

ΤΟ Ε.Σ.Υ ΣΕ ΟΡΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΟ ΑΝΤΟΧΗΣ:

Μια διαχρονική αποτίμηση της απόδοσης
του στον απόηχο της οικονομικής και
πανδημικής κρίσης (2009-24)

Δεκέμβριος 2025

ΤΟ Ε.Σ.Υ σε οριακό σημείο αντοχής: Μια διαχρονική αποτίμηση της απόδοσης του στον απόηχο της οικονομικής και πανδημικής κρίσης (2009-24)

Ερευνητική ομάδα ΚΕΠΥ:

Ηλίας Κονδύλης,
Αναπληρωτής Καθηγητής
Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας - Πολιτικής Υγείας,
Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

Ουρανία Κουτσοτόλη,
ψυχολόγος,
μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΠΜΣ
Δημόσια Υγεία – Πολιτική Υγεία
του Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ

Αθανασία Παλάντζα,
ψυχολόγος,
MSc Δημόσιας Υγείας – Πολιτικής
Υγείας, Επιστημονική
Συνεργάτρια,
Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

Ερασμία Μπουλιτσάκη,
ειδικευόμενη ιατρός,
μεταπτυχιακή φοιτήτρια
στο ΠΜΣ Δημόσια Υγεία – Πολιτική
Υγείας του Τμήματος
Ιατρικής ΑΠΘ

Ζωή Παρχαρίδη,
MSc Δημόσιας Υγείας – Πολιτικής
Υγείας, Υποψήφια Διδάκτωρ
Πολιτικής Υγείας,
Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

Αλέξης Μπένος,
Ομότιμος Καθηγητής Υγιεινής,
Κοινωνικής Ιατρικής και
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,
Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

Project: ΥΓΕΙΑ

Eteron - Ινστιτούτο για την Έρευνα
και την Κοινωνική Αλλαγή & ΚΕΠΥ

Project coordinator: Μαρία Λούκα (maria.louka@eteron.org)

Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι Παράγωγα Έργα 4.0 Διεθνές (CC BY-NC-ND 4.0). Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής επισκεφτείτε τον [ιστότοπο](#).



Visual Designer: Χαρά Μπαλάκα

Προτεινόμενη βιβλιογραφική παράθεση της μελέτης: Κονδύλης Η, Παλάντζα Α, Παρχαρίδη Ζ, Κουτσοτόλη Ο, Μπουλιτσάκη Ε, Μπένος Α. Το ΕΣΥ σε οριακό σημείο αντοχής: μία διαχρονική αποτίμηση της απόδοσης του στον απόηχο της οικονομικής και πανδημικής κρίσης (2009-24). Policy Report. Θεσσαλονίκη: ΚΕΠΥ - ΕΤΕΡΟΝ. 2025

Σελ.	Πίνακας Περιεχομένων
4	Περίληψη
6	1. Εισαγωγή
7	1.1 Διαδοχικές κρίσεις και μετα-πανδημικά σημεία ρηγμάτωσης των συστημάτων υγείας
10	1.2 Οι μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) σε περιόδους κρίσης
10	1.2.1 Η οικονομική κρίση (2009–2019) .
13	1.2.2 Η πανδημία COVID-19 (2020–2023)
14	1.3 Μεθοδολογικές επισημάνσεις σχετικά με την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας
15	2. Η Απόδοση του ΕΣΥ: Μία διαχρονική αποτίμηση
15	2.1 Εισροές (πόροι) του ΕΣΥ
15	2.1.1 Δημόσια χρηματοδότηση
19	2.1.2 Νοσοκομεία και νοσοκομειακές κλίνες
21	2.1.3 Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
23	2.1.4 Υγειονομικό προσωπικό
26	2.2 Εκροές (παρεχόμενες υπηρεσίες) του ΕΣΥ
26	2.2.1 Νοσηλείες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ
28	2.2.2 Χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ
30	2.2.3 Επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ
32	2.3 Αποτελέσματα στον πληθυσμό
32	2.3.1 Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας
35	2.3.2 Καταστροφική δαπάνη υγείας
37	3. Συμπεράσματα
42	4. Συστάσεις πολιτικής
45	Βιβλιογραφία
49	Παράρτημα

Περίληψη

Κατά την μετα-πανδημική περίοδο τα συστήματα υγείας διεθνώς παρουσιάζουν νέα συμπτώματα κρίσης όπως κύματα παραιτήσεων, απροθυμία υγειονομικών να τα στελεχώσουν, φαινόμενα ιατρικής ερημοποίησης και αδυναμία επαναφοράς της λειτουργικότητας τους στα προ-πανδημίας επίπεδα. Η μετα-πανδημική αυτή ρηγμάτωση (breaking point) ή κόπωση (health system fatigue) των συστημάτων υγείας είναι προϊόν της σωρευτικής επίδρασης διαδοχικών κρίσεων τη τελευταία δεκαπενταετία (Μεγάλη Ύφεση, Πανδημία COVID-19) και των νεοφιλελεύθερων πολιτικών απάντησης σε αυτές τις κρίσεις, πολιτικών οι οποίες είτε σε συνθήκες δημοσιονομικού περιορισμού είτε σε συνθήκες δημοσιονομικής χαλάρωσης αποδυνάμωσαν τα δημόσια συστήματα υγείας, ενίσχυσαν την εμπορευματοποίηση τους, όξυναν τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες στην υγεία.

Στο πλαίσιο αυτό, η μελέτη εξετάζει την πορεία και την απόδοση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) στη διάρκεια δύο διαδοχικών και αλληλοτροφοδοτούμενων κρίσεων, της οικονομικής 2009-19 και της πανδημικής 2020-23. Υιοθετώντας ένα αναλυτικό πλαίσιο που προσεγγίζει την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα και τα ενδυναμωμένα δημόσια-δωρεάν συστήματα υγείας ως μέσο για την προστασία και προαγωγή αυτού του δικαιώματος, η έρευνα αξιολογεί διαχρονικά τους πόρους, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα αποτελέσματα του ΕΣΥ στην οικονομική προστασία και πρόσβαση του πληθυσμού σε φροντίδα υγείας, χρησιμοποιώντας συνολικά 12 διαχρονικούς δείκτες αξιολόγησης του ΕΣΥ, οι οποίοι καλύπτουν 9 διαστάσεις της απόδοσης του.

Η μελέτη τεκμηριώνει ότι κατά την **περίοδο της οικονομικής κρίσης (2009-19)**, σε συνθήκες δημοσιονομικής λιτότητας και εξωτερικής επιτήρησης, το ΕΣΥ αποδυναμώθηκε δραματικά. Η δημόσια δαπάνη υγείας μειώθηκε κατά 43,3%, συμπαρασύροντας τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε μείωση κατά 36,3%. Το ΕΣΥ απώλεσε το 13,6% των νοσοκομείων του, το 23,5% των νοσοκομειακών του κλινών, το 12,9% των εργαζομένων στα νοσοκομεία του και το 11,2% των εργαζομένων του στα Κέντρα Υγείας. Οι συνέπειες αυτής της συρρίκνωσης του ΕΣΥ στο πληθυσμό ήταν άμεσα εμφανείς με αύξηση κατά 28,2% των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών και κατά 4,1% των νοικοκυριών με καταστροφικές δαπάνες υγείας, σηματοδοτώντας μια πρωτοφανή κρίση οικονομικής προστασίας και πρόσβασης του πληθυσμού σε φροντίδα υγείας.

Η μελέτη επίσης τεκμηριώνει ότι κατά την **πανδημική περίοδο (2020-24)**, σε συνθήκες δημοσιονομικής χαλάρωσης, το ΕΣΥ δεν ενδυναμώθηκε. Η αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας κατά 9,7%, συνοδεύτηκε από μείωση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά 2,6%, με την πρόσθετη δημόσια δαπάνη να ανακατευθύνεται στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα υγείας για αγορά υπηρεσιών από αυτόν. Ομοίως η αύξηση κατά 9,7% του

προσωπικού των νοσοκομείων του ΕΣΥ, συνοδεύτηκε από μείωση κατά 0,5% του μόνιμου προσωπικού του, καταδεικνύοντας ότι η ενίσχυση του ΕΣΥ σε ανθρώπινο δυναμικό την εν λόγω περίοδο υπήρξε εμβολωματική και μη βιώσιμη. Επιπρόσθετα, η μετατροπή του ΕΣΥ κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε «σύστημα υγείας μίας νόσου» προκάλεσε τεράστιες απώλειες στη νοσηλευτική του κίνηση (απώλεια >350.000 χειρουργικών επεμβάσεων στα νοσοκομεία και απώλεια >1,8 εκατ. επισκέψεων στα Κέντρα Υγείας), με εμφανείς επιπτώσεις στην οικονομική προστασία και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού, του οποίου οι ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες αυξήθηκαν κατά 48,4% και οι καταστροφικές του δαπάνες υγείας κατά 20%.

Η μελέτη τέλος αναδεικνύει ότι κατά τη [μετα-πανδημική περίοδο \(2024\)](#), το ΕΣΥ εμφανίζει σαφείς ενδείξεις ρηγμάτωσης (breaking points). Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ, σε σχέση με τα προ-κρίσεων επίπεδα του 2009, παραμένει κατά 38% μικρότερη έχοντας διανύσει 14 έτη συνεχούς λιτότητας, το υγειονομικό τους προσωπικό είναι κατά 9,6% λιγότερο, ενώ η χειρουργική τους δραστηριότητα - πέντε χρόνια μετά την έναρξη της πανδημίας - αδυνατεί να επανέλθει στα προ-πανδημίας επίπεδα. Στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ, παρατηρείται αυξημένη φθορά ιατρικού προσωπικού με μείωση του κατά 9,8% την τελευταία τετραετία, οι δε επισκέψεις σε Κέντρα Υγείας και ΤοΜΥ – πέντε χρόνια μετά την έναρξη της πανδημίας – παραμένουν κατά 16,5% λιγότερες σε σχέση με τα προ-πανδημίας επίπεδα.

Τα ευρήματα της μελέτης υποδεικνύουν την [ανάγκη επείγουσας ανάταξης του ΕΣΥ](#) με όλους τους αναγκαίους χρηματοδοτικούς, υλικούς και ανθρώπινους πόρους. Η ανάταξη αυτή είναι αναγκαία αλλά όχι ικανή προϋπόθεση για την επούλωση της ρηγμάτωσης του. Οφείλει να συνοδευτεί από πολιτικές αποεμπορευματοποίησης της λειτουργίας και των παρεχόμενων υπηρεσιών του, πολιτικές αποκατάστασης της εμπιστοσύνης στο εσωτερικό του και από μία ριζική μεταρρύθμιση ενιαιοποίησης, ενδυνάμωσης και πληθυσμιακού αναπροσανατολισμού των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που παρέχει.

1. Εισαγωγή

1. Εισαγωγή

1.1 Διαδοχικές κρίσεις και μετα-πανδημικά σημεία ρηγμάτωσης των συστημάτων υγείας

Παρότι διανύουμε πλέον την μετα-πανδημική περίοδο, η επιστημονική συζήτηση εξακολουθεί συχνά να αναφέρεται σε βαθιά κρισιακά φαινόμενα που απαντώνται στα συστήματα υγείας διεθνώς, εκφράζοντας αυξανόμενη ανησυχία για το μέλλον των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Πολλοί μάλιστα ισχυρίζονται, ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας στην μετα-πανδημική περίοδο έχουν φτάσει σε ένα ιστορικά οριακό σημείο αντοχής (breaking point)¹ και κόπωσης (health systems fatigue).²

Ενδείξεις αυτής της ρηγμάτωσης των συστημάτων υγείας είναι καταρχάς, η απροθυμία των υγειονομικών να στελεχώσουν τις δημόσιες υπηρεσίες, καθώς και το παρατηρούμενο κύμα παραιτήσεων από αυτές. Η συνεχιζόμενη σωματική και ψυχική εξάντληση του υγειονομικού προσωπικού, η καθημερινή εργασία του σε συνθήκες ακραίας πίεσης χωρίς επαρκή υποστήριξη και με διατηρούμενες σοβαρές οργανωτικές ελλείψεις δεν είναι μεμονωμένα φαινόμενα αλλά εκδηλώσεις εκτεταμένης κρίσης των συστημάτων υγείας, που απωθούν τους εργαζόμενους από θέσεις εργασίας στο δημόσιο τομέα.³ Για παράδειγμα, μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στο Βέλγιο έδειξε ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας το 31,3% των επαγγελματιών υγείας δήλωναν πρόθεση αποχώρησης από το επάγγελμα, εκ των οποίων το 52,3% αυτών επανέλαβε την ίδια πρόθεση και μετά την πανδημία, ή είχε ήδη αποχωρήσει από το επάγγελμα.⁴ Αντίστοιχα κρίσιμη είναι η εμφάνιση των λεγόμενων «ιατρικών ερήμων» σε πολλές χώρες όπως η Ισπανία, η Γαλλία, η Γερμανία, γεωγραφικών δηλαδή περιοχών (κυρίως αγροτικών ή φτωχών αστικών) χωρίς ουσιαστική πρόσβαση σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες, λόγω ανισοκατανομής και απροθυμίας του υγειονομικού προσωπικού να υπηρετήσει σε αυτές τις περιοχές.^{5,6,7,8} Μία δεύτερη ένδειξη της μετα-πανδημικής ρηγμάτωσης των συστημάτων υγείας διεθνώς είναι η αδυναμία τους ή οι σοβαρές καθυστερήσεις τους στο να ανακάμψουν από την πανδημία και να αποκαταστήσουν τη λειτουργία τους στα προ-πανδημίας επίπεδα. Για παράδειγμα στη Σουηδία καταγράφεται πως δύο χρόνια μετά την πανδημία το εργασιακό περιβάλλον για το υγειονομικό προσωπικό στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) θεωρείται σχεδόν εξίσου δύσκολο, όσο και κατά τη διάρκεια της πανδημίας,⁹ ενώ στην Αγγλία οι χρόνοι αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις και γενικά η λειτουργία του NHS δεν έχει επανέλθει ακόμη στα προ-πανδημίας επίπεδα.¹⁰ Το φαινόμενο αυτό της ανθεκτικής αύξησης των λιστών αναμονής στην μετα-πανδημική περίοδο αναφέρεται μάλιστα και για άλλες χώρες όπως η Νορβηγία, η Φινλανδία και η Ουγγαρία.¹¹

Πολύ ισχυρίζονται ότι τα σημάδια μετα-πανδημικής ρηγμάτωσης των συστημάτων υγείας διεθνώς, με τις όποιες φυσικά επιμέρους ανομοιομορφίες και διαφοροποιήσεις σε διεθνή κλίμακα, είναι η έκφραση του αθροιστικού αποτελέσματος των δύο σημαντικότερων παγκόσμιων συγχρονισμένων κρίσεων, της Μεγάλης Ύφεσης του 2008-14 και της πανδημικής κρίσης του COVID-19 το 2020-23.

