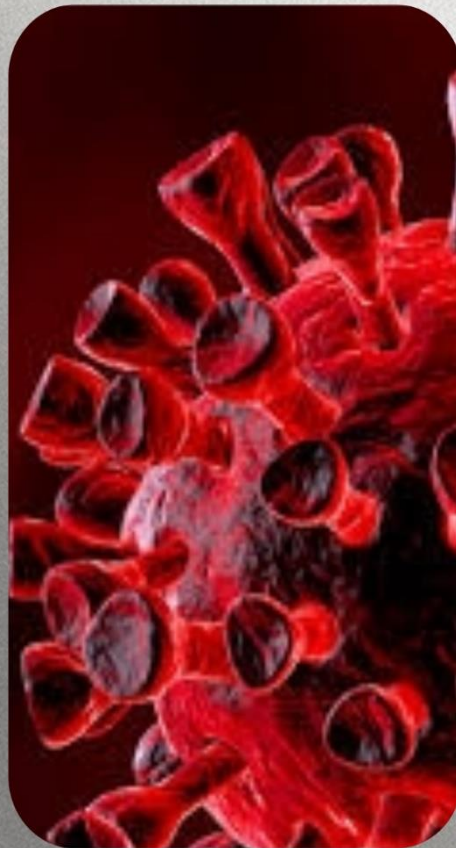
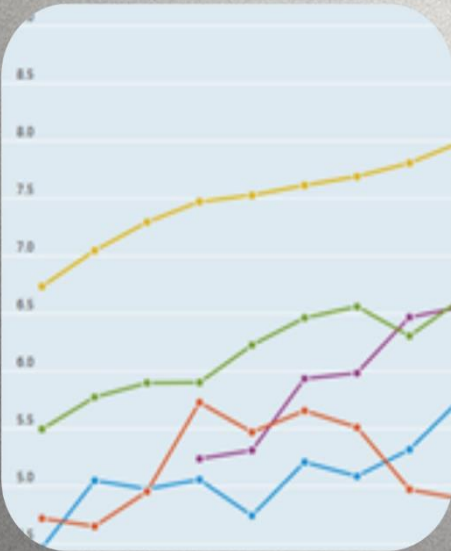


Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην εποχή της πανδημίας



Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας στην εποχή της πανδημίας

Αθήνα, 5.1.2021

I. Η εικόνα του Δημοσίου Συστήματος Υγείας σήμερα

Το δημόσιο σύστημα υγείας αποτελεί έναν από τους πυλώνες του κοινωνικού κράτους, τον πιο κρίσιμο ίσως για τη διασφάλιση της ευημερίας του κοινωνικού συνόλου. Η πανδημία της Covid-19 βρήκε το ελληνικό σύστημα υγείας να δοκιμάζεται ήδη από τη δεκαετή κρίση χρέους και την εφαρμογή πολιτικών λιτότητας ([Economou, 2019](#)).

1. Λειτουργική αποτύπωση του Συστήματος Υγείας

Το Δημόσιο Σύστημα Υγείας αναπτύσσεται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες, 130 δημόσια Νοσοκομεία, 400 Κέντρα Υγείας, 127 ΤΟΜΥ, 1500 Περιφερειακά/Αγροτικά Ιατρεία και εκατοντάδες Δομές Ψυχικής Υγείας, Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων, Αποκατάστασης κ.α. ([European Observatory on Health Systems and Policies, 2017](#), [ΕΚΤΕΠΝ, 2018](#)). Παρόλα αυτά, το δημόσιο σύστημα στην Ελλάδα καλύπτει μόνο το 61% των συνολικών δαπανών υγείας, έναντι 71% μέσου ποσοστού στις χώρες του ΟΟΣΑ. Το υπόλοιπο 39% των δαπανών υγείας καλύπτεται ιδιωτικά ([ΟΟΣΑ, 2017](#)).

Το υγειονομικό προσωπικό του Δημοσίου Συστήματος Υγείας με σχέση εργασίας αορίστου χρόνου έχει μειωθεί από το 2019 στο 2020 κατά 2252 εργαζόμενους ([arografi.gov.gr, 2020](#)). Η Ελλάδα διαθέτει 6,1 γιατρούς και 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού, έναντι 3,5 και 8,8 αντιστοίχως στον ΟΟΣΑ. Τα νοσοκομεία λειτουργούν με πολύ λιγότερους νοσηλευτές ανά γιατρό από το μ.ο. των χωρών του ΟΟΣΑ ([ΟΟΣΑ, 2019](#)).

Τέλος, η χώρα μας έχει το τρίτο μεγαλύτερο ποσοστό αναφοράς ακάλυπτων υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού στην ΕΕ (10,2% με μ.ο. ΕΕ 3,2%) ([Eurostat, Δεκ. 2020](#)).

2. Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας

Με βάση τα επίσημα στοιχεία του ΟΟΣΑ, διαχρονικά, και ιδιαίτερα μετά το 2014, οι δαπάνες υγείας (δημόσιες και ιδιωτικές) είτε ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα, είτε ακόμα και ως κατά κεφαλή δαπάνη (δολάρια) είναι από τις χαμηλότερες, τόσο σε σχέση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (7,1%), όσο και ειδικότερα μεταξύ των χωρών της ΕΕ-27. Η Ελλάδα δαπανά λιγότερα από τα δύο τρίτα του μέσου όρου στην ΕΕ για υγειονομική περίθαλψη, σύμφωνα με το Προφίλ Υγείας της Ελλάδας ([ΟΟΣΑ – European Health Systems Observatory, 2018](#)). Αν εστιάσουμε στις δημόσιες δαπάνες υγείας, οι αποκλίσεις από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, αλλά και των

χωρών της ΕΕ-27, γίνονται ακόμα μεγαλύτερες, καθώς η χώρα βρίσκεται στις τελευταίες θέσεις των ευρωπαϊκών χωρών, μαζί με τις πρώην χώρες του ανατολικού μπλοκ ως επί το πλείστον (σταθερά κάτω του 5% από το 2014). Για το 2014 οι δημόσιες δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ ήταν της τάξης του 4,53%, το 2015 4,62%, το 2016 4,99%, το 2017, το 2018 4,99% και το 2019 (κατ' εκτίμηση) 4,82%. ([ΟΟΣΑ, 2020, Δείκτης Δαπανών Υγείας](#)).

3. Ενωσιακή Χρηματοδότηση 2014 – 2020

Κατά την προγραμματική περίοδο 2014 – 2020, οι Δράσεις του Υπουργείου Υγείας χρηματοδοτήθηκαν από Συγχρηματοδοτούμενα Προγράμματα με περίπου 900 εκ. €. Οι Δράσεις αυτές αφορούσαν πρωτίστως τη δημιουργία δομών και προγραμμάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης εξαρτήσεων, ενίσχυση δομών με υλικοτεχνικό εξοπλισμό και ενεργειακή αναβάθμιση νοσοκομείων, σύμφωνα με την Εθνική Στρατηγική για την Υγεία του 2016 (πηγές χρηματοδότησης: ΕΚΤ, ΕΤΠΑ, Interreg κ.α.). Η απορρόφηση των ενωσιακών κονδυλίων κινείται σε ποσοστό κάτω του 50%.

4. Έκτακτη χρηματοδότηση για τις ανάγκες της πανδημίας

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ιουνίου 2020 του Μηχανισμού Παρακολούθησης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το πώς ανταποκρίνονται τα συστήματα υγείας στην πανδημία ([HSRM, Health System Response Monitor](#)), η Ελλάδα κατατάσσεται σε χαμηλή θέση ανάμεσα σε 24 ευρωπαϊκές χώρες για τις **πρόσθετες δαπάνες ενίσχυσης** του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η Ελλάδα είχε δαπανήσει μέχρι τότε 26 δολάρια ανά άτομο, τη στιγμή που η Λιθουανία είχε ξοδέψει 386 δολάρια ανά άτομο. Σε σύγκριση με τις επίσημες κρατικές δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη του 2017, οι επιπλέον δαπάνες στην Ελλάδα για την αντιμετώπιση του SARS-CoV-2 αντιστοιχούσαν στο 1,9% των ποσών αυτών, όταν τα αντίστοιχα ποσοστά άλλων χωρών ήταν πολύ μεγαλύτερα, όπως στην Κύπρο που έφτανε το 12,4%. Στη συνέχεια, η Έκθεση [Health At A Glance, Europe 2020: State of Health in the EU Cycle](#) αναφέρει ότι η Ελλάδα βρίσκεται αρκετά χαμηλότερα από το μ.ο. της ΕΕ στις δαπάνες που έχει δεσμευτεί να κατευθύνει για την ενίσχυση του δημόσιου συστήματος υγείας κατά την αντιμετώπιση της πανδημίας (67 € κατά κεφαλή έναντι 120 € του μ.ο. της ΕΕ).

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, έχει δοθεί επιχορήγηση ύψους 30 εκ. € από τον τακτικό προϋπολογισμό προς τον **ΕΟΠΥΥ**, για την αντιμετώπιση δαπανών αποζημίωσης ιδιωτικών θεραπευτηρίων – κλινικών, καθώς και ιδιωτών για την πραγματοποίηση κλινικού και εργαστηριακού ελέγχου και επιχορήγηση 263 εκ. € για την αντιμετώπιση της υστέρησης εσόδων του ΕΟΠΥΥ από την αδυναμία είσπραξης ασφαλιστικών εισφορών, εξαιτίας της μειωμένης οικονομικής δραστηριότητας ελέω Covid-19.

Αντίστοιχα, πέραν της τακτικής χρηματοδότησης, **τα νοσοκομεία του ΕΣΥ** έχουν επιχορηγηθεί με 97,13 εκ. € (για μισθοδοσία προσωπικού και υγειονομικό υλικό για τις ανάγκες της πανδημίας), ενώ οι **μονάδες ΠΦΥ** με 44,4 εκ. €. Ως προς τους **λοιπούς εποπτευόμενους φορείς** η επιχορήγηση για λόγους αντιμετώπισης της επιδημίας Covid-19 ανήλθε σε 42,7 εκ. € Από το ΠΔΕ, η επιχορήγηση για τα νοσοκομεία και την ΠΦΥ ανήλθε σε 24,96 εκ. € και για τον ΕΟΔΥ σε 8,1 εκ. €.

