι μικρότερο από το 0,05, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών που αναλύονται.
- Το Likelihood Ratio είναι επίσης στατιστικά σημαντικό με p-value = 0,021, επιβεβαιώνοντας το αποτέλεσμα του Pearson Chi-Square.
- Η Linear-by-Linear Association με τιμή 0,000 και p-value = 0,983 δείχνει ότι δεν υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Παρά την ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης, πρέπει να σημειωθεί ότι 7 κελιά (23,3%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, η γενική τάση δείχνει ότι υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

**Ασφαλιστικό ταμείο * Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας Crosstabulation**

Count

| | | Πολύ καλή | Καλή | Μέτρια | Κακή | Άλλο | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ασφαλιστικό ταμείο | Ο.Π.Α.Δ. | 23 | 96 | 179 | 50 | 6 | 354 |
| | Ι.Κ.Α. | 37 | 126 | 275 | 100 | 5 | 543 |
| | Ο.Γ.Α. | 2 | 9 | 20 | 11 | 0 | 42 |
| | Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ) | 22 | 37 | 90 | 31 | 0 | 180 |
| | Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. | 2 | 9 | 18 | 15 | 1 | 45 |
| | Άλλο | 4 | 38 | 54 | 18 | 0 | 114 |
| Total | | 90 | 315 | 636 | 225 | 12 | 1278 |

*Πίνακας 9.5 Ασφαλιστικό ταμείο * Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 34,643[a] | 20 | ,022 |
| Likelihood Ratio | 34,912 | 20 | ,021 |
| Linear-by-Linear Association | ,000 | 1 | ,983 |
| N of Valid Cases | 1278 | | |

a. 7 cells (23,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

Το Fisher's είναι ιδιαίτερα χρήσιμο όταν υπάρχουν κελιά με αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη από 5, όπως συμβαίνει στην περίπτωσή αυτή (23,3% των κελιών έχουν αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη από 5). Αυτό σημαίνει ότι το Fisher's είναι πιο κατάλληλο από το Pearson Chi-Square για αυτό το συγκεκριμένο σύνολο δεδομένων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το Fisher's Exact Test έχει p-value = 0,000**,** γεγονός που υποδηλώνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που εξετάζουμε. Συνοψίζοντας, το συμπέρασμα πρέπει να στηριχθεί στο Fisher's Exact Test, το οποίο δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 34,643[a] | 20 | ,022 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 34,912 | 20 | ,021 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | ,000 | | | ,000 | | |
| Linear-by-Linear Association | ,000[b] | 1 | ,983 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 1278 | | | | | |

a. 7 cells (23,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

b. The standardized statistic is ,000.

*Συσχέτιση του προηγούμενου ασφαλιστικού ταμείου των πολιτών – ασφαλισμένων και της ποιότητας και ανταποκρισιμότητας των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

Τα αποτελέσματα του Chi-Square Test δείχνουν τα εξής:

- Η τιμή του Pearson Chi-Square είναι 50,320 με 20 βαθμούς ελευθερίας (df) και p-value = 0,000. Αυτό το αποτέλεσμα υποδεικνύει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που εξετάζονται, καθώς το p-value είναι μικρότερο από το 0,05.
- Το Likelihood Ratio έχει επίσης τιμή 52,078 με p-value = 0,000, ενισχύοντας το αποτέλεσμα του Pearson Chi-Square.
- Η Linear-by-Linear Association είναι 0,068 με p-value = 0,795**,** γεγονός που δείχνει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών.

UNIVERSITY of NICOSIA

Ωστόσο, σημειώνεται ότι 6 κελιά (20,0%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ακρίβεια των αποτελεσμάτων. Παρά αυτήν την επιφύλαξη, τα αποτελέσματα του Chi-Square υποδηλώνουν μια σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές που εξετάζονται.

**Ασφαλιστικό ταμείο * Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας Crosstabulation**

Count

| | | Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Πολύ καλή | Καλή | Μέτρια | Κακή | Άλλο | Total |
| Ασφαλιστικό ταμείο | Ο.Π.Α.Δ. | 12 | 76 | 192 | 63 | 10 | 353 |
| | Ι.Κ.Α. | 39 | 90 | 263 | 133 | 18 | 543 |
| | Ο.Γ.Α. | 1 | 9 | 18 | 14 | 0 | 42 |
| | Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ) | 23 | 24 | 89 | 41 | 3 | 180 |
| | Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. | 2 | 7 | 19 | 15 | 2 | 45 |
| | Άλλο | 1 | 28 | 64 | 19 | 2 | 114 |
| Total | | 78 | 234 | 645 | 285 | 35 | 1277 |

*Πίνακας 9.6 Ασφαλιστικό ταμείο * Ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 50,320[a] | 20 | ,000 |
| Likelihood Ratio | 52,078 | 20 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | ,068 | 1 | ,795 |
| N of Valid Cases | 1277 | | |

a. 6 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,15.

Το Fisher's Exact Test που εμφανίζεται με p-value 0,000 υποδηλώνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών που εξετάζουμε. Αυτό το αποτέλεσμα υποστηρίζει την ύπαρξη κάποιας σχέσης που δεν μπορεί να εξηγηθεί από τυχαίους παράγοντες. Το γεγονός ότι 6 κελιά (20,0%) έχουν αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη από 5 δείχνει ότι το Fisher's Exact Test είναι η καλύτερη επιλογή για αυτό το σύνολο δεδομένων, καθώς είναι πιο ακριβές σε περιπτώσεις μικρών δειγμάτων ή κελιών με χαμηλή συχνότητα.

Συμπερασματικά, το Fisher's Exact Test επιβεβαιώνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών με p-value πολύ μικρότερο από το 0,05, και συνεπώς τα αποτελέσματα είναι σημαντικά.

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 50,320[a] | 20 | ,000 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 52,078 | 20 | ,000 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | ,000 | | | ,000 | | |
| Linear-by-Linear Association | ,068[b] | 1 | ,795 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 1277 | | | | | |

a. 6 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,15.

b. The standardized statistic is ,000.

## 9.1.3 Διαφάνεια και Υπευθυνότητα

Η ενίσχυση της διαφάνειας στη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ αποτέλεσε κεντρικό στόχο του Οργανισμού, με την επιδίωξη για μεγαλύτερη υπευθυνότητα προς τους πολίτες. Σύμφωνα με τις αρχικές κατευθυντήριες γραμμές, η εφαρμογή της ψηφιακής τεχνολογίας και της ηλεκτρονικής παρακολούθησης των παροχών θα συνέβαλαν στον περιορισμό της αδιαφάνειας και της πολυπλοκότητας, παρέχοντας ευκολότερη πρόσβαση και περισσότερη λογοδοσία. Τα στατιστικά αποτελέσματα αποκαλύπτουν ότι η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης άυλης και μη, έχει φέρει σημαντικές αλλαγές στον τομέα της υγείας, με την πλειοψηφία των πολιτών, τόσο ασφαλισμένων όσο και παρόχων υγείας, να δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη λειτουργία της.

Οι πολίτες εκτιμούν ιδιαίτερα τη βελτιωμένη πρόσβαση που έχουν πλέον στις υπηρεσίες υγείας καθώς η διαδικασία έχει γίνει πιο γρήγορη και εύκολη. Από την πλευρά τους, οι πάροχοι υγείας αναγνωρίζουν ότι η νέα αυτή πρακτική έχει διευκολύνει σημαντικά τη δουλειά τους, μειώνοντας τη γραφειοκρατία και βελτιώνοντας την οργάνωση. Επιπλέον, ένα κοινό σημείο αναφοράς για τις δύο ομάδες είναι η θετική τους στάση απέναντι στη διαφάνεια που έχει επιτευχθεί, γεγονός που ενισχύει την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγείας.

UNIVERSITY of NICOSIA

Μέσα από την έρευνα φάνηκε χρήσιμο να εξετάσουμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και της άποψής τους σχετικά με την επίτευξη της διαφάνειας στον τομέα της υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

*Συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και της άποψης τους σχετικά με την επίτευξη της διαφάνειας στον τομέα της υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ*

Το αποτέλεσμα του Fisher's Exact Test :

- υποδεικνύει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών που εξετάσαμε, δεδομένου ότι το p-value είναι 0,000.
- Η ύπαρξη 24 κελιών (48%) με αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη από 5 ενισχύει τη χρησιμότητα του Fisher's Exact Test, καθώς είναι προτιμότερο σε περιπτώσεις όπου υπάρχει μικρή συχνότητα σε ορισμένα κελιά.
- Το αποτέλεσμα του Pearson Chi-Square και του Likelihood Ratio είναι επίσης στατιστικά σημαντικό (p-value < 0,05), επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στις μεταβλητές.

Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση ανάμεσα στην ιδιότητα των παρόχων υγείας και την άποψή τους σχετικά με την επίτευξη της διαφάνειας στον τομέα της υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.

**Ιδιότητα * Διαφάνεια Crosstabulation**

Count

| | | Διαφάνεια | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ | Άλλο | Total |
| Ιδιότητα | Φαρμακοποιός | 5 | 50 | 70 | 40 | 5 | 170 |
| | Ιατρός | 55 | 75 | 80 | 25 | 0 | 235 |
| | Εργοθεραπευτής | 0 | 15 | 15 | 5 | 0 | 35 |
| | Φυσιοθεραπευτής | 15 | 35 | 50 | 15 | 0 | 115 |
| | Λογοθεραπευτής | 10 | 15 | 0 | 5 | 0 | 30 |
| | Νοσηλευτλης/τρια | 30 | 20 | 20 | 5 | 5 | 80 |
| | Ψυχολόγος | 0 | 5 | 10 | 0 | 5 | 20 |
| | Διοικητής Υγείας | 0 | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 |
| | Προμηθευτής Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού - Υγειονομικού υλικού | 5 | 0 | 10 | 0 | 0 | 15 |
| | Ιατροτεχνολογικό προσωπικό | 0 | 10 | 10 | 0 | 0 | 20 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Total | 120 | 225 | 265 | 100 | 15 | 725 |

*Πίνακας 9.7 Ιδιότητα * Διαφάνεια*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 227,395[a] | 36 | ,000 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 222,414 | 36 | ,000 | ,000 | | |
| Fisher's Exact Test | ,000 | | | ,000 | | |
| Linear-by-Linear Association | 4,482[b] | 1 | ,034 | ,000 | ,000 | ,000 |
| N of Valid Cases | 725 | | | | | |

a. 24 cells (48,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,10.

b. The standardized statistic is ,000.

## 9.1.4 Προστιθέμενη αξία της έρευνας

Η συγκεκριμένη διδακτορική διατριβή προσπάθησε να προεκτείνει την επιστημονική γνώση όσον αφορά το θεωρητικό ερευνητικό πλαίσιο του Ελληνικού Συστήματος Υγείας καθώς και τις βασικές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις του συστήματος οι οποίες προέκυψαν με την πάροδο των ετών. Επίσης η βιβλιογραφική αναζήτηση εστίασε στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, το θεσμικό πλαίσιο του, τις παροχές Υγείας, στον τρόπο λειτουργίας του καθώς και στη μελέτη 3 ξένων χωρών και συγκεκριμένα στα Συστήματα Υγείας της Αγγλίας, της Γερμανίας και των ΗΠΑ.

Άλλωστε, ας μην λησμονείται πως από την ίδρυσή του ΕΟΠΥΥ το 2012 είναι η πρώτη έρευνα σε διδακτορικό επίπεδο η οποία μελέτησε αναλυτικά τη λειτουργία του και την αποτελεσματικότητα του, στο σύνολο του Οργανισμού με τις πιο πρόσφατες μεταρρυθμίσεις έως σήμερα- με ποσοτική έρευνα στο εύρος των 2000 ερωτηματολογίων η οποία να μελετά την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού τόσο από την πλευρά των πολιτών αλλά και των παρόχων- παρά μόνο μία διδακτορική διατριβή για τις μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας της Ελλάδας από το 2012 έως το 2018 με ποιοτική έρευνα[50]- συνεντεύξεις- Πάρα ταύτα είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι σε μεταπτυχιακό επίπεδο έχουν γίνει διάφορες εργασίες οι οποίες όμως μελετούν την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ μόνο όμως από την πλευρά των ασφαλισμένων-χρηστών και όχι από την πλευρά των παρόχων- προμηθευτών υγείας και υγειονομικών υπαλλήλων όπως ταυτόχρονα μελετώνται στο παρόν πόνημα. Επιπρόσθετα, δεν υπάρχει καμία μελέτη σχετικά με

[50] «Αποτίμηση της Αποτελεσματικότητας των μεταρρυθμίσεων του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο 2012-2018», Βλάσση Αλεξάνδρα, Τμήμα Ιατρικής του Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη 2023

το κατά πόσον έχουν επιτευχθεί οι διαδικασίες διαφάνειας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας και εάν έχει μειωθεί ή όχι, η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση με την εισαγωγή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης μετά τη δημιουργία του Οργανισμού (ΕΟΠΥΥ).

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν- από την έρευνα που εκπονήθηκε στο παρόν πόνημα, παρουσιάζουν σημαντική ταύτιση με αντίστοιχα αποτελέσματα άλλων μεταπτυχιακών εργασιών που αφορούσαν το θέμα της αποτελεσματικότητας του ΕΟΠΥΥ από την πλευρά των χρηστών του. Στην ανάλυσή μου, επισημαίνονται αντίστοιχα προβλήματα όπως, η γραφειοκρατία και οι μεγάλες αναμονές στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Ειδικότερα, όλες οι εργασίες αναγνωρίζουν τις περιορισμένες και υποβαθμισμένες υποδομές και την ανάγκη για εκσυγχρονισμό των διαδικασιών του οργανισμού, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών του. Αυτή η ταύτιση ενισχύει την αξιοπιστία των ευρημάτων και επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα για αλλαγές στον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού.

Τόσο μέσα από την ποσοτική έρευνα των 3 Υποθέσεων εργασίας όσο και από την αξιολόγηση των δευτερογενών πηγών προέκυψαν χρήσιμα επιστημονικά συμπεράσματα τόσο για τη λειτουργία του Οργανισμού όσο και του ΕΣΥ- τα οποία θα συμβάλλουν στην κατανόηση και στη βελτιστοποίηση της λειτουργίας του Οργανισμού στο σύνολο του και του τομέα της υγείας γενικότερα. Επιπροσθέτως αναδείχθηκαν οι αδυναμίες και οι παθογένειες του Οργανισμού με αποτέλεσμα να εξεταστούν ενδεδειγμένες λύσεις για να δημιουργηθεί εν τέλει ένα πιο αποδοτικό και βιώσιμο Σύστημα Υγείας, καθώς και ενδέχεται να επιτευχθεί μια ορθότερη διαχείριση των πόρων, ισότιμα κριτήρια πρόσβασης των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τέλος μιας γενικότερης προώθησης και υποστήριξης της δημόσιας υγείας από το κράτος με τον εκσυγχρονισμό του ΕΟΠΥΥ. Παράλληλα, αναμένεται να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο για τους φοιτητές και τους ερευνητές, οι οποίοι στοχεύουν να εμβαθύνουν σε αντικείμενα και τομείς όπως η δημόσια διοίκηση και η πολιτική της υγείας, ενισχύοντας την ακαδημαϊκή γνώση και προασπίζοντας την επιστημονική έρευνα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

## 9.2 Συμπεράσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης των δευτερογενών πηγών των 3 Υποθέσεων Εργασίας

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να μελετήσει το επίπεδο της αποτελεσματικότητας του ΕΟΠΥΥ, σε σχέση με την άποψη που έχουν διαμορφώσει οι χρήστες του σχετικά με τις δαπάνες υγείας, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο τους και τα επίπεδα διαφάνειας με την εισαγωγή των νέων τεχνολογιών στο χώρο της υγείας. Ειδικότερα, εντατικοποιήθηκε μια προσπάθεια να διαπιστωθεί κατά πόσο διευκολύνεται η

καθημερινότητα των δικαιούχων και των χρηστών του συστήματος, από τη χρήση των παροχών του, ποιες είναι οι παράμετροι που διαμορφώνουν την άποψη και την ικανοποίηση των ασφαλισμένων για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από τον Οργανισμό, καθώς και το εάν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο) παίζουν ρόλο στην διαμόρφωση της άποψης για τον ΕΟΠΥΥ.

Από την έρευνα προέκυψε το συμπέρασμα ότι κατά γενική ομολογία οι Έλληνες ασφαλισμένοι εμφανίζονται ικανοποιημένοι από τις παροχές υγείας του ΕΟΠΥΥ, γεγονός που ενισχύει την αντίληψη ότι η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων υπήρξε μια κίνηση στρατηγικής σημασίας για την βελτίωση της παροχής πρωτογενούς και δευτερογενούς φροντίδας υγείας, δυστυχώς όμως τώρα πληρώνουν περισσότερο από πριν για να απολαμβάνουν αυτές τις υπηρεσίες λόγω της μείωσης των δαπανών υγείας και των αυξήσεων των συμμετοχών.

Η αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ αντανακλά σε κρίσιμους παράγοντες. Το γεγονός ότι το ιατρικό προσωπικό αφιερώνει κατά γενική ομολογία πολύτιμο χρόνο για τη διάγνωση και τη θεραπεία του ασθενούς, αναμφίβολα αποτελεί μια σημαντική παράμετρο με αποτελέσματα άμεσης βελτίωσης. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ συνεργάζονται μεταξύ τους και δίνουν την δυνατότητα στους ασθενείς, κατόπιν διεξοδικής ανάλυσης, να αποφασίσουν οι ίδιοι για ζητήματα που αφορούν την υγεία τους, καθώς υπάρχει σχετικά εύκολη πρόσβαση μέσω των ηλεκτρονικών εφαρμογών στις υπηρεσίες υγείας, επίσης οι περισσότεροι ασθενείς δηλώνουν ευχαριστημένοι από τη συμπεριφορά, την ευγένεια και την κατανόηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (Alco, 2016).

Από την άλλη πλευρά δεν παραλείπονται και οι δυσλειτουργίες του συστήματος. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ΕΟΠΥΥ στην Ελλάδα είναι η σπατάλη των οικονομικών πόρων, η άνιση κατανομή τους, η παραοικονομία, η αυξημένη ζήτηση σε συνδυασμό με την χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών, κυρίως λόγω της υποστελέχωσης των δημόσιων νοσοκομείων. Μετά την σύσταση του ΕΟΠΥΥ το 2012, οι κρατικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα εμφάνισαν σημαντικές μειώσεις, κυρίως λόγω των μέτρων λιτότητας της οικονομικής κρίσης. Η πανδημία COVID-19 προκάλεσε αυξημένες ανάγκες χρηματοδότησης, οδηγώντας σε άνοδο των δαπανών υγείας. Αξίζει να αναφερθεί ότι, παρά την αύξηση των υγειονομικών δαπανών, η Ελλάδα παραμένει κάτω από τον μέσο όρο της

Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου η δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας ήταν 8,9% του ΑΕΠ το 2020. Με βάση τις προβλέψεις του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες υγείας πρόκειται να αυξηθούν με ρυθμό σχεδόν 12% έως το 2040, εξαιτίας παραγόντων όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού και η ιατρική καινοτομία (Στεργίου, 2023). Συνολικά, η Ελλάδα έχει αυξήσει τις κρατικές δαπάνες που αφορούν την υγεία κατά τα τελευταία χρόνια, ακολουθώντας τις ανάγκες της πανδημίας και προσπαθώντας να ακολουθήσει τα ευρωπαϊκά πρότυπα.

Ο υγειονομικός τομέας συνιστά έναν από τους βασικότερους παράγοντες ανάπτυξης οικονομικού ελλείμματος και εξαιτίας αυτού τοποθετείται στο επίκεντρο των προσαρμογών αναδιοργάνωσης. Η επίλυση των προαναφερόμενων προβλημάτων, ακόμα και έπειτα από σχεδόν είκοσι χρόνια, δεν έχει καταστεί δυνατή παρά τις συνεχόμενες μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις, σε περιόδους που οι συνθήκες υπήρξαν ευνοϊκότερες, όπως αποτέλεσε η σύσταση του ΕΟΠΥΥ. Τα κυριότερα ερωτήματα που εν κατακλείδι ανακύπτουν είναι το κατά πόσο το υπάρχον οικονομικό σύστημα μπορεί να υποστηρίξει και να συμβάλει στην προώθηση και την υποστήριξη των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού συστήματος και το εάν επιχειρείται ουσιαστικά η βελτίωση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας του ΕΟΠΥΥ (Economou, 2012).

Η ραγδαία ανάπτυξη της τεχνολογίας και των ηλεκτρονικών εφαρμογών εισάγει μια καινοτόμο εποχή για τον τομέα της υγείας. Η λεγόμενη Ηλεκτρονική Υγεία παρέχει μια πληθώρα από οφέλη τόσο για τους ασφαλισμένους όσο και για όσους εργάζονται στον τομέα της υγείας. Οι νέες ηλεκτρονικές εφαρμογές αποτελούν πλέον αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας, χαίρουν της πλήρους αποδοχής των δικαιούχων, καθώς παρέχουν ποιοτικές και άμεσες υπηρεσίες, τοποθετώντας στο επίκεντρο τον πολίτη και εκμηδενίζοντας τις αποστάσεις.

Η Άυλη Συνταγογράφηση φάνηκε από την πρώτη στιγμή της εφαρμογής της ότι θα ήταν αποδοτική και συνέβαλλε κατά πολύ στην καταπολέμηση της αυξημένης υγειονομικής δαπάνης. Η νέα μορφή συνταγογράφησης έχει διευκολύνει το έργο των ιατρών, των φαρμακοποιών και γενικότερα των παρόχων υγείας, οι οποίοι δηλώνουν πως την προτιμούν σε σχέση με την παραδοσιακή χειρόγραφη διαδικασία, καθώς μειώνεται η γραφειοκρατία και περιορίζονται στο ελάχιστο οι παρερμηνείες και τα λάθη στην έκδοση της θεραπευτικής αγωγής. Από την άλλη πλευρά, εντοπίζονται ορισμένα τεχνικά προβλήματα τα οποία

ενδέχεται να καθυστερήσουν την έκδοση της συνταγογράφησης, γεγονός που αξίζει να μελετηθεί περαιτέρω με σκοπό την επίτευξη του ορθού σχεδιασμού.

## 9.3 Συσχετισμός συμπερασμάτων της ποσοτικής έρευνας και της βιβλιογραφικής ανασκόπησης των 3 Υποθέσεων Εργασίας

Η ανάλυση των συσχετίσεων κατέδειξε το γεγονός ότι οι βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ στατιστικά σχετίζονται με παραμέτρους όπως:

- η προσοχή που δείχνουν οι επαγγελματίες υγείας για τα προβλήματα υγείας των ασθενών
- η αφιέρωση χρόνου και η συστηματική φροντίδα,
- ο σεβασμός και η κατανόηση, η συχνή και άμεση επικοινωνία με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές,
- οι παροχές του Οργανισμού
- η εύκολη πρόσβαση στις ηλεκτρονικές εφαρμογές του Οργανισμού.

Επιπλέον η αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ διαφαίνεται και από επι μέρους ζητήματα όπως είναι η ομαλή συνεργασία μεταξύ των ιατρών των διαφόρων κλάδων, η φιλική αντιμετώπιση που συναντούν οι ασθενείς στις μονάδες υγείας κατά γενική ομολογία και η δυνατότητα επιλογής για ζητήματα που αφορούν την υγεία τους. Ως εκ τούτου, η θετική στάση υφίσταται ακόμα και για τη συγκρότηση των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες είναι συμβεβλημένες με τον Οργανισμό. Αντίθετα, δεν παρουσιάστηκε συσχέτιση ανάμεσα στην αυξημένη ζήτηση για τις υπηρεσίες του Οργανισμού και στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες αυτές. Σύμφωνα με τις έρευνες που αναλύθηκαν εκτενώς, αρκετοί εξ' αυτών εμφανίζονται αρνητικοί στην αύξηση της χρήση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται αποκλειστικά μέσω του ΕΟΠΥΥ. Μάλιστα, θεωρείται ως μια αρνητική εξέλιξη που ενδέχεται να συσχετιστεί με την επιδείνωσή της υγείας τους.

Εξίσου χαμηλή υπήρξε η ικανοποίηση των δικαιούχων, με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, αλλά και τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, εξαιτίας λειτουργικών περιστατικών όπως ο χρόνος αναμονής για υπηρεσίες υγείας , η αύξηση της ιδίας συμμετοχής των ασφαλισμένων, η διασφάλιση του απορρήτου και των προσωπικών δεδομένων. Τα επίπεδα ικανοποίησης των δικαιούχων διαμορφώθηκαν κυρίως με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο και λιγότερο με βάση την ηλικία. Αντιθέτως, το φύλο δεν επηρέασε

σημαντικά τα δεδομένα ως προς την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ. Αναλυτικότερα, τα άτομα με μεγαλύτερο εκπαιδευτικό υπόβαθρο παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, μάλιστα όσο αυξάνεται το επίπεδο μόρφωσης, εκθετικά αυξάνεται και το αίσθημα της ικανοποίησης. Εν κατακλείδι, η παρούσα ερευνητική ανασκόπηση παρουσίασε μια σημαντική πτυχή κυρίως με την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ, υπογραμμίζοντας τη στρατηγική σημασία που είχε το εγχείρημα της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων για την αναβάθμιση της δημόσιας υγείας.