Οι δύο αυτές μεγάλες κρίσεις της τελευταίας δεκαπενταετίας άσκησαν ομολογουμένως τεράστιες και σωρευτικές πιέσεις στις υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας,¹¹ αποκαλύπτοντας ταυτόχρονα τις διαχρονικές παθογένειες τους, όπως τη χρόνια υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και τις εντεινόμενες πληθυσμιακές ανισότητες στη χρηματοδότηση και την πρόσβαση σε ποιοτική και ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα.¹² Παράλληλα, πέραν των διαδοχικών κρίσεων τα συστήματα υγείας τα τελευταία χρόνια βρίσκονται υπό έντονη πίεση, προκειμένου να είναι ικανά να ανταποκριθούν στις εξελισσόμενες ανάγκες που οφείλονται στη γήρανση του πληθυσμού, την ψηφιοποίηση και την κλιματική αλλαγή, καθώς και να είναι καλύτερα προετοιμασμένα να αντέξουν αιφνίδια, μεγάλης κλίμακας φυσικά ή ανθρωπογενή σοκ, γεγονός που εντείνει τη συζήτηση αναφορικά με την ανθεκτικότητα τους σε εξωγενή και ενδογενή σοκ.¹³ Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερα μετά την πανδημία του COVID 19, όλο και πιο συχνά απαντάται η έννοια της «μόνιμης κρίσης» (“perma-crisis”),¹⁴ μιας δηλαδή διαρκούς κατάστασης πίεσης στα συστήματα υγείας με την οποία καλούνται να εξοικειωθούν αυξάνοντας την ανθεκτικότητά τους.

Άλλοι παρόλα αυτά ισχυρίζονται ότι η μετα-πανδημική κατάσταση ρηγμάτωσης των συστημάτων υγείας δεν είναι απλά το σωρευτικό αποτέλεσμα διαδοχικών κρίσεων, αλλά το αθροιστικό αποτέλεσμα των κρίσεων σε συνδυασμό με τις νεοφιλελεύθερες πολιτικές απάντησης σε αυτές τις κρίσεις. Πιο συγκεκριμένα κατά την περίοδο 2008-15 κυρίαρχη πολιτική απάντηση στην οικονομική κρίση υπήρξε η υιοθέτηση περιοριστικών πολιτικών λιτότητας στα συστήματα υγείας με τις γνωστές καταστροφικές τους συνέπειες. Οι πολιτικές αυτές περιλάμβαναν μεταξύ άλλων περιορισμό των κυβερνητικών δαπανών για την υγεία, πάγωμα των προσλήψεων προσωπικού σε όλες τις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, μειώσεις των μισθών των επαγγελματιών υγείας που εργάζονταν στο δημόσιο τομέα, και κλείσιμο μονάδων υγειονομικής φροντίδας, με αποτέλεσμα την επιδείνωση των συνθηκών εργασίας και την αύξηση της μετανάστευσης των επαγγελματιών υγείας.¹⁵ Σχεδόν τα δύο τρίτα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης περιόρισαν τις δημόσιες δαπάνες υγείας την περίοδο 2009–2012, με πιο οξείες περικοπές στα κράτη που βρέθηκαν σε προγράμματα “διάσωσης”, όπως η Ελλάδα, η Ιρλανδία και η Πορτογαλία.¹⁶ Κατά την περίοδο της πανδημίας 2020-23, η συντριπτική πλειοψηφία των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο απάντησε στην πανδημική κρίση υιοθετώντας επεκτατικές πολιτικές στο χώρο της υγείας, επιτρέποντας δηλαδή την αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας, με τη διαφορά όμως ότι η συντριπτική πλειοψηφία αυτής της πρόσθετης δημόσιας δαπάνης δεν χρησιμοποιήθηκε για την ουσιαστική ενίσχυση των δημόσιων συστημάτων υγείας αλλά για επείγουσες, εμβολωματικές λύσεις (όπως έκτακτες προσλήψεις προσωπικού ορισμένου χρόνου στα δημόσια νοσοκομεία, επιστράτευση ιδιωτών ή συνταξιούχων υγειονομικών στις δημόσιες δομές υγείας) ενώ μεγάλο μέρος

της διοχετεύτηκε στην ανάθεση (outsourcing) λειτουργιών του δημοσίου σε ιδιώτες ή την απευθείας αγορά υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα (όπως ιδιωτικές κλινικές και ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια).^{17,18,19}

Η σημερινή μετα-πανδημική ρηγμάτωση των συστημάτων υγείας αποκαλύπτει μια θεμελιώδη αντίφαση στον καπιταλισμό, το γεγονός δηλαδή ότι στις κρίσεις του είτε με δημοσιονομικό περιορισμό (λιτότητα) είτε με δημοσιονομική χαλάρωση και επέκταση, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παραμένουν αποδυναμωμένες και ευάλωτες, με τις κρίσεις τις περισσότερες φορές να χρησιμοποιούνται ως ευκαιρία για την επιτάχυνση και εμβάθυνση των πολιτικών ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της υγείας και αμφισβήτησης του χαρακτήρα της ως θεμελιώδους κοινωνικού δικαιώματος.

1.2 Οι μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα σε περιόδους κρίσεων

1.2.1 Η Οικονομική κρίση (2009-2019)

Το χρονικό διάστημα 2008-2019 υπήρξε καθοριστική περίοδος βαθιάς αναδιάρθρωσης για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) της Ελλάδας. Η δημοσιονομική κρίση και οι πολιτικές λιτότητας που συνόδευσαν τα Μνημόνια που υπεγράφησαν με την Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Τρόικα) έθεσαν την υγεία στο επίκεντρο των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Μια σειρά νομοθετικών και κανονιστικών ρυθμίσεων, η εφαρμογή των οποίων αποτέλεσε προαπαιτούμενο για τη συνέχιση του δανεισμού της χώρας από τη Τρόικα, αποσκοπούσε στην περικοπή του κόστους και στην αύξηση της δημοσιονομικής βιωσιμότητας μέσω -μεταξύ άλλων- δραστηκών μειώσεων των δημόσιων δαπανών υγείας. Ήδη από την περίοδο πριν την κρίση, το ΕΣΥ παρουσίαζε σημαντικές δομικές αδυναμίες, όπως υψηλό βαθμό ιδιωτικών πληρωμών από τα νοικοκυριά, συγκεντρωτική διοίκηση, χαμηλό επίπεδο στελέχωσης, έλλειψη ενιαίας πρωτοβάθμιας φροντίδας και χαμηλή αποδοτικότητα.^{20,21} Η οικονομική κρίση λειτούργησε ως επιταχυντής, αναδεικνύοντας τις ήδη υφιστάμενες ανεπάρκειες του συστήματος υγείας και επιβάλλοντας αιφνίδιες και εκτεταμένες αλλαγές. Η υλοποίηση των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας συνοδεύτηκε από σοβαρές δυσμενείς επιπτώσεις, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται η σημαντική μείωση του υπηρετούντος ανθρώπινου δυναμικού και η συμπίεση των αποδοχών του, η προώθηση συγχωνεύσεων και η παύση λειτουργίας νοσοκομειακών μονάδων ή τμημάτων, καθώς και η περιοριστική πολιτική στη φαρμακευτική δαπάνη με συνακόλουθη μετακύλιση του κόστους στους ασθενείς.²² Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν σε αισθητή υποβάθμιση τόσο της προσβασιμότητας όσο και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.¹⁵

Οι πρώτες παρεμβάσεις επικεντρώθηκαν στην άμεση και δραστική μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, με την εισαγωγή ανώτατων ορίων δαπανών (spending ceilings).²³ Η νοσοκομειακή δαπάνη μειώθηκε,²⁴ ενώ η εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN-DRG) αντικατέστησε την ισόπεδη αποζημίωση τους με ημερήσιο νοσήλιο στοχεύοντας στη γενίκευση νέων ανταγωνιστικών μεθόδων αποζημίωσης σε μια ενιαία δημόσια/ιδιωτική νοσοκομειακή αγορά. Ακόμα μεγαλύτερη αναλογικά ήταν και η περικοπή της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μεταξύ 2009 και 2012,²³ ενώ μέτρα όπως η θέσπιση αρνητικού καταλόγου φαρμάκων, και η εισαγωγή μηχανισμών υποχρεωτικών εκπτώσεων (Rebate) και μηχανισμών αυτόματης επιστροφής σε περίπτωση υπέρβασης του προϋπολογισμού (Clawback) συνέβαλαν άμεσα ή έμμεσα στη δραστική αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη.²² Η αναδιοργάνωση περιλάμβανε επίσης τη συγχώνευση κλινών και πτερύγων,²⁵ καθώς και το κλείσιμο ορισμένων νοσοκομείων,²⁶ γεγονός που επηρέασε δυσανάλογα τις περιφερειακές και αγροτικές περιοχές. Η διασύνδεση των νοσοκομείων²⁶ περιόρισε σημαντικά τη λειτουργική ελαστικότητα των νοσοκομειακών μονάδων, μείωσε τη διαθεσιμότητα των

υπηρεσιών υγείας και του αριθμού των κλινών, επιμήκυνε τους χρόνους αναμονής και κατέστησε δυσχερή ή αδύνατη τη διατήρηση ολόκληρης ασφαλούς εφημερίας σε δευτερεύουσες έδρες.

Η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)²⁸ το 2011 αποσκοπούσε στην κεντρική συγκέντρωση των πόρων των ασφαλιστικών ταμείων σε έναν ενιαίο φορέα και τη δημιουργία ενός κεντρικού δημόσιου μονοψωνίου το οποίο θα αγόραζε υπηρεσίες υγείας από μια μικτή, δημόσια/ιδιωτική αγορά υγείας. Η σύσταση του ΕΟΠΥΥ, οδήγησε σε υπερσυγκέντρωση αρμοδιοτήτων, αυξημένο γραφειοκρατικό κόστος και συσσώρευση νέων ελλειμάτων. Με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, το δικαίωμα πρόσβασης στις παροχές υγείας βασίστηκε στην ασφαλιστική ικανότητα των πολιτών, η οποία παρέμεινε συνδεδεμένη με την απασχόληση τους. Ωστόσο, στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, η ανεργία αυξήθηκε με ταχείς ρυθμούς. Σύμφωνα με το θεσμικό πλαίσιο, οι άνεργοι διατηρούσαν ασφαλιστική κάλυψη μόνο για διάστημα έως δύο ετών, γεγονός που οδήγησε σε σημαντική διεύρυνση του αριθμού των ανασφάλιστων πολιτών, ο οποίος εκτιμάται ότι ανήλθε περίπου σε 2 εκατομμύρια άτομα.²² Παράλληλα, η καθιέρωση εισιτηρίου 5 ευρώ,²⁹ ως αμοιβή εξέταστρον στα τακτικά πρωινά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, δημιούργησε νέα εμπόδια στην πρόσβαση, με περαιτέρω μετακύλιση του κόστους στους ασθενείς.

Η πολιτική ανθρώπινου δυναμικού αποτέλεσε έναν ακόμη κρίσιμο άξονα προσαρμογής. Αρχικά επιβλήθηκαν άμεσες μειώσεις αποδοχών κατά 12% στους εργαζομένους του Δημοσίου, μεταξύ των οποίων και στο υγειονομικό προσωπικό.³⁰ Ακολούθησε το «πάγωμα» προσλήψεων, με τον κανόνα «μία πρόσληψη για κάθε πέντε αποχωρήσεις», αποδυναμώνοντας σημαντικά τη στελέχωση του ΕΣΥ, καθώς οι αποχωρήσεις λόγω συνταξιοδότησης δεν αναπληρώνονταν. Εν συνεχεία θεσμοθετήθηκε πρόσθετη μείωση 8% στις αποδοχές του υγειονομικού προσωπικού, ενώ εδραιώθηκε σταδιακά η κατάργηση των εποχικών επιδομάτων, δηλαδή των δώρων Χριστουγέννων και Πάσχα, καθώς και του επιδόματος αδείας.³¹ Επιπλέον, η εφαρμογή του Ενιαίου Μισθολογίου³² προέβλεπε περαιτέρω περικοπή των αποδοχών του υγειονομικού προσωπικού και κατάργηση οργανικών θέσεων. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, το ΕΣΥ υπέστη σημαντική μείωση του νοσοκομειακού του δυναμικού. Η υποστελέχωση και επακόλουθη εντατικοποίηση της εργασίας, σε συνδυασμό με τη μισθολογική συρρίκνωση, υπονόμευσαν τα κίνητρα παραμονής στο δημόσιο σύστημα υγείας, ενθαρρύνοντας τη μετανάστευση νέων επαγγελματιών υγείας, προκαλώντας διαρροή επιστημονικού δυναμικού (brain drain) η οποία συνεχίζει να επηρεάζει το ΕΣΥ μέχρι σήμερα.³³

Οι συνέπειες των παραπάνω πολιτικών υπήρξαν ευρείες και εμφανείς. Οι χρόνοι αναμονής για διαγνωστικές εξετάσεις και

νοσοκομειακή περίθαλψη αυξήθηκαν σημαντικά, ιδιαίτερα στην περιφέρεια. Η συμμετοχή των πολιτών στις απευθείας ιδιωτικές πληρωμές ανήλθε δραματικά,²³ με αποτέλεσμα η πρόσβαση σε αναγκαία φάρμακα και υπηρεσίες να καταστεί οικονομικά δυσχερέστερη συνολικά, εφικτή μόνο με καταστροφικές δαπάνες ή εντελώς ανέφικτη για τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, εντείνοντας τις ανισότητες και αυξάνοντας τις ανικανοποίητες ανάγκες υγείας.³⁴

1.2.2 Η πανδημία COVID-19 (2020-2023)

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε με οξύ τρόπο τις χρόνιες στρεβλώσεις που είχαν εδραιωθεί στο ΕΣΥ κατά τη διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας. Η απότομη αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, κλίνες εντατικής θεραπείας, διαθέσιμο προσωπικό και μέσα ατομικής προστασίας, συνάντησε ένα σύστημα ήδη επιβαρυνόμενο από την υποχρηματοδότηση και την υποστελέχωση. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ήδη αποδυναμωμένα από την περίοδο της λιτότητας, κλήθηκαν να επωμιστούν κατ' αποκλειστικότητα τη νοσηλεία των ασθενών με COVID-19. Η ενίσχυση τους με ανθρώπινο δυναμικό κατά τη διάρκεια της πανδημίας έγινε κύρια με την πρόσληψη επικουρικού προσωπικού, την ανάκληση αδειών και την εσωτερική μετακίνηση του υφιστάμενου προσωπικού καθώς και με επείγοντα μέτρα προσέλκυσης ιδιωτών και συνταξιούχων ιατρών στο ΕΣΥ.³³

Το ΕΣΥ, παρά την υποχρηματοδότηση και την υποστελέχωση, προσπάθησε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της πανδημίας, βασιζόμενο στην αφοσίωση και την υπερπροσπάθεια του υγειονομικού του προσωπικού. Ωστόσο, η μετατροπή του ΕΣΥ σε σύστημα υγείας μιας νόσου συνοδεύτηκε από κόστος για τους μη COVID-19 ασθενείς με καθυστερήσεις στις χειρουργικές επεμβάσεις, αργοπορημένες διαγνώσεις, και ανεπαρκή παρακολούθηση των χρόνιων παθήσεων, οδηγώντας σε αύξηση των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών και αυξημένη θνησιμότητα από μη COVID-19 αιτίες.³⁵

Κατά την ίδια χρονική περίοδο ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας υγείας, παρά την επείγουσα αύξηση της δημόσιας δαπάνης υγείας και την ανακατεύθυνση σημαντικού μέρους της δημόσιας χρηματοδότησης στις υποδομές του, κατάφερε να διατηρήσει τη συντριπτική πλειοψηφία των νοσοκομειακών του κλινών ελεύθερες από COVID-19 περιστατικά, επικεντρώνοντας τις υπηρεσίες του στην μη-εξυπηρετούμενη από το ΕΣΥ μη-COVID-19 νοσηρότητα, εκτινάσσοντας έτσι τον κύκλο εργασιών και την κερδοφορία του κατά τη διάρκεια της πανδημίας.³⁶ Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι οι πέντε μεγαλύτεροι όμιλοι εταιρειών στον κλάδο της ιδιωτικής υγείας, παρά την ύφεση της ελληνικής οικονομίας, διατήρησαν και αύξησαν σε ιστορικό υψηλό πενταετίας κύκλους εργασιών και κερδοφορία την περίοδο 2020-1.³⁶

1.3 Μεθοδολογικές επισημάνσεις σχετικά με την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας

Η αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας, ενώ παρουσιάζεται συχνά ως μία τεχνοκρατική και ουδέτερη άσκηση, στην πραγματικότητα αποτελεί μια βαθιά πολιτική διαδικασία, ενσωματώνοντας κάθε φορά το αξιακό πλαίσιο και τους στόχους του φορέα που τη σχεδιάζει και τη διενεργεί.³⁷ Η ίδια η έννοια της «απόδοσης» άλλωστε έχει νεοκλασικές καταβολές και αρχικά αφορούσε τις μεθόδους που χρησιμοποιούνταν στον ιδιωτικό τομέα, για τη μεγιστοποίηση της παραγωγικότητας και της κερδοφορίας.³⁸ Στον καπιταλισμό, η συνολικότερη εμπορευματοποίηση βασικών λειτουργιών του δημόσιου τομέα, οδήγησε στην εισαγωγή τέτοιων μοντέλων αξιολόγησης και στα συστήματα υγείας.^{39,40} Τα τελευταία χρόνια, διεθνείς οργανισμοί και υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής σε εθνικό επίπεδο παράγουν και χρησιμοποιούν πλήθος διαφορετικών πλαισίων ανάλυσης ως βασικά εργαλεία για τη μέτρηση και τη συγκριτική αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας,^{41,42,43} επιλέγοντας κάθε φορά διαστάσεις και δείκτες αξιολόγησης, οι οποίοι αναπαράγουν (ή θέτουν σε μερική αμφισβήτηση) το κυρίαρχο αξιακό πλαίσιο και τις επικρατούσες κατευθύνσεις μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας, της έκθεσης τους δηλαδή στον ανταγωνισμό, στους μηχανισμούς και τις δυνάμεις της αγοράς.