Από **ενωσιακούς πόρους**, η χώρα έχει δεσμεύσει περίπου 250 εκ. € για τη χρηματοδότηση των Πράξεων «*Ενίσχυση των Φορέων Υγείας με επικουρικό προσωπικό για την ανταπόκριση στις*

ανάγκες λόγω της επιδημίας Covid-19 στο σύνολο των Περιφερειών» μέσω των οποίων έχουν προσληφθεί (ως **επικουρικό προσωπικό**) περίπου 5000 εργαζόμενοι (εκ των οποίων σχεδόν 400 γιατροί) με συμβάσεις διάρκειας έως 2 έτη. Η Πράξη «Δημιουργία δικτύου νοσηλευτών για τη λήψη δειγμάτων βιολογικού υλικού και νοσηλευτική βοήθεια στα ύποπτα κρούσματα κορονοϊού κατ'οίκον» χρηματοδοτήσε με 10 εκ. € τη δημιουργία **500 ΚΟΜΥ** με εργαζόμενους τρίμηνων συμβάσεων (με δυνατότητα ανανέωσης).

Για το 2021, σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του **κρατικού προϋπολογισμού** και στο πλαίσιο των οικονομικών και υγειονομικών δεδομένων που μας «κληροδότησε» η πανδημία, προβλέπονται μειωμένες μεταβιβάσεις προς Νοσοκομεία και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΥΠΕ – ΠΕΔΥ) κατά 1,5% (από 1,484 δις € το 2020 σε 1,462 δις €) και μειωμένες μεταβιβάσεις για παροχές υγείας προς τον ΕΟΠΥΥ κατά 50% (από 608 εκ. € σε 300 εκ. € το 2021). ([Εισηγητική Έκθεση Π/Υ 2021, σελ. 67](#)). Πρέπει στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι η μείωση αυτών των δαπανών ενδέχεται να αυξήσει το ποσοστό των υγειονομικών αναγκών που καλύπτονται από ιδιωτικούς πόρους. Τα παραπάνω χρειάζεται να συνεξεταστούν σε ένα πλαίσιο στο οποίο οι συνολικές ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις των νοσοκομείων έχουν εκτοξευθεί από 344 εκ. € το Δεκέμβριο του 2019 σε 778 εκ. € τον Σεπτέμβριο του 2020 ([Εισηγητική Έκθεση Π/Υ 2021, σελ. 133](#)).

Επισημαίνεται επίσης ότι η **μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης**, όπως προβλέπεται στον Κοινωνικό Προϋπολογισμό (ΕΟΠΥΥ) και για το 2021, αποτελεί διαχρονικό χαρακτηριστικό του συστήματος υγείας. Στον περιορισμό των δαπανών υγείας έχουν συμβάλει και συστήματα αναγκαστικής συμμόρφωσης των φαρμακευτικών εταιρειών και των ιδιωτικών παρόχων υγείας στις προϋπολογισμένες δημόσιες δαπάνες υγείας (rebate και clawback). Σημειώνεται ότι αυτές οι παγιωμένες πρακτικές ασκούν αρνητική επίπτωση στις αναπτυξιακές προοπτικές των θιγόμενων εταιρειών, και πρέπει να αντικατασταθούν με παρεμβάσεις -μεταξύ άλλων- στη δομή της συνταγογράφησης και των παραγγελιών διαγνωστικών εξετάσεων. Όσον αφορά στο clawback και το rebate, αξίζει να σημειωθεί ότι [έχουν αυξηθεί κατά πολύ οι δικαστικές προσφυγές των εταιριών](#), ενώ [ελέγχεται και από την Γενική Διεύθυνση Ανταγωνισμού της Ε. Επιτροπής \(DG COMP\)](#) το μέτρο ως ασύμβατο με το ευρωπαϊκό δίκαιο περί ανταγωνισμού.

Υπό το φως των παραπάνω στοιχείων, διαφαίνεται η αντιμετώπιση της πανδημίας ως μια **κατάσταση «έκτακτης ανάγκης»** και η μόνο προσωρινή στήριξη του Συστήματος Υγείας, με τη λογική της επιστροφής στην «κανονικότητα» ενός ανεπαρκούς ΕΣΥ που δίνει «χώρο» στους ιδιώτες, τόσο σε σχέση με τα νοσοκομεία όσο κυρίως με την ΠΦΥ. Αυτή η προσέγγιση δεν ανταποκρίνεται στην ανάγκη για ένα ολοκληρωμένο και βιώσιμο σχέδιο οριστικής αντιμετώπισης του διαρθρωτικού προβλήματος του συνδυασμού ανεπάρκειας και ανισοκατανομής ανθρώπινου δυναμικού στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας.