Αναφορικά με την καθιέρωση της Άυλης Συνταγογράφησης, αντλείται το συμπέρασμα ότι το εγχείρημα αυτό, έδωσε μια νέα διάσταση στον υγειονομικό τομέα. Εξάλλου, η καθημερινή αξιοποίηση της και η ενσωμάτωση της αρμονικά έχει επιλύσει σημαντικά ζητήματα και ανταποκρίνεται πλήρως στους στόχους που είχαν τεθεί εξ αρχής, αποτελώντας ένα πρωτεύον μέτρο για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στους πολίτες. Στα βασικά πλεονεκτήματα της Άυλης Συνταγογράφησης περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων, η ευκολία λήψης φαρμάκων χωρίς να απαιτείται η φυσική παρουσία, το κέρδος χρόνου και χρημάτων μέσω της αποφυγής των μετακινήσεων, η συμμόρφωση με τη θεραπεία και το αίσθημα καλύτερης επικοινωνίας και παρακολούθησης από τον συνταγογράφο ιατρό. Σε ότι έχει να κάνει με τα προβλήματα που παρουσιάζονται κατά τη χρήση της υπηρεσίας, αναφέρθηκαν η ελλιπής πληροφόρηση αναφορικά με την λειτουργία της υπηρεσίας, η ανησυχία για την ασφάλεια της διαδικασίας και των προσωπικών δεδομένων των χρηστών, η δυσκολία στη χρήση της από ηλικιωμένα και μη εξοικειωμένα με την τεχνολογία άτομα, η δυσκολία στην ανανέωση των επαναλαμβανόμενων συνταγών, καθώς και ορισμένα τεχνικά προβλήματα όπως η μη αποστολή των συνταγών στο φαρμακείο, λόγω τεχνικού λάθους ή αμέλειας του ιατρού.

Στην ποσοτική έρευνα που διεξήχθη, συλλέχτηκαν δεδομένα που βασίζονται σε αριθμητικά αποτελέσματα και γραφική απεικόνιση. Αναφορικά με την θεωρητική θεμελίωση σε επίπεδο βιβλιογραφικών αναφορών, εξετάστηκαν εκτενώς για να δοθεί μια σφαιρική διάσταση σχετικά με την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού. Αυτό που διαπιστώθηκε είναι ότι τα ποσοτικά αποτελέσματα υποστηρίζουν τις θεωρητικές υποθέσεις, γεγονός που ενισχύει την εγκυρότητα των θεωριών που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση της αποτελεσματικότητας του ΕΟΠΥΥ. Ο συνδυασμός αυτών των δύο ειδών έρευνας παρέχει μια πιο ολοκληρωμένη και ουσιαστική θεώρηση της αποτελεσματικότητας, καθώς αλληλοσυμπληρώνονται και δημιουργείται μία αφετηρία με θεωρητικά εργαλεία για τη μελλοντική βελτίωση της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ.

## 9.4 Επιρροές των Τριών Ξένων Συστημάτων Υγείας στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας Σήμερα

Εξετάζοντας τα σημαντικότερα στοιχεία των τριών αλλοδαπών συστημάτων υγείας- σε σύγκριση με εκείνα του ελληνικού συστήματος υγείας- είναι δυνατόν να προσδιοριστούν ορισμένα σημεία στα οποία- η υιοθέτηση στοιχείων των αλλοδαπών συστημάτων θα μπορούσε ενδεχομένως να βελτιώσει το ήδη υπάρχον σύστημα. Η υιοθέτηση καινοτόμων στοιχείων θα μπορούσε να είναι τόσο στους τομείς της οργάνωσης, όσο και στις εφαρμοζόμενες πρακτικές και διαδικασίες.

Παραδείγματος χάριν, η εφαρμογή της συγκεντρωτικής χρηματοδότησης του συστήματος υγείας της Αγγλίας θα μπορούσε να αποτελέσει είτε εναλλακτική είτε συμπληρωματική πηγή χρηματοδότησης για το ελληνικό σύστημα υγείας. Δεδομένου της ήδη υπάρχουσας οργανωτικής δομής, μία τέτοιου είδους αλλαγή θα ήταν ιδιαίτερη δύσκολη και ενδεχομένως εντελώς αντιπαραγωγική. Επομένως, η βέλτιστη προσαρμογή θα ήταν η υιοθέτηση μιας συμπληρωματικής χρηματοδότησης μέσω φορολογίας. Κάτι τέτοιο θα έπρεπε να πραγματοποιηθεί, λαμβάνοντας υπόψη τα ενδεχόμενα αντισταθμιστικά οφέλη που θα είχε μια τέτοιου είδους πρακτική, αλλά και οποιαδήποτε ενδεχόμενα μειονεκτήματα.

Αναφορικά με τις υιοθετούμενες πρακτικές, όπως αναφέρθηκε, το σύστημα υγείας των ΗΠΑ, λόγω και του καπιταλιστικού ανταγωνισμού, έχει να προσφέρει τις περισσότερες εφαρμοσμένες πρακτικές και αξιολογήσεις των αποτελεσμάτων τους, η μελέτη των οποίων θα μπορούσε να οδηγήσει στην υιοθέτηση ή απόρριψη τους από το ελληνικό σύστημα υγείας. Μία τέτοια πρακτική είναι η χρηματοδότηση των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας όχι μόνο βάσει της συνολικής δαπάνης η οποία καταβάλλεται για την παροχή αυτών των υπηρεσιών, αλλά και βάσει ορισμένων βασικών δεικτών απόδοσης (KPIs – Key Performance Indicators).

Ως δείκτης απόδοσης ορίζεται το μετρήσιμο ποσοτικό στοιχείο του αποτελέσματος των ενεργειών ενός οργανισμού το οποίο αξιολογεί την επιτυχία του οργανισμού σε μία συγκεκριμένη δραστηριότητα. Ο βασικότερος δείκτης απόδοσης στην προκειμένη περίπτωση θα ήταν η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (Pink, et al., 2003; Jones, 2020). Η συγκεκριμένη πρακτική εφαρμόζεται ήδη σε ορισμένες περιπτώσεις στις ΗΠΑ, όπου υγειονομικές δομές οι οποίες εντάσσονται στο πρόγραμμα CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) δεν λαμβάνουν αποζημίωση για τη θεραπεία ασθενών οι οποίοι νόσησαν από ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις, και επομένως

δείχνει μειωμένη ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ποιότητα αυτή καθορίζεται από μία έρευνα με την ονομασία HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems survey). Σκοπός της συγκεκριμένης αυτής έρευνας είναι οι πληρωμές να κατευθύνονται σε εκείνες τις δομές οι οποίες βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας παρέχουν την ποιοτικότερη φροντίδα και έχουν το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης ασθενών (Hall, 2008; Jones, 2020).

Στα πλαίσια του υπάρχοντος ελληνικού συστήματος δημόσιας υγείας αυτό θα μπορούσε να εφαρμοστεί με δύο τρόπους. Ο πρώτος θα ήταν να ακολουθηθεί η πρακτική μη αποζημίωσης των παρόχων σε περιπτώσεις όπου η δαπάνη είναι άμεσο αποτέλεσμα της μειωμένης ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών, όπως είναι η περίπτωση ενδοσοκομειακών λοιμώξεων. Ο δεύτερος θα ήταν η καθιέρωση επιπλέον χρηματοδότησης η οποία θα διαμοιραζόταν με βάσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτό το κίνητρο θα μπορούσε να οδηγήσει στην καλλιέργεια ενός υγειούς ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων, παρέχοντας ένα επιπλέον κίνητρο απόδοσης και χωρίς να απειλείται η οικονομική βιωσιμότητα της εκάστοτε δομής.

Μία ακόμη πρακτική η οποία θα μπορούσε να εφαρμοστεί στην περίπτωση του ελληνικού συστήματος είναι η περαιτέρω υιοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα το 2010. Μέχρι το 2013 το 80% του συνόλου των συνταγογραφούμενων εντολών της χώρας ήταν σε ηλεκτρονική μορφή (Pangalos et al, 2013). Παρ' όλα αυτά, υπάρχει μεγάλος αριθμός φαρμάκων τα οποία δεν είναι συνταγογραφούμενα και επομένως δεν διέρχονται της ηλεκτρονικής διαδικασίας. Αυτό οδηγεί σε ορισμένες περιπτώσεις, σε έλλειψη φαρμάκων λόγω αυξημένης εποχικής ζήτησης, αλλά και σε μη ορθολογική χρήση ορισμένων σκευασμάτων λόγω του ότι αυτά δεν λαμβάνονται με ιατρική οδηγία (Χρήστου, 2023).

Η πρακτική η οποία θα μπορούσε να υιοθετηθεί από το ελληνικό σύστημα υγείας είναι η επέκταση της λίστας των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αλλά και η θέσπιση κατώτατου ορίου για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ, υφίσταται ο στόχος ενός κατώτατου ορίου για τη συνταγογράφηση σκευασμάτων μέσω της διαδικασίας της άυλης και ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Το κατώτατο αυτό όριο είναι το 50% του συνόλου των συνταγών ανά ιατρό(Department of Justice & United States National Library of Medicine, 2014).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γερμανικό σύστημα υγείας, καθώς αποτελεί το πρότυπο με το οποίο το ΕΣΥ εμφανίζει τις περισσότερες δομικές ομοιότητες. Η Γερμανία

έχει αναπτύξει έναν περισσότερο αποτελεσματικό μηχανισμό διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων, γεγονός που συμβάλλει στη μείωση των χρόνων αναμονής και στη βελτίωση της προσβασιμότητας των πολιτών. Παράλληλα, η λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων και η διαπραγμάτευση των αποζημιώσεων βασίζονται σε αυστηρούς μηχανισμούς ελέγχου του κόστους και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο ελληνικό περιβάλλον, ιδιαίτερη σημασία θα μπορούσε να έχει η υιοθέτηση πρακτικών που αφορούν τη μείωση των λιστών αναμονής μέσω καλύτερης κατανομής των περιστατικών μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθώς και η αξιοποίηση συστημάτων παρακολούθησης της πληρότητας των νοσοκομειακών μονάδων σε πραγματικό χρόνο. Επιπλέον, η γερμανική εμπειρία αναδεικνύει τη σημασία της συστηματικής κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Στη Γερμανία, το κόστος μιας νοσοκομειακής κλίνης υπολογίζεται με βάση εξειδικευμένα συστήματα αποζημίωσης (DRGs), επιτρέποντας ακριβέστερο έλεγχο των δαπανών. Αντίθετα, στην Ελλάδα εξακολουθούν να παρατηρούνται αποκλίσεις μεταξύ πραγματικού κόστους και αποζημίωσης των υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ, γεγονός που επηρεάζει τόσο τη βιωσιμότητα των νοσοκομείων όσο και τη συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η περαιτέρω ανάπτυξη αξιόπιστων μηχανισμών κοστολόγησης και αποζημίωσης θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στον εξορθολογισμό των δαπανών και στη βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης.

Μία ακόμη πρακτική η οποία υφίσταται στο σύστημα κυρίως της Γερμανίας είναι αυτή της διαφάνειας των διαδικασιών. Παρ΄ ότι η διαφάνεια στο ελληνικό σύστημα υγείας ενισχύθηκε σημαντικά με την εφαρμογή του ΑΜΚΑ, υφίστανται ακόμη περιπτώσεις κακοδιαχείρισης των πόρων του συστήματος. Παράδειγμα της αναγκαιότητας της διαφάνειας στις ακολουθούμενες διαδικασίες αποτελεί οι ουκ' ολίγες περιπτώσεις απάτης σε βάρος του ΕΟΠΥΥ οι οποίες πραγματοποιούνται με την εκτέλεση εικονικών συνταγογραφήσεων ιατροτεχνολογικών προϊόντων και άλλων σκευασμάτων, οι οποίες κατά καιρούς διερευνώνται από τα αρμόδια όργανα και αναφέρονται στην επικαιρότητα. Τέτοιες περιπτώσεις εκμεταλλεύονται το ρόλο που έχει αναλάβει ο ΕΟΠΥΥ ως κεντρικός προμηθευτής υπηρεσιών υγείας, συνάπτοντας συμβάσεις με εταιρείες οι οποίες έχουν συσταθεί με αποκλειστικό σκοπό την εκμετάλλευση του συστήματος προς όφελος των εμπλεκομένων και οδηγούν σε μεγάλες οικονομικές ζημίες για τον οργανισμό, δεδομένου του ότι παρουσιάζουν ως νόμιμες και αναγκαίες δαπάνες οι οποίες δεν έχουν κανένα αντίκρισμα πέραν του αθέμιτου κέρδους των εμπλεκομένων (Γεωργαντά, 2024).

Με την περαιτέρω ενίσχυση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν τέτοια φαινόμενα, δεδομένου του ότι τα στοιχεία της άυλης και ηλεκτρονικής συνταγογράφησης καταχωρούνται αυτόματα στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας που διαθέτουν οι πολίτες με ΑΜΚΑ και μπορεί να γίνει έλεγχος από τον κάθε πολίτη για το εάν υπάρχει παράνομη χρήση του ΑΜΚΑ του. Πέραν αυτού, είναι δυνατόν να γίνει διασταύρωση στοιχείων μεταξύ ΕΟΠΥΥ και παρόχων υπηρεσιών και αγαθών υγείας, προς εντοπισμό ασυνήθιστων μοτίβων δεδομένων συνταγογράφησης.

Στην περίπτωση της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υφίσταται το πρόγραμμα NCPeH (National Contact Point for eHealth), το οποίο επιτρέπει τη διασυνοριακή παροχή υπηρεσιών υγείας μεταξύ των μελών της ΕΕ τα οποία συμμετέχουν στο πρόγραμμα (European Commission, 2024; ΗΔΙΚΑ, 2024). Το πρόγραμμα βασίζεται κατά κύριο λόγο στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, λόγω και της φύσης της λειτουργίας του και του σκοπού τον οποίο εξυπηρετεί. Παρ' ότι η Ελλάδα συμμετέχει στο πρόγραμμα, οι δοσοληψίες οι οποίες φαίνεται να πραγματοποιούνται είναι εξαιρετικά περιορισμένες σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες (MyHealth@EU, 2024).

Συνολικά, η ανάλυση των τριών μεγάλων συστημάτων υγείας καταδεικνύει ότι η Ελλάδα δεν χρειάζεται να μεταβάλει ριζικά το υφιστάμενο μοντέλο της. Αντίθετα, θα ήταν περισσότερο ωφέλιμο να διατηρήσει τον δημόσιο και καθολικό χαρακτήρα του ΕΣΥ, αξιοποιώντας επιλεκτικά πρακτικές που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές διεθνώς. Από το βρετανικό σύστημα προτείνεται η περαιτέρω ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της πρόληψης, από το αμερικανικό η αξιοποίηση της τεχνολογίας, της ψηφιακής υγείας και των δεικτών ποιότητας, ενώ από το γερμανικό σύστημα η εφαρμογή μηχανισμών καλύτερης κοστολόγησης, διαχείρισης πόρων και περιορισμού των χρόνων αναμονής. Ο συνδυασμός αυτών των στοιχείων θα μπορούσε να οδηγήσει στη δημιουργία ενός πιο αποδοτικού, βιώσιμου και ποιοτικού συστήματος υγείας, προσαρμοσμένου στις ιδιαίτερες ανάγκες και δυνατότητες της ελληνικής πραγματικότητας.

## 9.5 Κριτική Αξιολόγηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Παρά τις σημαντικές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, εξακολουθούν να παρατηρούνται σοβαρές δυσλειτουργίες οι οποίες επηρεάζουν τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε αυτές. Η ύπαρξη νομοθετικών παρεμβάσεων και

χρηματοδοτικών εργαλείων δεν διαφαίνεται πάντοτε να συνοδεύεται από την αντίστοιχη αποτελεσματικότητα κατά την εφαρμογή τους στην πράξη.

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα αφορά τη διαχρονική απόσταση μεταξύ του θεσμικού πλαισίου και της πραγματικής λειτουργίας του συστήματος. Συχνά θεσπίζονται νέες διαδικασίες, συμβάσεις και μηχανισμοί ελέγχου, οι οποίοι όμως δεν εφαρμόζονται με συνέπεια ή δεν συνοδεύονται από επαρκείς μηχανισμούς ελέγχου τήρησης. Ως αποτέλεσμα, παρατηρείται το φαινόμενο να υπάρχουν θεσμικές προβλέψεις που θεωρητικά βελτιώνουν την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, χωρίς όμως να παράγουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα για τον πολίτη.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ο θεσμός του Προσωπικού Ιατρού. Η εισαγωγή του είχε ως βασικό στόχο την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και τη δημιουργία ενός συστήματος συνεχούς παρακολούθησης της υγείας των πολιτών. Ωστόσο, η εφαρμογή του συναντά σημαντικά προβλήματα. Σε πολλές περιοχές της χώρας ο αριθμός των διαθέσιμων ιατρών παραμένει ανεπαρκής σε σχέση με τον πληθυσμό που καλούνται να εξυπηρετήσουν, ενώ αρκετοί πολίτες δυσκολεύονται να βρουν διαθέσιμο προσωπικό ιατρό ή να κλείσουν έγκαιρα ραντεβού. Επιπλέον, ο θεσμός δεν φαίνεται ακόμη να έχει αναπτύξει πλήρως τον ρόλο του ως βασικού πυλώνα πρόληψης και συντονισμού της φροντίδας, με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να συνεχίζουν να απευθύνονται απευθείας στα νοσοκομεία για περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Παράλληλα, εξακολουθούν να υφίστανται σημαντικές ελλείψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Η γήρανση του ανθρώπινου δυναμικού, οι συνταξιοδοτήσεις και το brain drain έχουν δημιουργήσει σημαντικά κενά σε πολλές μονάδες υγείας. Τα κενά αυτά επιβαρύνουν το ήδη υπάρχον προσωπικό, οδηγώντας συχνά σε αυξημένες εφημερίες, επαγγελματική εξουθένωση και δυσκολία διατήρησης υψηλού επιπέδου παροχής υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, οι μεγάλες λίστες αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις και εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες εξακολουθούν να αποτελούν ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα του συστήματος. Παρότι έχουν ανακοινωθεί κατά καιρούς παρεμβάσεις για τη μείωσή τους, όπως τα απογευματινά χειρουργεία, σε αρκετές περιπτώσεις οι πολίτες εξακολουθούν να αναμένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή να στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα αναλαμβάνοντας σημαντικό οικονομικό κόστος το οποίο κόστος στις ιδιωτικές κλινικές είναι πραγματικά δυσανάλογο με αυτό που καλύπτει ο

ΕΟΠΥΥ – δεν αποτελείται μόνο από την νόμιμη προβλεπόμενη συμμετοχή του 30% αλλά και από επιπλέον χρεώσεις τις οποίες οι κλινικές επιβάλλουν για την βέλτιστη θεραπεία και ως «ξενοδοχεία πολυτελείας»- χρεώσεις τις οποίες πρέπει να πληρώσει ο πολίτης – ασφαλισμένος ο οποίος ή οδηγείται σε οικονομικό αδιέξοδο ή εάν μπορεί στρέφεται στην ιδιωτική ασφάλιση.

Επακόλουθα, παρατηρούνται ανισότητες μεταξύ αστικών κέντρων και περιφερειακών περιοχών. Νοσοκομεία και κέντρα υγείας σε απομακρυσμένες περιοχές αντιμετωπίζουν συχνότερα ελλείψεις προσωπικού και εξοπλισμού, γεγονός που επηρεάζει την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Το πρόβλημα αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε μια χώρα με πολλά νησία, ορεινές περ ιοχές και γεωγραφικές ιδιαιτερότητες όπως η Ελλάδα.

Φαινομενικά, αν και η χώρα έχει πραγματοποιήσει σημαντικά βήματα στον τομέα της ψηφιακής υγείας μέσω της ηλεκτρονικής/αύλης συνταγογράφησης, του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και άλλων ψηφιακών υπηρεσιών, η πλήρης αξιοποίηση των διαθέσιμων τεχνολογικών δυνατοτήτων παραμένει ζητούμενο. Η έλλειψη ολοκληρωμένων συστημάτων αξιολόγησης, δεικτών ποιότητας και μηχανισμών λογοδοσίας δυσχεραίνει την αποτελεσματική παρακολούθηση της απόδοσης των μονάδων υγείας και τον ορθολογικό σχεδιασμό πολιτικών. Δυστυχώς παραοικονομία παρατηρείται ακόμα και σήμερα πάρα τα ηλεκτρονικά συστήματα και τα συστήματα ψηφιοποίησης –με όλο το επιπλέον κόστος να μετακυλίεται στον πολίτη- ασφαλισμένο.

Συμπερασματικά, το ΕΣΥ διαθέτει σημαντικά θετικά χαρακτηριστικά, όπως ο δημόσιος χαρακτήρας του και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Ωστόσο, η πραγματική πρόκληση σήμερα δεν είναι η ψήφιση νέων μεταρρυθμίσεων, αλλά η ουσιαστική εφαρμογή όσων ήδη προβλέπονται. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η αποτελεσματική λειτουργία του θεσμού του προσωπικού ιατρού, η αντιμετώπιση των ελλείψεων προσωπικού, η μείωση των χρόνων αναμονής και η συστηματική αξιολόγηση των υπηρεσιών αποτελούν κρίσιμες προϋποθέσεις για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποδοτικότητας του Ελληνικού Συστήματος Υγείας τα επόμενα χρόνια.

## 9.6 Γενικά Συμπεράσματα-Εισηγήσεις

Όλη η παραπάνω μελέτη δείχνει ότι οι αρχικοί στόχοι του ΕΟΠΥΥ για μείωση δαπανών, ενίσχυση της διαφάνειας και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών δεν έχουν

επιτευχθεί στο επιθυμητό επίπεδο, ενώ η ενιαία πρόσβαση παρουσιάζει προβλήματα στην πράξη.

Η μετάβαση από το κατακερματισμένο σύστημα ασφαλιστικών ταμείων στον ενιαίο ΕΟΠΥΥ περιλάμβανε στόχους που ήταν φιλόδοξοι και απαραίτητοι για την εποχή. Η συγκέντρωση των πόρων και η ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αποτέλεσαν καθοριστικά βήματα για την αναδιάρθρωση του ασφαλιστικού συστήματος. Ωστόσο, τα δεδομένα από τις έρευνες σε παρόχους και ασφαλισμένους φανερώνουν ότι ο ΕΟΠΥΥ αντιμετωπίζει ακόμα σημαντικές προκλήσεις.

Η μελέτη των τριών ξένων συστημάτων υγείας, του Αγγλικού (NHS-Μοντέλο Beveridge), της Γερμανίας (Μοντέλο Bismark) και τις ΗΠΑ (Φιλελεύθερο Μοντέλο), αποτέλεσε ιδιαίτερα χρήσιμο και γόνιμο πλαίσιο για την κατανόηση της πορείας, της δομής και των προκλήσεων του ΕΟΠΥΥ. Η συγκριτική ανάλυση των συστημάτων αυτών ανέδειξε κρίσιμες διαφοροποιήσεις ως προς τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, την ποιότητα φροντίδας και τη διαφάνεια, συμβάλλοντας σημαντικά στη διαμόρφωση ολοκληρωμένης εικόνας για την ελληνική πραγματικότητα. Η μελέτη τους επέτρεψε την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων σχετικά με τα στοιχεία που υιοθετήθηκαν, τα στοιχεία που δεν εφαρμόστηκαν πλήρως και τα χαρακτηριστικά που, εάν ενισχυθούν, μπορούν να βελτιώσουν ουσιαστικά τη λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.

Από τη μελέτη του βρετανικού μοντέλου, προκύπτει ότι η κεντρική, ενιαία οργάνωση υπηρεσιών και η καθολική κάλυψη αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης για τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα. Το NHS λειτούργησε ως οδηγός, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την ισότιμη πρόσβαση και τη μείωση των κατακερματισμένων δομών των πρώην ασφαλιστικών ταμείων. Παρά ταύτα, η πλήρης πρακτική ενσωμάτωση των αρχών αυτών δεν επιτεύχθηκε λόγω οργανωτικών αδυναμιών, ανισοτήτων σε υποδομές και διαφοροποιημένης ποιότητας υπηρεσιών.

Το γερμανικό σύστημα επηρέασε τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ σε μεταγενέστερο στάδιο, κυρίως μέσα από τη λογική του «αγοραστή υπηρεσιών υγείας» και την ανάπτυξη συμβάσεων με ιδιώτες παρόχους. Η εφαρμογή μηχανισμών διαπραγμάτευσης, rebate και clawback, καθώς και η αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας, αποτυπώνουν σαφέστατες επιρροές του γερμανικού μοντέλου. Η συγκεκριμένη προσέγγιση συνέβαλε στη συγκράτηση του κόστους, επιβεβαιώνοντας σε σημαντικό βαθμό τα ευρήματα της Υπόθεσης 1 αναφορικά με την ανάγκη για μείωση των δαπανών στον τομέα την υγείας.

Τα τελευταία έτη όμως, η αμερικανική επιρροή αναδύεται σταδιακά, μέσα από αυξημένες συμμετοχές των πολιτών, ενίσχυση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, ιδιωτικοποιήσεις υπηρεσιών και αυξημένο κόστος νοσοκομειακών παροχών. Η κατεύθυνση αυτή οδηγεί σε μεταφορά κόστους προς τους πολίτες, με ενδείξεις διεύρυνσης ανισοτήτων, τάση που αποκλίνει από την ευρωπαϊκή λογική της καθολικής προστασίας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονιστεί ότι μεγάλο μέρος του πληθυσμού στρέφεται πλέον στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας λόγω ελλείψεων, μεγάλων αναμονών και της μειωμένης δυνατότητας άμεσης πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Η εξέλιξη αυτή δεν αποτελεί υγιές μονοπάτι για ένα δημόσιο σύστημα υγείας και αναδεικνύει την ανάγκη ουσιαστικών παρεμβάσεων.

Έπειτα από 23 έτη ενασχόλησης μου -με τα ασφαλιστικά ταμεία και με βάση τα αποτελέσματα τόσο της ποσοτικής έρευνας όσο και της θεωρητικής αξιολόγησης δευτερογενών πηγών, προκύπτουν ορισμένα συμπεράσματα που ήταν εν πολλοίς αναμενόμενα. Σε σχέση με την Υπόθεση 1, πράγματι σημειώθηκε μείωση των δαπανών υγείας, ωστόσο η μείωση αυτή επιτεύχθηκε κυρίως μέσω της μετακύλισης μέρους του κόστους στους πολίτες, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την οικονομική ισότητα και επιβαρύνει δυσανάλογα τις ευάλωτες ομάδες. Επιπλέον, η Ελλάδα συνεχίζει να διαθέτει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κάτι που επιβεβαιώνει τη χρόνια υποχρηματοδότηση του συστήματος.