Στην παρούσα έκθεση, η αξιακή τοποθέτηση για την αξιολόγηση του ΕΣΥ έγινε από τη σκοπιά αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος και των ενδυναμωμένων δημόσιων συστημάτων υγείας ως βασικών μέσων για την παροχή υπηρεσιών υγείας με όρους καθολικότητας, ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης στους πληθυσμούς.

Αξιοποιώντας το πλαίσιο ανάλυσης των συστημάτων υγείας των Van Olmen et al 2012,⁴⁴ επιλέχθηκε η αξιολόγηση του ΕΣΥ να γίνει βάσει της διαχρονικής αξιολόγησης των διαθέσιμων πόρων (resources) του, των παρεχόμενων υπηρεσιών του (delivery of services) και των αποτελεσμάτων του (outcomes) στην υγειονομική πρόσβαση και οικονομική προστασία του πληθυσμού στην Ελλάδα, καλύπτοντας τη χρονική περίοδο 2009-24. Η δε ανάλυση και ερμηνεία της διαχρονικής εξέλιξης αυτών των τριών παραμέτρων (εισορές/πόροι – εκροές/υπηρεσίες – αποτελέσματα), ακολουθώντας και πάλι το πλαίσιο των Van Olmen et al, επιλέχθηκε να γίνει σε συνάρτηση με το μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό και πολιτικό περιβάλλον της υπό εξέταση περιόδου, το οποίο και καλύπτει δύο διαδοχικές κρίσεις (οικονομική και πανδημική κρίση) και το αντίκτυπο τους στο υπό αξιολόγηση ΕΣΥ.

Ο Πίνακας 1 στο παράρτημα της παρούσας έκθεσης, παραθέτει αναλυτικά τις εννέα (9) διαστάσεις απόδοσης (performance dimensions) του ΕΣΥ που επιλέχθηκαν και τους συνολικά δώδεκα (12) διαχρονικούς δείκτες αξιολόγησης αυτών των διαστάσεων απόδοσης (performance indicators) που χρησιμοποιήθηκαν καθώς και τις πηγές άντλησης δευτερογενών δεδομένων που τροφοδότησαν τους εν λόγω δείκτες.

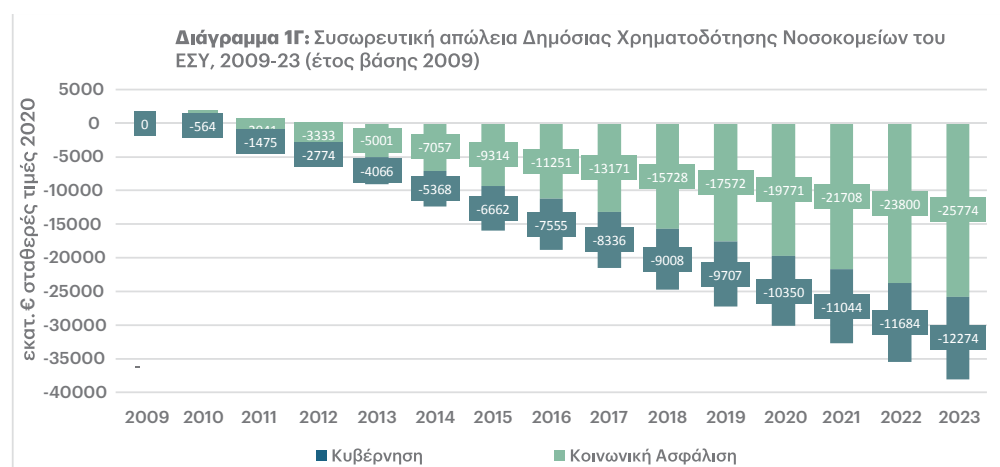
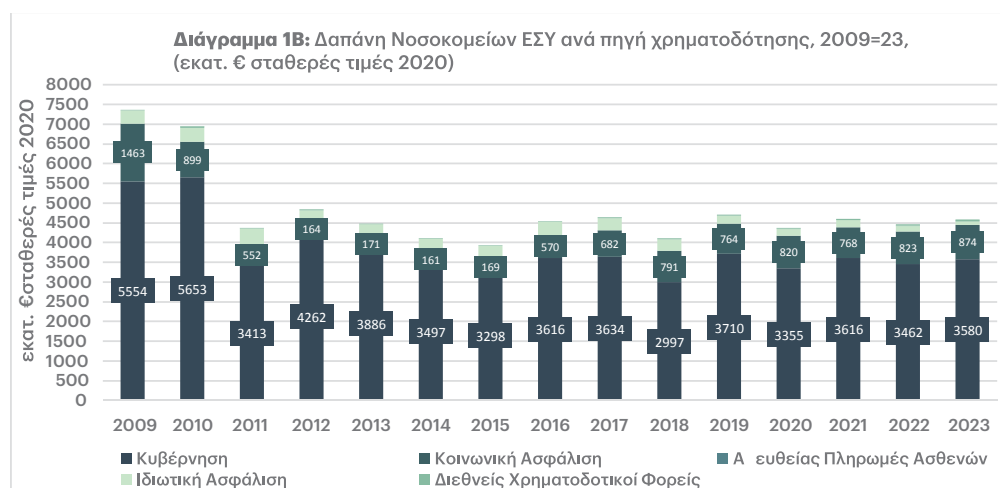
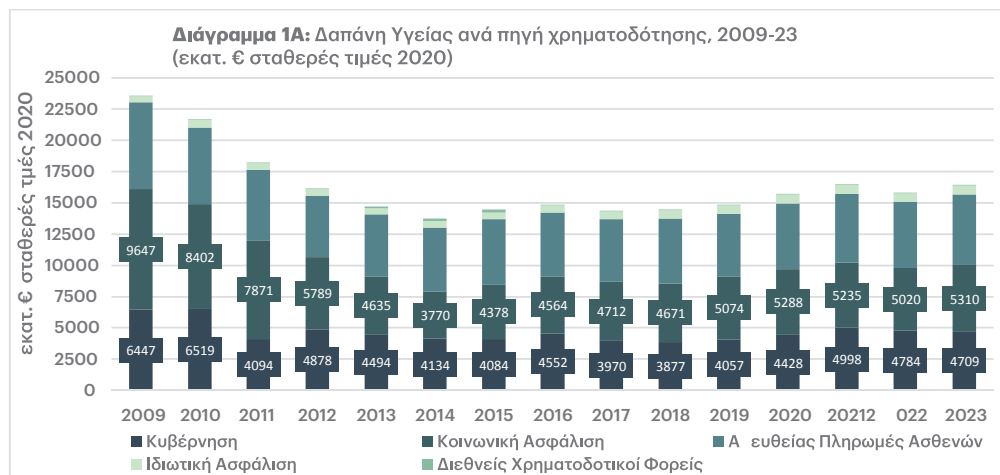
2.

**Η απόδοση
του ΕΣΥ:
μια διαδοχική
αποτίμηση**

2. Η απόδοση του ΕΣΥ: μια διαχρονική αποτίμηση

2.1 Οι εισροές (πόροι) του ΕΣΥ

2.1.1 Χρηματοδότηση του ΕΣΥ



Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία αδημοσίεωτων στοιχείων ΕΛΣΤΑΤ Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (σειρά ετών)

Το 2023 η δαπάνη των νοσοκομείων του ΕΣΥ υπολογίζεται σε 5,27 δισ.€ (τρέχουσες τιμές). Το 78% αυτής της δαπάνης καλύπτεται μέσω χρηματοδότησης από το κράτος, 19% από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας (ΕΟΠΥΥ), 1,8% από απευθείας πληρωμές των ασθενών (81,4 εκατ.€ το 2023), 0,2% από πληρωμές ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και 1% από διεθνείς χρηματοδοτικούς φορείς. Το 2023 τα νοσοκομεία του ΕΣΥ απορροφούσαν το 76% της συνολικής κρατικής χρηματοδότησης για την υγεία, το 17% της συνολικής δαπάνης υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και το 28% της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα.

Κατά την πρώτη περίοδο της οικονομικής κρίσης (2009-14) η συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε σταθερές (αποπληθωρισμένες) τιμές μειώθηκε κατά 45%, λόγω της μείωσης της χρηματοδότησης τους από το κράτος και της κατάρρευσης της χρηματοδότησης τους από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (διάγραμμα 1B). Η μείωση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά την πρώτη φάση της οικονομικής κρίσης, ήταν αντίστοιχη της μείωσης που σημείωσαν οι συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας (κρατικές και κοινωνικοασφαλιστικές δαπάνες για νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη) κατά 51% την αντίστοιχη χρονική περίοδο (διάγραμμα 1A).

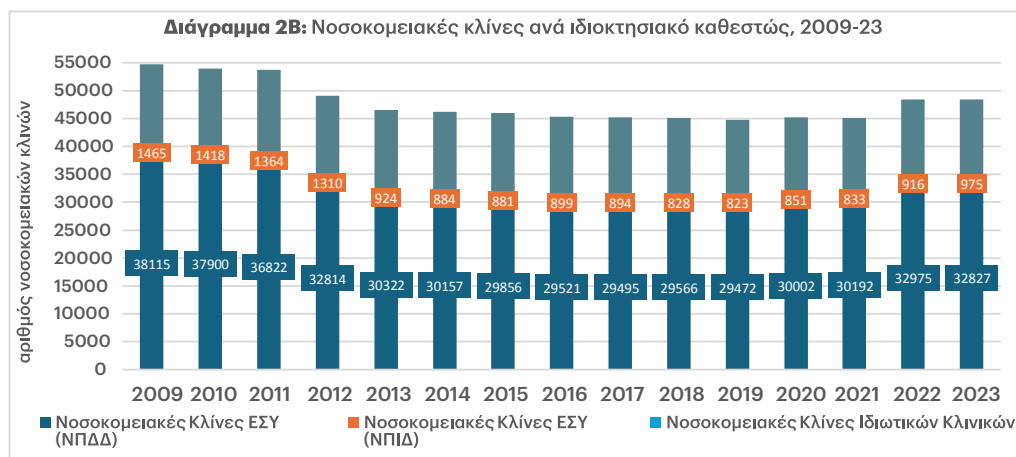
Κατά τη δεύτερη φάση της οικονομικής κρίσης (2015-19) η συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε σταθερές τιμές αυξήθηκε κατά 15%, κύρια λόγω της αύξησης της χρηματοδότησης τους από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (διάγραμμα 1B). Η αύξηση της χρηματοδότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά τη δεύτερη φάση της οικονομικής κρίσης, είναι αντίστοιχη της αύξησης που σημείωσαν οι δημόσιες δαπάνες υγείας (κρατικές και κοινωνικοασφαλιστικές δαπάνες για νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη) κατά 16% την αντίστοιχη χρονική περίοδο (διάγραμμα 1A).

Κατά την περίοδο της πανδημίας (2020-23) η συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε σταθερές τιμές μειώθηκε κατά 3% (διάγραμμα 1B), παρά το γεγονός ότι κατά την ίδια χρονική περίοδο η συνολική δημόσια δαπάνη υγείας αυξήθηκε κατά 10% (διάγραμμα 1A). Το φαινομενικά αντιφατικό αυτό εύρημα (μείωση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ παρά την αύξηση της συνολικής δημόσιας δαπάνης υγείας) ερμηνεύεται από το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας αυξήθηκε το ποσοστό της δημόσιας χρηματοδότησης το οποίο κατευθύνθηκε προς τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα υγείας για αγορά υπηρεσιών από αυτόν. Ενδεικτικά σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ τη τετραετία 2020-3, δαπανήθηκαν 660 εκατ. € κρατικής χρηματοδότησης (τρέχουσες τιμές) για αγορά υπηρεσιών από τις ιδιωτικές κλινικές τις χώρες, όταν τη δεκαετία προ-πανδημίας η αντίστοιχη ετήσια δαπάνη δεν ξεπερνούσε κατά μέσο όρο τα 3 εκατ.€ ετησίως.

Ως αθροιστικό αποτέλεσμα των παραπάνω περιόδων κρίσεων και των πολιτικών αντιμετώπισής τους, το 2023 η συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ σε σταθερές (αποπληθωρισμένες) τιμές διαμορφώθηκε κατά 38% μικρότερη σε σχέση με τα προ-οικονομικής κρίσης επίπεδα (4,6 δισ.€ το 2023 έναντι 7,4 δισ.€ το 2009 σε σταθερές τιμές του 2020).

Υπολογίζεται δε ότι την περίοδο 2009-23 η σωρευτική απώλεια σε σταθερές τιμές της δημόσιας χρηματοδότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ - σε σχέση με τα προ-οικονομικής κρίσης επίπεδα του 2009 - είναι 38δισ.€ (διάγραμμα 1Γ), αποτυπώνοντας μια εικόνα 14ετούς λιτότητας και δημόσιας υποχρηματοδότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ, γεγονός το οποίο ερμηνεύει τη σημερινή εικόνα υποεπένδυσης σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικούς πόρους και τη λειτουργική αποδυνάμωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ, όπως αυτή αναδεικνύεται στις υπόλοιπες ενότητες της παρούσας έκθεσης.