II. Διαφάνεια στη χάραξη πολιτικής

Κατά το πρώτο εξάμηνο από το ξέσπασμα της πανδημίας SARS-CoV-2, η χώρα είχε να επιδείξει επιτυχίες στη διαχείρισή της και οι επιδόσεις στους υγειονομικούς δείκτες ήταν καλές σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Αποφεύχθηκε η ανεξέλεγκτη διασπορά του ιού στο γενικό πληθυσμό και μια υγειονομική τραγωδία αντίστοιχη με αυτή που βίωσαν άλλες χώρες. Η εξέλιξη της πανδημίας στη χώρα ήταν συνδυαστικό αποτέλεσμα πολλών παραγόντων: της έγκαιρης λήψης περιοριστικών

μέτρων, της οριζόντιας εφαρμογής τηλεργασίας σε πολλούς τομείς, της μειωμένης πίεσης στο ΕΣΥ λόγω σχετικά μικρού αριθμού περιστατικών και υποεξυπηρέτησης άλλων παθήσεων, της μειωμένης εμπορικής συναλλαγής με χώρες με μεγάλη επιβάρυνση και της υπεύθυνης στάσης της πλειοψηφίας των πολιτών και του πολιτικού κόσμου.

Ωστόσο, βρισκόμαστε πλέον στον ενδέκατο συνεχή μήνα της υγειονομικής κρίσης. Την ώρα που γράφονται αυτές οι γραμμές (4.1.2021) μετράμε 140.526 κρούσματα, 5.011 θανάτους και 407 διασωληνωμένους ασθενείς. Σύμφωνα με τον ΕΟΔΥ, από την 1.1.2020 μέχρι σήμερα έχουν ελεγχθεί 2.828.461 δείγματα. Ο αριθμός των τεστ ανά κρούσμα ανέρχεται σε 15,0 τη στιγμή που στην Κούβα ανέρχεται σε 79,9, στη Γαλλία σε 32,2, στη Δανία σε 30,1, στο Ισραήλ σε 25,3, στην Κύπρο σε 19,7 και στο Βέλγιο σε 14,0 ([Roser et al, Our World in Data, 1.1.2021](#)). Σύμφωνα με το πρακτορείο ειδήσεων [Bloomberg](#) (Δεκ. 2020), η Ελλάδα βρίσκεται πλέον στην 50η θέση μεταξύ 53 ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών αναφορικά με τη διαχείριση της πανδημίας. Η διαχείριση αυτής της κρίσης απαιτεί πλέον σημαντικές παρεμβάσεις από την Πολιτεία σε όλα τα επίπεδα.

Ένας τομέας που χρήζει άμεσης βελτίωσης είναι αυτός της [διαφάνειας των στοιχείων, της μεθοδολογίας και των δεδομένων](#). Η Κυβέρνηση και οι συναρμόδιοι φορείς άσκησης πολιτικής (Υπουργείο Υγείας, Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, ΕΟΔΥ, Υγειονομικές Περιφέρειες) οφείλουν να διασφαλίσουν την πρόσβαση των πολιτών, των πολιτικών δυνάμεων, της επιστημονικής κοινότητας, της τοπικής και περιφερειακής αυτοδιοίκησης σε αξιόπιστα και διαφανή δεδομένα στα οποία βασίζεται η χάραξη πολιτικής σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

Στο πλαίσιο αυτό, η Πολιτεία οφείλει:

- Να δώσει στη δημοσιότητα τα **πρακτικά** των επιτροπών Προστασίας της Δημόσιας Υγείας έναντι της Covid-19 και Αντιμετώπισης Εκτάκτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας
- Να δημοσιοποιεί τις επιστημονικές **εισηγήσεις** που αφορούν κρίσιμα ζητήματα της κοινωνικής, πολιτικής και οικονομικής ζωής (περιορισμός συναθροίσεων, θρησκευτικές λειτουργίες, ΜΜΜ, εκπαίδευση, περιορισμοί σε άτομα που βρίσκονται σε συνθήκες εγκλεισμού)
- Να εγκαταστήσει ένα ενιαίο και διαφανές **σύστημα καταγραφής κρουσμάτων**, στο οποίο η εισροή δεδομένων θα είναι ελεγχόμενη και θα ανταποκρίνεται σε οριζόντια και εφαρμόσιμα από όλους τους φορείς κριτήρια καθώς και να ενημερώνει για την επάρκεια των τεστ ανά Διοικητική Περιφέρεια και τόπο συρροής
- Να καταστήσει προσβάσιμο σε όλους τους πολίτες τον ακριβή αριθμό **ΜΕΘ** και υποστηρικτικών **ΜΑΦ** και το ποσοστό πληρότητάς τους ανά Υγειονομική Περιφέρεια και ανά Μονάδα Υγείας
- Να γνωστοποιεί με τρόπο εύκολα προσβάσιμο σε όλους τους πολίτες τον αριθμό των **Μονάδων ΠΦΥ** στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν ανά Υγειονομική Περιφέρεια και ανά τύπο δομής (Κέντρα Υγείας, ΤΟΜΥ, Περιφερειακά Ιατρεία κ.α.)
- Να δημοσιοποιήσει τον ακριβή αριθμό **προσλήψεων** μόνιμου και επικουρικού προσωπικού ανά Υγειονομική Περιφέρεια και Μονάδα Υγείας
- Να ανακοινώνει καθημερινά τον αριθμό των **Κινητών Μονάδων** του ΕΟΔΥ που επιχειρούν ανά Υγειονομική Περιφέρεια
- Να ανακοινώνει καθημερινά των αριθμό των διενεργούμενων **τεστ ανά είδος**
- Να δημοσιοποιεί σε τακτική βάση τον αριθμό **κλινών του ιδιωτικού τομέα** που συμβάλλουν στην αντιμετώπιση της πανδημίας ανά Υγειονομική Περιφέρεια και ανά Κλινική