Σε σχέση με την Υπόθεση 2, προκύπτει βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ιδίως ως προς τις ψηφιακές υπηρεσίες και τη δυνατότητα πρόσβασης σε οργανωμένες ιατρικές υπηρεσίες. Ωστόσο, το σύστημα εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από μεγάλες αναμονές στα δημόσια νοσοκομεία, περιορισμούς σε ραντεβού, ελλείψεις προσωπικού και ελλείψεις ιατρικού εξοπλισμού. Η βελτίωση της ποιότητας παραμένει άνιση και εξαρτάται από τοπικές υποδομές, το ανθρώπινο δυναμικό, τον ιατρικό εξοπλισμό και τη γεωγραφική θέση.

Τέλος, σε ό,τι αφορά την Υπόθεση 3, καταγράφεται σημαντική πρόοδος στη διαφάνεια και στη λειτουργική υπευθυνότητα του συστήματος. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η ψηφιοποίηση υπηρεσιών και η εισαγωγή νέων μηχανισμών ελέγχου ενισχύουν την αξιοπιστία και τη δυνατότητα ιχνηλασιμότητας. Η προσθήκη νέων εργαλείων, όπως ο κωδικός εκτέλεσης συνταγών μέσω κινητών τηλεφώνων και η συνεχής ανάπτυξη της βάσης δεδομένων του συστήματος, αποτελούν αξιόλογες προόδους. Παρά

ταύτα, παραμένουν ανάγκες στο πεδίο της ενιαίας διασύνδεσης όλων των παρόχων και της κεντρικής εποπτείας.

Με βάση τα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας και της θεωρητικής αποτίμησης των δευτερογενών πηγών, αναδεικνύεται η ανάγκη διαμόρφωσης στοχευμένων παρεμβάσεων που θα ενισχύσουν τη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ. Τα συμπεράσματα σε σχέση με τις τρεις Υποθέσεις Εργασίας συγκλίνουν στην αναδιάρθρωση των μηχανισμών χρηματοδότησης, στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην ενίσχυση της διαφάνειας μέσω τεχνολογικών και διοικητικών εργαλείων.

Αναφορικά με τις εισηγήσεις για τη μείωση των δαπανών υγείας (Υπόθεση 1) , η βιβλιογραφική θεμελίωση και η ποσοτική έρευνα συγκλίνουν στο ότι η συγκράτηση των δαπανών δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς:

- Ενίσχυση των μηχανισμών αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας , ώστε να αποφεύγεται η άσκοπη χρήση πόρων και η εισαγωγή δαπανηρών ιατρικών πράξεων χωρίς τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα.
- Επανεξέταση των συμβάσεων με παρόχους υγείας, με στόχο τη διαφάνεια των τιμολογήσεων, την ορθολογική κοστολόγηση και την επαναδιαπραγμάτευση τιμών μέσω κεντρικών συμφωνιών.
- Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ώστε να μειωθεί η πίεση στη Δευτεροβάθμια περίθαλψη και να περιοριστεί η δαπανηρή νοσοκομειακή φροντίδα.
- Ηλεκτρονική παρακολούθηση δαπανών σε πραγματικό χρόνο, ώστε να εντοπίζονται έγκαιρα αποκλίσεις από τον προϋπολογισμό.

Οι παραπάνω παρεμβάσεις θα ενισχύσουν ακόμη περισσότερο την ικανότητα του ΕΟΠΥΥ να λειτουργεί ως επενδυτής υπηρεσιών με ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη.

Αναλύοντας τις εισηγήσεις για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Υπόθεση 2) διαπιστώνεται από τη συνολική εικόνα ότι η ποιότητα παραμένει περιορισμένη, αλλά βελτιωμένη σε σχέση με το παρελθόν, επιβεβαιώνοντας μερικώς τη δεύτερη υπόθεση- και λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων και τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνεται ότι για να επιτευχθεί η μέγιστη βελτίωση της ποιότητας απαιτείται:

- Αναδιοργάνωση του ανθρώπινου δυναμικού, με δίκαιη και ορθολογική κατανομή προσωπικού σε αστικά κέντρα και περιφερειακές απομακρυσμένες κυρίως περιοχές, ώστε να εξαλειφθούν οι γεωγραφικές ανισότητες στην πρόσβαση.
- Συνεχή εκπαίδευση και αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας, με ενιαία κριτήρια ποιότητας.
- Ενίσχυση της ψηφιακής δια λειτουργικότητας των συστημάτων υγείας (ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς, e-diagnosis, e-referral), ώστε να βελτιωθεί η συνεχής φροντίδα και η ταχύτητα εξυπηρέτησης.
- Ανάπτυξη μηχανισμών αξιολόγησης ποιότητας από τον ασθενή (patient-reported outcomes, patient satisfaction), με στόχο την άμεση αποτύπωση αδυναμιών.
- Ενιαία πρότυπα λειτουργίας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, ώστε να μειωθούν οι ανισότητες μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών παροχών.

Τέλος, αναφορικά με τις εισηγήσεις για τη διαφάνεια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (Υπόθεση 3), τόσο στη θεωρητική αξιολόγηση όσο και στα αποτελέσματα της ποσοτικής έρευνας, η διαφάνεια αποτελεί κρίσιμο παράγοντα που συνδέεται στενά με την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ και την εμπιστοσύνη των πολιτών. Προκειμένου να αποφευχθούν πρακτικές αδιαφάνειας –εισηγούμαστε:

- Περαιτέρω ανάπτυξη της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με εισαγωγή συστημάτων ανίχνευσης ασυνήθιστων προτύπων για περιορισμό της υπερσυνταγογράφησης.
- Διασύνδεση όλων των πληροφοριακών συστημάτων του ΕΟΠΥΥ με τα νοσοκομεία, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα και ιδιώτες παρόχους για πλήρη ιχνηλασιμότητα των συναλλαγών.
- Καθιέρωση διαφανούς συστήματος αξιολόγησης παρόχων, βάσει αντικειμενικών δεικτών ποιότητας και κόστους.
- Τακτικές δημόσιες αναφορές των δαπανών, των προμηθειών και των στοιχείων χρήσης υπηρεσιών υγείας, όπως κοινοποιείται στο e-promitheus στην Διαδικτυακή Πύλη Ηλεκτρονικών Δημοσίων Συμβάσεων[51].

[51] https://portal.eprocurement.gov.gr/webcenter/portal/TestPortal

- Ενίσχυση της λογοδοσίας των διοικητικών οργάνων, μέσω ανεξάρτητων αρχών ελέγχου.

Παρά τον κεντρικό ρόλο του ΕΟΠΥΥ στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, η βιβλιογραφία παρουσιάζει σημαντικά ερευνητικά κενά ως προς την αξιολόγηση της αποδοτικότητας, της χρηματοδότησης και της ισότιμης πρόσβασης. Ως εκ τούτου, δεν υπάρχουν ολοκληρωμένες μελέτες που να μετρούν την συνολική αποδοτικότητα του Οργανισμού, ακόμη και πρόσφατες έρευνες απέφυγαν να εξετάσουν την αποτελεσματικότητα του ΕΟΠΥΥ στο σύνολό της, λόγω περιορισμών στη συλλογή δεδομένων. Πράγματι, έχει επισημανθεί ότι η έλλειψη επαρκών και αξιόπιστων στοιχείων που θα μπορούσαν να παράσχουν οι υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ δυσχεραίνει την τεκμηρίωση ασφαλών συμπερασμάτων.

Αντίστοιχα, η χρηματοδοτική βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο διεξοδικής ποσοτικής ανάλυσης· παρότι είναι γνωστό ότι ο Οργανισμός αντιμετωπίζει χρόνιες οικονομικές πιέσεις και ελλείμματα. Έκδηλα εντοπίζεται η έλλειψη συγκεκριμένων μελετών που να προσδιορίζουν το μέγεθος του χρηματοδοτικού κενού και τις συνέπειές του. Τέλος, το πεδίο της ισότιμης πρόσβασης παραμένει ανεπαρκώς διευρυμένο: υπάρχουν ενδείξεις ότι οικονομικοί ή γεωγραφικοί παράγοντες δημιουργούν εμπόδια στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αναγκάζοντας κάποιους ασθενείς να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα ή στα νοσοκομεία. Ωστόσο, απουσιάζουν πανελλαδικές αναλύσεις τόσο σε θεωρητικό πεδίο όσο και σε ερευνητικό πεδίο που να αποτυπώνουν με ακρίβεια τις ανισότητες πρόσβασης.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα δεν εξετάσαμε την αποδοτικότητα του ΕΟΠΥΥ ή αλλιώς την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού στο σύνολο της διότι η κυριότερη παρατήρηση που λάβαμε στα πλαίσια της πιλοτικής έρευνας και στη συνέχεια στον τελικό διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων κατά την διάρκεια της ποσοτικής έρευνας- ήταν ο μεγάλος όγκος των ερωτηματολογίων ο οποίος κούρασε αρκετά τους ασφαλισμένους και τους παρόχους υγείας που απάντησαν στα ερωτηματολόγια, γι' αυτό και περιοριστήκαμε στην έρευνα των 3 υποθέσεων εργασίας που αφορούν την μείωση των δαπανών υγείας, την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο τους και τα επίπεδα διαφάνειας με την εισαγωγή των νέων τεχνολογιών στο χώρο της υγείας. Όλα τα παραπάνω καταδεικνύουν την ανάγκη για στοχευμένες ποσοτικές έρευνες (π.χ. οικονομετρικές μελέτες, δείκτες αποδοτικότητας), θεωρητικές αξιολογήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα του Οργανισμού στο σύνολο

της και αποτελούν πρόσφορο έδαφος για μελλοντικές διδακτορικές ή μεταπτυχιακές μελέτες.

Συνοψίζοντας, παρά την πρόοδο σε ορισμένα επίπεδα, η πραγματικότητα δείχνει ότι υπάρχουν καθυστερήσεις στις πληρωμές, ανεπάρκειες στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και δυσκολίες στη συνεργασία με τους παρόχους. Η επίτευξη των αρχικών στόχων για τον ΕΟΠΥΥ προϋποθέτει περαιτέρω βελτιώσεις και προσαρμογές που θα καλύψουν τα σημερινά κενά. Η μείωση της γραφειοκρατίας, η εξασφάλιση διαφάνειας στη λειτουργία, η εισαγωγή με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο των νέων τεχνολογιών και η παροχή έγκαιρων αποζημιώσεων στους παρόχους θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ενίσχυση της αξιοπιστίας του Οργανισμού και να βελτιώσουν την εμπειρία των ασφαλισμένων. Αν οι μεταρρυθμίσεις αυτές πραγματοποιηθούν, ο ΕΟΠΥΥ θα καταφέρει να προσεγγίσει το όραμα ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος υγείας για όλους τους πολίτες-ασφαλισμένους.

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία


Αλεξιάδης, Α. Δ. (1991). Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο λειτουργίας των νοσοκομείων ΕΣΥ. *Επιθεώρηση Δημοσίου Δικαίου και Διοικητικού Δικαίου*.

*Αναμόρφωση του θεσμού του προσωπικού ιατρού: Άρθρο 11 «Συμβεβλημένοι με τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας προσωπικοί ιατροί»*. (2024). OpenGov.gr. https://www.opengov.gr/yyka/?p=5010

Ανδριώτη, Δ., Γεωργούση, Ε., & Κυριόπουλος, Γ. (1996). Ο γενικός γιατρός στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Συγκλίσεις και διαφοροποιήσεις. Στο Γ. Κυριόπουλος, *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών* (σσ. 99–116). Εκδόσεις Θεμέλιο.

Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Regulation and reforms of the Greek National Health System: Comparisons with the European experience. *Social Cohesion and Development*.

Ασλανίδου, Μ. (2018). *Τα συστήματα υγείας της Ελλάδας και της Αγγλίας και η σύγκρισή τους ως προς τα χαρακτηριστικά και την αποδοτικότητά τους* [Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής]. http://okeanis.lib.puas.gr/xmlui/handle/123456789/4250

Βασιλειάδης, Ν. (2017). Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ και οι κοινωνικές επιπτώσεις του. *Πολιτική και Υγεία, 4*(2), 22–30.

Βασίλειον τῆς Ἑλλάδος. (1836). Βασιλικὸν διάταγμα «Περὶ ἀστυνομίας τῆς Ἐμπορικῆς Ναυτιλίας». *Ἐφημερίς τῆς Κυβερνήσεως, Α΄*(75), 18 Δεκεμβρίου 1836.

Βασίλειον της Ελλάδος. (1837). Διάταγμα περί συστάσεως του Πανεπιστημίου Αθηνών. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Α΄*(16), 24 Απριλίου 1837.

Βασίλειον της Ελλάδος. (1838). Διάταγμα περί ιδρύσεως Σχολής Μαιών εν τω Δημοσίω Μαιευτηρίω Αθηνών. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Α΄*(9), 16 Μαρτίου 1838.

Βασίλειον της Ελλάδος. (1845). Νόμος ΙΑ΄/9069 περί ειδικού δασμού υπέρ του Δημοτικού Νοσοκομείου Ερμουπόλεως. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως*.

Βασίλειον της Ελλάδος. (1872). Βασιλικόν διάταγμα περί εγκρίσεως του Συλλόγου Κυριών υπέρ Γυναικείας Παιδεύσεως. *Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Α΄*(22), 15 Ιουνίου 1872.

Βασίλειον της Ελλάδος. (1881). Βασιλικόν διάταγμα περί ιδρύσεως του φιλανθρωπικού θεραπευτηρίου «Ευαγγελισμός». *Εφημερίς της Κυβερνήσεως, Α΄*(39), 4 Μαΐου 1881.

Βασιλικό Διάταγμα περί συστάσεως του Βασιλικού Ιατροσυνεδρίου. (1834). *ΦΕΚ 24/12–24.07.1834*.

Βασιλόπουλος. (2009). *Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο*.

Βενιέρης, Δ. (1997). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Η ιστορία της μεταρρύθμισης. Στο Γ. Κυριόπουλος & Α. Σισσούρας (Επιμ.), *Ενιαίος φορέας υγείας: Αναγκαιότητα και αυταπάτη*. Εκδόσεις Θεμέλιο.

Βλάσσης, Ι. Ν. (2024). *Η επίδραση των θεσμικών παρεμβάσεων στο ελληνικό σύστημα υγείας (1974–2020)*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Γαλανόπουλος, Ν. (2001). Ιστορική αναδρομή των επιχειρηθεισών νομοθετικών αλλαγών στην υγεία. *Ιατρικό Βήμα*.

Γείτονα, Μ. (1996). Ο γενικός γιατρός ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στον χρήστη και τις υγειονομικές υπηρεσίες και ως ρυθμιστής των δαπανών υγείας. Στο Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήθης (Επιμ.), *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα* (σσ. 149–158). Εκδόσεις Θεμέλιο.

Γεωργαντά, Μ. (2024). ΕΟΠΥΥ: Οι «τρύπες» του συστήματος συνταγογράφησης που αξιοποίησε το κύκλωμα της απάτης—Πώς θα κλείσουν από το Υπουργείο Υγείας. *Πρώτο Θέμα*. https://www.protothema.gr/greece/article/1541684/eopuu-oi-trupes-tou-sustimatos-sudagografisis-pou-axiopoiise-to-kukloma-tis-apatis-pos-tha-kleisoun/

Γιαλαμάς, Β., Λαβίδας, Κ., & Μάνεσης, Δ. (2024). *Στατιστικές μέθοδοι και τεχνικές στις κοινωνικές επιστήμες με τη χρήση SPSS* [Μεταπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.

Γναρδέλλης, Χ. (2013). *Ανάλυση δεδομένων με το IBM SPSS Statistics 21*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Δαρδαβέσης, Θ. (2007). *Κοινωνικά προβλήματα υπερηλίκων*. Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Δαρδαβέσης, Θ. Η. (2008). Ιστορική πορεία του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα (1833–1981). *Ιατρικό Βήμα, 4*, 50–61.

Δεβετζόγλου. (2023). Συνήγορος του Πολίτη: «Κόλαφος» για τη δημόσια υγεία η ετήσια έκθεση. *News 24/7*. https://www.news247.gr/ygeia/sinigoros-tou-politi-kolafos-gia-ti-dimosia-igeia-i-etisia-ekthesi-ti-anaferei-gia-eopii-kentra-igeias

Δήμα, Σ. (2019). *Διαχρονική εξέλιξη δημοσίων δαπανών του τομέα της υγείας στην Ελλάδα*. https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/12163

Δημουλάς, Κ. (2011). Editorial: Ειδικό αφιέρωμα στις πρόσφατες εξελίξεις στην κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. *Κοινωνική Πολιτική*, (11), 5–6. https://socialpolicy.gr/2019/11

Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999). *Βασικές αρχές διοίκησης και διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας: Πρόγραμμα σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος. (2012). *Οικονομικά αποτελέσματα ασφαλιστικών επιχειρήσεων 2011*. Υπηρεσία Μελετών και Στατιστικής.

Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Υγείας. (2021). *Το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ: Στρατηγικές μεταρρύθμισης και μελλοντικές προοπτικές*.

Εθνικό Τυπογραφείο. (2019).

Εθνικό Τυπογραφείο. (2023).

Έλληνας, Δ. (2009). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθενείας σε σύστημα υγείας. *Ιατρικά Θέματα, 48*, 17–23.

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. https://eopyyfiles.blob.core.windows.net/eopyysite/EopyyFiles/a2a1b2ef-88dd-43af-9ffe-5453eb01e612.pdf

CNN Greece. ΕΟΠΥΥ: Η παράδοση κατ' οίκον πέντε φαρμάκων για σοβαρές παθήσεις. https://www.cnn.gr/ellada/story/412448/eopyy-i-paradosi-kat-oikon-pente-farmakon-gia-sovares-pathiseis

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (2021). *Επίσημη ιστοσελίδα*. https://www.eopyy.gov.gr/

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (χ.χ.). *Βάση δεδομένων ΕΟΠΥΥ*. https://www.eopyy.gov.gr/

Επιτροπή Ανταγωνισμού. (2024). Ενδιάμεση έκθεση για την παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συναφών υπηρεσιών ασφάλισης. *Euro2day*. https://www.euro2day.gr/news/economy/article/2198145/epitroph-antagonismoy-ta-dedomena-ths-ellhnikhs-ag.html

Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. (2008).

Ευαγγελίδης, Τ. (1983). *Ιστορία του Ιωάννη Καποδίστρια, Κυβερνήτου της Ελλάδος (1828–1831)*. Εκδοτικόν Βιβλιοπωλείον Π. Ε. Ζαννουδάκη. https://anemi.lib.uoc.gr/

Ευαγγελίδης, Τ. (1984). *Ιστορία του Όθωνος, Βασιλέα της Ελλάδας (1832–1862)*. Αριστείδης Γ. Γαλανός. https://anemi.lib.uoc.gr/metadata/c/3/a/metadata-01-0001100.tkl

Ζαμπούνης, Χ. (1998). *Η βασιλική οικογένεια της Ελλάδος*. Εκδόσεις Φερενίκη.

Ζαχάρωφ, Ι. (2007). Υγεία και κράτος. *Ιατρικά Θέματα*, (46).

Ζάχος, Σ., & Σταυράκη, Σ. (2020). *Ανασκόπηση του υγειονομικού συστήματος των ΗΠΑ: Από τη δημόσια υγεία στην ιδιωτική ασφάλιση*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Ζηκίδου, Σ. (2020). *Η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις δαπάνες υγείας των νοικοκυριών: Σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες* [Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς]. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

Ζηλίδης, Χ. (1988). *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*. Εκδόσεις ΑΤΕ.

ΗΔΙΚΑ. (2024). *NCPeHealth–MyHealth@EU*. Retrieved November 16, 2024, from https://www.ncpehealth.gr/

Θεοδώρου, Μ., & Μητροσύλη, Μ. (1999). *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας: Από τον σχεδιασμό στην κρίση*. Ελληνικά Γράμματα.

Θεοδώρου, Μ., & Μητροσύλη, Μ. (1999). *Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις: Δομή και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας* (Τόμ. Γ). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (1996). *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*. Εκδόσεις Συγγραφέων.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (1997). *Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα*. Εκδόσεις Συγγραφέων.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. (2008). *1937–2007: 70 χρόνια ΙΚΑ–ΕΤΑΜ: Αναδρομή στο παρελθόν και κοινωνική προστασία μέχρι σήμερα*.

Ινστιτούτο Εναλλακτικών Πολιτικών. (2022). *Προϋπολογισμός και δαπάνες υγείας: Ο μακρύς δρόμος προς την καθολική κάλυψη*. https://enainstitute.org/wpcontent/uploads/2022/12/%CE%95%CE%9D%CE%91_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CC%81%CE%B1_.pdf

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών. (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου*.

Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών. (2017). *Ο δείκτης τιμών υγείας της ΕΛΣΤΑΤ και το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας*.

Ιωαννίδη, Ε., & Μάντη, Π. (1999). Υγεία και περίθαλψη. Στο Ε. Ιωαννίδη, Α. Λοπατατζίδης, & Π. Μάντη, *Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις: Υγεία—Οριοθετήσεις και προοπτικές* (Τόμ. Α). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., & Μάντη, Π. (1999). *Υγεία: Οριοθετήσεις και προοπτικές: Υπηρεσίες υγείας/νοσοκομείο—Ιδιοτυπίες και προκλήσεις* (Τόμ. Α). Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Καλλιαντέρης, Κ. (2024). Προϋπολογισμός 2025: Αύξηση κατά €7,1 δισ. των δαπανών για την υγεία. *Pagenews.gr*. https://www.pagenews.gr/2024/11/22/politiki/proypologismos-2025-auksisi-kata-e71-dis-ton-dapanon-gia-tin-ygeia-picsvid/

Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες υγείας* (Τόμ. Α). Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Καποδίστριας, Ι. (1828). Ψήφισμα υπ' αριθ. 15 «Περί υγειονομικών διατάξεων» [Νομοθετικό κείμενο]. *Γενική Εφημερίδα της Ελλάδος*, (61).

Καποδίστριας, Ι. (1828). *Διάταγμα για την ίδρυση ορφανοτροφείου στην Αίγινα* [Διοικητική απόφαση]. Αρχείο Καποδιστριακής Περιόδου.

Καποδίστριας, Ι. (1828). *Εγκύκλιος για τον συνοικισμό «Πρόνοια» στο Ναύπλιο* [Εντολή προς Σ. Βούλγαρη]. Ψηφιακό Αρχείο Ι. Καποδίστρια, Μουσείο Καποδίστρια.

Καρατζά, Ε. (2018). *Συγκριτική ανάλυση νοσοκομείου του ΕΣΥ με νοσοκομείο της Μεγάλης Βρετανίας* [Τελική εργασία, ΚΕ΄ Εκπαιδευτική Σειρά]. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης.

Κελπανίδης, Μ. (1999). *Μεθοδολογία της παιδαγωγικής έρευνας με στοιχεία στατιστικής*. Κώδικας.

Κολυβά, Φ., & Μπόρα, Ε. (1998). *Στατιστική*. Ζήτη.

Κοντιάδης, Ξ. (2007). *Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Κοντιάδης, Ξ. Ι. (2008). *Εισαγωγή στην κοινωνική διοίκηση και τους θεσμούς κοινωνικής ασφάλειας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Κοντούλη-Γείτονα, Μ. (1992). *Σφαιρικός προϋπολογισμός: Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων—Η περίπτωση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού*. Εκδόσεις Εξάντας.

Κοντούλη-Γείτονα, Μ. (1997). *Πολιτική και οικονομία της υγείας*. Εκδόσεις Εξάντας.

Κορίνθιος, Γ., & Μαυροειδή, Σ. (2018). *Υγειονομικές πολιτικές και ανισότητες στην υγεία*. Εκδόσεις Σταμούλη.

Κοτζαμάνης. (2023). Οι «περιπέτειες» του ασφαλιστικού μας συστήματος: Μια ιστορική αναδρομή. *e-forologia.gr*. https://www.e-forologia.gr/cms/viewContents.aspx?id=230836

Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ., & Φιλαλήθης, Α. (2007). Οι περιπέτειες των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μια ιστορική επισκόπηση. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 5*(1), 35–67.

Κουσέρης, Ι. (2025). Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης: Ιστορική αναδρομή. *Βιότυπος*. https://www.biotypos.gr/blog/posts/o-thesmos-tis-koinonikis-asfalisis-istoriki-anadromi/

Κρεμαλής, Κ. Δ. (2011). *Δίκαιο της υγείας: Γενικές αρχές των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας*. Νομική Βιβλιοθήκη.

Κυριόπουλος, Γ. (1990). Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: Από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο *Οι υπηρεσίες υγείας: Οργάνωση, διοίκηση, προγραμματισμός*. European Institute of Social Security–Ελληνικό Τμήμα.

Κυριόπουλος, Γ. (1992). *Οικονομικά και πολιτικές των υπηρεσιών υγείας*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Κυριόπουλος, Γ. (1995). Ο (γενικός) γιατρός μας. Στο Γ. Κυριόπουλος, *Επίκαιρα και διαχρονικά: Κείμενα για την υγεία και την κοινωνική πολιτική* (σσ. 111–114). Εκδόσεις Εξάντας.

Κυριόπουλος, Γ. (2022). Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma-Ata για τη μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Χρόνος*. https://chronos.fairead.net/kyriopoulos-alma-ata

Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ. (1991). *Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ. (1994). *Θέματα οικονομικών και πολιτικής της υγείας*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Κυριόπουλος, Γ., & Σισσούρας, Α. (1997). *Ενιαίος φορέας υγείας: Αναγκαιότητα και αυταπάτη*. Εκδόσεις Θεμέλιο.

Λαδά-Χατζοπούλου, Α. (1978). *Η δημόσια υγεία-περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη–σημερινά προβλήματα* (Τεύχος 3). Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα.

Λαυρεντιάδου, Σ. (2019). *Η συμβολή του στρατηγικού σχεδιασμού στην αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας: Μελέτη περίπτωσης*.

Λέτσιος, Ν. (2020). *Στρατηγικός σχεδιασμός και οργάνωση μονάδων υγείας: Η ελληνική περίπτωση*. Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών.

Λιάκος, Α. (1993). *Εργασία και πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου: Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας και η ανάδυση των κοινωνικών θεσμών*. Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος.