2.1.2 Νοσοκομειακές Υποδομές του ΕΣΥ



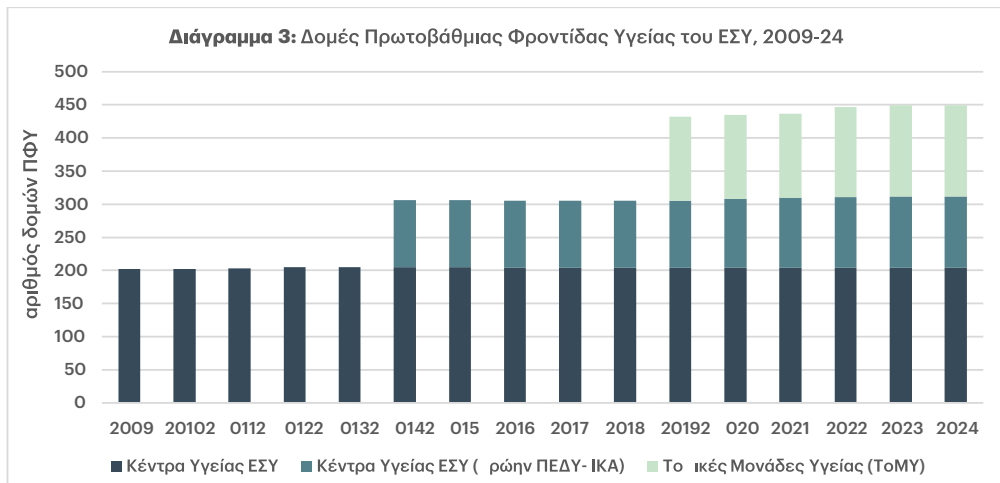
Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία στοιχείων ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή
Θεραπευτηρίων (σειρά ετών)

Το 2023 το ΕΣΥ διέθετε 128 νοσοκομεία (εκ των οποίων τέσσερα ΝΠΙΔ) συνολικής δυναμικότητας 33.802 κλινών, οι οποίες αντιστοιχούσαν στο 69.8% των νοσοκομειακών κλινών της χώρας.

Την περίοδο 2009-19 το ΕΣΥ απώλεσε συνολικά 9.285 νοσοκομειακές κλίνες (κύρια μέσω του κλεισίματος ή της συγχώνευσης νοσοκομείων του), χάνοντας το 23.5% της συνολικής του δυναμικότητας σε κλίνες (διαγράμματα 2Α και 2Β). Την περίοδο της πανδημίας 2020-23 το ΕΣΥ ανέκτησε μέρος της χαμένης του δυναμικότητας σε κλίνες, παρέμενε όμως το 2023 με 15% λιγότερες νοσοκομειακές κλίνες (5.778 λιγότερες κλίνες) σε σχέση με τα προ-οικονομικής κρίσης επίπεδα του 2009 (διάγραμμα 2Β).

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την ίδια χρονική περίοδο (2009-23) ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός νοσοκομειακός τομέας υγείας συγκράτησε τη συνολική του δυναμικότητα σε κλίνες, αυξάνοντας έτσι το μερίδιο του στο συνολικό αριθμό νοσοκομειακών κλινών στη χώρα (30,2% του συνόλου των κλινών της χώρας το 2023, έναντι 27,8% το 2009).

2.1.3 Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΣΥ

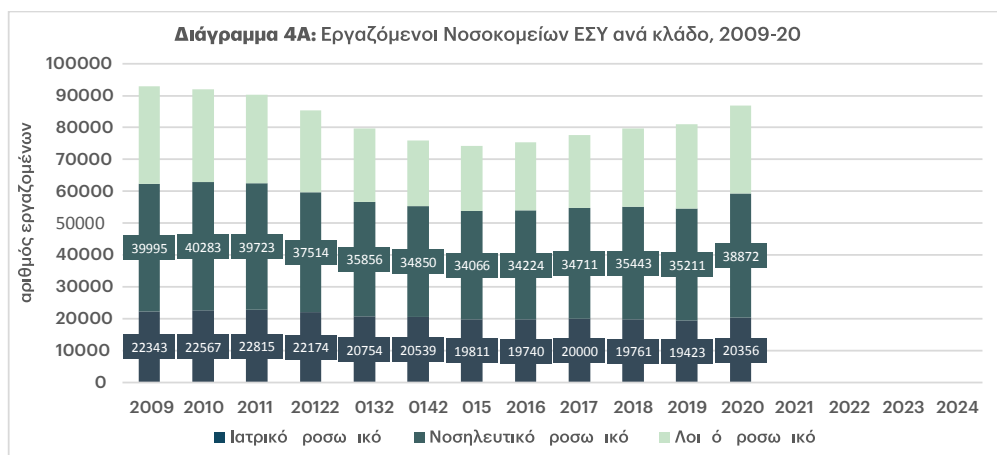


Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία στοιχείων ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών δομών ΠΦΥ (σειρά ετών)

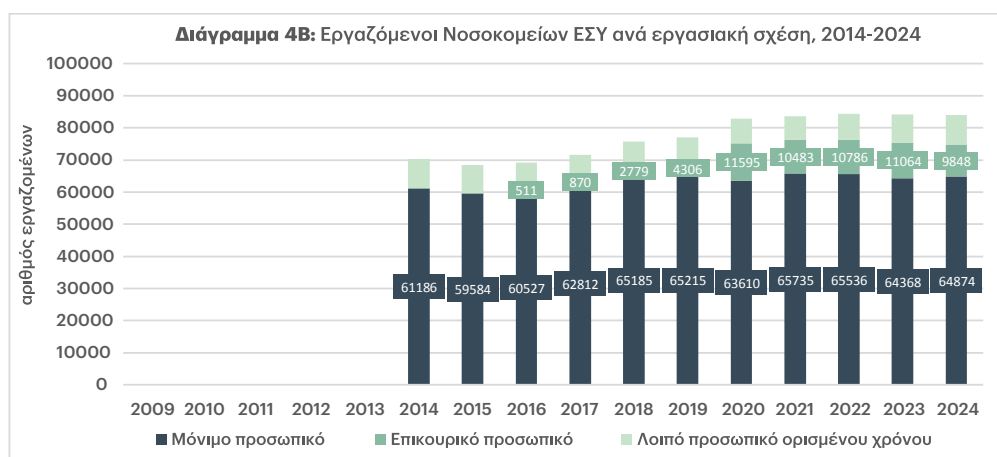
Το 2024 το ΕΣΥ διέθετε 312 Κέντρα Υγείας με 1.580 δορυφορικά περιφερειακά ιατρεία και 137 Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ). Οι δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ είναι κατακερματισμένες, παρουσιάζοντας μεγάλη ανομοιομορφία ως προς τη λειτουργία και στελέχωση τους. Τα Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές έχουν 24ωρη λειτουργία, διαθέτουν Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και είναι κατά κανόνα στελεχωμένα με γενικούς ιατρούς, νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου σε αστικές περιοχές της χώρας, έχουν πλην εξαιρέσεων πρωινή λειτουργία ή διευρυμένη λειτουργία έως τις απογευματινές ώρες και είναι κατά κανόνα στελεχωμένα με ιατρούς ειδικοτήτων (πχ παθολόγους, γυναικολόγους, παιδίατρους, οδοντίατρους). Ενώ τέλος οι ΤοΜΥ σε αστικές ή ημιαστικές περιοχές, συστεγάζονται σε αρκετές περιπτώσεις με Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου, έχουν κατά κανόνα διευρυμένη λειτουργία έως τις απογευματινές ώρες και είναι στελεχωμένα με γενικούς-οικογενειακούς ιατρούς και νοσηλευτές.

Την περίοδο 2009-23 οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΣΥ αυξήθηκαν αριθμητικά δια της ενσωμάτωσης αρχικά το 2014 (Ν.4238/2014)⁴⁵ των πολυδύναμων ιατρείων του ΙΚΑ στα Περιφερειακά Εθνικά Δίκτυα Υγείας (ΠΕΔΥ) και το 2017 (Ν.4486/2017)⁴⁶ δια της ενσωμάτωσης των δομών του ΠΕΔΥ στο ΕΣΥ (διάγραμμα 3). Επίσης το 2017 (Ν.4486/2017) ιδρύθηκαν και ξεκίνησαν προοδευτικά τη λειτουργία τους οι ΤοΜΥ με χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ, με το αρχικό σχέδιο να προβλέπει την ανάπτυξη συνολικά 240 τέτοιων δομών, στόχος ο οποίος έως και το 2024 είχε επιτευχθεί μόλις κατά 57% και με το χρηματοδοτικό μέλλον αυτών των δομών να παραμένει έως και σήμερα αβέβαιο.

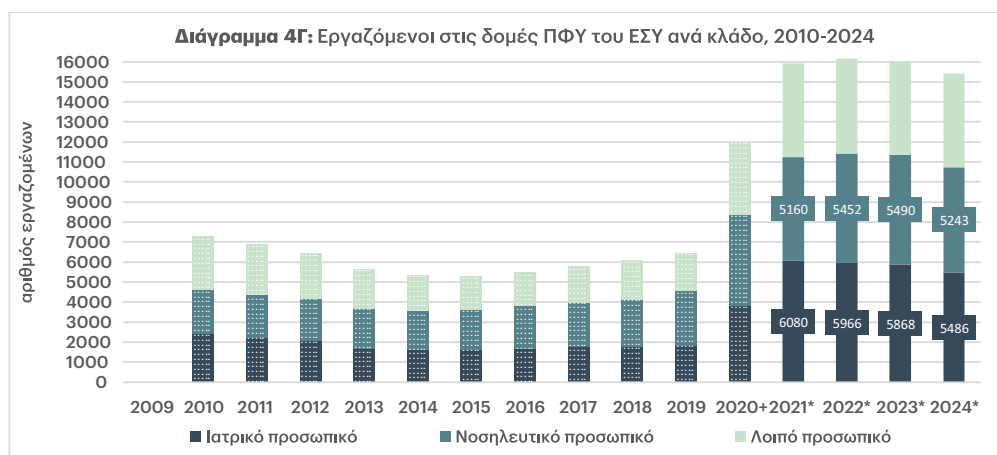
2.1.4 Υγειονομικό Προσωπικό του ΕΣΥ



Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία αδημοσίευτων στοιχείων ΕΛΣΤΑΤ
Απογραφή Θεραπευτηρίων (σειρά ετών)



Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία αδημοσίευτων στοιχείων Υπουργείου
Υγείας BI Health (σειρά ετών)



Σημείωση: έως το 2019 καταγράφονταν μόνο οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου του ΕΣΥ. Το 2020 συμπεριληφθήκαν στις καταγραφές και οι εργαζόμενοι στα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (πρώην ΠΕΔΥ), ενώ από το 2021 και μετά συμπεριλαμβάνονται και οι εργαζόμενοι στις ΤοΜΥ.

Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία στοιχείων ΕΛΣΤΑΤ Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών δομών ΠΦΥ (σειρά ετών).

Το 2024, σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας,¹ στα νοσοκομεία του ΕΣΥ εργάζονταν 84.106 εργαζόμενοι, εκ των οποίων το 25,2% ήταν ιατρικό προσωπικό, το 44,5% νοσηλευτικό προσωπικό και το υπόλοιπο 31% λοιπό προσωπικό (παραϊατρικό, διοικητικό και τεχνικό). Το 77,2% των εργαζομένων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι μόνιμοι υπάλληλοι, το 11,7% επικουρικό προσωπικό όλων των κλάδων με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και το υπόλοιπο 11,1% επίσης προσωπικό με συμβάσεις ορισμένου χρόνου (ειδικευόμενοι και εξειδικευόμενοι ιατροί κατά τη διάρκεια της ειδίκευσής τους καθώς και αγροτικοί ιατροί).

Αντιστοίχως το 2024, σύμφωνα με την απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ,² στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας Αστικού και Αγροτικού Τύπου και ΤοΜΥ) εργάζονταν 15.422 εργαζόμενοι, εκ των οποίων το 35,6% ήταν ιατρικό προσωπικό, το 34% νοσηλευτικό προσωπικό και το υπόλοιπο 30,4% παραϊατρικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό.

Την περίοδο της οικονομικής κρίσης 2009-19, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έχασαν συνολικά το 13% των εργαζομένων τους (απώλεια 11.985 θέσεων εργασίας), με το κύριο όγκο των απωλειών να έχει επισυμβεί κατά την πρώτη φάση της οικονομικής κρίσης έως το 2014, ενώ κατά τη δεύτερη φάση της κρίσης από το 2015 και μετά – λόγω χαλάρωσης των δημοσιονομικών περιορισμών στις προσλήψεις του δημοσίου – παρατηρήθηκε μερική αποκατάσταση των απωλειών (διάγραμμα 4Α). Κατά την ίδια χρονική περίοδο αντίστοιχες ήταν και οι απώλειες ανθρώπινου δυναμικού στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ. Δεδομένων των μεθοδολογικών προβλημάτων στην καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού στην ΠΦΥ στη χώρα μας, ενδεικτικά και μόνο αναφέρουμε ότι την περίοδο 2009-19 τα Κέντρα Υγείας Αγροτικού Τύπου του ΕΣΥ έχασαν το 11% των εργαζομένων τους (απώλεια 816 θέσεων εργασίας – διάγραμμα 4Γ).

Την περίοδο της πανδημικής κρίσης και αμέσως μετά από αυτή (2020-24), σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ αύξησαν το προσωπικό τους κατά 9%, κύρια μέσω της πρόσληψης επικουρικού προσωπικού με συμβάσεις ορισμένου χρόνου (διάγραμμα 4Β), οι οποίες ακόμη και σήμερα δεν έχουν μετατραπεί σε αορίστου χρόνου παρά το γεγονός ότι το συγκεκριμένο προσωπικό καλύπτει πάγιες και διαρκείς ανάγκες των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το εύρημα ότι κατά την περίοδο της πανδημίας και αμέσως μετά από αυτήν (2020-24) το μόνιμο προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μειώθηκε κατά 0,5% (απώλεια 341 μόνιμων θέσεων εργασίας – διάγραμμα 4Β), το οποίο και καταδεικνύει ότι ο ρυθμός προσλήψεων μόνιμου

1 τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας αναφορικά με το προσωπικό του ΕΣΥ αλλά και τη νοσηλευτική κίνηση των νοσοκομείων και των δομών ΠΦΥ του ΕΣΥ είναι διαθέσιμα από το 2014 και μετά.