- Να κάνει γνωστό τον αριθμό των **ιδιωτών γιατρών** που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε δημόσιες δομές
- Να δώσει στη δημοσιότητα τα **κριτήρια επιχορήγησης των ΜΜΕ** για την αναπαραγωγή μηνυμάτων δημόσιας υγείας και να προβεί σε σαφή αντιστοίχιση επιχορηγήσεων και δαπανών, ώστε να τεκμηριωθεί γιατί αυτή η υπηρεσία δεν προσφέρεται δωρεάν, όπως προβλέπεται από το θεσμικό πλαίσιο.

Η απαρέγκλιτη τήρηση της [αρχής της διαφάνειας στην άσκηση πολιτικής](#) είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την καταπολέμηση της συνωμοσιολογίας και του ανορθολογισμού, για την αναγκαία συναίνεση των πολιτών στα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας, για την [κοινωνική λογοδοσία](#) αλλά και για την τεκμηρίωση της αναγκαιότητας και αναλογικότητας των μέτρων περιορισμού θεμελιωδών δικαιωμάτων που παρατηρούνται το τελευταίο διάστημα.

III. Αξιοκρατία και Δημοκρατική Διακυβέρνηση του Συστήματος Υγείας

Ο τρόπος αντιμετώπισης της πανδημίας ανέδειξε, μεταξύ άλλων, και τις τεράστιες ανεπάρκειες και την ανορθολογική διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού του συστήματος υγείας, φαινόμενα διαχρονικά που εντάθηκαν ιδιαίτερα τον τελευταίο ενάμιση χρόνο. Στο πλαίσιο αυτό, πολλές ενέργειες έχουν αποτυπωθεί στη συνείδηση των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών ως σημάδια πολιτικής αναξιοκρατίας, αυταρχικής διακυβέρνησης και κακοδιοίκησης, σε μια προσπάθεια ασφυκτικού κομματικού ελέγχου.

Ο **τρόπος επιλογής και τοποθέτησης των διοικήσεων [στα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ](#)**, τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών και τους λοιπούς εποπτευόμενους φορείς είναι από τα πλέον χαρακτηριστικά παραδείγματα. Μέχρι τη θέσπιση του Ν.4735/2020, η ανωτέρω επιλογή των Διοικήσεων από την Κυβέρνηση γινόταν με αμιγώς πολιτικά κριτήρια, κάτι το οποίο είχε ως αποτέλεσμα οι θέσεις ευθύνης σε έναν από τους πιο νευραλγικούς τομείς δημόσιας πολιτικής να στελεχώνονται από άτομα δίχως την κατάλληλη επιστημονική επάρκεια και εμπειρία. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι φαινομενικά ο Ν.4735/2020 (άρθρο 21) εισάγει μια πιο τυπική διαδικασία επιλογής στις διοικήσεις ΝΠΔΔ/ΝΠΙΔ, στο πλαίσιο του αφηγήματος περί **επιτελικού κράτους**, με μια σειρά από κριτήρια και μια στοιχειώδη διαδικασία, στην πράξη αναδύεται και πάλι το πολιτικό κριτήριο. Ειδικότερα, τρία από τα πέντε μέλη της επιτροπής επιλογής είναι πολιτικές επιλογές, ενώ η τελική απόφαση παραπέμπεται στον αρμόδιο Υπουργό ή Υπουργούς ή ακόμα και το Υπουργικό Συμβούλιο. (άρθρο 21, παρ.6). Ταυτόχρονα, από την πρώτη κιόλας στιγμή στις νευραλγικές θέσεις των Διοικητών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ και των ΥΠΕ τοποθετήθηκαν, σε πλείστες περιπτώσεις, πρόσωπα με κομματικά κριτήρια, χωρίς τα απαραίτητα τυπικά ή και ουσιαστικά προσόντα, όπως αποδεικνύεται από την κατά κόρον επιλογή απόστρατων αξιωματικών και ιδιωτών χωρίς καμία εμπειρία από το χώρο της Υγείας, με σημαντικές συνέπειες κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Σε επίπεδο **Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας**, το κύριο διοικητικό κέντρο χάραξης των πολιτικών υγείας, η Διοίκηση έχει προβεί σε αδιαφανείς και αναξιοκρατικές επιλογές στην επιλογή προϊσταμένων, σε αναιτιολόγητες μετακινήσεις και σε αποψιλώσεις τμημάτων με