Λιαργκόβας, Π., Δερμάτης, Ζ., & Κομνηνός, Δ. (2022). *Μεθοδολογία της έρευνας και συγγραφή επιστημονικών εργασιών*. Εκδόσεις Τζιόλα.

Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Εκδόσεις Βήτα.

Λιαρόπουλος, Λ., Καϊτελίδου, Δ., & Σίσκου, Ο. (2004). Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία εικοσαετία. Στο *Τιμητικός τόμος για την τέως πρύτανη του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, Μαρία Δελιβάνη-Νεγραπόντη*. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Λιολιοπούλου, Μ. (2021). MyHealth app διαθέσιμο από σήμερα—Έρχεται ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς. *Έθνος*. https://www.ethnos.gr/ellada/168814_myhealth-app-diathesimo-apo-simera-erhetai-o-ilektronikos-fakelos-asthenoys

Λυκούδη, Α. (2023). *Η έννοια της ομάδας στη σύγχρονη προσέγγιση των υπηρεσιών υγείας*. https://polynoe.lib.uniwa.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/5848/mschc-21012.pdf?sequence=1

Μαλαγκονιάρης, Σ. (2022). 90 χρόνια από την ίδρυση του ΙΚΑ. *Η Εφημερίδα των Συντακτών*. https://www.efsyn.gr/nisides/347709_90-hronia-apo-tin-idrysi-toy-ika

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., & Σωτηριάδου, Κ. (2011). Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*.

Μαλλιώρη, Μ., & Σισμανίδης, Π. (2020). Η αναζήτηση ομοφωνίας για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία και στην κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 37*(1), 7–14. https://www.mednet.gr/archives/2020-1/pdf/7.pdf

Μανιού, Μ., & Ιακωβίδου, Ε. (2009). *Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα*.

Μαραγκάκης, Α., Κωνσταντινίδης, Θ., & Σαράφης, Π. (2018). *Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της κρίσης*. https://www.mednet.gr/archives/2019-5/pdf/687.pdf

Ματσαγγάνης, Μ. (1995). Η μεταφορά τεχνογνωσίας και οι κίνδυνοί της: Προς εισαγωγή συστήματος προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα; Στο Γ. Κυριόπουλος, *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών* (σσ. 152–153). Εκδόσεις Θεμέλιο.

Μαυρέας, Κ. (1988). Κοινωνική πολιτική και ιδεολογία στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου: Επιδράσεις και εξελίξεις με αφορμή το ζήτημα των κοινωνικών ασφαλίσεων. *Θέσεις, 64*.

Μητάκος, Α., & Μπογιατζίδης, Π. (2023). Δαπάνες και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας: Οι επιπτώσεις της πανδημίας της νόσου COVID-19. https://www.mednet.gr/archives/2023-1/pdf/102.pdf

Μπαξεβανίδου, Σ., & Λυμπεράκη, Ε. (2019). Κοινωνική ασφάλιση και υγειονομική περίθαλψη: Μια συγκριτική ανάλυση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης της Ευρώπης. *Διεθνής Επιθεώρηση Κοινωνικής Πολιτικής, 12*(4), 101–118.

Μπελετσιώτη, Χ. (2021). *Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας των κατοίκων της Ελλάδας*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Παθολογίας, Εργαστήριο Οικονομικών της Υγείας.

Νεκτάριος, Μ. (1996). *Κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα: Προτάσεις για μια συνολική μεταρρύθμιση*. Financial Forum.

Νιάκας, Δ. (1993a). Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις του ελληνικού υγειονομικού συστήματος σε σχέση με τις διεθνείς εξελίξεις. Στο Γ. Κυριόπουλος & Δ. Νιάκας, *Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Νιάκας, Δ. (1993b). *Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη: Η περιφερειακή πολιτική υγείας στην Ελλάδα—Υποδείγματα ζήτησης υπηρεσιών υγείας και οι επιδράσεις τους στην πολιτική υγείας*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Οδηγός του Πολίτη. (2019). *Διαγνωστικές εξετάσεις ΕΟΠΥΥ: Αλλαγές στη συμμετοχή των ασφαλισμένων*. https://www.odigostoupoliti.eu/diagnostikes-eksetaseis-eopyy-allages-sti-symmetochi-ton-asfalismenon/

Οδηγός του Πολίτη. (2022). *Διαγνωστικές εξετάσεις ΕΟΠΥΥ: Αλλαγές στη συμμετοχή των ασφαλισμένων*. https://www.odigostoupoliti.eu/diagnostikes-eksetaseis-eopyy-allages-sti-symmetochi-ton-asfalismenon/

Οικονόμου, Χ. (2004). *Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*. Εκδόσεις Διόνικος.

Οικονόμου, Χ. (2012a). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα* (Επιστημονικές Εκθέσεις No. 7). Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Οικονόμου, Χ. (2012b). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

Οικονόμου, Χ. (2013). Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία. *Foreign Affairs*.

Οικονόμου, Χ., Καραλής, Γ., & Κυριόπουλος, Γ. (2001). Συμπληρωματική ασφάλιση και προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας για την υγεία στην Ελλάδα: Μια απόπειρα ανίχνευσης του πεδίου. Στο Γ. Κυριόπουλος, Λ. Λιαρόπουλος, Χ. Μπουρσανίδης, & Χ. Οικονόμου (Επιμ.), *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα* (σσ. 188–210). Θεμέλιο.

Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία. (2025). *Εθνική στρατηγική για την ποιότητα της φροντίδας υγείας και την ασφάλεια των ασθενών στην Ελλάδα 2025–2030*. https://odipy.gov.gr/ethniki-stratigiki-gia-tin-poiotita-tis-frontidas-ygeias-kai-tin-asfaleia-ton-asthenon-stin-ellada-2025-2030/

Παπαγεωργίου, Μ. (2021). Η κοινωνική ασφάλιση στη Γερμανία και η εφαρμογή του προτύπου Bismarck στην Ελλάδα. *Δημόσια Πολιτική και Διακυβέρνηση, 27*(3), 47–63. https://doi.org/10.5678/dpd.2021.03047

Παπαδοπούλου, Μ. (2019). Οι επιπτώσεις του Affordable Care Act (ACA) στις ΗΠΑ. *Ελληνική Εφημερίδα Δημόσιας Υγείας, 7*(1), 35–42.

Παππά, Ε. (2020). *Η υγειονομική περίθαλψη στις ΗΠΑ: Προκλήσεις και μεταρρυθμίσεις*. Εκδόσεις Επίκεντρο.

Πετρόγλου, Α. (1990). Ο ρόλος των ασφαλιστικών φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας σήμερα. Στο Γ. Προβόπουλος, Ι. Υφαντόπουλος, & Η. Νικολακοπούλου-Στεφάνου, *Οι υπηρεσίες υγείας: Οργάνωση, διοίκηση, προγραμματισμός—Δημοσιευμένα πρακτικά ομώνυμου συνεδρίου*. The European Institute of Social Security–Ελληνικό Τμήμα.

Πέτρουλας, Π., Ρομπόλης, Σ., Ξυδέας, Ε., & Χλέτσος, Μ. (1993). *Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα: Η περίπτωση του ΙΚΑ*. ΙΝΕ–ΓΣΕΕ.

Πολύζος, Ν. (1994). Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Στο *Μελέτη για την οργάνωση και τον σχεδιασμό του ΕΣΥ*. Υπουργείο Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Πολύζος, Ν. (2013). *Μελέτη οργάνωσης–χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

Πολύζος, Ν. (2014). *Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας*. Εκδόσεις Κριτική.

Προβόπουλος, Γ. Α. (1987a). *Κοινωνική ασφάλιση*. Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών.

Προβόπουλος, Γ. (1987b). *Κοινωνική ασφάλιση: Μακροοικονομικές όψεις του χρηματοδοτικού προβλήματος* (Ειδικές Μελέτες No. 15). ΙΟΒΕ.

Προβόπουλος, Γ. (1985). *Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση: Το πρόβλημα του ΙΚΑ* (Επίκαιρα Θέματα No. 2). ΙΟΒΕ.

Προικάκη, Σ., Κοτσίκου, Ε., & Λάμπρου, Γ. (2017). Οι επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας του πληθυσμού και στο σύστημα υγείας. https://www.mednet.gr/archives/2017-4/pdf/533.pdf

Ράλλη, Ι. (2019). *Δημόσια υγεία στην Αθήνα κατά την περίοδο 1870–1920*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ρεκλείτη, Μ., Τανανάκη, Μ., & Κυλούδης, Π. Γ. (2012). *Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα*. http://62.217.125.154/xmlui/bitstream/handle/11400/8286/112.pdf?sequence=1

Ρόντος, Κ., & Παπάνης, Ε. (2007). *Οι τεχνικές του καλού ερωτηματολογίου*. Εκδόσεις Σιδέρη.

Σαράφης, Π. (2020). *Υπηρεσίες υγείας: Συστήματα και πολιτικές*. Broken Hill Publishers.

Σιδέρη, Ε. (2024). *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ως παράγοντας της αποδοτικότητάς της* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής].

Σκουρολιάκος, Π., & Κοντοπίδης, Ε. (2020). *Οικονομικά της υγείας και πολιτική υγείας*.

Σκουτέλης, Γ. (1990). *Κοινωνικές ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και κρίση*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Σκουτέλης, Γ. (1993). Η ασφάλιση υγείας-ασθενείας στην Ελλάδα: Προβλήματα, τάσεις και εξελίξεις. Στο Γ. Κυριόπουλος & Δ. Νιάκας, *Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

Σούλης, Σ. (1987). Εισαγωγή στην οικονομική της υγείας. Στο *Πρακτικά του προσυνεδριακού σεμιναρίου του 1ου Πανελλήνιου Συνεδρίου Οικονομικών της Υγείας*, Αθήνα, 28 Νοεμβρίου 1987.

Σούλης, Σ. (1989). *Δαπάνες υγείας: Θεωρητική και στατιστική ανάλυση*. ΤΕΙ Αθηνών.

Σούλης, Σ. (1990). *Βασικές κοινωνικοοικονομικές ανάγκες και το φαινόμενο της κοινωνικής ασφάλειας*. Εκδόσεις ΤΕΙ.

Σούλης, Σ. (1991). *Δημογραφία και υγεία*. ΤΕΙ Αθηνών.

Σούλης, Σ. (1998). *Οικονομική της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Σούλης, Σ., Σαρρής, Μ., & Θεοδώρου, Μ. (2001). *Συστήματα υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Σταθάκος, Ε. (2020). *Κοινωνική πολιτική και δημόσια υγεία στην Ελλάδα του 20ού αιώνα*. Επίκεντρο.

Σταθόπουλος, Π. (1996). *Κοινωνική πρόνοια: Μια γενική θεώρηση* (2η έκδ.). Εκδόσεις Έλλην.

Σταθόπουλος, Σ. (2016). *Σύστημα υγείας και κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα*.

Στασινοπούλου, Ο. (1992). *Κράτος πρόνοιας: Ιστορική εξέλιξη–σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Gutenberg.

Στεργίου, Ε. (2023). Δαπάνες υγείας: Υποχώρηση στην Ελλάδα έναντι αύξησης στην ΕΕ. *in.gr*. https://www.in.gr/2023/12/18/economy/oikonomikes-eidiseis/dapanes-ygeias-ypoxorisi-stin-ellada-enanti-ayksisis-stin-ee-grafimata/

Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος. (2020). https://www.sfee.gr/

Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Οδυσσέας.

Τούντας, Γ. (2021). *Η υγεία στην Ελλάδα: Προκλήσεις και προοπτικές για το σύστημα υγείας*. Πολιτεία.

Τούντας, Γ., Δημητρακάκη, Χ., Οικονόμου, Ν., Παληκαρώνα, Γ., & Σουλιώτης, Κ. (2008). *Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, 1996–2006*. Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας.

Τσαλίκης, Γ. (2008). *Η θεμελίωση της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών. (1981).

Υπουργείο Οικονομικών. (2008). *Προϋπολογισμός οικονομικού έτους 2009: Κεφάλαιο 5ο—Δημόσιες επιχειρήσεις, οργανισμοί κοινωνικής ασφάλειας και πρόνοιας, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, ειδικοί λογαριασμοί*.

Υπουργείο Οικονομικών. (2009). *Προϋπολογισμός οικονομικού έτους 2010: Κεφάλαιο 5ο—Δημόσιες επιχειρήσεις, οργανισμοί κοινωνικής ασφάλειας και πρόνοιας, οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, ειδικοί λογαριασμοί*.

Υπουργείο Οικονομικών. (2010). *Προϋπολογισμός οικονομικού έτους 2011: Εισηγητική έκθεση*.

Υπουργείο Οικονομικών. (2011). *Εισηγητική έκθεση προϋπολογισμού 2012*.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. (1983). *Πρακτικά Βουλής και νομοθετικό πλαίσιο για το ΕΣΥ*.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Σχέδιο δράσης για τη δημόσια υγεία*.

Υπουργείο Υγείας. (2018). *Συμπλήρωση της υπ' αρ. Γ1α/Γ.Π.οικ. 93380/14-12-2017 εγκυκλίου με θέμα: Διαδικασία εφαρμογής του Ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»*.

Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης. (2021). *Ιατρικές συνταγές στο κινητό μέσω του gov.gr—Σε δοκιμαστική λειτουργία η άυλη συνταγογράφηση*. https://mindigital.gr/archives/1287

Υφαντόπουλος, Γ. (2003a). *Τα οικονομικά της υγείας*. Δάρδανος.

Υφαντόπουλος, Γ. (2003b). *Τα οικονομικά της υγείας*. Τυπωθήτω.

Υφαντόπουλος, Ι. (1988). *Ο σχεδιασμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα*. ΕΚΚΕ.

Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., & Τακουμάκης, Ι. (2004). Το βρετανικό σύστημα υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22*(1), 81–83.

Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένη, Δ., & Τακουμάκης, Ι. (2005). Το βρετανικό σύστημα υγείας: Οικονομικά της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22*(1), 73–96. http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/73.pdf

Υφαντόπουλος, Ε. (2006). *Συστήματα υγείας: Διεθνείς συγκρίσεις* (Νεότερη έκδ.). Εκδόσεις Τυπωθήτω–Γ. Δαρδανός.

Υφαντόπουλος, Ε. (2017). *Συστήματα υγείας: Διεθνείς συγκρίσεις* (Επανέκδ.). Εκδόσεις Τυπωθήτω–Γ. Δαρδανός.

Χαλικιάς, Μ., Μανωλέσου, Α., & Λάλου, Π. (2015). *Μεθοδολογία έρευνας και εισαγωγή στη στατιστική ανάλυση δεδομένων με το IBM SPSS Statistics*. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.

Χαρισιάδης, Ν. (2024). *Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ως παράγοντας της αποτελεσματικότητάς τους* [Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής].

Χριστόπουλος, Γ. (2017). *Οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης*. https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/10800

Φωκά-Μεταξά, Ι. (2018). *Η δημιουργία του ΙΚΑ 1937: Ένα ακόμη έργο που ολοκληρώθηκε από τον Ιωάννη Μεταξά*. https://www.ioannismetaxas.gr

Χατζηδήμα, Χ. (2020). *Διαχρονική εξέλιξη δημοσίων δαπανών του τομέα της υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Χρήστου, Σ. (2023). Φάρμακα: Τι αλλάζει στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση—Το σχέδιο του Υπουργείου Υγείας και οι πιέσεις των ιατρικών συλλόγων. *Η Καθημερινή*. https://www.kathimerini.gr/society/562221040/farmaka-ti-allazei-stin-ilektroniki-syntagografisi-to-schedio-toy-yp-ygeias-kai-oi-pieseis-ton-iatrikon-syllogon/

UNIVERSITY of NICOSIA

Academia.edu. (2016). *Το κοινωνικό κράτος σε δοκιμασία: Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα (19ος–20ός αιώνας).* https://www.academia.edu/31947716

Alber, J. (1992). *Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland: Entwicklung, Struktur und Funktionsweise.*

Alco. (2016). https://www.ispatras.gr/wp-content/uploads/

Alderwick, H., Robertson, R., Appleby, J., Dunn, P., & Maguire, D. (2015). *Better value in the NHS: The role of changes in clinical practice.* The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/publications/better-value-nhs

Alderwick, H., & Ham, C. (2017). Sustainability and transformation plans for the NHS in England: What do they say and what happens next? *BMJ, 356*, Article j1541. https://doi.org/10.1136/bmj.j1541

Alderwick, H., Hutchings, A., Briggs, A., & Mays, N. (2021). The impacts of decentralisation on health systems: A systematic review of reviews.

Allsop, J. (1995). *Health policy and the NHS: Towards 2000.* Longman.

Aristotle. (1926). *Rhetoric* (J. H. Freese, Trans.). Harvard University Press. (Original work published ca. 4th century BCE)

Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review, 53*, 941–973.

Capital.gr. (2018). *ΕΛΣΤΑΤ: Στο 7,72% του ΑΕΠ η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας το 2018.* https://www.capital.gr/oikonomia/3442169/elstat-sto-772-tou-aep-i-xrimatodotisi-ton-dapanon-ugeias-to-2018/

Asbury, E., & Terry, N. P. (2019). *The health care handbook: A clear and concise guide to the U.S. health care system.* University of North Carolina Press.

Athanasiadis, A., Kostopoulou, S., & Philalithis, A. (2015). Regional decentralisation in the Greek health care system: Rhetoric and reality. *Global Journal of Health Science.*

Bazoukis, X., Kalampokis, N., Papoudou-Bai, A., Bazoukis, G., & Grivas, N. (2020). The increasing incidence of immigration and information-seeking behaviour of medical doctors in north-western Greece. *Rural and Remote Health.*

Barros, P. P. (1998). The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Economics.*

Baxter, S., Johnson, M., Chambers, D., Sutton, A., Goyder, E., & Booth, A. (2018). The effects of integrated care: A systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Services Research, 18*, Article 350.

BBC News. (2018). https://www.bbc.com/news/health-44560590

Beveridge, W. (1942). *Social insurance and allied service.*

Beveridge, W. (1942). *Social insurance and allied service* (American ed., p. 158). Macmillan Co.

Bevan, G., & Hood, C. (2006). What's measured is what matters: Targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration, 84*(3), 517–538.

Bloom, D. E., & Canning, D. (2000). The health and wealth of nations. *Science, 287*(5456), 1207–1209.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A., & Busse, R. (2020). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition, 22*(6).

Bohmer, R. M. J. (2016). The hard work of health care transformation. *New England Journal of Medicine, 375*(8), 709–711.

Bocken, H., et al. (2003). Ontwikkelen van technische en juridische procedures die het. In Teurelincx, *Results of the investigation.*

Bodenheimer, T., & Grumbach, K. (2002). *Understanding health policy: A clinical approach* (3rd ed.). Lange Medical Books/McGraw-Hill.

Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF, 7*(2), 175–183.

Boyle, S. (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition, 13*(1), 1–486.

Bradley, E. H., & Taylor, L. A. (2013). *The American health care paradox: Why spending more is getting us less.* PublicAffairs.

Bundesärztekammer. (2014). *Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: Ärztestatistik 2012.*

Bundesministerium für Gesundheit. (2018). *The German healthcare system: Strong, reliable, proven.* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Broschueren/200629_BMG_Das_deutsche_Gesundheitssystem_EN.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2019). *Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Jahresdurchschnitt 2018. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13.* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_JD_2018.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung 2007 bis 2020.* https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/GKV/KF2020Bund_Maerz_2020.pdf

Busse, R., & Schwartz, F. W. (1997). Financing reforms in the German hospital sector: From full cost cover principle to prospective case fees. *Medical Care, 35*(10), OS40–OS47, OS49.

Busse, R., & Blümel, M. (2014). Germany: Health system review. *Health Systems in Transition.*

Busse, R., Blümel, M., & Spranger, A. (2017). Statutory health insurance in Germany: A health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet, 390*, 882–897.

Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: A health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet, 390*(10097), 882–897.

Care Quality Commission. (2024). *State of care: Access to primary care.* https://www.cqc.org.uk/publications/major-report/state-care/2023-2024/access/primary

Carr, W. (1991). *A history of Germany, 1815–1990* (pp. 136–137). Edward Arnold/Hodder & Stoughton.

Checkland, K., Hammond, J., & Sutton, M. (2018). *Understanding the work done by NHS commissioning organisations: A systematic scoping review.*

Chollet, D. J., & Lewis, M. (1997). Private insurance: Principles and practice. In G. J. Schieber (Ed.), *Innovation in health care financing: Proceedings of a World Bank conference.* World Bank.

Clarke, E. G. (1996). *Century of American medicine, 1776–1876.* Legare Street Press.

Commonwealth Fund. (2010). *International health policy survey, completed with data from the national survey for the Czech Republic.*

Crisp, N. (2011). *24 hours to save the NHS: The chief executive's account of reform, 2000–2006.* Oxford University Press.

Dalmia, S. (2009). The evil-mongering of the American Medical Association. *Forbes*.

Dalrymple, T. (2017). The British National Health Service is in crisis: What else is new? *Law & Liberty*. http://www.libertylawsite.org/2017/01/13/the-british-national-health-service-is-incrisis-what-else-is-new/#comments

Dayan, M., Ward, D., Gardner, T., & Kelly, E. (2018). *How good is the NHS?* The Health Foundation, Nuffield Trust, Institute for Fiscal Studies, & The King's Fund.

Radley, D. C., Baumgartner, J. C., Collins, S. R., & Zephyrin, L. C. (2023). *The Commonwealth Fund 2023 scorecard on state health system performance: Americans' health declines and access to reproductive care shrinks, but states have options*. https://doi.org/10.26099/fcas-cd24

Himmelstein, D. U., & S. W. (2008). Market-based failure—A second opinion on U.S. health care costs. *New England Journal of Medicine*.

Davis, K., Stremikis, K., Squires, D., & Schoen, C. (2014). *Mirror, mirror on the wall: How the performance of the U.S. health care system compares internationally*. The Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2014/jun/mirror-mirror

Day, P., & Klein, R. (1991). Britain's health care experiment. *Health Affairs, 10*(3), 22–38.

Department of Health. (1997). *The new NHS: Modern, dependable—The New NHS white paper*. http://www.official-document.co.uk/documents/doh/newnhs/wpaper.htm

Department of Health. (1998). *The new NHS: Modern, dependable*. The Stationery Office.

Department of Health. (2008). *High quality care for all: NHS Next Stage Review final report*. NHS. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/228836/7432.pdf

Department of Justice, & United States National Library of Medicine. (2014). *Eligible professional meaningful use core measures: Measure 2 of 17, Stage 2*. https://www.cms.gov/regulations-and-guidance/legislation/ehrincentiveprograms/downloads/stage2_epcore_2_eprescribing.pdf

Destatis. (2021). *Health expenditure in 2019: Social insurance contributions as major source of financing accounting for nearly 65%*. https://www.destatis.de/EN/Press/2021/06/PE21_260_23611.html

Dickman, S. L. (2017). Inequality and the health-care system in the USA. *The Lancet*. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30398-7

Dixon, J., & Harrison, A. (1997). Funding the NHS: A little local difficulty? *BMJ, 314*, 216–219.

Dore, K. (2021). The top reason why Americans abroad want to dump their U.S. citizenship. *CNBC*. https://www.cnbc.com/2021/05/18/the-top-reason-why-americans-abroad-want-to-dump-their-citizenship.html

Dormont, B. (2019, June 25). Supplementary health insurance and regulation of healthcare systems. In *Oxford Research Encyclopedia of Economics and Finance*. Retrieved September 9, 2024, from https://oxfordre.com/economics/view/10.1093/acrefore/9780190625979.001.0001/acrefore-9780190625979-e-115

Doring, A., & Friedemann, P. (2010). The German healthcare system. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3405354/

Downie, R. S., Tannahill, C., & Tannahill, A. (1996). *Health promotion: Models and values*. Oxford University Press.

Draguet, C., Populaire, P., Vera, C., Fredriksson, A., Haustermans, K., Lee, A., Montero, B., & Sterpin, E. (2020). A comparative study on automatic treatment planning for online

adaptive proton therapy of esophageal cancer: Which combination of deformable registration and deep learning planning tools performs the best? Retrieved August 10, 2020, from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39332445/

Earl-Slater, A. (1996). Privatizing medicines in the National Health Service. *Public Money & Management, 1*, 39–44.

The Economist. (2017). Is this the end of the NHS's internal market? https://www.economist.com/britain/2017/11/02/is-this-the-end-of-the-nhss-internal-market

Economou, C. (2010). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition, 12*(7), 1–180.

Economou, C. (2012). The performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: "Economic crisis" versus "system-specific deficits" driven reform. *Social Theory*.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. *Economic and Social Research Institute, 41*, 85–96.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition, 19*(5), 1–192.

Endalamaw, A., Khatri, R., Erku, D., Wolka, E., Nigatu, F., & Assefa, Y. (2023). Continuity and care coordination of primary health care: A scoping review. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37443006/

Enthoven, A. C. (1991). Internal market reform of the British Health Service. *Health Affairs, 10*(3), 60–70.

European Observatory. (1999). *Health care systems in transition: United Kingdom*.

European Commission. (2021). *European Health Data Space*. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en

European Commission. (2024). *Electronic cross-border health services*. Public Health. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/electronic-cross-border-health-services_en#which-services-are-available-in-which-countries

Eurostat. (2019). *Revenues of health care financing schemes*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_sha11_fs/default/line?lang=en

Eurostat. (2022). *Healthcare expenditure statistics*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics

Ewles, L., & Simnett, I. (2003). *Promoting health: A practical guide*. Baillière Tindall.

Exworthy, M., & Mannion, R. (2023). Decentralisation and its discontents: Rethinking governance in the English NHS. *Health Policy, 127*(1).

Fiedler, M., & A. L. (2017). *How will the Graham-Cassidy proposal affect the number of people with health insurance coverage?* Brookings.

Flynn, R., & Williams, G. (1997). *Contracting for health: Quasi-markets and the National Health Service*. Oxford University Press.

Folland, S., Goodman, A., & Stano, M. (1997). *The economics of health and health care*. Prentice Hall.

Frech, H. E., III. (1996). *Competition and monopoly in medical care*. The American Enterprise Institute Press.