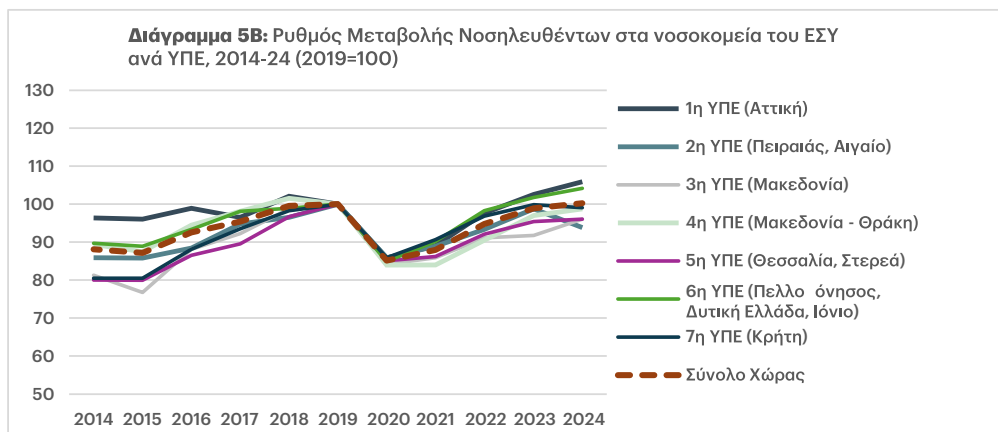
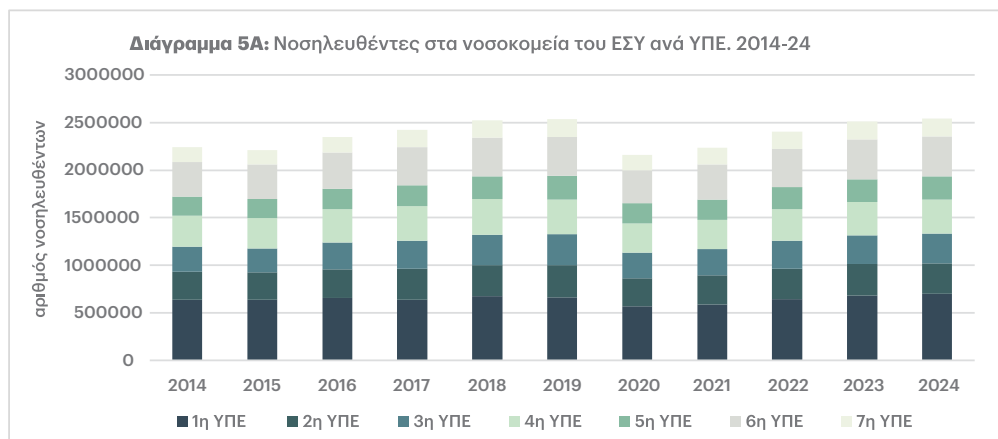
2 Τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για το προσωπικό των νοσοκομείων ΕΣΥ είναι διαθέσιμα έως το 2020 και έχουν αποκλίσεις από τα στοιχεία του ΥΠΥΓ.

προσωπικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ υπολείπεται ακόμη και του ετήσιου ρυθμού φθοράς του προσωπικού (συνταξιοδοτήσεις, παραιτήσεις, θάνατοι). Εξίσου ανησυχητικό είναι και το εύρημα ότι το συνολικό προσωπικό στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ κατά την χρονική περίοδο 2020-24 μειώθηκε κατά 3%, κύρια λόγω της μείωσης του ιατρικού προσωπικού σε αυτές τις δομές (μείωση 10% και απώλεια 594 θέσεων εργασίας ιατρών στα Κέντρα Υγείας Αστικού, Αγροτικού τύπου και τις ΤοΜΥ – διάγραμμα 4Γ). Το τελευταίο εύρημα φαίνεται να επιβεβαιώνει τις ανεκδοτολογικές και δημοσιογραφικές αναφορές για «κύμα φυγής και παραιτήσεων» ιατρών από τα Κέντρα Υγείας της χώρας,⁴⁷ υπό το βάρος των χρόνιων προβλημάτων που αυτά αντιμετωπίζουν.

Ως αθροιστικό αποτέλεσμα των παραπάνω περιόδων κρίσης και των πολιτικών αντιμετώπισής τους, το υγειονομικό προσωπικό που υπηρετούσε το 2024 στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ήταν κατά 10% λιγότερο σε σχέση με τα προ-οικονομικής κρίσης επίπεδα του 2009 (απώλεια 8.840 θέσεων εργασίας), ενώ 11,7% των εργαζόμενων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ εξακολουθούσαν να εργάζονται ως επικουρικό προσωπικό με συμβάσεις ορισμένου χρόνου (9.848 θέσεις εργασίας).

2.2 Εκροές (παρεχόμενες υπηρεσίες) του ΕΣΥ

2.2.1 Νοσηλείες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ



Σημείωση: στους νοσηλευθέντες περιλαμβάνονται οι νοσηλείες στις κλινικές του ΕΣΥ (παθολογικός, χειρουργικός και ψυχιατρικός τομέας), τις μονάδες του ΕΣΥ (πχ εντατικής θεραπείας, εμφραγμάτων, πρόωρων νεογνών) και οι ημερήσιες/βραχείες νοσηλείες. Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία στοιχείων Υπουργείου Υγείας BI Health (σειρά ετών).

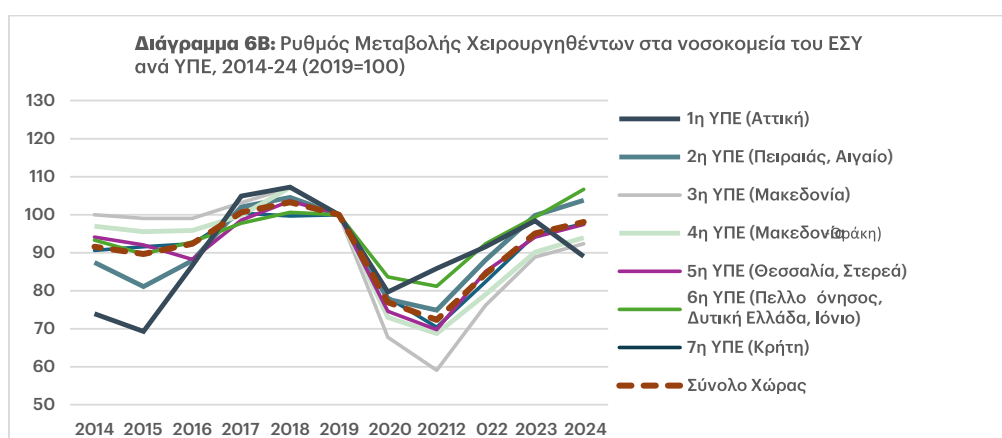
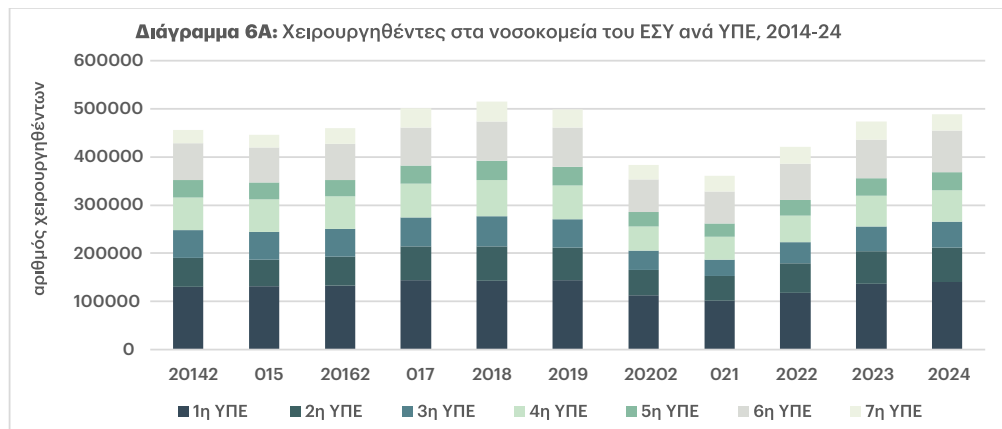
Το 2024 πραγματοποιήθηκαν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 2.544.788 νοσηλείες (επείγουσες και προγραμματισμένες). Το 41% αυτών των νοσηλειών πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία της 1^{ης} και 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας (οι οποίες και καλύπτουν τις Περιφέρειες Αττικής, Πειραιά και Αιγαίου), το 26% σε νοσοκομεία της 3^{ης} και 4^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας (οι οποίες και καλύπτουν τις Περιφέρειες της Κεντρικής, Ανατολικής και Δυτικής Μακεδονίας και της Θράκης) και το υπόλοιπο 33% στα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας (διάγραμμα 5Α).

Κατά την περίοδο της πανδημίας παρατηρήθηκε μείωση στον αριθμό των εισαγωγών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, λόγω των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης, του φόβου και των δυσκολιών μετακίνησης των ασθενών αλλά και της κατά αποκλειστικότητα νοσηλείας στο ΕΣΥ των COVID-19 ασθενών, με αποτελέσματα την αισθητή μείωση των εισαγωγών για τους υπόλοιπους μη-COVID-19 ασθενείς.^{35,36} Υπολογίζεται ότι κατά την περίοδο της πανδημίας 2020-23, οι εισαγωγές στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μειώθηκαν κατά 15% το 2020, 12% το 2021, 5% το 2022 και 1% το 2023 (διάγραμμα 5B). Υπολογίζεται επίσης ότι κατά την περίοδο της πανδημίας 2020-23 πραγματοποιήθηκαν αθροιστικά 843.097 λιγότερες νοσηλείες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε σχέση με τα προ-πανδημίας επίπεδα του 2019.

Το 2024 οι εισαγωγές και νοσηλείες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ανέκαμψαν πλήρως στα προ-πανδημίας επίπεδα (0.3% αύξηση των νοσηλειών το 2024 σε σχέση με το 2019).

2.2.2

Χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ



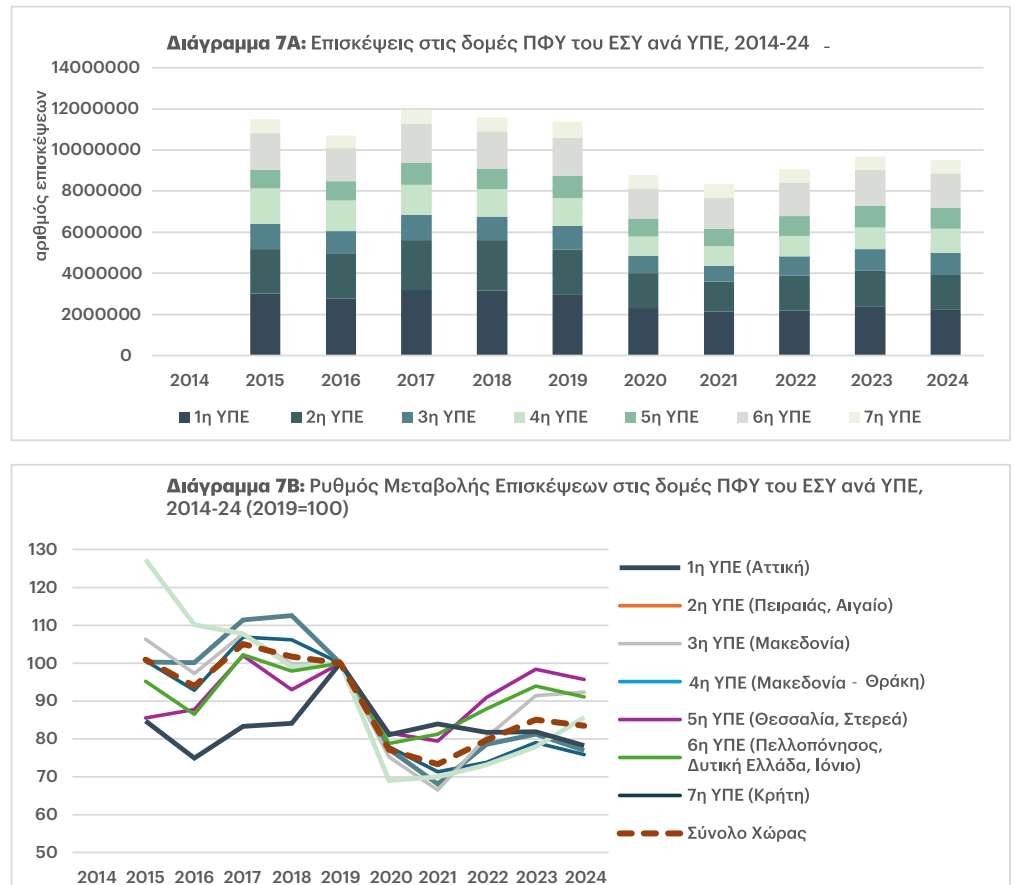
Σημείωση: στους χειρουργηθέντες περιλαμβάνονται οι έκτακτες και προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ καθώς και μικροεπεμβάσεις κατά την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Δεν περιλαμβάνονται οι επεμβάσεις στα ιδιωτικά απογευματινά χειρουργεία του ΕΣΥ, τα οποία τέθηκαν σε λειτουργία τον Μάρτιο του 2024, καθώς δεν καταγράφονται στη κεντρική βάση δεδομένων του Υπουργείου Υγείας. Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία στοιχείων Υπουργείου Υγείας BI Health (σειρά ετών).

Το 2024 πραγματοποιήθηκαν στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 489.067 χειρουργικές επεμβάσεις (επείγουσες και προγραμματισμένες). Το 44% αυτών των επεμβάσεων πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία της 1^{ης} και 2^{ης} ΥΠΕ, το 24% σε νοσοκομεία της 3^{ης} και 4^{ης} ΥΠΕ και το υπόλοιπο 32% στα υπόλοιπα νοσοκομεία της χώρας (διάγραμμα 6Α).

Κατά την περίοδο της πανδημίας παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στον αριθμό των χειρουργικών επεμβάσεων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, για λόγους που ήδη αναφέρθηκαν. Υπολογίζεται ότι κατά την περίοδο της πανδημίας 2020-23, οι χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μειώθηκαν κατά 23% το 2020, 28% το 2021, 16% το 2022 και 5% το 2023 (διάγραμμα 6Β). Υπολογίζεται επίσης ότι κατά την περίοδο της πανδημίας 2020-23 πραγματοποιήθηκαν σωρευτικά 355.797 λιγότερες χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε σχέση με τα προ-πανδημίας επίπεδα του 2019.

Το 2024, μετά το τέλος της πανδημίας και 5 χρόνια από την έναρξή της, οι επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ δεν είχαν ανακάμψει στα προ-πανδημίας επίπεδα, παραμένοντας μειωμένες κατά 2% σε σχέση με το 2019 (9.440 λιγότερες επεμβάσεις) και κατά 5% σε σχέση με το 2018 (25.605 λιγότερες επεμβάσεις), αντανakλώντας τις συνεχιζόμενες ελλείψεις αναισθησιολόγων και νοσηλευτών εν προκειμένου στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

2.2.3 Επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ



Σημείωση: στις επισκέψεις περιλαμβάνονται οι έκτακτες και επείγουσες επισκέψεις στα Κέντρα Υγείας Αστικού και Αγροτικού τύπου του ΕΣΥ καθώς και τις ΤοΜΥ. Τα στοιχεία επισκέψεων του 2014 παραλήφθηκαν λόγω σοβαρής υποκαταγραφής τους κατά το πρώτο έτος λειτουργίας της κεντρικής βάσης δεδομένων του ΥΠΥΓ το 2014. Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία στοιχείων Υπουργείου Υγείας BI Health (σειρά ετών).

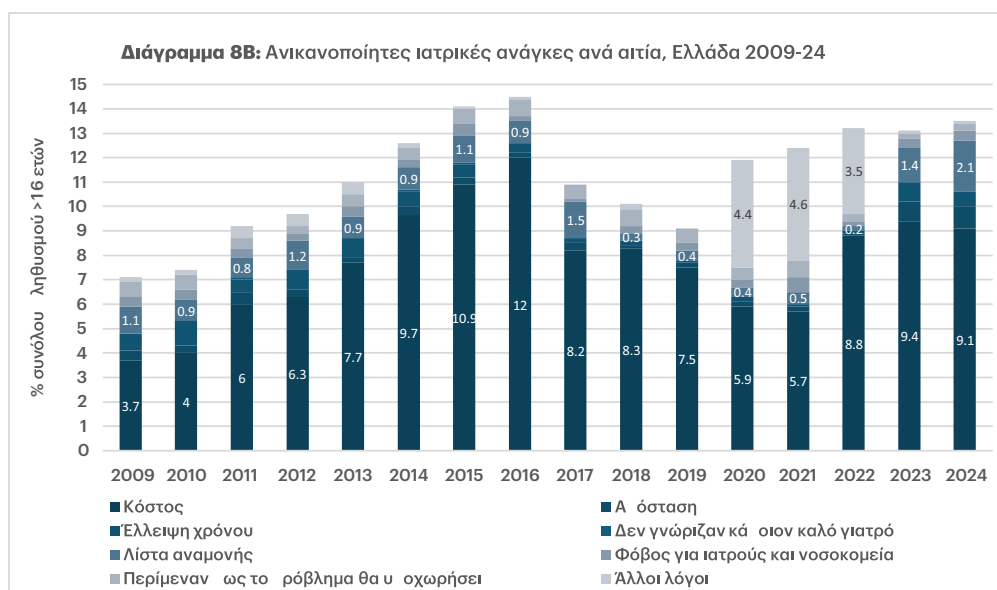
Το 2024 πραγματοποιήθηκαν στα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και τις ΤοΜΥ 9.495.978 επισκέψεις (επείγουσες και τακτικές). Το 42% αυτών των επισκέψεων πραγματοποιήθηκε σε δομές ΠΦΥ της 1^{ης} και 2^{ης} ΥΠΕ, το 23% της 3^{ης} και 4^{ης} ΥΠΕ και το υπόλοιπο 32% στις υπόλοιπες δομές ΠΦΥ της χώρας (διάγραμμα 7Α).