αυτονόητες συνέπειες στην άσκηση αποτελεσματικής διοίκησης. Μάλιστα, εντοπίζονται μέχρι και υποβιβασμοί κατά παράβαση του νόμου και συστηματικές τοποθετήσεις προϊσταμένων, χωρίς τα απαραίτητα τυπικά προσόντα σε θέσεις ευθύνης με ιδιαίτερες απαιτήσεις που δεν λαμβάνουν καν υπόψη διατάξεις νόμων, όπως ενδεικτικά του Ν.4622/2019, ο οποίος ορίζει (α.38, παρ.5) ότι στις Διευθύνσεις Συντονισμού τοποθετούνται κατά προτεραιότητα απόφοιτοι των παραγωγικών σχολών του Δημοσίου, στους οποίους περιλαμβάνονται και οι απόφοιτοι της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης.

Το αδιαφανές τοπίο στελέχωσης θέσεων ευθύνης συνδέεται άμεσα με την παγωμένη διαδικασία **των κρίσεων προϊσταμένων**, η οποία εκκρεμεί εδώ και μια δεκαετία υπό την ευθύνη διαδοχικών διακυβερνήσεων.

Στο Υπουργείο Υγείας, η σχετική διαδικασία εξακολουθεί να εκκρεμεί, αυτή τη φορά υπό το πρόσχημα της διασποράς του κορωνοϊού. Για το προσχηματικό της ιστορίας, αρκεί να επισημάνουμε ότι η πρόσφατη ΚΥΑ για τα μέτρα προστασίας κατά της διάδοσης του κορωνοϊού, επιτρέπει τη διαζώσης συμμετοχή σε ομάδες εργασίας **έως 7 ατόμων**, με τήρηση των απαραίτητων αποστάσεων στις δημόσιες υπηρεσίες, επιβάλλει τη διακοπή της φυσικής συμμετοχής των υπό κρίση υπαλλήλων στις συνεντεύξεις από **τα 5μελή ΣΕΠ**, γεγονός που έχει ήδη οδηγήσει σε πρόσθετες αναβολές. Σε σχέση με αυτό, εξίσου προβληματικό είναι το γεγονός ότι η κατάρτιση του νέου Οργανισμού του Υπουργείου Υγείας, η οποία έχει δρομολογηθεί εδώ και πάνω από ένα χρόνο, έχει παγώσει για αόριστο χρονικό διάστημα, με σημαντικές αρνητικές συνέπειες σε μια ήδη δυσλειτουργική οργανωτική δομή.

Εστιάζοντας ακόμα περισσότερο στη διαχείριση της επιδημίας της Covid-19 και το νοσοκομειακό τομέα, αλγεινή εντύπωση έχουν προκαλέσει **αντιδεοντολογικές πρακτικές αντιμετώπισης των εργαζομένων πρώτης γραμμής**. Στις 19 Οκτωβρίου 2020, η Διοίκηση του **Γ.Ν. Πτολεμαΐδας**, με έγγραφό της ενημερώνει τους υγειονομικούς που εργάζονται στο νοσοκομείο ότι *«εάν κατά την ιχνηλάτηση μετά από εμφάνιση θετικού κρούσματος σε άτομο του προσωπικού, βρεθεί κάποιος από το προσωπικό που είχε επαφή υψηλού κινδύνου εντός του Νοσοκομείου, που σημαίνει δεν πήρε μέτρα προστασίας, απομακρύνεται από την εργασία για 7 ημέρες, και θα του επιβληθούν οι προβλεπόμενες κυρώσεις»*. Στο ίδιο πνεύμα, με έγγραφό του στις 2 Δεκεμβρίου 2020 προς τις Διοικήσεις των νοσοκομείων και των επιστημονικών υπευθύνων των Κέντρων Υγείας, ο Διοικητής της **1^{ης} ΥΠΕ** ενημερώνει ότι λόγω της ανάγκης «καταστολής» της αυξητικής τάσης των κρουσμάτων, μεταξύ άλλων μέτρων, κάθε διοίκηση θα πρέπει να λάβει μέριμνα και για πειθαρχικές ποινές. Στις αρχές του ίδιου μήνα, η Διοικήτρια του Νοσοκομείου **Αγ. Σάββας**, ενός ογκολογικού νοσοκομείου όπου εμφανίστηκαν δεκάδες κρούσματα μεταξύ ασθενών και προσωπικού, διατάσσει Ένορκη Διοικητική Εξέταση για διερεύνηση τυχόν ευθυνών για τη διάδοση του ιού από το ιατρικό προσωπικό. Στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, ο πρόεδρος του Σωματίου Εργαζομένων και μέλος του ΔΣ της ΕΙΝΑΠ, μετά από τη δικαιολογημένη διαμαρτυρία για τις συνθήκες εργασίας και τη στοχοποίηση του ιατρικού προσωπικού, μετακινείται αναιτιολόγητα στο νοσοκομείο Σωτηρία, μαζί με άλλους συναδέλφους του. Αντίστοιχα παραδείγματα καταγράφονται τόσο με τη δίωξη της προέδρου της **ΕΝΙΘ** όσο και με υγειονομικούς στο **Γ.Ν. Έδεσσας**. Καθίσταται κατ' αυτόν τον τρόπο σαφές ότι, την ώρα που 16 εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας έχουν χάσει τη ζωή τους από επιπλοκές λόγω κορωνοϊού ([ΠΟΕΔΗΝ, 23.12.2020](#)), γίνεται συστηματική στοχοποίηση του υγειονομικού προσωπικού, αντί να υποστηριχτεί με τον προσήκοντα τρόπο. Με

αυτόν τον τρόπο πλήττεται βάνουσα το αναγκαίο κλίμα καλής συνεργασίας και η εύρυθμη λειτουργία κλινικών και τμημάτων.