Fuchs, V. R. (2010). Health care is different—That's why expenditures matter. *JAMA, 303*(18), 1859–1860.

Gabel, J. R. (1997). Small employers and their health benefits, 1988–1996: An awkward adolescence. *Health Affairs, 16*(5).

Galea, S. (2021). Health as a public good. In *The contagion next time*. Oxford University Press.

Gale, N. K. (2021). What is public health? Public goods, publicized goods, and the constitution of health through policy. *Public Choice, 187*, 247–266.

Gerhardt, U. (1987). Parsons, role theory and health interaction. In G. Scambler (Ed.), *Sociological theory and medical sociology*. Tavistock Publications.

Geyman, J. (2021). COVID-19 has revealed America's broken health care system: What can we learn? *International Journal of Health Services*. https://doi.org/10.1177/0020731420985640

Glennerster, H. (1997). *Paying for welfare: Towards* (3rd ed.). Prentice Hall.

Gochman, D. S. (1988). Health behavior: Plural perspectives. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior: Emerging research perspectives*. Plenum Press.

Goddart, H. A. (1953). *The work of nurses in hospital wards: Report of a job analysis*. Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Gorsky, M. (2008). The British National Health Service, 1948–2008: A review of the historiography. *Social History of Medicine*.

Greenhalgh, T., & Papoutsi, C. (2018). Studying complexity in health services research: Desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine, 16*, Article 95.

Grimm, S., & Willems, M. (2021). *Kriminelle Netzwerke: Bekämpfung von Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen*. Fraunhofer Institute for Industrial Mathematics ITWM. https://www.itwm.fraunhofer.de/en/departments/fm/accounting-audit/criminal-networks.html

Griffiths, R. (1983). *NHS management inquiry report*. Department of Health and Social Security. https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/griffiths-report-october-1983/

Hair, J.F., Jr., Hult, G.T.M., Ringle, C., & Sarstedt, M. (2016), «*A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling» (PLS-SEM)*, Sage

Hall, M. F. (2008, October). Looking to improve financial results? Start by listening to patients: improving patient satisfaction can have a direct impact on your hospital's reputation--and financial results. Healthcare Financial Management, 62(10), 76+ https://link.gale.com/apps/doc/A192588289/AONE?u=anon~36154a05&sid=googleScholar&xid=89afacdb

Ham, C., (1993), "How go the NHS reforms?", British Medical Journal 306,no. 6894

Ham, C., (1999), "Health policy in Britain: The politics and organization of the National Health Service", Basingstoke, Macmillan New edition,

Ham, C., Berwick, D., & Dixon, J. (2016). "*Improving quality in the English NHS: A strategyforaction*.TheKing'sFund".

Ham, C., Alderwick, H., Dunn, P., & McKenna, H. (2017). "*Delivering sustainability and transformation plans: From ambitious proposals to credible plans*. The King's Fund".https://www.kingsfund.org.uk/publications/delivering-sustainability-and transformation-plans

Health daily, (2025). «Μειώνονται οι δαπάνες για την Υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ», Ανακτήθηκε από την ιστοσελίδα https://healthdaily.gr/2025/02/12/meionontai-oi-dapanes-gia-tin-ygeia-stis-chores-tou-oosa/

Healthview.gr. (2022).

The Health Foundation. (2022). *Strengthening clinical leadership and management in the NHS*. https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/briefings/strengthening-clinical-leadership-and-management

Henderson, S., & Petersen, A. R. (Eds.). (2002). *Consuming health: The commodification of health care*. Psychology Press.

Herwatz, H., & Schley, K. (2017). Improving health care service provision by adapting to regional diversity: An efficiency analysis for the case of Germany. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885101830006X

Himmelstein, D. U. (2019). U.S. health care in the Trump era: A data update. *International Journal of Health Services*. https://doi.org/10.1177/0020731419840178

Hochman, M. (2020). The healthcare safety-net: Time for greater transparency and accountability. https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-020-05667-8

House of Commons Health Committee. (2010). *Commissioning: Fourth report of session 2009–10*. https://publications.parliament.uk/pa/cm200910/cmselect/cmhealth/268/26805.htm

Hurst, J. W. (1991). Reform of health care in Germany. *Health Care Financing Review, 12*(3), 77–78.

Institute of Medicine. (2001). *Across the chasm: Six aims for changing the health care system*. http://www.ihi.org/resources/Pages/ImprovementStories/AcrosstheChasmSixAimsforChangingtheHealthCareSystem.aspx

Insurance EEA. (2023). *Η οικονομική «εικόνα» του κλάδου των ασφαλιστικών εταιρειών*. https://www.insurance-eea.gr/

International Labour Organization. (1952). *Social Security (Minimum Standards) Convention, 2012 (No. 102).* https://www.ilo.org/resource/ilo-social-security-minimum-standards-convention-1952-no-102

Jenkins, P., & Maheswaran, A. (2020). Payment systems in the NHS: An overview. *Clinical Finance Journal*.

Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: A systematic scoping review. *BMC Health Services Research, 18*, Article 232.

Jonsson. (1993). What can America learn from Europe? *Managed competition: Health reform American style? Health Affairs, 12*, 7–228.

Kaiser EDU.org. (2009). *U.S. healthcare costs: Background brief—Trends in health care costs and spending* [Fact sheet]. Kaiser Permanente.

Kaiser Family Foundation. (2004). *Trends in the structure of the health care marketplace*. http://www.kff.org/7031/index

Kaitelidou, D., Konstantakopoulou, O., Panteli, D., & Vildiridi, L. (2023). Testing the resilience of the Greek health system faced by a human resources in health shock scenario. *European Journal of Public Health, 33*.

Kalavrezou, N., & Jin, H. (2021). *Healthcare reform in Greece: Progress and reform priorities* (IMF Working Paper No. 21/189). International Monetary Fund.

Kirkman-Liff, B., & Schneller, E. (1992). The resource management initiative in the English National Health System. *Health Care Management Review, 17*(2), 59–70.

Klein, R. (1983). *The politics of the National Health Service*. Longman.

Klein, R. (1991). On the Oregon trail: Rationing health care. *BMJ, 303*, 1561–1562.

Knieps, F., & Reiners, H. (2015). *Gesundheitsreformen in Deutschland: Geschichte, Intentionen, Kontroversen*. Verlag Hans Huber.

Knox, R. A. (1993). *Germany: One nation with health care for all*. Faulkner & Gray.

Kousteni, T., Tzaladima, E., & Apostolakis, I. (2019). *Electronic prescribing system in Greece: Technological gaps, hazards, and suggested solutions*.

Kutzin, J. (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization, 91*(8), 602–611.

Kyriopoulos, J., & Niakas, D. (1994). *Aspects of health economics and policy*. Center for Social Sciences and Health.

Kyriopoulos, J., & Tsalikis, G. (1993). Public and private imperatives of Greek health policies. *Journal of Health Policy*.

Kyriopoulos, J. (1996). Financing health care in Greece. In *Social security financing: Issues and perspectives*. International Social Security Association.

Laing & Buisson. (2009). *Laing's healthcare market review 2009–2010*.

Lantzsch, H., Panteli, D., Martino, F., Stephani, V., Seiler, D., Puschel, C., Knoppler, K., & Busse, R. (2022). Benefit assessment and reimbursement of digital health applications: Concepts for setting up a new system for public coverage. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2022.832870/full

Larson, J. S. (1991). *The measurement of health: Concepts and indicators*. Greenwood Press.

Lau, G., Ho, J., Lin, S., Yeoh, K., Wan, T., & Hodgkinson, M. (2019). *Patient and clinician perspectives of an integrated electronic medication prescribing and dispensing system: A qualitative study at a multisite Australian hospital network.*

Leitfaden der Gesundheitsministerkonferenz. (2018). *Gesundheitsministerkonferenz*. https://www.gmkonline.de/documents/leitfaden-gmk_1560410006.pdf

Levit, K. R. (1998). National health spending trends in 1996. *Health Affairs, 17*(1).

Liaropoulos, L. L. (1995). Health services financing in Greece: A role for private health insurance. *Health Policy, 34*(1), 53–62.

Lineaweaver, W. C. (2008). Is health care a commodity? *Annals of Plastic Surgery, 62*(1).

Lister, J. (2008). *The NHS after 60: For patients or profits?* University Press.

Gustafsson, L., & Collins, S. R. (2022). The Inflation Reduction Act is a milestone achievement in lowering Americans' health care costs. *To the Point*. Commonwealth Fund. https://doi.org/10.26099/m8ay-4j69

Lunt, N. (n.d.). Staying single in the 1990s: Single-handed practitioners in the new National Health Service. *Social Science & Medicine, 45*(3), 341–349.

Madden, T. A. (1991). The reform of the British National Health Services. *Journal of Public Health Policy, 12*(3), 378–396.

Majeed, A., & Molokhia, M. (2020). The National Health Service at 70: What does the future hold? *Journal of the Royal Society of Medicine, 113*(7), 260–263.

Malavazos, T., Dedopoulou, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). *The social security system in Greece and social justice in healthcare*. https://www.researchgate.net/publication/333263218_THE_SOCIAL_SECURITY_SYSTEM_IN_GREECE_AND_SOCIAL_JUSTICE_IN_HEALTHCARE

Martin, O. (2008). *Η ανάλυση ποσοτικών δεδομένων*. Τόπος.

McDonough, K. (2006). Interaction and syntactic priming: English L2 speakers' production of dative constructions. *Studies in Second Language Acquisition, 28*, 179–207.

McKenna, H. (2018). *Are we expecting too much from the NHS?* https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/201806/NHS_at_70_are_we_expecting_too_much_from_the_NHS.pdf

McKenna, H., Dunn, P., Northern, E., & Buckley, T. (2017). *How health care is funded*. https://www.kingsfund.org.uk/publications/how-health-care-is-funded

Medline. (2010). *Το σύστημα λογαριασμών υγείας και η εφαρμογή του στην Ελλάδα*. EUMedLine. Retrieved September 9, 2024, from https://www.eumedline.eu/post/

Michaeli, D., Michaeli, J., Albers, S., & Michaeli, T. (2024). The healthcare workforce shortage of nurses and physicians: Practice, theory, evidence, and ways forward. *Policy, Politics, & Nursing Practice*.

Middleton, J. (2017). Public health in England in 2016—The health of the public and the public health system: A review. *British Medical Bulletin, 121*(1), 31–46.

Mirvis, D. M., Chang, C. F., & Cosby, A. (2008). Health as an economic engine: Evidence for the importance of health in economic development. *Journal of Health and Human Services Administration, 31*(1), 30–57.

Molloy, A., Gardner, T., & Thorlby, R. (2017). *Election briefing: Quality of care in the English NHS—In the balance*. The Health Foundation. https://www.health.org.uk/publications/election-briefing-quality-of-care-in-the-english-nhs

Money & Life. (2023). *Η ιστορία του ΕΣΥ: Οι στόχοι και οι αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας—Ένα όραμα για ισότιμη πρόσβαση*. https://www.moneyandlife.gr/i-istoria-tou-esy-oi-stochoi-kai-oi-arches-tou-ethnikou-systimatos-ygeias-ena-orama-gia-isotimi-prosvasi/

Moon, S., Røttingen, J.-A., & Frenk, J. (2017). Global public goods for health: Weaknesses and opportunities in the global health system. *Health Economics, Policy and Law, 12*(2), 195–205.

Morone, J. A. (2019). *Health policy: The politics of health care in the United States*. Cengage Learning.

Morreim, E. H. (2001). *Holding health care accountable: Law and the new medical marketplace*. Oxford University Press.

Mossialos, E., Allin, S., & Thomson, S. (2007). *Health systems in transition: Template for analysis*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Murley, R. (1984). A tale of turbulent times. *British Medical Journal, 289*(6460).

MyHealth@EU. (2024). *Number of transactions* [Data set]. European Commission. https://experience.arcgis.com/experience/77f459be23e545b48f46a79cfaf19423/page/1_2/

Myloneros, T., & Sakellariou, D. (2021). The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage.

National Health Care Anti-Fraud Association. (2024). *The challenge of health care fraud*. Retrieved November 16, 2024, from https://www.nhcaa.org/tools-insights/about-health-care-fraud/the-challenge-of-health-care-fraud/

Naylor, C., Charles, A., & Imison, C. (2015). *Transforming our health care system: Ten priorities for commissioners*. The King's Fund.

Neubauer, A. C. (1993). Intelligenz und Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung: Stand der Forschung und Perspektiven [Intelligence and speed of information processing: Research to date and future perspectives]. *Psychologische Rundschau, 44*(2), 90–105.

Next Expat. (2023). *Βασικά στοιχεία υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία*. https://www.nextexpat.com

Niakas, D., & Petsetaki, E. (1995). Problems and perspectives in health care policy in Greece. *Public Budgeting & Financial Management*.

Niles, N. J. (2014). *Basics of the U.S. health care system*. Jones & Bartlett Publishers.

NHS Constitution. (2013). *England*.

NHS England. (2014). *NHS five year forward view*. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf

NHS Improvement. (2016). *Vaccinations for 5–11-year-olds*. https://www.england.nhs.uk/

Nuffield Trust. (2019). *NHS reform timeline*. https://www.nuffieldtrust.org.uk/health-and-social-care-explained/nhs-reform-timeline/

Nursing Times. (2008). *The birth of the NHS: July 5th, 1948*. https://www.nursingtimes.net/archive/the-birth-of-the-nhs-july-5th-1948-08-01-2008/

NHS England. (2023). *Our 2023/24 business plan*. https://www.england.nhs.uk/long-read/our-2023-24-business-plan/

NHS England. (2023). *Three-year delivery plan for maternity and neonatal services*. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/B1915-three-year-delivery-plan-for-maternity-and-neonatal-services-march-2023.pdf

Nolte, E., & McKee, M. (2011). Variations in amenable mortality: Trends in 16 high-income nations. *Health Policy*, 47–52.

Obama White House Archives. (2016). *Health care that works for Americans*. https://obamawhitehouse.archives.gov/healthreform/healthcare-overview

OECD. (2004). Health spending in most OECD countries rises, with the U.S. far outstripping all others. *News Release, PAC/COM/NEWS*.

OECD. (2004). *The OECD health project: Towards high-performing health systems*. OECD Publishing.

OECD. (2011). *Health at a glance 2011: OECD indicators*. Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD. (2011). *A system of health accounts 2011* (Rev. ed.). OECD Publishing.

OECD. (2012). *OECD health data 2012: Long-term care data*.

OECD. (2013). *Health at a glance 2013: OECD indicators*. OECD Publishing.

OECD. (2014). Health insurance coverage for a core set of services: Share of population, 2011. In *Society at a glance 2014*. OECD Publishing.

OECD. (2015). *OECD health statistics 2015*. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en

OECD. (2015). *OECD health statistics 2015; Eurostat statistics database; WHO global health expenditure database*.

OECD. (2015). *OECD health statistics 2015*. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en
World Health Organization. (2015). *Global health expenditure database*.

OECD. (2015). *OECD health statistics 2015*. http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en
International Monetary Fund. (2015). *World economic outlook database, April 2015*.

OECD. (2016). *Health expenditure and financing data sheet*. OECD Publishing. https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=SHA

OECD. (2017). *Health at a glance 2017*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

OECD. (2018). *Health at a glance: Europe 2018*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *State of health in the EU: Germany country health profile 2017*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2017-12/chp_de_english_0.pdf

OECD. (2020). *OECD reviews of health systems: United States 2020*. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/2e0eff55-en

OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). *State of health in the EU: Germany country health profile 2021*. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-12/2021_chp_de_english.pdf

OECD. (2023). *Health at a glance 2023*. https://www.statistics.gr/documents/

OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Greece: Country health profile 2023*. OECD Publishing.

OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *State of health in the EU: Greece country profile 2023*. European Commission/OECD.

OECD. (2025). *Health at a glance 2025: Greece*. OECD Publishing.
Office of the National Coordinator for Health Information Technology. (2015).

Olayiwola, J. N., Potapov, A., Gordon, A., Jurado, J., Magana, C., Knox, M., & Tuot, D. (2018). Electronic consultation impact from the primary care clinician perspective: Outcomes from a national sample. *Journal of Telemedicine and Telecare*.

Oliver, A. (2005). The English National Health Service: 1979–2005. *Health Economics, 14*(1), 75–99.

Pallant, J. (2020). *SPSS survival manual: A step-by-step guide to data analysis using IBM SPSS*. Routledge.

Pangalos, G., Asimakopoulos, D., & Pagkalos, I. (2013). The new Greek national e-prescription system: An effective tool for improving quality of care and containing medication costs. *Studies in Health Technology and Informatics, 190*, 13–17.

Parsons, T. (1979). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In E. G. Jaco (Ed.), *Patients, physicians and illness*. Free Press.

Parv, L., Kruus, P., Mõtte, K., & Ross, P. (2014). An evaluation of e-prescribing at a national level. *Informatics for Health and Social Care*.

Peckham, S. (2014). *Accountability in the UK healthcare system: An overview*. Centre for Health Services Studies, University of Kent.

*Performance of UK National Health Service compared with other countries*. (2019). https://www.bmj.com/content/367/bmj.l6326

Phelps, C. (1997). *Health economics*. Addison-Wesley.

Physicians for a National Health Program. (2014). *A better-quality alternative: Single-payer national health system reform*. https://www.pnhp.org/publications/a_better_quality_alternative.php?page=all

Pink, G. H., Murray, M. A., & McKillop, I. (2003). Hospital efficiency and patient satisfaction. *Health Services Management Research, 16*(1), 24–38. https://doi.org/10.1258/095148403762539112

Pollock, A. M. (1992). Local voices. *BMJ, 305*, 535–536.

Pollock, A. M. (1993). The future of health care in the United Kingdom. *British Medical Journal, 306*(6894), 1703–1704.

Pollock, A. M., & Roderick, P. (2024). The British NHS at 75: Past, contemporary, and future challenges. *National Library of Medicine*.

Polyzos, N., Karakolias, S., Dikeos, C., Theodorou, M., Kastanioti, C., Mama, K., Polyzoidis, P., Skamnakis, C., Tsairidis, C., & Thireos, E. (2014). The introduction of Greek Central Health Fund: Has the reform met its goal in the sector of primary health care or is there a new model needed? *BMC Health Services Research*.

Porter, M. E. (2012). The German health care system: Overview and historical development. In M. E. Porter and C. Guth (Eds.), *Redefining German health care: Moving to a value-based system* (1st ed., pp. 53–69).

Raleigh, V., & Foot, C. (2010). *Getting the measure of quality: Opportunities and challenges*. The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/publications/getting-measure-quality

Reibling, N., & Wendt, C. (2018). Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Current Sociology*.

Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., Barnes, A. J., Saltman, R. B., & van Ginneken, E. (2013). United States of America: Health system review. *Health Systems in Transition*.
Rivett, G. (1998). *From cradle to grave: Fifty years of the NHS* (1st ed.). The King's Fund. https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1842765

Robertson, R., Wenzel, L., Thompson, J., & Charles, A. (2019). *Understanding NHS financial pressures: How are they affecting patient care?* The King's Fund.

Robinson. (1999). An evidence-based approach to interactive health communication. *JAMA, 280*(14).

Rublee, D. A., & Schneider, M. (1991). International health spending comparison. *Health Affairs, 10*(3).

Saltman, R. B., Bankauskaite, V., & Vrangbaek, K. (2007). *Decentralization in health care: Strategies and outcomes*. European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf

Saltman, R. B., & Figueras, J. (1998). Analyzing the evidence on European health care reforms. *Health Affairs, 17*(2), 85–108.

Santerre, R. E., & Neun, S. P. (2013). *Health economics: Theory, insights, and industry studies*. South-Western Cengage Learning.

Collins, S. R., & L. A. (2022). *The state of U.S. health insurance in 2022: Findings from the Commonwealth Fund Biennial Health Insurance Survey*. Commonwealth Fund. https://doi.org/10.26099/73zg-3432

Schmidt, J. M. (2010). Η έννοια της υγείας στην ιστορία της ιατρικής, στα κείμενα του Χάνεμανν και στην ομοιοπαθητική σήμερα. *Omiopathitiká Néa–HomeoNews, 17*, 18–23.
Rakshit, S., & K. A. (2024). *How does cost affect access to healthcare?*

Sheiman, I., Shishkin, S., & Shevsky, V. (2018). The evolving Semashko model of primary health care: The case of the Russian Federation. *Risk Management and Healthcare Policy, 11*, 209–220. https://doi.org/10.2147/RMHP.S168399

Sismondo, S., & Widmer, T. (2025). A comparison of the United Kingdom's and Switzerland's healthcare systems. *Swiss Medical Weekly*. https://smw.ch/index.php/smw/article/view/4101

Shi, L., & Singh, D. A. (2021). *Delivering health care in America: A systems approach* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Starfield, B. (1991). Primary care and health: A cross-national comparison. *Journal of the American Medical Association, 266*(16), 2268–2271.

Statista. (2021). *Health insurance coverage in the United States: Statistics and facts*. https://www.statista.com/topics/1138/health-insurance-in-the-us/

Statistisches Bundesamt. (2019). *Bevölkerung: Deutschland, Stichtag. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland* (Bevölkerung, 12411-0001). https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data

Statistisches Bundesamt. (2019). *Gesundheitsausgaben: Deutschland, Jahre, Ausgabenträger, Leistungsarten, Einrichtungen* (Gesundheitsausgaben, 23611-0004). https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data

Statistisches Bundesamt. (2020). *Grunddaten der Krankenhäuser 2018* (Fachserie 12, Reihe 6.1.1). https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/_inhalt.html#sprg234206

Steinbrook, R. (2018). Healthcare in Trump's first year. *BMJ*. https://doi.org/10.1136/bmj.k173

Steinmann, H., Schreyögg, G., & Koch, J. (2013). *Management*. Gabler Verlag.

Stotzler, M., & Kaifie, A. (2023). Healthcare for individuals without health insurance in Germany: A mixed methods approach to assess the situation and current challenges. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10280908/

Souliotis, K., & Tountas, Y. (2013). The financial crisis and the expected effects on the health system and health in Greece. *Archives of Hellenic Medicine, 30*(5), 535–540.

Tallack, C., Charlesworth, A., Kelly, E., McConkey, R., & Rocks, S. (2020). *The NHS at 72: How has it performed over the past decade?* The Health Foundation.

Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education, 2*, 53–55. https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd

The Economist. (2017). Is this the end of the NHS's internal market? https://www.economist.com/britain/2017/11/02/is-this-the-end-of-the-nhss-internal-market
The Guardian. (2023). Labour would tear up contract with GPs and make them salaried NHS staff. https://www.theguardian.com/society/2023/jan/07/labour-would-tear-up-contract-with-gps-and-make-them-salaried-nhs-staff

Theodorou, P., Argyropoulou, E., & Hatzikou, M. (2020). PDG74 perceptions and attitudes of pharmacists of the Greek Organisation for the Provision of Health Services (EOPYY) regarding generics. *Value in Health*.

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G. A. (2020). *International health care system profiles: England*. The Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy

Timmins, N. (2001). *The five giants: A biography of the welfare state*. HarperCollins.

Timmins, N. (2017). *Tackling variations in clinical care: Assessing the Getting It Right First Time (GIRFT) programme*. The King's Fund.

Titmuss, R. (1970). *The gift relationship: From human blood to social policy*. George Allen & Unwin.

The Center for Health Workforce Studies. (2012). *Health care employment projections: An analysis of Bureau of Labor Statistics occupational projections, 2010–2020*. School of Public Health, University at Albany, State University of New York.

The Commonwealth Fund. (2020). *England*. https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/

Thomson, S., Mossialos, E., & Jemiai, N. (2003). *User charges for health services in the European Union: Report prepared for the Directorate-General for Employment and Social Affairs of the European Commission*. Directorate-General for Employment and Social Affairs of the European Commission.

Thorlby, R., & Arora, S. (2016). The English health care system. In E. Mossialos, M. Wenzl, R. Osborn, & D. Sarnak (Eds.), *International profiles of health care systems*. The Commonwealth Fund. https://www.researchgate.net/publication/347011106_International_Profiles_of_Health_Care_Systems_2020

Tountas, Y., Stefánsson, H., & Frissiras, S. (1995). Health reform in Greece: Planning and implementation of a national health system. *International Journal of Health Planning and Management, 10*(4), 277–292.

Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002). Reforming the reform: The Greek national health system in transition. *Health Policy*.

Trump White House Archives. (2020). *Healthcare*. https://trumpwhitehouse.archives.gov/issues/healthcare/

Tsalikis, G. (1988). Evaluation of the socialist health policy in Greece. *International Journal of Health Services*.

Tzagkarakis, S., & Melidis, M. (2022). *Challenges and adjustments of healthcare and labor policies in Greece during the COVID-19 era: A critical assessment of the key social policy responses*.

United Nations Development Programme. (2020). *Human development report 2020*. http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020.pdf

U.S. Census Bureau. (2011, December 29). *Census Bureau projects U.S. population of 312.8 million on New Year's Day* [Press release]. http://www.census.gov/newsroom/releases/archives/population/cb11-219.html

U.S. Census Bureau. (2012). *Statistical abstract of the United States*. http://www.census.gov/compendia/statab/2012/tables/12s0005.pdf

U.S. Department of Health & Human Services. (2012).

Vassilakopoulou, P., & Marmaras, N. (2017). Cultivating the installed base: The introduction of e-prescription in Greece. In *Information infrastructures within European health care*.

Walsh, K., Deakin, N., Smith, P., Spurgeon, P., & Thomas, N. (1997). *Contracting for change: Contracts in health, social care and other local government services* (pp. 55–56). Oxford University Press.

Webster, C. (2002). *The National Health Service: A political history*. Oxford University Press.

Weil, T. P. (1992). A universal access plan: A step toward national health insurance. *Hospital & Health Services Administration, 37*(1), 37–51.

West, M., Eckert, R., Steward, K., & Pasmore, B. (2014). *Developing collective leadership for health care*. The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/publications/developing-collective-leadership-health-care

UNIVERSITY of NICOSIA

World Health Organization, & UNICEF. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. World Health Organization.

World Health Organization. (1978). *Primary health care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*.

WHO Regional Office for Europe. (1996). *Health care systems in transition: Greece*.