Κατά την περίοδο της πανδημίας παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στον αριθμό των επισκέψεων στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ, λόγω των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης, του φόβου και των δυσκολιών μετακίνησης των ασθενών αλλά και της αποδυνάμωσης των Κέντρων Υγείας λόγω έκτακτων μετακινήσεων του προσωπικού τους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.³⁵ Υπολογίζεται ότι κατά την περίοδο της πανδημίας 2020-23, οι επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ μειώθηκαν κατά 23% το 2020, 27% το 2021, 20% το 2022 και 15% το 2023 (διάγραμμα 7Β). Υπολογίζεται επίσης ότι κατά την περίοδο της πανδημίας 2020-23 πραγματοποιήθηκαν αθροιστικά 9.667.572 λιγότερες επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ σε σχέση με τα προ-πανδημίας επίπεδα του 2019.

Το 2024, μετά το τέλος της πανδημίας και 5 χρόνια από την έναρξή της, οι επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ δεν είχαν ανακάμψει στα προ-πανδημίας επίπεδα, παραμένοντας μειωμένες κατά 17% σε σχέση με το 2019 (1.890.565 λιγότερες επισκέψεις), αντανakλώντας την καταγραφείσα μείωση του ιατρικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ το 2021-24.

2.3 Αποτελέσματα στον πληθυσμό

2.3.1 Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας



Πηγή: ΚΕΠΙΥ – επεξεργασία στοιχείων Eurostat Survey on Income and Living Conditions (σειρά ετών)

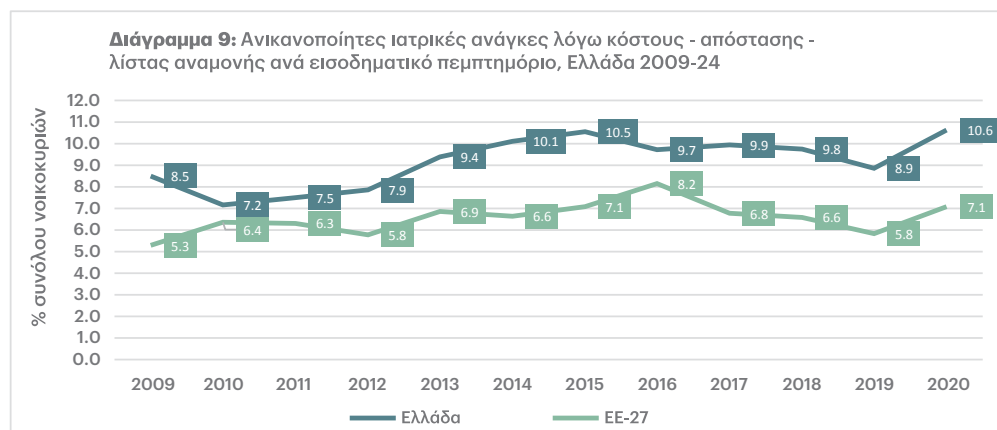
Οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, αν και δεν υπάρχει κοινά αποδεκτός ορισμός, περιλαμβάνουν ένα πολύ ευρύ φάσμα αναγκών, όπως τις πραγματικές αλλά μη βιούμενες ανάγκες υγείας (αφορούν πληθυσμιακές ομάδες με αδιάγνωστες, προσυμπτωματικές ή ασυμπτωματικές παθήσεις, ομάδες δηλαδή με υπαρκτές ανάγκες υγείας τις οποίες όμως δεν τις βιώνουν ως τέτοιες), τις βιούμενες αλλά μη εκφρασμένες ανάγκες υγείας (αφορούν πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες βιώνουν κάποιο πρόβλημα υγείας αλλά επιλέγουν να μην αναζητήσουν ιατρική φροντίδα, καταφεύγοντας για παράδειγμα στην αυτοφροντίδα) και φυσικά τις βιούμενες, εκφρασμένες αλλά μη εκπληρωμένες ανάγκες υγείας (αφορούν πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες βιώνουν κάποιο πρόβλημα υγείας, επιθυμούν ή αναζητούν φροντίδα υγείας αλλά δεν μπορούν τελικά να τη λάβουν).^{48,49} Η Eurostat ορίζει τις ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες ως το ποσοστό στο σύνολο των ερωτηθέντων άνω των 16 ετών, το οποίο δηλώνει ότι κατά το προηγούμενο έτος υπήρξε τουλάχιστον μία φορά όπου χρειάστηκε ιατρική φροντίδα (εξέταση ή θεραπεία) και δεν την έλαβε.^{50,51} Υπ' αυτή την έννοια η Eurostat μέσω των σχετικών της μελετών συλλαμβάνει μέρος μόνο των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών, κυρίως αυτές τις οποίες πριν ορίσαμε ως βιούμενες, εκφρασμένες και μη εκπληρωμένες ανάγκες υγείας. Σε κάθε περίπτωση ο δείκτης της Eurostat θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός δείκτης μέτρησης της πρόσβασης του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας και τελικά της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας να παρέχουν με έγκαιρο, καθολικό και οικονομικά δίκαιο τρόπο φροντίδα υγείας τη στιγμή της ανάγκης.⁵²

Το 2024, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, το 13,6% του Ελληνικού πληθυσμού ανέφερε ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες (διάγραμμα 8Α). Το 67% των ερωτηθέντων δήλωσε ως λόγο των ανικανοποίητων αυτών ιατρικών αναγκών το κόστος, το 15% τις λίστες αναμονής, το 7% την απόσταση και το 10% υπόλοιπους λόγους (όπως έλλειψη χρόνου, φόβο, πεποίθηση ότι το πρόβλημα θα λυθεί από μόνο του, άλλους λόγους - διάγραμμα 8Β). Οι αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες στην Ελλάδα το 2024, ήταν υπερτριπλάσιες του Ευρωπαϊκού μέσου όρου (13,6% έναντι 3,8% του πληθυσμού κατά μέσο όρο στις Ευρωπαϊκές χώρες - διάγραμμα 8Α). Τέλος, οι ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες στην Ελλάδα παρουσιάζουν έντονη εισοδηματική διαφοροποίηση, με το φτωχότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο να αναφέρει υπερτριπλάσιες ανικανοποίητες ανάγκες σε σχέση με το πλουσιότερο εισοδηματικό πεμπτημόριο (17,5% ένα 5.2% αντίστοιχα το 2024 - διάγραμμα 8Γ).

Την περίοδο της οικονομικής κρίσης 2009-16 σημειώθηκε υπερδιπλασιασμός των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών, με βασική αιτία - τροφοδοτή αυτής της αύξησης το κόστος, αντανakλώντας προφανώς την μείωση των εισοδημάτων και των ασφαλιστικών καλύψεων υγείας εκείνης της περιόδου (διάγραμμα 8Β).

Την περίοδο 2017-19 σημειώθηκε μια σχετική αποκλιμάκωση των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών, παραμένοντας όμως αυτές σε επίπεδα σαφώς υψηλότερα σε σχέση με τα προ-οικονομικής κρίσης. Η έναρξη της πανδημίας οδήγησε σε νέα αύξηση των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών, με βασική αιτία – τροφοδότη αυτή της αύξησης, τουλάχιστον τα δύο πρώτα έτη της πανδημίας 2020-21, τους άλλους λόγους, οι οποίοι εν προκειμένου αναφέρονται στις δυσκολίες μετακίνησης και στο φόβο των ασθενών να επισκεφτούν τις υπηρεσίες υγείας λόγω Covid-19 (διάγραμμα 8B). Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το εύρημα της διατήρησης της αύξησης των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών το 2023-24, με το τέλος και μετά το τέλος δηλαδή της πανδημίας, με κύριες αιτίες – τροφοδότες αυτής της ανθεκτικής αύξησης το κόστος και τις λίστες αναμονής (διάγραμμα 8B). Το εύρημα αυτό προφανώς αποτυπώνει τις αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας, τόσο λόγω της μετα-πανδημικής κατάστασης του ΕΣΥ όσο και της εν εξελίξει πληθωριστικής κρίσης η οποία συμπιέζει το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών. Αθροιστικό αποτέλεσμα των παραπάνω περιόδων κρίσης και των πολιτικών αντιμετώπισής τους, είναι το γεγονός ότι οι αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες το 2024 παρέμεναν κατά 90% υψηλότερες σε σχέση με τα προ-κρίσης επίπεδα του 2009 (13,5% το 2024 έναντι 7,1% το 2009).

2.3.2 Καταστροφικές δαπάνες υγείας



Σημείωση: ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 κρατών μελών (μ.ο. ΕΕ-27) αφορά μόνο τις χώρες για τις οποίες υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία σε κάθε έτος αναφοράς. Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία στοιχείων WHO Europe Catastrophic Health Spending (σειρά ετών).

Οι καταστροφικές δαπάνες υγείας αποτυπώνουν το ποσοστό των νοικοκυριών μίας χώρας, των οποίων οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας (out-of-pocket payments) ξεπερνούν το 40% του διαθέσιμου εισοδήματος τους, ήτοι το 40% της συνολικής καταναλωτικής τους δύναμης μετά την κάλυψη βασικών αναγκών όπως σίτισης, στέγασης, ενέργειας.⁵³ Οι καταστροφικές δαπάνες υγείας ωθούν προοδευτικά τα νοικοκυριά σε χρήση των αποταμιεύσεων τους, δανεισμό, εκποίηση περιουσιακών στοιχείων ή θυσία άλλων βασικών αναγκών για την εξυπηρέτηση των ιδιωτικών τους δαπανών υγείας και τελικά μέρος αυτών των νοικοκυριών σε φτωχοποίηση ή περαιτέρω φτωχοποίηση.⁵⁴ Οι καταστροφικές δαπάνες υγείας αποτελούν εξ' αυτού σημαντικό δείκτη οικονομικής προστασίας των νοικοκυριών από τις οικονομικές συνέπειες της νόσου και τελικά δείκτη αποτελεσματικότητας του δημόσιου συστήματος υγείας και των κοινωνικών μεταβιβάσεων μέσω της κοινωνικής ασφάλισης ή/και του κράτους.

Το 2020, τα στοιχεία του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, δείχνουν ότι το 10,6% των νοικοκυριών στην Ελλάδα (460.539 δηλαδή νοικοκυριά βάσει της απογραφής του πληθυσμού του 2021) αντιμετώπιζαν καταστροφικές δαπάνες υγείας, ιστορικό υψηλό 12ετίας (διάγραμμα 9). Πρόσφατη μάλιστα μελέτη έδειξε ότι πάνω από τα μισά αυτά νοικοκυριά, οδηγήθηκαν εξαιτίας αυτών των καταστροφικών δαπανών σε κίνδυνο φτωχοποίησης, φτωχοποίηση ή περαιτέρω φτωχοποίηση.⁵⁵ Τέλος, οι καταστροφικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα το 2020 ήταν κατά 33% υψηλότερες σε σχέση με τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (10,6% στην Ελλάδα έναντι 7,1% κατά μέσο όρο στην Ευρώπη).

Οι καταστροφικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα αυξήθηκαν σημαντικά κατά την πρώτη φάση της οικονομικής κρίσης (λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών και της συρρίκνωσης του ΕΣΥ και των κοινωνικοασφαλιστικών καλύψεων υγείας), μειώθηκαν οριακά κατά την δεύτερη της φάση, παρουσιάζοντας νέα σημαντική αύξηση με την εκδήλωση της πανδημίας το 2020 (διάγραμμα 9). Το 2020 το ποσοστό των νοικοκυριών που αντιμετώπιζαν καταστροφικές δαπάνες υγείας ήταν κατά 25% υψηλότερο σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό προ οικονομικής κρίσης το 2009.

3. Συμπεράσματα

3. Συμπεράσματα

Ο Πίνακας 2 στο παράρτημα της έκθεσης συνοψίζει τα βασικά ευρήματα της αξιολόγησης της απόδοσης του ΕΣΥ (έναντι των 9 διαστάσεων απόδοσης και των 12 δεικτών αξιολόγησης που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα άσκηση – Πίνακας 1) χωρισμένες σε τρεις χρονικές περιόδους, την περίοδο της οικονομικής κρίσης και αμέσως μετά από αυτήν (2009-19), την περίοδο της πανδημικής κρίσης και αμέσως μετά από αυτήν (2020-24) και τη συνολική περίοδο μελέτης των σωρευτικών κρίσεων, της οικονομικής δηλαδή και πανδημικής κρίσης αθροιστικά (2009-24). Πιο συγκεκριμένα και συμπερασματικά:

(α) 2009-19: οικονομική κρίση, δημοσιονομικός περιορισμός στην υγεία και οι καταστροφικές του συνέπειες στο ΕΣΥ και την οικονομική προστασία και πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας.

Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει και εμπλουτίζει την ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία σχετικά με τις καταστροφικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης και των δημοσιονομικών περιοριστικών πολιτικών (λιτότητα) που υιοθετήθηκαν ως απάντηση σε αυτήν, στο ΕΣΥ και τελικά στην πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας και την οικονομική του προστασία σε περιπτώσεις ασθένειας.^{15,21,22}

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης την περίοδο 2009-19 η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα σε σταθερές/αποπληθωρισμένες τιμές ελαττώθηκε κατά 43,3%, συμπαρασύροντας και τη συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ η οποία ελαττώθηκε κατά 36,3% κατά την ίδια χρονική περίοδο. Μεταξύ 2009 και 2019 το ΕΣΥ απώλεσε το 13,6% των νοσοκομείων του μέσω κλεισίματος ή συγχωνεύσεων τους και το 23,5% των νοσοκομειακών του κλινών. Το υγειονομικό προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ την ίδια χρονική περίοδο ελαττώθηκε κατά 12,9% ενώ το υγειονομικό προσωπικό στα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ ελαττώθηκε κατά 11,2%. Η δραματική αυτή συρρίκνωση του ΕΣΥ κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, σε συνδυασμό προφανώς με την μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών και την απώλεια ή συρρίκνωση των κοινωνικοασφαλιστικών καλύψεων υγείας, οδήγησαν την περίοδο 2009-19 στην αύξηση κατά 28,2% του πληθυσμού ο οποίος ανέφερε ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες (σοβαρή δηλαδή διατάραξη της πρόσβασης του σε υπηρεσίες υγείας) και κατά 4,1% των νοικοκυριών τα οποία αντιμετώπιζαν καταστροφικές δαπάνες υγείας (πλημμελή δηλαδή οικονομική προστασία σε περιπτώσεις ασθένειας και αυξημένο κίνδυνο φτωχοποίησης λόγω ίδιων ιατρικών εξόδων).