Στο γενικότερο καθεστώς υποβάθμισης των εργαζομένων στο χώρο της υγείας – και πάλι με πρόσχημα την αντιμετώπιση της επιδημίας της Covid-19 - θα πρέπει να προστεθεί και ο οριζόντιος, άνευ προϋποθέσεων και όρων, νομοθετημένος [αποκλεισμός των υπαλλήλων](#) που υπηρετούν στην Κεντρική Υπηρεσία και όλους τους εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Υγείας από τους τελευταίους κύκλους του **Ενιαίου Συστήματος Κινητικότητας**.

Είναι σαφές ότι δεν μπορεί να υποστηριχτεί ότι αυτός ο περιορισμός των μετατάξεων/αποσπάσεων είναι δικαιολογημένος, ισότιμος και αναλογικός, όταν το διοικητικό ή βοηθητικό προσωπικό σε πάρα πολλές δομές δεν έχει ενεργό ρόλο στην αντιμετώπιση της επιδημίας. Το ΔΣ της ΕΝΑΠ επαναλαμβάνει την πάγια θέση του ότι κάθε παρέκκλιση από την επί ίσοις όροις συμμετοχή στο ΕΣΚ πρέπει να επιτρέπεται μόνο κατ' εξαίρεση και να συνοδεύεται από πλήρως αιτιολογημένη τεκμηρίωση. Η πρακτική ανατιολόγητων εξαιρέσεων με την ταυτόχρονη πρακτική κατά παρέκκλιση μετακινήσεων ανατρέπει τον σκοπό θέσπισης του ΕΣΚ, ήτοι στην αποτελεσματικότητα της δημόσιας διοίκησης, μέσω της βέλτιστης διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων της δυνατότητας των υπαλλήλων να έχουν ενεργητικό ρόλο στη διαμόρφωση της σταδιοδρομίας τους.

IV. Η Πολιτική Υγείας ως Δημόσια Πολιτική

Όπως έχει γίνει σαφές σε παγκόσμιο επίπεδο κατά το έτος που διανύουμε, η Υγεία τείνει να αποτελέσει τον κρίσιμότερο τομέα δημόσιας πολιτικής, αυτόν από τον οποίο εξαρτάται η ευημερία, η ανάπτυξη και ενίοτε η ίδια η δημοκρατική λειτουργία. Επομένως, η άσκηση πολιτικής υγείας οφείλει να είναι συνεκτική, διαφανής, σταθερή, να υπακούει στη δημοκρατική αρχή και στις αρχές νομιμότητας, αναγκαιότητας και αναλογικότητας, να βασίζεται σε επιστημονικά δεδομένα και να λαμβάνει υπόψη της το κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον εντός του οποίου αναπτύσσεται.

Για αυτούς τους λόγους είναι κρίσιμο η Κυβέρνηση, το Υπουργείο Υγείας και οι συναρμόδιοι φορείς να λάβουν τις απαραίτητες πρωτοβουλίες που θα αντιμετωπίζουν τα προβλήματα, τα λάθη και τις ελλείψεις που έχουν σημειωθεί από πολλούς ανεξάρτητους φορείς ([Διεθνής Αμνηστία](#), [Ελληνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου](#), [Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου](#), [Συνήγορος του Πολίτη](#) και πληθώρα ΜΚΟ).

1. Όπως αναπτύχθηκε σε προηγούμενη ενότητα, η άσκηση της πολιτικής υγείας πρέπει να βασίζεται στην αντικειμενική **ενημέρωση** των πολιτών και των κοινωνικών φορέων, στη **διαφάνεια** των δεδομένων, στο **διάλογο** και στη **διαβούλευση**. Δυστυχώς, διαπιστώνεται ότι η εφαρμοζόμενη πολιτική για την Υγεία, υπό το πρίσμα της διαχείρισης της πανδημίας, συχνά απομακρύνεται από αυτές τις επιταγές, δίνει προτεραιότητα στην απόκρυψη πληροφορίας, την καταστολή, τις κυρώσεις και την περιστολή δικαιωμάτων.
2. Τα μέτρα που λαμβάνονται πρέπει να είναι **δίκαια, προσωρινά, αναγκαία και αναλογικά**. Οφείλουν να έχουν ισότιμη εφαρμογή σε όλους τους πολίτες και τους χαράσσοντες πολιτική. Πρέπει να ακολουθούνται από τεκμηρίωση της αναγκαιότητας λήψης τους, η οποία να

επικοινωνείται με κάθε πρόσφορο μέσο στους πολίτες. Είναι αναγκαίο να υπηρετούν το σκοπό για τον οποίο θεσπίζονται και να μη χρησιμοποιούνται ως πρόσχημα για αντιδημοκρατική περιστολή δικαιωμάτων ή για την εξυπηρέτηση άσχετων προς αυτά σκοπών σε τοπικό και εθνικό επίπεδο.