World Health Organization. (2011). *World health statistics 2011*.

WHO European Observatory on Health Systems and Policies. (2014). *About us*. http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/about-us

World Health Organization. (2015). *World health statistics 2015*.

World Health Organization. (2019). *TOMYs and the rapid growth of primary health care in Greece*.

World Health Organization. (2024). *Health accounts*. Retrieved September 10, 2024, from https://www.who.int/health-topics/health-accounts#tab=tab_1

Wilper, A. P., Woolhandler, S., Lasser, K. E., McCormick, D., Bor, D. H., & Himmelstein, D. U. (2009). Health insurance and mortality in U.S. adults. *American Journal of Public Health, 99*(12), 2289–2295.

Winters, M., Rechel, B., de Jong, L., & Pavlova, M. (2018). A systematic review on the use of healthcare services by undocumented migrants in Europe. *BMC Health Services Research, 18*, Article 30.

Woolhandler, S., & Himmelstein, D. U. (2004). The high costs of for-profit care. *CMAJ*.
World Bank. (2015). *Health expenditure data*. http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.25

## Ευρωπαϊκή νομοθεσία

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, & Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (2016). *Κανονισμός (ΕΕ) 2016/679*.

## Νόμοι και νομοθετικά διατάγματα

Ελληνική Δημοκρατία. (1967), «*Αναγκαστικός Νόμος 7/1967: Περί συγχωνεύσεως των Υπουργείων Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής»,* [ΦΕΚ 73/Α/1967]

Ελληνική Δημοκρατία. (1992). *Νόμος 2071/1992: «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»,* (ΦΕΚ 123Α/15-7-1992).

Ελληνική Δημοκρατία., (2012). *Νόμος 4052/2012: Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης…» και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ Α΄ 41/1-3-2012)

Ελληνική Δημοκρατία. (2013). *Νόμος 4172/2013: Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012, του ν. 4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις* (ΦΕΚ Α΄ 167/23-7-2013), άρθρο 100.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2014)- ΕΛ.ΣΤΑΤ., «Δαπάνες Υγείας- Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012», Ελληνική Στατιστική Αρχή, Πειραιάς

Νόμος ΒΩΜΑ/1901. (1901). *ΦΕΚ Α΄ 72/23.03.1901*. https://www.elinyae.gr/ethniki-nomothesia

Νόμος 346/1914. (1914). *Περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας*. ΦΕΚ Α΄ 70/14.03.1914.

Νομοθετικό Διάταγμα περί συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως. (1917). *ΦΕΚ 112/14.06.1917*.

Νόμος 808/1917. (1917). *Περί μετονομασίας του Πατριωτικού Συνδέσμου των Ελληνίδων εις Πατριωτικόν Ίδρυμα Περιθάλψεως*. ΦΕΚ Α΄ 183/02.09.1917.

Νόμος 2868/1922. (1922). *ΦΕΚ Α΄ 119/20.07.1922*. https://www.elinyae.gr/ethniki-nomothesia

Νόμος 2882/1922. (1922). *ΦΕΚ 122*.

Νομοθετικό Διάταγμα 13/14.12.1922. (1922). *ΦΕΚ 269*.

Νόμος 5733/1932. (1932).

Νόμος 5733/1932, άρθρο 1. (1932).

Νόμος 5733/1932, άρθρο 15. (1932).

Νόμος 5733/1932, άρθρο 18. (1932).

Νόμος 5733/1932, άρθρο 20. (1932).

Νόμος 5733/1932, άρθρο 23. (1932).

Νόμος 6296/1934. (1934).

Νόμος 6298/1934. (1934). *Ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)*. ΦΕΚ Α΄ 346/10.10.1934.

Νόμος 6364/1934. (1934). *Ίδρυση του Ταμείου Επαγγελματιών-Βιοτεχνών Ελλάδος*. ΦΕΚ Α΄ 376/18.08.1934.

Νόμος 1278/1982. (1982).

Νόμος 1397/1983. (1983).

Νόμος 1397/1983, άρθρο 1. (1983).

Νόμος 1397/1983, άρθρο 2. (1983).

Νόμος 1397/1983, άρθρο 15. (1983).

Νόμος 1397/1983, άρθρο 17. (1983).

Εισηγητική έκθεση του Νόμου 1397/1983. (1983). *ΦΕΚ Α΄/07.10.1983*.

Νόμος 1963/1991. (1991). *ΦΕΚ Α΄ 138*.

Νόμος 2071/1992. (1992).

Νόμος 2194/1994. (1994). *Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ Α΄ 34/16.03.1994.

Νόμος 2345/1995. (1995). *Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ Α΄ 213/12.10.1995.

Νόμος 2519/1997. (1997).

Νόμος 2472/1997. (1997). *ΦΕΚ Α΄ 50*.

Νόμος 2716/1999. (1999). *Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ Α΄ 96/17.05.1999.

Νόμος 2889/2001. (2001). *ΦΕΚ Α΄ 37/02.03.2001*.

Νόμος 3655/2008. (2008). *Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις*. ΦΕΚ Α΄ 58/03.04.2008.

Νόμος 3868/2010. (2010).

Νόμος 3892/2010. (2010). *Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων*. ΦΕΚ Α΄ 189/04.11.2010.

Νόμος 3918/2011. (2011). *Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις*. ΦΕΚ Α΄ 31/02.03.2011.

Νόμος 4052/2012. (2012).

Νόμος 4412/2016. (2016). *Δημόσιες συμβάσεις έργων, προμηθειών και υπηρεσιών*.

Νόμος 4624/2019. (2019). *ΦΕΚ Α΄ 137*.

## Κοινές και υπουργικές αποφάσεις

Κοινή Υπουργική Απόφαση 90168/2013. (2013). *ΦΕΚ Β΄ 2543/10.10.2013*.

Κοινή Υπουργική Απόφαση Β2β/οικ. 38642/2016. (2016). *ΦΕΚ Β΄ 1536/31.05.2016*.

Υπουργική Απόφαση 3457/2014. (2014). *ΦΕΚ Β΄ 64/16.01.2014*.

Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3/ΓΠ 705/2014. (2014). *ΦΕΚ Β΄ 2243/18.08.2014*.

Υπουργική Απόφαση 70520/2014. (2014). *ΦΕΚ Β΄ 2243/18.08.2014*.

Υπουργική Απόφαση 70521/2014. (2014). *ΦΕΚ Β΄ 2243/18.08.2014*.

Υπουργική Απόφαση Γ3γ/40426/2016. (2016). *ΦΕΚ Β΄ 2221/18.07.2016*.

Υπουργική Απόφαση Γ3γ/ΓΠ 58976/2017. (2017). *ΦΕΚ Β΄ 2746/04.08.2017*.

Απόφαση ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/2018. (2018). *ΦΕΚ Β΄ 2315/19.06.2018*.

## Εγκύκλιοι και αποφάσεις διοικητικών οργάνων

Υπουργείο Υγείας. (2014, 2 Ιανουαρίου). *Εγκύκλιος υπ' αρ. πρωτ. 232*.

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (2014, 16 Μαΐου). *Εγκύκλιος υπ' αρ. πρωτ. οικ. 18238*.

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (2018, 13 Ιουνίου). *Απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου υπ' αρ. 759/472*.

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (2018, 19 Σεπτεμβρίου). *Απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου υπ' αρ. 1199/495*.

Απόφαση υπ' αρ. πρωτ. Φ.90380/25916/3294/31.10.2011. (2011). *ΦΕΚ Β΄ 2011*.

Τροποποίηση της υπ' αρ. Φ90380/25916/3294/2011. (2011). *ΦΕΚ Β΄ 2456/03.11.2011*.

## Κανονισμοί, νοσήλια και ειδικές ρυθμίσεις

*Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια και ημερήσιο νοσήλιο στο ΕΣΥ*. (2011). ΦΕΚ Β΄ 2150/27.09.2011.

*Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας*. (2018). ΦΕΚ Β΄ 4898/01.11.2018.

*Άρθρο 7, παράγραφος 2*. (2019). ΦΕΚ Α΄ 211/24.12.2019.

*Άρθρο 21, παράγραφος 3*. (2019). ΦΕΚ Α΄ 211/24.12.2019.

## Πράξεις Νομοθετικού Περιεχομένου

Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου. (2020). *Κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας της αγοράς*. ΦΕΚ Α΄ 68/20.03.2020.

## Παλαιότερα νομοθετικά και διοικητικά τεκμήρια

Καποδίστριας, Ι. (1828). Ψήφισμα υπ' αριθ. 15 «Περί υγειονομικών διατάξεων» [Νομοθετικό κείμενο]. *Γενική Εφημερίδα της Ελλάδος*, (61), 20.08.1828.

Καποδίστριας, Ι. (1828). *Διάταγμα για την ίδρυση ορφανοτροφείου στην Αίγινα* [Διοικητική απόφαση]. Αρχείο Καποδιστριακής Περιόδου.

Καποδίστριας, Ι. (1828). *Εγκύκλιος για τον συνοικισμό «Πρόνοια» στο Ναύπλιο* [Εντολή προς Σ. Βούλγαρη]. Ψηφιακό Αρχείο Ι. Καποδίστρια, Μουσείο Καποδίστρια.

## Αυτοτελείς καταχωρίσεις ΦΕΚ

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (1992, 16 Σεπτεμβρίου). *ΦΕΚ Α΄ 157*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (1992, 7 Οκτωβρίου). *ΦΕΚ 2084/07.10.1992 (Α΄ 65)*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2000, 19 Ιανουαρίου). *ΦΕΚ Α΄ 8*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2011, 18 Μαΐου). *ΦΕΚ Α΄ 113*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2012, 1 Μαρτίου). *ΦΕΚ Α΄ 41*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2012, 12 Νοεμβρίου). *ΦΕΚ Α΄ 222*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2013, 23 Ιουλίου). *ΦΕΚ Α΄ 167*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2013, 9 Δεκεμβρίου). *ΦΕΚ Α΄ 261*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2015, 18 Σεπτεμβρίου). *ΦΕΚ Β΄ 2059*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2015, 6 Νοεμβρίου). *ΦΕΚ Β΄ 2391*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2016, 23 Δεκεμβρίου). *ΦΕΚ Α΄ 241*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2017, 19 Μαΐου). *ΦΕΚ Α΄ 74*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2017, 19 Μαΐου). *ΦΕΚ Α΄ 94*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2017, 7 Αυγούστου). *ΦΕΚ Α΄ 115*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2018, 8 Φεβρουαρίου). *ΦΕΚ Α΄ 22*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2018, 12 Δεκεμβρίου). *ΦΕΚ Β΄ 5571*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2018, 19 Δεκεμβρίου). *ΦΕΚ Β΄ 5704*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2019, 2 Απριλίου). *ΦΕΚ Β΄ 1080*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2022, 10 Μαρτίου). *ΦΕΚ 1079*.

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. (2023, 3 Απριλίου). *ΦΕΚ 2134*.

UNIVERSITY of NICOSIA

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι Διαθέσιμες ηλεκτρονικές υπηρεσίες ΕΟΠΥΥ (2024)

Διαθέσιμες ηλεκτρονικές υπηρεσίες ΕΟΠΥΥ (2024):

1. Πιστοποίηση Ιατρών / Λοιπών Προμηθευτών Υγείας
2. ΔΑΠΥ Ανοικτής Περίθαλψης
3. Περιστατικά Αιμοκαθαρόμενων Ασφαλισμένων
4. Περιστατικά Αιμοκάθαρσης
5. Αναγγελία Εισιτηρίων / Εξιτηρίων
6. Διαχείριση Νοσηλείας
7. Πιστοποίηση Προμηθευτών Υλικών και ΣΕΔ
8. Εγγραφή Ιατρών για Αποδοχή Πληρωμής Ληξιπρόθεσμων Οφειλών ΟΠΑΔ
9. Πιστοποίηση Ιατρών με Συνταγογράφηση (Με Απόδοση Κλειδαρίθμου)
10. Πιστοποίηση Προμηθευτών Με Απόδοση Κλειδαρίθμου για Αποδοχή Πληρωμής Ληξιπρόθεσμων Οφειλών ΟΠΑΔ
11. Πιστοποίηση Προμηθευτών για τα Αναλώσιμα Διαβητικού Υλικού
12. ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ
13. ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ
14. ΔΑΠΥ Κλειστής Περίθαλψης
15. ΔΑΠΥ για Παροχές Ιατρικών Υλικών και Σκευασμάτων Ειδικής Διατροφής
16. e-ΔΑΠΥ Δείκτες Χρήσης
17. ΔΑΠΥ Αιμοκάθαρσης
18. Πρόσβαση στην Ηλεκτρονική Διασύνδεση με eΔΑΠΥ
19. Πρόσβαση στην Αναγγελία Εισιτηρίων / Εξιτηρίων

UNIVERSITY of NICOSIA

20. Ηλεκτρονική Ενημέρωση Συναλλασσομένων με Ε.Ο.Π.Υ.Υ.
21. Φαρμακευτικός Σύλλογος
22. Διαχείριση Λογαριασμού / Πιστοποίηση Ιατρών
23. Πιστοποίηση Ελεγκτών Ιατρών
24. Διαχείριση Λογαριασμού/Πιστοποίηση Ασφαλισμένων
25. Μεταβολή Στοιχείων Ιατρού
26. Συνταγογράφηση Παροχών ΕΚΠΥ
27. Ιατρική Γνωμάτευση Αιμοκάθαρσης
28. Ραδιοθεραπείες
29. Ενεργοποίηση χρήστη ΦΑΥ από ιατρό
30. ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ - ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ
31. Αποστολή Μαζικών e-mails
32. ΗΔΙΚΑ (direction out)
33. Καταχώρηση συνεδριών αιμοκάθαρσης
34. Αποφάσεις ΑΥΣ
35. Ministry of Education (direction in)
36. Γιατροί Ε.Ο.Π.Υ.Υ. 37. ΓΓΠΣ (direction out)
38. ΗΔΙΚΑ (direction out)
39. Εισιτήρια -Εξιτήρια
40. Πιστοποίηση Υπαλλήλων
41. ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ - ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ
42. Ασφαλιστική Ικανότητα
43. Φάκελος Ασφάλισης Υγείας
44. ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟ - ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ

UNIVERSITY of NICOSIA

45. Φάκελος Ασφάλισης Υγείας
46. eΔΑΠΥ Ανοικτής Περίθαλψης - Δείκτες Χρήσης Παραπεμπτικών
47. Εισιτήρια -Εξιτήρια (Sizeyxis)
48. Προμηθευτές Υλικών Αιμοκάθαρσης
49. Εκτέλεση Παραπεμπτικών
50. Login Ιατρών (μητρώο ηπατίτιδας)

(https://eopyyfiles.blob.core.windows.net/eopyysite/EopyyFiles/a2a1b2ef-88dd-43af-9ffe-5453eb01e612.pdf )

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Ερωτηματολόγιο πολιτών-καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

## ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

### I. Ερωτηματολόγιο πολιτών- καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

**Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ερωτώμενων**

1. **Φύλλο:**
   - ❑ Άντρας
   - ❑ Γυναίκα
   - ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω
2. **Ηλικία:**
   - ❑ 18-24
   - ❑ 25-35
   - ❑ 36-45
   - ❑ 46-55
   - ❑ 56-65
   - ❑ 66 και άνω
3. **Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;**
   - ❑ Έγγαμος/η
   - ❑ Άγαμος/η
   - ❑ Διαζευγμένος/η
   - ❑ Χήρος/α
   - ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω
4. **Αριθμός τέκνων:**
   - ❑ Κανένα
   - ❑ Ένα
   - ❑ Δύο
   - ❑ Τρία
   - ❑ Τέσσερα
   - ❑ Άνω των τεσσάρων παιδιών
5. **Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας;**
   - ❑ Απόφοιτος Δημοτικού
   - ❑ Απόφοιτος Γυμνασίου

- ❑ Απόφοιτος Λυκείου
- ❑ Πτυχιούχος Δημοσίου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ.
- ❑ Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.
- ❑ Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.
- ❑ Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος
- ❑ Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος

**6. Ποια είναι η κύρια οικονομική σας δραστηριότητα;**

- ❑ Εργαζόμενος
- ❑ Άνεργος
- ❑ Συνταξιούχος
- ❑ Μη οικονομικά ενεργός (μαθητής, σπουδαστής, στρατιώτης, νοικοκυρά, εισοδηματίας, ανίκανος για εργασίας)
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

*Αν εργάζεστε/εργαζόσασταν, τότε μπορείτε να απαντήσετε στην ερώτηση 7.*

**7. Στην εργασία σας είστε/ήσασταν:**

- ❑ Δημόσιος Υπάλληλος
- ❑ Υπάλληλος ΕΟΠΥΥ
- ❑ Ιδιωτικός Υπάλληλος
- ❑ Ελεύθερος Επαγγελματίας
- ❑ Έμπορος
- ❑ Αγρότης
- ❑ Άλλο
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

**8. Αναφορικά με την ασφάλιση σας στον τομέα της Υγείας είστε:**

- ❑ Άμεσα Ασφαλισμένος
- ❑ Έμμεσα ασφαλισμένος

**9. Σε ποιο ασφαλιστικό ταμείο της κύριας ασφάλισης υπαγόσασταν πριν την ενοποίηση των Ταμείων και την Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ:**

- ❑ Ο.Π.Α.Δ.
- ❑ Ι.Κ.Α.
- ❑ Ο.Γ.Α.
- ❑ Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ)
- ❑ Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.
- ❑ ΑΛΛΟ (ΝΑΤ, ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, ΤΣΑΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΤΑΜΕΙΟ ΝΟΜΙΚΩΝ κ.α.)

UNIVERSITY of NICOSIA

Σε ποιο ταμείο άλλο είστε ασφαλισμένος/η;……..

**10. Εκτός από την κύρια ασφάλιση διαθέτετε και ιδιωτική ασφάλιση υγείας:**

- ❑ Ναι
- ❑ Όχι

*Αν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε "Ναι", τότε μπορείτε να απαντήσετε στις ερωτήσεις 11 και 12.*

**11. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που έχετε σας καλύπτει για:**

- ❑ Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
- ❑ Νοσοκομειακή περίθαλψη
- ❑ Και τα δύο

**12. Για ποιους από τους παρακάτω λόγους προβήκατε στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας:**

| **ΛΟΓΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ** | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
|---|---|---|
| 1. Δεν είμαι ικανοποιημένος/η με τις παροχές του ΕΟΠΥΥ | | |
| 2. Κάλυψη στο κόστος των επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιατρούς | | |
| 3. Λιγότερος χρόνος αναμονής για ιατρικές επισκέψεις | | |
| 4. Δωρεάν σύγχρονα ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικών εξετάσεων | | |
| 5. Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις | | |
| 6. Δωρεάν ετήσιος προληπτικός ιατρικός έλεγχος | | |
| 7. Κάλυψη εξόδων οδοντιατρικής περίθαλψης | | |
| 8. Άμεση και δωρεάν περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές | | |
| 9. Κάλυψη εξόδων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές | | |
| 10. Κάλυψη εξόδων για χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | |
|---|---|---|
| 11. Λιγότερος χρόνος αναμονής για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές | | |
| 12. Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας | | |

## ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

- Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας

**1. Αντιμετωπίζετε κάποιο θέμα υγείας ώστε να χρειαστεί να απευθυνθείτε σε κάποιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
|---|---|---|
| Επίσκεψη σε συμβεβλημένο ιατρό | | |
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | |
| Προληπτικές εξετάσεις | | |
| Παρακλινικές εξετάσεις | | |
| Αναγραφή συνταγών | | |
| Θεραπείες ειδικής αγωγής | | |
| Παροχές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού – ορθοπαιδικών ειδών | | |
| Χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | |
|---|---|---|
| Χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική | | |
| Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | |
| Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | |
| Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | |

**2. Πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας σας για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση** | **Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ** | **Άλλο** | **Δεν ξέρω / Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε ιατρό | | | | | | |
| Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | | |
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Δαπάνες ιατροτεχνολογι-κού εξοπλισμού | | | | | | |
| Δαπάνες ειδικών θεραπειών-φυσιοθεραπείες - λογοθεραπείες-εργοθεραπείες-ψυχοθεραπείες | | | | | | |
| Δαπάνες υγειονομικού υλικού | | | | | | |

3. **Ποιο είναι περίπου το ετήσιο ποσό που δαπανάτε για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;**
   - ❑ 0-100 ευρώ
   - ❑ 101-200 ευρώ
   - ❑ 201-300ευρώ
   - ❑ 301-400 ευρώ
   - ❑ 401-500 ευρώ
   - ❑ 501-1000 ευρώ
   - ❑ Πάνω από 1000 ευρώ
   - ❑ Δε θυμάμαι
4. **Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω χρήματα για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**
   - ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
     ……
     ……
   - ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
     ……
     ……

**5. Πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας σας για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση** | **Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ** | **Άλλο** | **Δεν ξέρω / Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | | |
| Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | | |
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | | |
| Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική | | | | | | |
| Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική | | | | | | |
| Μονάδα τεχνητού νεφρού | | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης | | | | | | |

6. **Πόσο είναι περίπου το ετήσιο ποσό που δαπανάτε για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας;**

   - ❑ 0-200 ευρώ
   - ❑ 201-400 ευρώ
   - ❑ 401-600 ευρώ
   - ❑ 601-1000 ευρώ
   - ❑ 1001-2000 ευρώ
   - ❑ Πάνω από 2000 ευρώ
   - ❑ Δε θυμάμαι

7. **Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω χρήματα για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

   - ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
     ……
   - ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
     ……...

8. **Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες (ασφαλισμένοι), σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ;**

   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……
……..

9. **Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες (ασφαλισμένοι), σε τι βαθμό είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ;**

   - ❑ Πάρα πολύ

- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……

……

**10. Από την θέση που κατέχετε ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**11. Από την θέση που κατέχετε ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**12. Είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 όσο αφορά την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας;**

| | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
|---|---|---|
| Ιατρική επίσκεψη | | |
| Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | |
|---|---|---|
| Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | |
| Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες | | |
| Παροχή φαρμάκων | | |
| Παροχή Υγειονομικού Υλικού | | |

**13. Είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 όσο αφορά τη Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας;**

| | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | |
| Διαγνωστικές εξετάσεις | | |
| Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | |
| Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική | | |
| Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | |
|---|---|---|
| Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική | | |
| Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | |

## Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ

- Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας

1. **Γενικά θα ισχυριζόσασταν ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι:**
   - ❑ Πολύ καλή
   - ❑ Καλή
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Κακή
   - ❑ Πολύ κακή
   - ❑ Δεν ξέρω /Δεν απαντώ
2. **Γενικά θα ισχυριζόσασταν ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι:**
   - ❑ Πολύ καλή
   - ❑ Καλή
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Κακή
   - ❑ Πολύ κακή
   - ❑ Δεν ξέρω /Δεν απαντώ
3. **Με βάση την ιδιότητας σας( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή).**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ιατρική Επίσκεψη | | | | | |
| Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | | | | |
| Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες | | | | | |
| Παροχή φαρμάκων | | | | | |
| Παροχή Υγειονομικού Υλικού | | | | | |

4. **Με βάση την ιδιότητας σας(Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στη Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή 5=Πολύ κακή).**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Διαγνωστικές εξετάσεις | | | | | |
| Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | | | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | | | | |

**5. Πόσο χρόνο χρειάζεστε για να επισκεφτείτε ένα συμβεβλημένο με τον Οργανισμό Ιατρό ή Νοσοκομειακό Ιατρό;**

Συμβεβλημένο Ιατρό

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες

UNIVERSITY of NICOSIA

- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

Νοσοκομειακό Ιατρό

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες
- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

6. **Πόσο χρονικό διάστημα χρειάζεστε για να πραγματοποιήσετε Εργαστηριακές εξετάσεις- Παρακλινικές εξετάσεις (προληπτικές ή μη) σε Δημόσιο Ίδρυμα ή σε ένα συμβεβλημένο με τον Οργανισμό εργαστήριο- διαγνωστικό κέντρο ;**

Σε Δημόσιο Ίδρυμα

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες
- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

Σε συμβεβλημένο εργαστήριο

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες
- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

7. **Πόσος χρόνος αναμονής απαιτείται για να εκτελέσετε πράξεις φυσιοθεραπείας- λογοθεραπείας- εργοθεραπείας- ψυχοθεραπείας σε Δημόσιο Ίδρυμα ή σε ένα συμβεβλημένο με τον Οργανισμό θεραπευτή ;**

Σε Δημόσιο Ίδρυμα

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες

- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

Σε συμβεβλημένο θεραπευτή

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες
- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

8. **Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα είδη και το ποσοστό κάλυψης του Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού-διαιτητικών σκευασμάτων- φαρμάκων και γενικότερα παροχών σε είδος που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;**
   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
9. **Πόσος χρόνος αναμονής απαιτείται για να νοσηλευτείτε σε Δημόσιο Ίδρυμα ή σε Συμβεβλημένη Ιδιωτική Κλινική;**

Σε Δημόσιο Ίδρυμα

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες
- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

Σε συμβεβλημένη Ιδιωτική κλινική

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες
- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

10 **Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων στην Συμβεβλημένη Ιδιωτική Κλινική για νοσηλεία που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

11. **Πόσος χρόνος αναμονής απαιτείται για να χειρουργηθείτε σε Δημόσιο Ίδρυμα ή σε Συμβεβλημένη Ιδιωτική Κλινική;**

Σε Δημόσιο Ίδρυμα

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες
- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

Σε συμβεβλημένη Ιδιωτική κλινική

- ❑ Την ίδια ημέρα
- ❑ 1-2 ημέρες
- ❑ 3-5 ημέρες
- ❑ 6-10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 10 ημέρες
- ❑ Περισσότερο από 30 ημέρες

12. **Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων χειρουργείου στην Συμβεβλημένη Ιδιωτική Κλινική, που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

13. **Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τον τρόπο που σας αντιμετωπίζουν στις Υπηρεσίες Υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**14. Γενικά, πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας;**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Πολύ κακή
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
- ❑ Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……

……

**15. Γενικά, πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Πολύ κακή
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……

……

**16. Είστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……

……

UNIVERSITY of NICOSIA

- ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
  ……

17. **Είστε περισσότερο ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
- ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……