Αξίζει βέβαια να σημειωθεί ότι η συντριπτική συρρίκνωση του ΕΣΥ συνέβη κατά την πρώτη φάση της οικονομικής κρίσης (2009-15), ενώ κατά την δεύτερη φάση της οικονομικής κρίσης (2015-19) παρατηρήθηκε σε όλους τους υπό εξέταση δείκτες

σχετική βελτίωση της απόδοσης του χωρίς όμως αυτό φυσικά να επανέρχεται στα προ-κρίσης επίπεδα. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το υγειονομικό προσωπικό των νοσοκομείων του ΕΣΥ ελαττώθηκε κατά 20,1% μεταξύ 2009-15, αυξήθηκε κατά 9,1% μεταξύ 2015-19, παρουσιάζοντας τελικά μια αθροιστική μείωση 12,9% μεταξύ 2009-19 όπως αναφέρθηκε παραπάνω. Ομοίως ο πληθυσμός ο οποίος ανέφερε ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες αυξήθηκε κατά 98,6% μεταξύ 2009-15, ελαττώθηκε κατά 35,5% μεταξύ 2015-19, παρουσιάζοντας τελικά μια αθροιστική αύξηση 28,2% μεταξύ 2009-19 όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

(β) 2019-24: πανδημική κρίση, δημοσιονομική επέκταση στην υγεία, χωρίς ουσιαστική και βιώσιμη ενίσχυση του ΕΣΥ και με νέα επιδείνωση της οικονομικής προστασίας και πρόσβασης του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας.

Η παρούσα μελέτη φωτίζει με επικαιροποιημένα στοιχεία και πιο ολοκληρωμένο τρόπο, τάσεις οι οποίες είχαν περιγραφεί σε προηγούμενες μελέτες και οι οποίες καταδείκνυαν ότι η δημοσιονομική χαλάρωση και επέκταση η οποία ακολουθήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημικής κρίσης δεν κατευθύνθηκε στην ουσιαστική και βιώσιμη αναβάθμιση του ΕΣΥ, ούτε βελτίωσε την πρόσβαση του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας και την οικονομική του προστασία έναντι των ασθενειών.^{33,35,36,56}

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης την περίοδο 2019-24, παρότι η δημόσια δαπάνη υγείας σε σταθερές/ αποπληθωρισμένες τιμές αυξήθηκε κατά 9,7%, η συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ μειώθηκε κατά 2,6%, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι η πρόσθετη δημόσια δαπάνη υγείας κατευθύνθηκε κύρια προς την αγορά υπηρεσιών από τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα υγείας και όχι προς ενίσχυση του ΕΣΥ. Αντιστοίχως παρότι την περίοδο 2019-24 το συνολικό υγειονομικό προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ αυξήθηκε κατά 9%, το μόνιμο προσωπικό στα νοσοκομεία του ΕΣΥ μειώθηκε κατά 0,5%, γεγονός το οποίο σημαίνει ότι οι πρόσθετες προσλήψεις πραγματοποιήθηκαν με αποκλειστικό κριτήριο τη βραχυπρόθεσμη κάλυψη επείγουσών αναγκών με επικουρικό προσωπικό με συμβάσεις ορισμένου χρόνου και όχι με κριτήριο τη μακροπρόθεσμη και βιώσιμη ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Επιπρόσθετα το υγειονομικό προσωπικό στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ κατά την ίδια χρονική περίοδο μειώθηκε κατά 3,1%, εξαιτίας της μείωσης κατά 9,8% των ιατρών που υπηρετούν σε αυτές τις δομές.

Επίσης κατά την διάρκεια της πανδημικής περιόδου και μετά από αυτήν, για λόγους οι οποίοι έχουν ήδη εκτενώς συζητηθεί, το ΕΣΥ παρουσίασε σημαντική κάμψη της νοσηλευτικής του κίνησης και των παρεχόμενων του υπηρεσιών. Την περίοδο 2019-23, κατά τη διάρκεια δηλαδή της πανδημίας, πραγματοποιήθηκαν αθροιστικά 843.097 λιγότερες νοσηλείες και 355.797 λιγότερες χειρουργικές

επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ καθώς και 9,7 εκατ. λιγότερες επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ σε σχέση με τα προ-πανδημίας επίπεδα. Ακόμη και το 2024, 1 χρόνο μετά το τέλος της πανδημίας και 5 χρόνια από την έναρξη της, οι χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και οι επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ παρέμεναν αντίστοιχα κατά 1,9% και 16,6% μειωμένες σε σχέση με τα προ-πανδημίας επίπεδα του 2019.

Τέλος, η μετατροπή του ΕΣΥ σε σύστημα υγείας μίας νόσου και η μη ενδυνάμωση του κατά την περίοδο της πανδημικής κρίσης, σε συνδυασμό προφανώς με τις ιδιαίτερες συνθήκες της πανδημίας (φόβος ή αδυναμία προσέλευσης στις υπηρεσίες υγείας) αλλά και την μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών λόγω της τρέχουσας πληθωριστικής κρίσης, οδήγησαν την περίοδο 2019-24 στην αύξηση κατά 48,4% του πληθυσμού ο οποίος ανέφερε ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες και κατά 20,0% των νοικοκυριών τα οποία αντιμετώπιζαν καταστροφικές δαπάνες υγείας.

(γ) 2009-24: σωρευτικές κρίσεις με νεοφιλελεύθερες απαντήσεις και ισχυρές ενδείξεις ότι το ΕΣΥ έχει ξεπεράσει τα όρια αντοχής του (breaking point) κατά την μετα-πανδημική περίοδο.

Ως αθροιστικό αποτέλεσμα των διαδοχικών κρίσεων και των νεοφιλελεύθερων πολιτικών διαχείρισής τους είτε υπό δημοσιονομική επέκταση είτε υπό δημοσιονομικό περιορισμό, το 2024 η δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα και η συνολική χρηματοδότηση των νοσοκομείων του ΕΣΥ παρέμεναν κατά 37,7% και κατά 38% αντίστοιχα μικρότερες σε σχέση με τα προ-κρίσεων επίπεδα του 2009. Υπολογίζεται μάλιστα ότι από το 2009 έως και το 2024 η αθροιστική απώλεια μόνο της δημόσιας χρηματοδότησης προς στα νοσοκομεία του ΕΣΥ αγγίζει το αστρονομικό ποσό των 38 δισ.€. Το 2024 επίσης το ΕΣΥ εξακολουθούσε να διαθέτει 12,9% λιγότερα νοσοκομεία, 14,6% λιγότερες νοσοκομειακές κλίνες και 9,6% λιγότερο νοσοκομειακό προσωπικό σε σχέση με τα προ-κρίσεων επίπεδα του 2009, ενώ 11,7% του υπηρετούντος προσωπικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ το 2024 εξακολουθούσε να εργάζεται ως επικουρικό προσωπικό με συμβάσεις ορισμένου χρόνου.

Κατά την μετά-πανδημική περίοδο η παρατηρούμενη «φυγή» ιατρικού προσωπικού από τις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ, η συνεχιζόμενη μείωση του μόνιμου προσωπικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ αλλά και η αδυναμία συνολικά του ΕΣΥ (νοσοκομεία και πρωτοβάθμιες δομές) να ανακάμψει ακόμη και στα προ-πανδημίας επίπεδα νοσηλευτικής του κίνησης (χειρουργεία, επισκέψεις) αποτελούν ισχυρές ενδείξεις ότι το ΕΣΥ έχει ξεπεράσει τα όρια αντοχής του (breaking point), παρουσιάζοντας συμπτώματα ρηγμάτωσης ανάλογα με αυτά τα οποία αναφέρονται σε άλλα συστήματα υγείας διεθνώς,²⁻¹¹ τα οποία έχουν υποστεί και αυτά με τη σειρά τους το βάρος των διαδοχικών κρίσεων και των νεοφιλελεύθερων πολιτικών απάντησης σε αυτές.

Τέλος, τα ανθεκτικά υψηλά ποσοστά κατά την μετα-πανδημική περίοδο στην Ελλάδα του πληθυσμού που αναφέρει ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες και των νοικοκυριών που αντιμετωπίζουν καταστροφικές δαπάνες υγείας, υποδηλώνουν τις σοβαρότατες συνέπειες που έχει η ρηγμάτωση του ΕΣΥ στην πρόσβαση σε φροντίδα υγείας και την οικονομική προστασία από τις ασθένειες του Ελληνικού πληθυσμού.

4. Συστάσεις πολιτικής

4. Συστάσεις πολιτικής

A. Ανάταξη του ΕΣΥ με όλους τους αναγκαίους πόρους

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έκθεσης προκύπτει επείγουσα η ανάγκη ανάταξης του ΕΣΥ και ενίσχυσής του με όλους τους αναγκαίους χρηματοδοτικούς, υλικούς και πρωτίστως ανθρώπινους πόρους. Για παράδειγμα:

- η **χρηματοδοτική ανάκαμψη του ΕΣΥ** ακόμη και στα πλημμελή προ-κρίσεων επίπεδα θα προϋπόθετε την άμεση αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά 2 δισ.€ ετησίως (από 3,6 δισ.€ δηλαδή το 2023 σε 5,6 δισ.€ - σε σταθερές/αποπληθωρισμένες τιμές του 2020), χωρίς φυσικά αυτό να σημαίνει ότι η αύξηση αυτή θα ήταν επαρκής για τις σημερινές και σύγχρονες ανάγκες τους.
- ομοίως η **ανάταξη των νοσοκομειακών υποδομών του ΕΣΥ** ακόμη και στα πλημμελή προ-κρίσεων επίπεδα θα προϋπόθετε την ανάκτηση 5.778 νοσοκομειακών κλινών (ισοδύναμες δηλαδή 6 νοσοκομείων δυναμικότητας το καθένα αντίστοιχης με αυτής του Γ.Ν. Ευαγγελισμός στην Αθήνα ή του Γ.Ν. Ιπποκράτειο στη Θεσσαλονίκη).
- αντίστοιχα η **ανάταξη του υγειονομικού προσωπικού του ΕΣΥ** ακόμη και στα πλημμελή προ-κρίσεων επίπεδα θα προϋπόθετε πέραν της ετήσιας κάλυψης των αποχωρήσεων (λόγω συνταξιοδότησης, παραιτήσεων ή θανάτων), την πρόσθετη πρόσληψη 11.000 μόνιμων εργαζόμενων (8.884 στα νοσοκομεία του ΕΣΥ και κατ' εκτίμηση 1.300-2.000 στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ) καθώς και την μονιμοποίηση των 9.884 επικουρικών υπαλλήλων που υπηρετούν σήμερα στα νοσοκομεία του ΕΣΥ.

B. Αποεμπορευματοποίηση και αποκατάσταση εμπιστοσύνης στο ΕΣΥ

Η χρηματοδοτική, υλική και στελεχική ανάταξη του ΕΣΥ αποτελεί αναγκαία αλλά όχι ικανή προϋπόθεση για την επούλωση της ρηγμάτωσης του.

Η **αποεμπορευματοποίηση της λειτουργίας του** με επαναφορά της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του προσωπικού του, η κατάργηση κάθε μορφής απευθείας πληρωμών των ασθενών κατά την έκτακτη, τακτική και ολοήμερη (απογευματινή) λειτουργία του και η κατάργηση της ανάθεσης των μη-κλινικών και κλινικών λειτουργιών του (clinical outsourcing) σε ιδιώτες (εργολάβους, ιδιωτικά εργαστήρια ή κλινικές), αποτελούν στοιχειώδεις πολιτικές για την εμπέδωση του δημόσιου και δωρεάν χαρακτήρα του.

Ταυτόχρονα, η **αποκατάσταση κλίματος εμπιστοσύνης στο εσωτερικό του**, με εκδημοκρατισμό, διαφάνεια και κοινωνικό έλεγχο στη λειτουργία του, μισθολογική αναβάθμιση των λειτουργιών του, εκτεταμένη χρήση μη-μισθολογικών κινήτρων για την ενδυνάμωση και επιστημονική (ή/και διοικητική) εξέλιξη του προσωπικού του και η πρωτοπόρα ενσωμάτωση στη λειτουργία του καινοτόμων θεραπευτικών μεθόδων και ιατροτεχνολογικών μέσων, αποτελούν στοιχειώδεις πολιτικές για την μετατροπή ξανά του ΕΣΥ σε χώρο προσέλκυσης νέων εργαζομένων και επιστημόνων υψηλής ειδίκευσης και την ανακοπή των διαφαινόμενων τάσεων επιταχυνόμενης φθοράς του λόγω παραιτήσεων.

Γ. Αναδιάρθρωση και ενδυνάμωση ΠΦΥ του ΕΣΥ

Με βάση και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ως επείγουσα ανάγκη προκύπτει και η αναδιάρθρωση - ενδυνάμωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΣΥ. Ο υπάρχων οργανωτικός κατακερματισμός των δομών ΠΦΥ του ΕΣΥ, οι πολλαπλές ταχύτητες λειτουργίας και στελέχωσης τους, η εγκατάλειψη του διεπιστημονικού τους χαρακτήρα και της πληθυσμιακής τους αναφοράς μέσω της υλοποίησης της μεταρρύθμισης του «προσωπικού, με λίστα εγγεγραμμένων ασθενών, ιατρού», επιβάλουν τη ριζική αλλαγή πλεύσης και δυστυχώς την εκ νέου και για πολλοστή φορά οργανωτική αναδιάρθρωση της ΠΦΥ.

Βασικοί άξονες αυτής της αναδιάρθρωσης οφείλουν να είναι η **ενιαιοποίηση των υπάρχοντων δομών ΠΦΥ του ΕΣΥ**, με Κέντρα Υγείας και δορυφορικές μονάδες (ιατρεία γειτονιάς στις αστικές περιοχές και περιφερειακά ιατρεία στις ημιαστικές ή αγροτικές), με σαφώς γεωγραφικά οριζόμενους πληθυσμούς ευθύνης (catchment areas), με ενιαίο εύρος παρεχόμενων υπηρεσιών, ενιαίο ωράριο λειτουργίας, ενιαίες κτιριακές προδιαγραφές, ενιαία οργανογράμματα με έμφαση στη διεπιστημονική στελέχωση τους και τη συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων υγείας σε κάθε Κέντρο Υγείας και τέλος με κεντρικά σχεδιασμένα χωροταξικά κατανομή τους με πληθυσμιακά και επιδημιολογικά κριτήρια.

Δ. Εξωτερικοί περιορισμοί για την ανάπτυξη του ΕΣΥ

Είναι προφανές ότι ένα τέτοιο **σχέδιο ανάπτυξης του ΕΣΥ, προσκρούει σε μία σειρά από εξωτερικούς καταναγκασμούς**, όπως οι νέοι δημοσιονομικοί περιορισμοί της πολεμικής οικονομίας, το νεοφιλεύθερο πλαίσιο εξευρωπαϊσμού των συστημάτων υγείας μέσω του μηχανισμού του Ευρωπαϊκού Εξαμήνου και ο ιδιαίτερα εκτεταμένος ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας υγείας στην Ελλάδα, ο οποίος ανταγωνιστικά προς το ΕΣΥ απορροφά μεγάλο μέρος της δημόσιας (κρατικής και κοινωνικοασφαλιστικής) χρηματοδότησης στην υγεία διεκδικώντας ταυτόχρονα και ανταγωνιστικά πάντα προς το ΕΣΥ ικανό ζωτικό χώρο για την ανάπτυξη των κερδοσκοπικών του δραστηριοτήτων. Η υπέρβαση αυτών των εμποδίων και η προτεραιοποίηση ενός σχεδίου ανάπτυξης του ΕΣΥ για τη διεύρυνση του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία, αποτελεί ανοικτό πολιτικό ερώτημα το οποίο η κοινωνία καλείται να απαντήσει.

Βιβλιογραφία

1. A service at a breaking point: the NHS in the UK. *EClinicalMedicine*. 2024;74:102800
2. Kluge H. Health systems in crisis, countering shock-waves and fatigue. *Euro-health* 2023;29(1):3
3. Akoo C, McMillan K, Price S, et al. "I feel broken": Chronicling burnout, mental health, and the limits of individual resilience in nursing. *Nurs Inq*. 2024;31(2):e12609
4. Haegdorens F, Sloomans S, Vleminckx S, et al. Turn-over and Intention to Leave Among Belgian Healthcare Workers After COVID-19: A Two-Year Longitudinal Cohort Study. *J Adv Nurs*. 2025; doi: 10.1111/jan.16925
5. Dubas-Jak bczyk K, Gonzalez AI, Domaga a A, et al. Medical deserts in Spain-Insights from an international project. *Int J Health Plann Manage*. 2024;39(3):708-721
6. Bonal, M., Padilla, C., Chevillard, G. et al. A French classification to describe medical deserts: a multi-professional approach based on the first contact with the healthcare system. *Int J Health Geogr*. 2024;23(1):5
7. Haering A, Kaeding M, Werbeck A. Equal access to primary care - A reference for spatial allocation in Germany. *Health Policy*. 2025;158:105364.
8. Brînzac MG, Kuhlmann E, Dussault G et al. Defining medical deserts-an international consensus-building exercise. *Eur J Public Health*. 2023;33(5):785-788
9. Fernemark H, H rdstedt M, Skagerström J, et al Primary healthcare in the aftermath of the COVID-19 pandemic: a qualitative interview study in Sweden. *BMJ Open* 2024;14:e085527
10. Morris J. How will waiting times in community health services affect the shift towards neighbourhood health? London: Nuffield Trust; 2025
11. Organisation for Economic Cooperation and Development, European Commission. Health at a Glance: Europe 2024. State of health in the EU cycle. Paris: OECD/ European Union. 2024
12. Kondilis E, Parcharidi Z, Benos A. Epidemic preparedness: The role of public health services in epidemic response. *Archives of Hellenic Medicine*. 2023;40:688-94
13. OECD. Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. 2024
14. World Health Organisation. Statement: The European Region is in a "permacrisis" that stretches well beyond the pandemic, climate change and war. 2022
15. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M et al. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American Journal of Public Health*. 2013;103(6):973-979
16. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. *World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies*. 2012
17. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. 2022
18. Ziemann M, Chen C, Forman R et al. Global Health Workforce responses to address the COVID-19 pandemic: What policies and practices to recruit, retain, reskill, and support health workers during the COVID-19 pandemic should inform future workforce development? Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies. 2023
19. British Medical Association. The role of private outsourcing in the COVID-19 response. London: British Medical Association. 2020
20. Davaki K, Mossialos E. Plus ça change: health sector reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2005;30(1-2):143-167
21. Economou C. Greece: health system review. *Health Systems in Transition*. 2010;12(7):1-180
22. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, et al. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, et al., editors. Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015.
23. OECD. Health statistics. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development
24. ELSTAT. The Greek economy. Athens: Hellenic Statistical Service
25. Ελληνική Δημοκρατία. Νόμος 4052/2012 «Τροποποίηση νομοθεσίας για τα νοσοκομεία και άλλες διατάξεις». ΦΕΚ Α 41/1.3.2012. 2012

26. Ελληνική Δημοκρατία. Νόμος 4093/2012 «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016». ΦΕΚ Α' 222/12-11-2012. 2012
27. Ελληνική Δημοκρατία. Υ4α/οικ. 48321 «Διασύνδεση Νοσοκομείων και καθορισμός του τρόπου διασύνδεσής τους και λειτουργίας τους». ΦΕΚ Β' 1681/2011. 2011
28. Ελληνική Δημοκρατία. Νόμος 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις». ΦΕΚ Α' 31/2.3.2011. 2011
29. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 1329/2011: Διευκρινήσεις σχετικά με αμοιβή (εξέταστρο) στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία Νοσοκομείων του ΕΣΥ και κατά την παροχή ιατρικών υπηρεσιών από τα Κέντρα Υγείας. 2011
30. Ελληνική Δημοκρατία. Νόμος 3833/2010 «Προστασία της εθνικής οικονομίας - Επείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση της δημοσιονομικής κρίσης». ΦΕΚ Α' 40/15.3.2010. 2010
31. Ελληνική Δημοκρατία. Νόμος 3845/2010 «Μέτρα για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη-μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο». ΦΕΚ Α' 65/6.5.2010. 2010
32. Ελληνική Δημοκρατία. Νόμος 4024/2011 «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο - βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015». ΦΕΚ Α' 226/27.10.2011. 2011
33. Κονδύλης Η, Δασκαλάκη Ά, Παλάντζα Α, et al. Η εξέλιξη του υγειονομικού προσωπικού στα νοσοκομεία του ΕΣΥ πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Policy Report 2023.1. Θεσσαλονίκη: ΚΕΠΥ - Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. 2023
34. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A et al. Greece's health crisis: from austerity to denialism. Lancet. 2014;383(9918):748-753
35. Kondilis E, Tarantilis F, Benos A. Essential public healthcare services utilization and excess non-COVID-19 mortality in Greece. Public Health. 2021;198:85-88
36. Kondilis E, Benos A. The COVID-19 Pandemic and the Private Health Sector: Profiting without Socially Contributing. International Journal of Social Determinants of Health and Health Services. 2023;53(4):466-477
37. Navarro V. The new conventional wisdom: an evaluation of the WHO report, Health Systems: Improving Performance. International Journal of Health Services. 2001;31(1):23-33
38. Kelly DJ. Perceptions of Taylorism and a Marxist scientific manager. Journal of Management History. 2016;22(3):298-319
39. Schieber CJ. Health spending: Its growth and control. The OECD Observer. 1985;137:13
40. Poullier JP. OECD Experiences with the Initiation and Coordination of Health Indicator Systems, with Special Emphasis on Interinstitutional Coordination and 70 Comparability. Springer, Berlin, Heidelberg; 1987
41. World Health Organisation. Everybody's Business: Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007
42. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J (Eds). Health system performance assessment: A framework for policy analysis. European Observatory Health Policy Series. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2022;57
43. OECD. Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2024
44. Van Olmen J, Criel B, Bhojani U, et al. The Health System Dynamics Framework: The introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case-studies. Health Cult Soc. 2012;2(1):71
45. Ελληνική Δημοκρατία. Νόμος 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις». ΦΕΚ Α' 38/17.2.2014. 2014
46. Ελληνική Δημοκρατία. Νόμος 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις». ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017. 2017
47. Διονέλλης Μ. Παρατηρήθηκαν για να μην κινδυνεύσουν οι

- ασθενείς. Εφημερίδα των Συντακτών. 2023
48. Black N, Gruen R. Understanding health services. UK: Open University Press. 2005
 49. Rosenberg M, et al. Better data on unmet healthcare need can strengthen global monitoring of universal health coverage. BMJ. 2023;382:e075476.
 50. Ingleby D, Guidi CF. Time to reap the fruits of EU-SILC's new way of measuring unmet needs. Eur J Public Health. 2025;35(3):447-448
 51. Eurostat. [Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile. Survey on Income and Living Conditions. 2025.](#)
 52. Guidi CF. [Urgent need for valid data on access to healthcare in Europe. Eur J Public Health. 2023;33\(2\):176-178.](#)
 53. [WHO Regional Office for Europe. Catastrophic health spending, all households. European Health Information Gateway. 2024.](#)
 54. WHO Regional Office for Europe. [Impoverishing health spending. European Health Information Gateway. 2024.](#)
 55. Chletsos M, Economou C. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Greece. Barcelona: WHO Office for Health Systems Financing; 2025
 56. Κονδύλης Η, Οικονόμου Χ, Μπένος Α. Οι χαμένες χειρουργικές επεμβάσεις στο ΕΣΥ και τα «δωρεάν» απογευματινά χειρουργεία του Ταμείου Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας. Policy Brief 2024.2. Θεσσαλονίκη: ΚΕΠΥ – Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. 2024

Παράρτημα

Παράρτημα

Πίνακας 1: Διαστάσεις και δείκτες διαχρονικής αξιολόγησης της απόδοσης του ΕΣΥ (2009-24) και πηγές άντλησης δευτερογενών δεδομένων

Διαστάσεις απόδοσης		Δείκτες Αξιολόγησης	Στοιχεία και πηγές άντλησης δεδομένων ανά δείκτη αξιολόγησης
Εισροές του ΕΣΥ	Χρηματοδότηση του ΕΣΥ	1. Δαπάνη υγείας ανά πηγή χρηματοδότησης, 2009-23 2. Δαπάνη νοσοκομείων ΕΣΥ ανά πηγή χρηματοδότησης, 2009-23	ΕΛΣΤΑΤ. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (αδημοσίευτα στοιχεία): https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/-
	Νοσοκομεία του ΕΣΥ	3. Αριθμός νοσοκομείων και νοσοκομειακών κλινών ΕΣΥ (ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ) και ιδιωτικού τομέα, 2009-24	ΕΛΣΤΑΤ. Απογραφή Θεραπευτηρίων: https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/-
	Δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ	4. Δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ, 2009-24	ΕΛΣΤΑΤ. Απογραφή Κέντρων Υγείας και δομών ΠΦΥ: https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/-
	Προσωπικό του ΕΣΥ	5. Εργαζόμενοι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ανά κλάδο, 2009-21	ΕΛΣΤΑΤ. Απογραφή Θεραπευτηρίων (αδημοσίευτα στοιχεία): https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/-
		6. Εργαζόμενοι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ανά εργασιακή σχέση, 2014-24	ΥΠΥΓ. BI Health (αδημοσίευτα στοιχεία): https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/311-bi-healtheisagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeias
		7. Εργαζόμενοι στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ ανά κλάδο, 2009-24	ΕΛΣΤΑΤ. Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών δομών ΠΦΥ https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/-
	Εκροές του ΕΣΥ	8. Νοσηλείες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ανά ΥΠΕ, 2014-24	Υπουργείο Υγείας. BI Health (αδημοσίευτα στοιχεία): https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/311-bi-healtheisagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeias
Εκροές του ΕΣΥ	Χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ	9. Χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία του ΕΣΥ ανά ΥΠΕ, 2014-24	Υπουργείο Υγείας. BI Health (αδημοσίευτα στοιχεία): https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/311-bi-healtheisagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeias
	Επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ	10. Επισκέψεις στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ ανά ΥΠΕ, 2014-24	Υπουργείο Υγείας. BI Health (αδημοσίευτα στοιχεία): https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/311-bi-healtheisagwgh-stoixeiwn-monadwn-ygeias
	Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας	11. Ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες ανά αιτία και ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο, 2009-24 (Ελλάδα και μ.ο. ΕΕ-27)	Eurostat. Survey on Income and Living Conditions: https://ec.europa.eu/eurostat/data/database
Αποτελέσματα στον πληθυσμό	Καταστροφική δαπάνη υγείας	12. Νοικοκυριά με καταστροφική δαπάνη υγείας 2009-2020 (Ελλάδα και μ.ο. ΕΕ-27)	WHO. Catastrophic health spending: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/uhcfp_4_catastrophic-health-spending-all-households/#id=36741&country=GRC;WHO_EURO&fullGraph=true

Πίνακας 2: Συνοπτική παρουσίαση της αξιολόγησης της απόδοσης του ΕΣΥ ανά χρονικές περιόδους κρίσεων, 2009-24

Διαστάσεις απόδοσης		Δείκτες αξιολόγησης Οικονομική κρίση 2009-19	% μεταβολή ανά χρονική περίοδο		
			Πανδημική κρίση 2019-24	Σωρευτικές κρίσεις 2009-24	
Εισροές του ΕΣΥ	Χρηματοδότηση του ΕΣΥ	1. Δημόσια Δαπάνη Υγείας, εκατ. € σταθερές τιμές 2020	-43,3%	9,7%	-37,7%
		2. Συνολική χρηματοδότηση νοσοκομείων ΕΣΥ, εκατ. € σταθερές τιμές 2020	-36,3%	-2,6%	-38,0% (σωρευτική απώλεια 38 δις.€ δημόσιας χρηματοδότησης τα τελευταία 14 χρόνια)
	Νοσοκομεία και κλίνες του ΕΣΥ	3. Αριθμός νοσοκομείων ΕΣΥ	-13,6%	0,8%	-12,9%
		4. Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ΕΣΥ	-23,5% (απώλεια 9.285 κλινών)	11,6%	-14,6% (5.776 κλίνες λιγότερες σε σχέση με το 2009)
	Προσωπικό του ΕΣΥ	5α. Αριθμός εργαζόμενων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (ΕΛΣΤΑΤ)	-12,9% (απώλεια 11.955 θέσεων εργασίας)	M/Δ	-9,6% (8.884 λιγότερες θέσεις εργασίας σε σχέση με 2009, 9.848 υπηρετούντες επικουρικοί το 2024)
		5β. Αριθμός εργαζομένων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (ΥΠΥΓ)	M/Δ	9,0% (6.965 επιπλέον θέσεις εργασίας κύρια επικουρικών)	
		6. Αριθμός μόνιμων εργαζομένων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ	M/Δ	-0,5% (απώλεια 341 θέσεων μόνιμης εργασίας)	M/Δ
		7α. Αριθμός εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ	-11,2% (απώλεια 816 θέσεων εργασίας)	M/Δ	M/Σ
		7β. Αριθμός εργαζομένων στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ	M/Δ	-3,1%	
		7γ. Αριθμός ιατρών στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ	M/Δ	-9,8% (απώλεια 594 θέσεων εργασίας ιατρών)	M/Δ
	Εκροές του ΕΣΥ	8. Αριθμός νοσηλευθέντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ	M/Δ	0,3% (7.038 περισσότερες νοσηλείες το 2024 σε σχέση με το 2019, αλλά σωρευτική απώλεια 843.097 νοσηλείων στην πανδημία 2020-3)	M/Δ
		9. Αριθμός χειρουργηθέντων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ	M/Δ	-1,9% (9.440 λιγότερες επεμβάσεις το 2024 σε σχέση με το 2019 και σωρευτική απώλεια 355.797 επεμβάσεων στην πανδημία 2020-3)	M/Δ
		10. Αριθμός επισκέψεων στις δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ	M/Δ	-16,6% (1,89 εκατ. λιγότερες επισκέψεις το 2024 σε σχέση με το 2019 και σωρευτική απώλεια 9,7 εκατ. επισκέψεων στην πανδημία 2020-3)	M/Δ
	Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας	11. Πληθυσμός με αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ιατρικές ανάγκες	28,2%	48,4%	90,1%
	Καταστροφική δαπάνη υγείας	12. Νοικοκυριά με καταστροφική δαπάνη υγείας	4,1%	20,0%	24,9%

Σημείωση: (Μ/Δ) μη διαθέσιμα στοιχεία (Μ/Σ) μη συγκρίσιμα στοιχεία. Η σύγκριση γίνεται με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία κάθε περιόδου. Πηγή: ΚΕΠΥ – επεξεργασία στοιχείων



**Research ON
ETERON**