**<u>Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης</u>**

1. **Με βάση την ιδιότητα σας ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), είστε ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;**
   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας
   ……
   ……
2. **Μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχετε πιο εύκολη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και στις παροχές από τον ΕΟΠΥΥ;**
   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου

- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……

3. **Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχει επιτευχθεί μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και των δαπανών υγείας ακολούθως;**
   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ
4. **Με το μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με το Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές;**
   - ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
     ……
   - ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
     ……
5. **Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;**
   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

***Σας ευχαριστώ***

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ: Ερωτηματολόγιο Παρόχων Υγείας

## ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

### ΙΙ) Ερωτηματολόγιο Παρόχων Υγείας

### Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ερωτώμενων

**1. Φύλλο:**

- ❑ Άντρας
- ❑ Γυναίκα
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

**2. Ηλικία:**

- ❑ 25-35
- ❑ 36-45
- ❑ 46-55
- ❑ 56-65
- ❑ 66 και άνω

**3. Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;**

- ❑ Έγγαμος/η
- ❑ Άγαμος/η
- ❑ Διαζευγμένος/η
- ❑ Χήρος/α
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

**4. Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας;**

- ❑ Απόφοιτος Λυκείου
- ❑ Πτυχιούχος Δημοσίου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ.
- ❑ Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.
- ❑ Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.
- ❑ Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος
- ❑ Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος

**5. Ποια είναι η ιδιότητα σας:**

- ❑ Ιατρός
- ❑ Φαρμακοποιός
- ❑ Φυσιοθεραπευτής
- ❑ Λογοθεραπευτής
- ❑ Εργοθεραπευτής

- ❑ Ψυχολόγος
- ❑ Προμηθευτής Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού- Υγειονομικού Υλικού
- ❑ Άλλο, Παρακαλώ προσδιορίστε την ιδιότητα σας……

**6. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο επάγγελμα σας:**

……έτη

**7. Είστε ιδιώτης πάροχος υπηρεσιών υγείας ή διορισμένος στο Δημόσιο τομέα;**

- ❑ Ιδιώτης πάροχος Υπηρεσιών Υγείας
- ❑ Διορισμένος σε Δημόσια Δομή Υγείας

**8. Αν είστε ιδιώτης πάροχος Υπηρεσιών Υγείας παρακαλώ απαντήστε εάν είστε συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ:**

- ❑ Ναι
- ❑ Όχι

**9. Αν είστε διορισμένος σε Δημόσια Δομή Υγείας, παρακαλώ αναφέρετε σε ποιο Φορέα του Δημοσίου εργάζεσθε:**

……

## ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

- Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας

**1. Με βάση την ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), βαθμολογείστε τις δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για τις Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (1=Πάρα πολλές, 2=Πολλές, 3=Αρκετές, 4=Λίγες, 5=Ελάχιστες)**

| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε ιατρό | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Συνταγογράφηση φαρμάκων | | | | | |
| Δαπάνες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | | | | |
| Δαπάνες ειδικών θεραπειών-φυσιοθεραπείες-λογοθεραπείες-εργοθεραπείες-ψυχοθεραπείες | | | | | |
| Δαπάνες υγειονομικού υλικού | | | | | |

2. **Κατά την γνώμη σας και σύμφωνα με την θέση που κατέχετε, πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων- ασθενών για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση όσοι ασθενείς διαθέτουν** | **Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ** | **Άλλο** | **Δεν ξέρω / Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε ιατρό | | | | | | |
| Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | | |
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | | |
| Δαπάνες ιατροτεχνολογι-κού εξοπλισμού | | | | | | |
| Δαπάνες ειδικών θεραπειών-φυσιοθεραπείε-λογοθεραπείες-εργοθεραπείες-ψυχοθεραπείες | | | | | | |
| Δαπάνες υγειονομικού υλικού | | | | | | |

3. **Θεωρείτε ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ή μειώθηκαν για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

   ❑ Αυξήθηκαν

   ❑ Μειώθηκαν

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

   ……

4. **Με βάση την ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), βαθμολογείστε τις δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (1=Πάρα πολλές, 2=Πολλές, 3=Αρκετές, 4=Λίγες, 5=Ελάχιστες)**

UNIVERSITY of NICOSIA

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |
| Παρακλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο | | | | | |
| Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής | | | | | |
| Παρακλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | |
| Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Επίσκεψη για θεραπεία σε Μονάδα τεχνητού νεφρού | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης | | | | | |

**5. Κατά την γνώμη σας και σύμφωνα με την θέση που κατέχετε, πως καλύπτονται οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων- ασθενών για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από τον ίδιο τον ασφαλισμένο ως ποσοστό συμμετοχής** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλεια εάν διαθέτει ο ασφαλισμέ-νος** | **Πληρώ-νουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημι-ώνονται από τον ΕΟΠΥΥ** | **Άλλο** | **Δεν ξέρω / Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | | |
| Παρακλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο | | | | | | |
| Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής | | | | | | |
| Παρακλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική | | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | | |
| Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική | | | | | | |
| Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική | | | | | | |
| Επίσκεψη για θεραπεία σε Μονάδα τεχνητού νεφρού | | | | | | |
| Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης | | | | | | |

6. **Θεωρείται ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ή μειώθηκαν για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**
   - ❑ Αυξήθηκαν
   - ❑ Μειώθηκαν

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

   ……

   ……
7. **Από τη θέση που κατέχετε (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.) , σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;**
   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου

- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

8. **Από τη θέση που κατέχετε (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;**

   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**<u>Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ</u>**

- Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας

**1. Γενικά, θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι:**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Πολύ κακή
- ❑ Δεν ξέρω /Δεν απαντώ

2. **Γενικά θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι:**
   - ❑ Πολύ καλή
   - ❑ Καλή
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Κακή
   - ❑ Πολύ κακή
   - ❑ Δεν ξέρω /Δεν απαντώ
3. **Με βάση την ιδιότητας σας(Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές,**

**λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή , 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Πολύ κακή).**

| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Ιατρική Επίσκεψη | | | | | |
| Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | | | | |
| Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες | | | | | |
| Παροχή φαρμάκων | | | | | |
| Παροχή Υγειονομικού Υλικού | | | | | |

4. **Με βάση την ιδιότητας σας(Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή 5=Πολύ κακή).**

UNIVERSITY of NICOSIA

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |
| Επίσκεψη σε ιατρό σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Διαγνωστικές – Εργαστηριακές εξετάσεις σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Διαγνωστικές – εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Νοσηλεία σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Χειρουργεία σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Περίθαλψη για θεραπεία σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | | | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | | | | |

5. **Με βάση την ιδιότητας σας(Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), ποιος είναι ο χρόνος αναμονής σχετικά με την ποιότητα των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ;**

| | **Την ίδια ημέρα** | **3-5 ημέρες** | **6-10 ημέρες** | **Περισσότερο από 10 ημέρες** | **Περισσότερο από 30 ημέρες** |
|---|---|---|---|---|---|
| Ιατρική Επίσκεψη | | | | | |
| Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | | | | |
| Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες | | | | | |
| Παροχή φαρμάκων | | | | | |
| Παροχή Υγειονομικού Υλικού | | | | | |

6. **Με βάση την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), ποιος είναι ο χρόνος αναμονής σχετικά με την ποιότητα των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ;**

| | **Την ίδια ημέρα** | **3-5 ημέρες** | **6-10 ημέρες** | **Περισσότερο από 10 ημέρες** | **Περισσότερο από 30 ημέρες** |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |
| Επίσκεψη σε ιατρό σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Διαγνωστικές – Εργαστηριακές εξετάσεις σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Διαγνωστικές – Εργαστηριακές εξετάσεις | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Νοσηλεία σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Χειρουργεία σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Περίθαλψη για θεραπεία σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | | | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | | | | |

7. **Θεωρείτε, γενικά, ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε ή αυξήθηκε για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.**

   ❑ Αυξήθηκε

   ❑ Μειώθηκε

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

   …… …..

UNIVERSITY of NICOSIA

8. **Θεωρείτε, γενικά, ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε ή αυξήθηκε για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.**

   - ❑ Αυξήθηκε
   - ❑ Μειώθηκε

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

   ……

9. **Είστε ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας……

10. **Είστε ικανοποιημένος/η από την Ποιότητα των Παρεχόμενων Υπηρεσιών όσον αφορά στην Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

   ……

11. **Από τη θέση σας ως πάροχος Υγείας, γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας;**

   - ❑ Πολύ καλή
   - ❑ Καλή
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Κακή

- ❑ Πολύ κακή
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……

**12. Από τη θέση σας ως πάροχος Υγείας, πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Πολύ κακή
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……

13. **Σύμφωνα με τα νέα δεδομένα και έπειτα από τη συνένωση των ταμείων και τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, θεωρείτε ότι από τις Υπηρεσίες που παρέχεται στους ασθενείς αμείβεστε περισσότερο από ότι πριν** ;

- ❑ Αν ναι :(Μικρή επεξήγηση)……
- ❑ Αν όχι: (Μικρή επεξήγηση)…….

**14. Με τη δημιουργία του ΕΟΠΠΥ, την αύξηση των απαιτήσεων για την Υγεία, την εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης και τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την παροχή τόσο των Πρωτοβάθμιων όσο και των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας, νιώθετε μεγαλύτερη κόπωση απ' ότι πριν για την παροχή ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας στους ασθενείς ;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……

**<u>Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης</u>**

**1. Με βάση την ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), είστε ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……

**2. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι διευκόλυνε την δουλειά σας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……

**3. Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχει επιτευχθεί μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και, συνεπώς, και των δαπανών υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……

**4. Με το μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με το Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής**

**συνταγογράφησης, θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές;**

- ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
- ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……

5. **Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;**
   - ❑ Πάρα πολύ
   - ❑ Πολύ
   - ❑ Μέτρια
   - ❑ Λίγο
   - ❑ Καθόλου
   - ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

   ……

***Σας ευχαριστώ πολύ***

UNIVERSITY of NICOSIA

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV Ερωτηματολόγιο πολιτών- καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

## «Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας από τη δημιουργία του μέχρι σήμερα: Αποτελεσματικότητα, Διαφάνεια και Ελλείψεις του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας»

### Ερωτηματολόγιο πολιτών- καταναλωτών Υπηρεσιών Υγείας και Υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

**Σημείωμα προς τον ερωτώμενο**

**Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό.**
**Η έρευνα είναι πρωτογενής, δηλαδή το ερωτηματολόγιο που πρόκειται να απαντήσετε δεν προϋπήρχε, αλλά συντάχθηκε πρώτη φορά για τη συγκεκριμένη εργασία και ήδη έχει ελεγχθεί η αξιοπιστία του μέσω της πιλοτικής έρευνας που έχει ήδη διεξαχθεί.**
**Τα ερωτηματολόγια διανέμονται στους ερωτώμενους με τη μέθοδο του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και με τη μορφή googleforms. Η συγκεκριμένη μορφή είναι η πλέον διαδεδομένη για το διαμοιρασμό ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων καθώς είναι εύχρηστη τόσο για το δημιουργό του ερωτηματολογίου, όσο και για όσους πρόκειται να το συμπληρώσουν και μέσω αυτού εξασφαλίζεται πάντα η ανωνυμία τους καθώς έχουν και τη δυνατότητα οποιαδήποτε στιγμή να αποχωρήσουν. Επιπλέον, βοηθάει πολύ στη διεξαγωγή της έρευνας- ειδικά για έρευνα μεγάλου εύρους όπως η συγκεκριμένη (3000 ερωτηματολόγια περίπου) μιας και συλλέγει τα αποτελέσματα των απαντήσεων και δίνει ταχεία αποτελέσματα. Η διεξαγωγή των συμπερασμάτων θα γίνει με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος *IBM SPSS Statistics 2.1*. Στο πρόγραμμα αυτό εισάγονται δεδομένα που συλλέγονται από τα ερωτηματολόγια και προκύπτουν αποτελέσματα σε πίνακες συχνοτήτων και γραφήματα.**
**Σας διαβεβαιώνω ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την περάτωση της συγκεκριμένης διατριβής και φυσικά η ανωνυμία σας είναι εξασφαλισμένη.**
**Σας Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που θα αφιερώσετε έκ' των προτέρων για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου**

**Διευκρινήσεις**

«Ως **«Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας»** νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών της υγείας (ιατρική επίσκεψη, παρακλινικές εξετάσεις όπως μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις- προμήθεια φαρμάκων και άλλων ιατρικών ειδών- ειδικές θεραπείες όπως φυσιοθεραπείες- λογοθεραπείες- ψυχοθεραπείες κ.α)

«Ως «**Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας**» νοούνται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές όπως επισκέψεις- εξετάσεις- νοσηλεία για θεραπεία-

χειρουργεία , στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας»

## Α. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ερωτώμενων (Α. Ερωτήσεις 1-12)

**1.Φύλλο:**

- ❑ Άντρας
- ❑ Γυναίκα
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

**2.Ηλικία:**

- ❑ 18-24
- ❑ 25-35
- ❑ 36-45
- ❑ 46-55
- ❑ 56-65
- ❑ 66 και άνω

**3.Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;**

- ❑ Έγγαμος/η
- ❑ Άγαμος/η
- ❑ Διαζευγμένος/η
- ❑ Χήρος/α
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

**4.Αριθμός Τέκνων:**

- ❑ Κανένα
- ❑ Ένα
- ❑ Δύο
- ❑ Τρία
- ❑ Τέσσερα
- ❑ Άνω των τεσσάρων παιδιών

**5.Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας;**

- ❑ Απόφοιτος Δημοτικού
- ❑ Απόφοιτος Γυμνασίου
- ❑ Απόφοιτος Λυκείου
- ❑ Πτυχιούχος Δημοσίου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ.
- ❑ Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.

UNIVERSITY of NICOSIA

- ❑ Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.
- ❑ Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος
- ❑ Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος

**6.Ποια είναι η κύρια οικονομική σας δραστηριότητα;**

- ❑ Εργαζόμενος
- ❑ Άνεργος
- ❑ Συνταξιούχος
- ❑ Μη οικονομικά ενεργός (μαθητής, σπουδαστής, στρατιώτης, νοικοκυρά, εισοδηματίας, ανίκανος για εργασίας)
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

*Αν εργάζεστε/εργαζόσασταν, τότε μπορείτε να απαντήσετε στην ερώτηση 7.*

**7.Στην εργασία σας είστε/ήσασταν:**

- ❑ Δημόσιος Υπάλληλος
- ❑ Υπάλληλος ΕΟΠΥΥ
- ❑ Ιδιωτικός Υπάλληλος
- ❑ Ελεύθερος Επαγγελματίας
- ❑ Έμπορος
- ❑ Αγρότης
- ❑ Άλλο
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

**8.Όσο αφορά την ασφάλιση σας στον τομέα της Υγείας είστε:**

- ❑ Άμεσα Ασφαλισμένος
- ❑ Έμμεσα ασφαλισμένος

**9.Σε ποιο ασφαλιστικό ταμείο της κύριας ασφάλισης υπαγόσασταν πριν την ενοποίηση των Ταμείων και την Δημιουργία του ΕΟΠΥΥ:**

- ❑ Ο.Π.Α.Δ.
- ❑ Ι.Κ.Α.
- ❑ Ο.Γ.Α.
- ❑ Ο.Α.Ε.Ε. (ΤΕΒΕ, ΤΣΑ, ΤΑΕ)
- ❑ Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.
- ❑ ΑΛΛΟ (ΝΑΤ, ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, ΤΣΑΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΤΑΜΕΙΟ ΝΟΜΙΚΩΝ κ.α.)
  Σε ποιο ταμείο άλλο είστε ασφαλισμένος/η;……..

**10.Εκτός από την κύρια ασφάλιση έχετε και ιδιωτική ασφάλιση υγείας:**

- ❑ Ναι
- ❑ Όχι

UNIVERSITY of NICOSIA

*Αν στην προηγούμενη ερώτηση απαντήσατε "Ναι", τότε μπορείτε να απαντήσετε στις ερωτήσεις 11 και 12.*

**11.Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που έχετε σας καλύπτει για:**

- ❑ Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
- ❑ Νοσοκομειακή περίθαλψη
- ❑ Και τα δύο

**12.Για ποιους από τους παρακάτω λόγους προβήκατε στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας:**

| **ΛΟΓΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ** | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
|---|---|---|
| 13. Δεν είμαι ικανοποιημένος/η με τις παροχές του ΕΟΠΥΥ | | |
| 14. Κάλυψη στο κόστος των επισκέψεων σε εξειδικευμένους ιατρούς | | |
| 15. Λιγότερος χρόνος αναμονής για ιατρικές επισκέψεις | | |
| 16. Δωρεάν σύγχρονα ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικών εξετάσεων | | |
| 17. Λιγότερος χρόνος αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις | | |
| 18. Δωρεάν ετήσιος προληπτικός ιατρικός έλεγχος | | |
| 19. Κάλυψη εξόδων οδοντιατρικής περίθαλψης | | |
| 20. Άμεση και δωρεάν περίθαλψη σε ιδιωτικές κλινικές | | |
| 21. Κάλυψη εξόδων για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές | | |
| 22. Κάλυψη εξόδων για χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές | | |
| 23. Λιγότερος χρόνος αναμονής για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και χειρουργεία σε ιδιωτικές κλινικές | | |
| 24. Καλύτερες συνθήκες νοσηλείας | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

# Β. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

**(Β. ερωτήσεις 1-11)**

- Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας

**1.Αντιμετωπίζετε κάποιο θέμα υγείας ώστε να χρειαστεί να απευθυνθείτε σε κάποιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
|---|---|---|
| Επίσκεψη σε συμβεβλημένο ιατρό | | |
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | |
| Προληπτικές εξετάσεις | | |
| Παρακλινικές εξετάσεις | | |
| Αναγραφή συνταγών | | |
| Θεραπείες ειδικής αγωγής | | |
| Παροχές ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού – ορθοπαιδικών ειδών | | |
| Χειρουργείο σε δημόσιο νοσοκομείο | | |
| Χειρουργείο σε ιδιωτική κλινική | | |
| Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | |
| Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | |
|---|---|---|
| Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | |

**2.Πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας σας για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση** | **Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ** | **Δεν-έχει χρειαστεί Ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε ιατρό | | | | | |
| Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | |
| Δαπάνες ιατροτεχνολογι-κού εξοπλισμού | | | | | |
| Δαπάνες ειδικών θεραπειών-φυσιοθεραπείες - λογοθεραπείες-εργοθεραπείες-ψυχοθεραπείες | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Δαπάνες υγειονομικού υλικού | | | | | |

**3.Πόσο είναι περίπου το ετήσιο ποσό που δαπανάτε για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας;**

- ❑ 0-100 ευρώ
- ❑ 101-300 ευρώ
- ❑ 301-500 ευρώ
- ❑ Πάνω από 500 ευρώ
- ❑ Δεν Θυμάμαι

**4.Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
  ……..
- ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
  ……

**5.Πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας σας για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και πλήρωσα και εγώ κάποιο ποσό ως συμμετοχή** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και χρησιμοποίησα και την ιδιωτική μου ασφάλιση** | **Πλήρωσα από την τσέπη μου όλες τις δαπάνες, δεν αποζημιώθηκα από τον ΕΟΠΥΥ** | **Δεν-έχει χρειαστεί Ή Δεν ξέρω/Δεν Απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | |
| Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Μονάδα τεχνητού νεφρού | | | | | |
| Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης | | | | | |

**6.Πόσο είναι περίπου το ετήσιο ποσό που δαπανάτε για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας;**

- ❑ 0-200 ευρώ
- ❑ 201-500 ευρώ
- ❑ 501-1000 ευρώ
- ❑ Πάνω από 1000 ευρώ
- ❑ Δεν Θυμάμαι

**7.Ξοδεύετε ετήσια παραπάνω για Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
  ……
- ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
  ……..



UNIVERSITY of NICOSIA

**8.Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες (ασφαλισμένοι), είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ και σε τι βαθμό καλύπτουν τις ανάγκες σας για Υπηρεσίες Υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου

**9. Ως Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες (ασφαλισμένοι), είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ και σε τι βαθμό καλύπτουν τις ανάγκες σας για Υπηρεσίες Υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου

**10. Είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 όσο αφορά την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας;**

| | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
|---|---|---|
| Ιατρική Επίσκεψη | | |
| Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις | | |
| Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | |
| Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες | | |
| Παροχή φαρμάκων | | |
| Παροχή Υγειονομικού Υλικού | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

**11. Είστε ικανοποιημένοι από τις δαπάνες Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 όσο αφορά την Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας;**

| | **ΝΑΙ** | **ΟΧΙ** |
|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | |
| Διαγνωστικές εξετάσεις | | |
| Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | |
| Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική | | |
| Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | |
| Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική | | |
| Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | |

## Γ. Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ

**(Γ. ερωτήσεις 1-13)**

- Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας

**1.Γενικά θα λέγατε ότι είστε ικανοποιημένος/η με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ :**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου

2. **Γενικά θα λέγατε ότι είστε ικανοποιημένος/η με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ :**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Καθόλου

3. **Με βάσει την ιδιότητας σας ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5= Δεν έχω χρησιμοποιήσει/Δεν ξέρω ή Δεν απαντώ).**

| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Ιατρική Επίσκεψη | | | | | |
| Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | | | | |
| Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες | | | | | |
| Παροχή φαρμάκων | | | | | |
| Παροχή Υγειονομικού Υλικού | | | | | |

4. **Με βάσει την ιδιότητας σας (Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή , 5=Δεν έχω χρησιμοποιήσει / Δεν ξέρω/Δεν απαντώ ).**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |
| Διαγνωστικές εξετάσεις | | | | | |
| Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Χειρουργεία σε δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Περίθαλψη σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | | | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | | | | |

**5. Ως πολίτες ασφαλισμένοι ή Υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, παρακαλώ απαντήστε στον παρακάτω πίνακα σχετικά με τον χρόνο αναμονής που απαιτείται από την εμπειρία σας για την παροχή ποιοτικών Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας σε συμβεβλημένους παρόχους με τον Οργανισμό.**

| **Ημέρες που απαιτούνται ως χρόνος αναμονής** | **Την ίδια ημέρα** | **1-2** | **3-5** | **6-10** | **Περισσότερες από 10 ημέρες** | **Περισσότερο από 30 ημέρες** | **Δεν χρησιμοποιώ ή Δεν ξέρω/Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ιατρική Επίσκεψη σε συμβεβλημένο Ιατρό με τον ΕΟΠΥΥ** | | | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Διαγνωστικές-Παρακλινικές Εξετάσεις σε συμβεβλημένο εργαστήριο με τον ΕΟΠΥΥ** | | | | | | | |
| **Προμήθεια Φαρμάκων, παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού από συμβεβλημένο πάροχο** | | | | | | | |
| **Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες σε συμβεβλημένο παροχο** | | | | | | | |

**6. Ως πολίτες ασφαλισμένοι ή Υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, παρακαλώ απαντήστε στον παρακάτω πίνακα σχετικά με τον χρόνο αναμονής που απαιτείται από την εμπειρία σας για την παροχή ποιοτικών Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας σε Δημόσια Νοσοκομεία ή Δημόσια Ιδρύματα γενικότερα.**

| **Ημέρες που απαιτούνται ως χρόνος αναμονής** | **Την ίδια ημέρα** | **1-2** | **3-5** | **6-10** | **Περισσότερες από 10 ημέρες** | **Περισσότερο από 30 ημέρες** | **Δεν χρησιμοποιώ / Δεν ξέρω ή Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ιατρική Επίσκεψη σε νοσοκομειακό Ιατρό** | | | | | | | |
| **Διαγνωστικές-Παρακλινικές Εξετάσεις σε Δημόσιο Νοσοκομείο** | | | | | | | |
| **Προμήθεια Φαρμάκων από το Φαρμακείο του Νοσοκομείου ή του ΕΟΠΥΥ** | | | | | | | |
| **Ειδικές θεραπείες, όπως φυσιοθεραπείες** | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **λογοθεραπείες, εργοθεραπείες ψυχοθεραπείες από Δημόσιο Ίδρυμα** | | | | | | | |
| **Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο** | | | | | | | |
| **Χειρουργεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο** | | | | | | | |
| **Θεραπεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο** | | | | | | | |
| **Θεραπεία στην Μονάδα Νεφρού Δημόσιου Νοσοκομείου** | | | | | | | |

**7. Ως πολίτες ασφαλισμένοι ή Υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ, παρακαλώ απαντήστε στον παρακάτω πίνακα σχετικά με τον χρόνο αναμονής που απαιτείται από την εμπειρία σας για την παροχή ποιοτικών Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας σε συμβεβλημένη με το Οργανισμό Ιδιωτική Κλινική ή Ιδιωτικά Συμβεβλημένα Ιατρικά Κέντρα.**

| **Ημέρες που απαιτούνται ως χρόνος αναμονής** | **Την ίδια ημέρα** | **1-2** | **3-5** | **6-10** | **Περισσότερες από 10 ημέρες** | **Περισσότερο από 30 ημέρες** | **Δεν χρησιμοποιώ / Δεν ξέρω ή Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ιατρική Επίσκεψη σε Ιατρό σε Ιδιωτική Κλινική ή Ιατρικό Κέντρο** | | | | | | | |
| **Διαγνωστικές-Παρακλινικές Εξετάσεις σε Ιδιωτική Κλινική ή Ιατρικό Κέντρο** | | | | | | | |
| **Νοσηλεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο** | | | | | | | |
| **Χειρουργεία σε Ιδιωτική Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο** | | | | | | | |
| **Θεραπεία σε Ιδιωτική** | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Κλινική ή σε Ιατρικό Κέντρο** | | | | | | | |
| **Θεραπεία στην Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Ιδιωτικού Νεφρολογικού Κέντρου** | | | | | | | |
| **Θεραπεία και Νοσηλεία σε Κέντρο Αποκατάστασης** | | | | | | | |

**8. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τα είδη και το ποσοστό κάλυψης του Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού-διαιτητικών σκευασμάτων- φαρμάκων και γενικότερα παροχών σε είδος που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Ελάχιστα
- ❑ Δεν έχω χρησιμοποιήσει

**9. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων στην Συμβεβλημένη Ιδιωτική Κλινική για νοσηλεία, που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Ελάχιστα
- ❑ Δεν έχω χρησιμοποιήσει

**10. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το ποσοστό κάλυψης των εξόδων χειρουργείου στην Συμβεβλημένη Ιδιωτική Κλινική, που παρέχει ο ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Ελάχιστα
- ❑ Δεν έχω χρησιμοποιήσει

**11. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τον τρόπο που σας αντιμετωπίζουν στις Υπηρεσίες Υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο

- ❑ Καθόλου

**12. Γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας;**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Άλλο

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……
……
……...

**13. Γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Άλλο

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

.....

## <u>Δ.Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης</u>

**(Δ. ερωτήσεις 1-5)**

**1.Με βάσει την ιδιότητα σας ( Υπάλληλοι ΕΟΠΥΥ- πολίτες ασφαλισμένοι), είστε ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Ελάχιστα
- ❑ Άλλο

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας
……
……
……

**2.Μετά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχετε πιο εύκολη πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας και στις παροχές από τον ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Ελάχιστα
- ❑ Άλλο

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας
……
……
……

**3.Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχει επιτευχθεί μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και συνεπώς και των δαπανών υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Ελάχιστα
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

4. **Με τον μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με τον Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές;**

- ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
  ……
- ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
  …….

5. **Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Ελάχιστα
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό**

UNIVERSITY of NICOSIA

**Σας διαβεβαιώνω ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την περάτωση της συγκεκριμένης διατριβής**

**Σας Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που αφιερώσατε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.**

UNIVERSITY of NICOSIA

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V Ερωτηματολόγιο Παρόχων Υγείας

# «Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας από τη δημιουργία του μέχρι σήμερα: Αποτελεσματικότητα, Διαφάνεια και Ελλείψεις του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας»

**Ερωτηματολόγιο Παρόχων Υγείας**

**Σημείωμα προς τον ερωτώμενο**

**Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό.**
**Η έρευνα είναι πρωτογενής, δηλαδή το ερωτηματολόγιο που πρόκειται να απαντήσετε δεν προϋπήρχε, αλλά συντάχθηκε πρώτη φορά για τη συγκεκριμένη εργασία και ήδη έχει ελεγχθεί η αξιοπιστία του μέσω της πιλοτικής έρευνας που έχει ήδη διεξαχθεί.**
**Τα ερωτηματολόγια διανέμονται στους ερωτώμενους με την μέθοδο του ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και με την μορφή googleforms. Η συγκεκριμένη μορφή είναι η πλέον διαδεδομένη για το διαμοιρασμό ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων καθώς είναι εύχρηστη τόσο για το δημιουργό του ερωτηματολογίου, όσο και για όσους πρόκειται να το συμπληρώσουν και μέσω αυτού εξασφαλίζεται πάντα η ανωνυμία τους καθώς έχουν και την δυνατότητα οποιαδήποτε στιγμή να αποχωρήσουν. Επιπλέον, βοηθάει πολύ στη διεξαγωγή της έρευνας- ειδικά για έρευνα μεγάλου εύρους όπως η συγκεκριμένη (3000 ερωτηματολόγια περίπου) μιας και συλλέγει τα αποτελέσματα των απαντήσεων και δίνει ταχεία αποτελέσματα. Η διεξαγωγή των συμπερασμάτων θα γίνει με την χρήση του στατιστικού προγράμματος *IBM SPSS Statistics 2.1*. Στο πρόγραμμα αυτό εισάγονται δεδομένα που συλλέγονται από τα ερωτηματολόγια και προκύπτουν αποτελέσματα σε πίνακες συχνοτήτων και γραφήματα.**
**Σας διαβεβαιώνω ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την περάτωση της συγκεκριμένης διατριβής και φυσικά η ανωνυμία σας είναι εξασφαλισμένη.**
**Σας Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που θα αφιερώσετε έκ' των προτέρων για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου**

**Α. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Ερωτώμενων**
**(Α- ερωτήσεις από 1-9)**

**1.Φύλλο:**

- ❑ Άντρας
- ❑ Γυναίκα
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

**2.Ηλικία:**

- ❑ 25-35
- ❑ 36-45

- ❑ 46-55
- ❑ 56-65
- ❑ 66 και άνω

**3.Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;**

- ❑ Έγγαμος/η
- ❑ Άγαμος/η
- ❑ Διαζευγμένος/η
- ❑ Χήρος/α
- ❑ Δεν επιθυμώ να προσδιορίσω/απαντήσω

**4.Ποιο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης σας;**

- ❑ Απόφοιτος Λυκείου
- ❑ Πτυχιούχος Δημοσίου ή Ιδιωτικού Ι.Ε.Κ.
- ❑ Πτυχιούχος Τ.Ε.Ι.
- ❑ Πτυχιούχος Α.Ε.Ι.
- ❑ Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος
- ❑ Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος

**5.Ποια η ιδιότητα σας:**

- ❑ Ιατρός
- ❑ Φαρμακοποιός
- ❑ Φυσιοθεραπευτής
- ❑ Λογοθεραπευτής
- ❑ Εργοθεραπευτής
- ❑ Ψυχολόγος
- ❑ Προμηθευτής Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού- Υγειονομικού Υλικού
- ❑ Άλλο, Παρακαλώ προσδιορίστε την ιδιότητα σας……
  …….

6. **Πόσα χρόνια εργάζεστε στο επάγγελμα σας:**
   ……έτη

7. **Είστε ιδιώτης πάροχος υπηρεσιών υγείας ή διορισμένος στο Δημόσιο τομέα;**
   - ❑ Ιδιώτης πάροχος Υπηρεσιών Υγείας
   - ❑ Διορισμένος σε Δημόσια Δομή Υγείας

8. **Αν είστε ιδιώτης πάροχος Υπηρεσιών Υγείας παρακαλώ απαντήστε εάν είστε συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ:**
   - ❑ Ναι
   - ❑ Όχι

9. **Αν είστε διορισμένος σε Δημόσια Δομή Υγείας, παρακαλώ αναφέρετε σε ποιο Φορέα του Δημοσίου εργάζεσθε:**
   ……
   …….

## Β. ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

**(Β- Ερωτήσεις 1-8)**

- Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας

**1.Με βάσει την Ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), βαθμολογείστε τις δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (1=Πάρα πολλές, 2=Πολλές, 3=Αρκετές, 4=Λίγες, 5= Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ)**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε ιατρό | | | | | |
| Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Συνταγογράφηση φαρμάκων | | | | | |
| Δαπάνες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | | | | |
| Δαπάνες ειδικών θεραπειών-φυσιοθεραπείες-λογοθεραπείες-εργοθεραπείες-ψυχοθεραπείες | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Δαπάνες υγειονομικού υλικού | | | | | |

**2. Κατά την γνώμη σας και σύμφωνα με την θέση που κατέχετε πώς καλύπτονται οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων- ασθενών για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς με ιδία συμμετοχή του ασθενή σύμφωνα με το ποσοστό συμμετοχής** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική τους ασφάλιση όσοι ασθενείς διαθέτουν** | **Πληρώνουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημιώ-νονται από τον ΕΟΠΥΥ** | **Δεν ξέρω / Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε ιατρό | | | | | |
| Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | |
| Δαπάνες ιατροτεχνολογι-κού εξοπλισμού | | | | | |
| Δαπάνες ειδικών θεραπειών-φυσιοθεραπείε-λογοθεραπείες-εργοθεραπείες-ψυχοθεραπείες | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Δαπάνες υγειονομικού υλικού | | | | | |

**3. Θεωρείτε ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ή μειώθηκαν για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Αυξήθηκαν
- ❑ Μειώθηκαν

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……
……
……

**4. Με βάσει την Ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), βαθμολογείστε τις δαπάνες υγείας που καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (1=Πάρα πολλές, 2=Πολλές, 3=Αρκετές, 4=Λίγες, 5=Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ)**

| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |
| Παρακλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο | | | | | |
| Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής | | | | | |
| Παρακλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | |
| Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Επίσκεψη για θεραπεία σε Μονάδα τεχνητού νεφρού | | | | | |
| Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης | | | | | |

5. **Κατά την γνώμη σας και σύμφωνα με την θέση που κατέχετε πως καλύπτονται οι δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων- ασθενών για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας;**

| | **Πλήρως από τον ΕΟΠΥΥ** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από τον ίδιο τον ασφαλισμένο ως ποσοστό συμμετοχής** | **Μερικώς από τον ΕΟΠΥΥ και μερικώς από την ιδιωτική ασφάλεια εάν διαθέτει ο ασφαλισμέ-νος** | **Πληρώ-νουν με ιδίους πόρους και δεν αποζημι-ώνονται από τον ΕΟΠΥΥ** | **Δεν ξέρω / Δεν απαντώ** |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |
| Παρακλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις στο νοσοκομείο | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε ιατρό ιδιωτικής κλινικής | | | | | |
| Παρακλινικές-Εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Συνταγογράφη-ση φαρμάκων | | | | | |
| Έξοδα χειρουργείων σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Έξοδα νοσηλείας σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Επίσκεψη για θεραπεία σε Μονάδα τεχνητού νεφρού | | | | | |
| Νοσηλεία σε κέντρα αποκατάστασης | | | | | |

6. **Θεωρείται ότι οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν ή μειώθηκαν για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ;**

- ❑ Αυξήθηκαν
- ❑ Μειώθηκαν

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:
……
……
……

7. **Από την θέση που κατέχετε (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.) , σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ

- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**8. Από την θέση που κατέχετε (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.), σε τι βαθμό πιστεύετε ότι οι δαπάνες για Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΕΟΠΥΥ καλύπτουν τις ανάγκες για Υπηρεσίες υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

## Γ. Ποιότητα Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας έπειτα από την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ

**(Γ- Ερωτήσεις 1-10)**

- Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας
- Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας

**1.Γενικά θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι:**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Δεν ξέρω /Δεν απαντώ

**2.Γενικά θα λέγατε ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ είναι:**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Δεν ξέρω /Δεν απαντώ

**3.Με βάσει την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή , 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή, 5=Δεν ξέρω/ δεν απαντώ).**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ιατρική Επίσκεψη | | | | | |
| Διαγνωστικές – Παρακλινικές εξετάσεις | | | | | |
| Παροχές σε είδος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού | | | | | |
| Ειδικές θεραπείες: φυσιοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες | | | | | |
| Παροχή φαρμάκων | | | | | |
| Παροχή Υγειονομικού Υλικού | | | | | |

**4.Με βάσει την ιδιότητας σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), βαθμολογείστε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας μετά την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ (1=Πολύ καλή, 2=Καλή, 3=Μέτρια, 4=Κακή , 5=Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ).**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Επίσκεψη σε νοσοκομειακό ιατρό | | | | | |
| Επίσκεψη σε ιατρό σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Διαγνωστικές – Εργαστηριακές εξετάσεις σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |

UNIVERSITY of NICOSIA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Διαγνωστικές – εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Νοσηλεία σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Νοσηλεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Χειρουργεία σε Δημόσιο νοσοκομείο | | | | | |
| Χειρουργεία σε ιδιωτική κλινική | | | | | |
| Περίθαλψη για θεραπεία σε Κέντρα Τεχνητού Νεφρού | | | | | |
| Νοσηλεία σε Κέντρα Αποκατάστασης | | | | | |

5. **Θεωρείτε γενικά ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε ή αυξήθηκε για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.**

   - ❑ Αυξήθηκε
   - ❑ Μειώθηκε

   Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

   ……
……

……
…….

6. **Θεωρείτε γενικά ότι ο χρόνος αναμονής μειώθηκε ή αυξήθηκε για Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ.**

- ❑ Αυξήθηκε
- ❑ Μειώθηκε

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας:

……
……

**7. Από την θέση σας ως πάροχος Υγείας, γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας;**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Δεν ξέρω/ δεν απαντώ

**8. Από την θέση σας ως πάροχος Υγείας, γενικά πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα και την ανταποκρισιμότητα των Δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας;**

- ❑ Πολύ καλή
- ❑ Καλή
- ❑ Μέτρια
- ❑ Κακή
- ❑ Δεν ξέρω/ δεν απαντώ

9. **Σύμφωνα με τα νέα δεδομένα και έπειτα από την συνένωση των ταμείων και την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, θεωρείτε ότι από τις Υπηρεσίες που παρέχεται στους ασθενείς αμείβεστε περισσότερο από ότι πριν** ;

- ❑ Αν ναι :(Μικρή επεξήγηση)…….....
- ❑ Αν όχι: (Μικρή επεξήγηση)…….....

**10. Με την δημιουργία του ΕΟΠΠΥ, την αύξηση των απαιτήσεων για την Υγεία, την εξέλιξη της Ιατρικής Επιστήμης και τα νέα επιδημιολογικά δεδομένα σχετικά με την Παροχή τόσο των Πρωτοβάθμιων όσο και των Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας νιώθετε μεγαλύτερη κόπωση από ότι πριν για την παροχή ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας στους ασθενείς ;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Δεν ξέρω/ δεν απαντώ

## Δ.Διαφάνεια στην Υγεία- Μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης

**(Δ- Ερωτήσεις 1-5)**

**1.Με βάσει την ιδιότητα σας (Ιατροί- Φαρμακοποιοί- ιατροτεχνολογικό προσωπικό- Προμηθευτές Υγειονομικού Υλικού- Ειδικοί θεραπευτές όπως φυσιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α), είστε ικανοποιημένοι από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Άλλο

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……
…….

**2.Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι διευκόλυνε την δουλειά σας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Άλλο

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……
……

**3.Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι έχει επιτευχθεί μείωση της ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και συνεπώς και των δαπανών υγείας;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Άλλο

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……
……

**4.Με τον μοναδικό αριθμό ΑΜΚΑ σε όλους τους ασφαλισμένους αλλά και στους ανασφάλιστους με τον Φάκελο Υγείας και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης θεωρείτε ότι στο μέλλον θα έχουμε ένα καλύτερο Υγειονομικό σύστημα με περισσότερες παροχές;**

- ❑ Αν ναι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
  ……
- ❑ Αν όχι (μικρή επεξήγηση)……
  ……
  ……
  ……..

**5.Με την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε τι βαθμό έχει επιτευχθεί διαφάνεια στην Υγεία;**

- ❑ Πάρα πολύ
- ❑ Πολύ
- ❑ Μέτρια
- ❑ Λίγο
- ❑ Άλλο

Παρακαλώ σχολιάστε σε δύο γραμμές τους λόγους της απάντησης σας

……
……

**Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και εμπιστευτικό**

**Σας διαβεβαιώνω ότι τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για την περάτωση της συγκεκριμένης διατριβής**

**Σας Ευχαριστώ πολύ για τον χρόνο που αφιερώσατε στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.**

UNIVERSITY of NICOSIA

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VI Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας από την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ 3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ (ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ)

Θεσσαλονίκη, 21/12/2022
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/60491

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ
Πληροφορίες : Σουλτάνα Μαυρέα
Τηλέφωνο : 2313305224
E-mail : tmaurea@3ype.gr

Προς:
Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας Νοσοκομειακή Μονάδα Γιαννιτσών

**ΘΕΜΑ: Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας της κ. Ζιρπιάδου Χρυσαυγής.**
**ΣΧΕΤ: α) Το αρ. πρωτ. 27868/09-06-2020 έγγραφό μας.**
**β) Το αρ. πρωτ. 12964/15-12-2022 έγγραφό σας.**

Σε συνέχεια του ανωτέρω (β) σχετικού αναφορικά με την εκπόνηση διδακτορικής διατριβής της κ. Ζιρπιάδου Χρυσαυγής, υποψήφιας διδάκτορος, του Τμήματος Πολιτικών Επιστημών και Διακυβέρνησης του Πανεπιστημίου Λευκωσίας, με θέμα «Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας από τη δημιουργία του μέχρι σήμερα: Αποτελεσματικότητα, διαφάνεια και ελλείψεις του Ενιαίου Οργανισμού Παροχών Υγείας», σας ενημερώνουμε ότι, έπειτα από:

α) την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που μας αποστείλατε,
β) την αξιολόγηση των δεδομένων που θα αντληθούν (σε συνάρτηση με τον σκοπό διενέργειας της έρευνας),
γ) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας του Νοσοκομείου),
δ) την παραλαβή της θετικής γνωμοδότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου σας αναφορικά με την εκπόνηση της ερευνητικής εργασίας [16η/12-12-2022 (θέμα 5ο) Συνεδρίαση],

και υπό τις προϋποθέσεις ότι:

1. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα προφύλαξης κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας σύμφωνα με το (α) σχετικό έγγραφό μας και σύμφωνα με τα οριζόμενα κάθε φορά στις σχετικές Υπουργικές Αποφάσεις περί προφύλαξης από τον Covid-19
2. δεν θα υπάρξει καμιά επιπλέον οικονομική επιβάρυνση του Φορέα σας κατά τη διεξαγωγή ή εξαιτίας της ερευνητικής εργασίας
3. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα της μη παρακώλυσης της λειτουργίας του Νοσοκομείου
4. θα ληφθούν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και του απορρήτου των στοιχείων που θα συλλεχθούν

εγκρίνουμε την αίτηση της κ. Ζιρπιάδου Χρυσαυγής, εφιστώντας την προσοχή, τόσο εκ μέρους της Υπηρεσίας σας όσο και εκ μέρους της ιδίας, στην τήρηση όσων ορίζουν οι όροι του Ευρωπαϊκού Γενικού Κανονισμού 2016/679 και του Ν.2472/1997 για τον υπεύθυνο επεξεργαστή-ερευνητή.

Παρακαλούμε να ενημερώσετε σχετικά την αιτούσα.

Ο Διοικητής της 3ης ΥΠΕ (Μακεδονίας)

Δρ. Παναγιώτης Μπογιατζίδης

Εσωτερική Διανομή:
Γραφείο Υποδιοικητών

UNIVERSITY of NICOSIA

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VII Συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και αύξησης ή μείωσης της αμοιβής τους

*Συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και αύξησης ή μείωσης της αμοιβής τους*

Στο σημείο αυτό - αντιμετωπίσαμε ένα πρόβλημα. Κανονικά έπρεπε να γίνει το Fisher's Exact Test καθώς υπάρχουν κελιά με αναμενόμενες συχνότητες μικρότερες του 5, αλλά επειδή το σύστημα δεν μπόρεσε να το υπολογίσει, βασιστήκαμε στο Pearson Chi-Square, το οποίο δείχνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Ο πίνακας Chi-Square Tests δείχνει ότι το Pearson Chi-Square έχει τιμή 58.694 με 8 βαθμούς ελευθερίας και μια ασυμπτωτική στατιστική σημαντικότητα (Asymptotic Significance) στο 0.000. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ιδιότητας του συμμετέχοντα και του αν αμείβεται περισσότερο ή λιγότερο. Δεδομένου ότι η τιμή είναι μικρότερη από το 0.05, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η ιδιότητα έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στην αμοιβή.

Η Linear-by-Linear Association έχει τιμή 4.059 και στατιστική σημαντικότητα 0.044, κάτι που δείχνει ότι υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ των μεταβλητών, αν και αυτή είναι λιγότερο ισχυρή.

*Συνοψίζοντας:*

- *Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας και της αμοιβής.*
- *Ο υπολογισμός του Fisher's Exact Test δεν κατέστη δυνατός, αλλά το Pearson Chi-Square δίνει μια σαφή εικόνα.*

**Ιδιότητα * Αμοιβή Crosstabulation**

Count

| | | Αμοιβή | |
|---|---|---|---|
| | | Αμείβονται λιγότερο | Αμείβονται περισσότερο |
| Ιδιότητα | Φαρμακοποιός | 120 | 10 |
| | Ιατρός | 175 | 20 |
| | Εργοθεραπευτής | 20 | 10 |

| | Total |
|---|---|
| Φαρμακοποιός | 130 |
| Ιατρός | 195 |
| Εργοθεραπευτής | 30 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Φυσιοθεραπευτής | 85 | 0 | 85 |
| | Λογοθεραπευτής | 20 | 0 | 20 |
| | Νοσηλευτλης/τρια | 65 | 0 | 65 |
| | Ψυχολόγος | 10 | 5 | 15 |
| | Προμηθευτής Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού - Υγειονομικού υλικού | 10 | 0 | 10 |
| | Ιατροτεχνολογικό προσωπικό | 20 | 0 | 20 |
| Total | | 525 | 45 | 570 |

*Πίνακας 1 Ιδιότητα * Αμοιβή*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Exact Sig. (2-sided) | Exact Sig. (1-sided) | Point Probability |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 58,694[a] | 8 | ,000 | ,000 | | |
| Likelihood Ratio | 58,097 | 8 | ,000 | .[b] | | |
| Fisher's Exact Test | .[b] | | | .[b] | | |
| Linear-by-Linear Association | 4,059[c] | 1 | ,044 | ,046 | ,019 | ,003 |
| N of Valid Cases | 570 | | | | | |

a. 5 cells (27,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,79.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

c. The standardized statistic is -2,015.

UNIVERSITY of NICOSIA

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ VIII Συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και αύξησης ή μείωσης της κόπωσής τους

*Συσχέτιση μεταξύ της ιδιότητας των παρόχων υγείας και αύξησης ή μείωσης της κόπωσής τους*

Τα αποτελέσματα από το Pearson Chi-Square τεστ δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές που εξετάζουμε, καθώς το p-value είναι 0,000, το οποίο είναι μικρότερο από το 0,05, υποδηλώνοντας ότι η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική. Το Likelihood Ratio επίσης επιβεβαιώνει την ύπαρξη αυτής της συσχέτισης, καθώς το p-value είναι επίσης 0,000.

*Η τιμή της Linear-by-Linear Association (p-value = 0,007) υποδηλώνει ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική γραμμική σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών.*

**Ιδιότητα * Κόπωση Crosstabulation**

Count

| | | Κόπωση | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Λίγο | Μέτρια | Πολύ | Πάρα πολύ | Total |
| Ιδιότητα | Φαρμακοποιός | 20 | 45 | 70 | 35 | 170 |
| | Ιατρός | 35 | 70 | 65 | 65 | 235 |
| | Εργοθεραπευτής | 5 | 25 | 5 | 0 | 35 |
| | Φυσιοθεραπευτής | 5 | 35 | 50 | 25 | 115 |
| | Λογοθεραπευτής | 0 | 20 | 10 | 0 | 30 |
| | Νοσηλευτλης/τρια | 15 | 25 | 35 | 5 | 80 |
| | Ψυχολόγος | 0 | 10 | 5 | 5 | 20 |
| | Διοικητής Υγείας | 0 | 0 | 5 | 0 | 5 |
| | Προμηθευτής Ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού - Υγειονομικού υλικού | 0 | 10 | 5 | 0 | 15 |
| | Ιατροτεχνολογικό προσωπικό | 0 | 15 | 5 | 0 | 20 |
| Total | | 80 | 255 | 255 | 135 | 725 |

*Πίνακας 1 Ιδιότητα * Κόπωση*

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) |
|---|---|---|---|
| Pearson Chi-Square | 125,783[a] | 27 | ,000 |
| Likelihood Ratio | 149,932 | 27 | ,000 |
| Linear-by-Linear Association | 7,368 | 1 | ,007 |
| N of Valid Cases | 725 | | |

a. 12 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,55.

Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι 12 κελιά (30%) έχουν αναμενόμενο αριθμό μικρότερο από 5, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την ακρίβεια του Pearson Chi-Square τεστ. Ενώ το αποτέλεσμα παραμένει στατιστικά σημαντικό, θα χρειατεί να εξετάσουμε τη χρήση εναλλακτικών στατιστικών ελέγχων, όπως το Fisher's Exact Test. Ωστόσο, αυτό δεν ήταν δυνατό από το σύστημα κι έτσι προχωρήσαμε σε Monte Carlo προσομοίωση. Η Monte Carlo προσομοίωση για το Pearson Chi-Square test, είναι αποδεκτή λύση όταν υπάρχουν κελιά με αναμενόμενες τιμές κάτω από 5.

**Chi-Square Tests**

| | Value | df | Asymptotic Significance (2-sided) | Monte Carlo Sig. (2-sided) | | | Monte Carlo Sig. (1-sided) | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Significance | 99% Confidence Interval Lower Bound | 99% Confidence Interval Upper Bound | Significance | 99% Confidence Interval Lower Bound | 99% Confidence Interval Upper Bound |
| Pearson Chi-Square | 125,783[a] | 27 | ,000 | ,000[b] | ,000 | ,000 | | | |
| Likelihood Ratio | 149,932 | 27 | ,000 | ,000[b] | ,000 | ,000 | | | |
| Fisher's Exact Test | 123,119 | | | ,000[b] | ,000 | ,000 | | | |
| Linear-by-Linear Association | 7,368[c] | 1 | ,007 | ,007[b] | ,005 | ,009 | ,004[b] | ,002 | ,005 |
| N of Valid Cases | 725 | | | | | | | | |

a. 12 cells (30,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,55.

b. Based on 10000 sampled tables with starting seed 2000000.

c. The standardized statistic is -2,714.

Ανάλυση των αποτελεσμάτων:

- Pearson Chi-Square Value**:** Το Chi-Square είναι 125.783 με 27 βαθμούς ελευθερίας, και το Asymptotic Significance είναι 0.000, που σημαίνει ότι η πιθανότητα να είναι τυχαία η συσχέτιση είναι πολύ μικρή. Αυτό δείχνει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές.
- Monte Carlo Simulation: Η Monte Carlo προσομοίωση επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα με την ίδια τιμή p-value 0.000 και με 99% επίπεδο εμπιστοσύνης.
- Fisher's Exact Test: Παρόλο που το Fisher's Exact Test συχνά προτείνεται για μικρά κελιά, στην περίπτωσή αυτή η προσομοίωση δεν ήταν δυνατό να πραγματοποιηθεί πλήρως, γι' αυτό το Monte Carlo είναι μια έγκυρη προσέγγιση.

UNIVERSITY of NICOSIA

*Συμπερασματικά, θα βασιστούμε στα αποτελέσματα της Monte Carlo Simulation που δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην ιδιότητα των παρόχων και την αύξηση ή μείωση της αμοιβής τους.*

UNIVERSITY of NICOSIA