3. Η εφαρμοζόμενη πολιτική προστασίας της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, όπως και παγκοσμίως, συμπεριλαμβάνει αναγκαία αλλά πρωτοφανή περιοριστικά μέτρα. Τα μέτρα αυτά ανακόπτουν την εξάπλωση της επιδημίας αλλά και προσφέρουν στις Κυβερνήσεις τον απαραίτητο χρόνο για την **ενίσχυση του Συστήματος Υγείας**, ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη πίεση. Οι συνεχιζόμενες καταγγελίες εργαζομένων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας και συνδικαλιστικών φορέων ([ΟΕΝΓΕ](#), [ΕΙΝΑΠ](#), [ΠΟΕΔΗΝ](#) κ.α.) καταδεικνύουν την ελλιπή εφαρμογή μέτρων που θα προσδώσουν στο ΕΣΥ την αναγκαία επιχειρησιακή ικανότητα ώστε να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τόσο τα περιστατικά Covid-19 όσο και τις υπόλοιπες παθήσεις. Όσο το Σύστημα Υγείας δεν ενισχύεται τόσο η αντιμετώπιση της πανδημίας θα έχει περιοριστικό/κατασταλτικό και όχι υγειονομικό πρόσημο.
4. Η πολιτική Υγείας οφείλει να περιλαμβάνει στοχευμένα μέτρα για **ευπαθείς και ευάλωτες ομάδες** ([πρόσφυγες](#), [μετανάστες](#), [τοξικοεξαρτημένοι](#), [κρατούμενοι](#), [ψυχικά ασθενείς](#), [άστεγοι](#), [άτομα με αναπηρία](#), [άτομα τρίτης ηλικίας](#)). Τα μέτρα αυτά πρέπει να είναι προληπτικά, καθώς η τακτική της εκ των υστέρων παρέμβασης, πέραν των προφανών ζητημάτων ισότιμης υγειονομικής κάλυψης, υποκρύπτει σοβαρούς κινδύνους ανεξέλεγκτης διασποράς της πανδημίας, όπως έχει δείξει και η εμπειρία άλλων χωρών. Η οργανωμένη και ελεγχόμενη αποσυμφόρηση των ΚΥΤ στα νησιά, με ταυτόχρονη ενίσχυση της υγειονομικής φροντίδας στους χώρους αυτούς, πρέπει να αποτελέσουν προτεραιότητα. Είναι αναγκαίο να υλοποιηθούν και να ενισχυθούν τα εργαλεία που προσφέρει το α.33 του ν.4368/2016 και ειδικότερα η ΚΥΠΑ για τα πρόσωπα που δεν διαθέτουν ΑΜΚΑ. Αν και κάποιες κατηγορίες ευάλωτων προσώπων (π.χ. αιτούντες διεθνούς προστασίας, διαμένοντες για ανθρωπιστικούς λόγους) καλύπτονται πλέον από την έκδοση ΠΑΑΥΠΑ (α.118, 4636/2019), οι μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα εξακολουθούν να μην καλύπτονται.
5. Η πανδημία ανέδειξε το επείγον αίτημα κάλυψης των υγειονομικών αναγκών των **χρόνιων ασθενών**. Η ανάγκη αυτή απαιτεί την συντονισμένη συνεργασία των δομών ΠΦΥ, των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και των τμημάτων των νοσοκομείων που παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες, του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ή άλλων κοινωνικών υπηρεσιών της Αυτοδιοίκησης και του Κράτους στο πλαίσιο ενός συστήματος [Ολοκληρωμένης Κοινωνικής Φροντίδας](#).
6. Σε μια περίοδο που η ψυχολογική επιβάρυνση του πληθυσμού εντείνεται, είναι αναγκαία η εστίαση σε πολιτικές ενίσχυσης των παρεχόμενων υπηρεσιών **ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης εξαρτήσεων**. Τα υποσυστήματα Ψυχικής Υγείας και Εξαρτήσεων έχουν μέχρι τώρα μια μάλλον ασθενική ανταπόκριση στις τρέχουσες υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού.
7. Η χάραξη Πολιτικής Υγείας δεν γίνεται σε κοινωνικό κενό, αλλά πρέπει να βασίζεται σε ενδελεχή μελέτη και να συμπεριλαμβάνει παρεμβάσεις στους λεγόμενους **κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς προσδιοριστές υγείας**. Η πολιτική ηγεσία του

Υπουργείου Υγείας οφείλει να παρεμβαίνει κατάλληλα ώστε να διασφαλίζονται τα εργασιακά δικαιώματα των εργαζομένων, οι ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης όσων μένουν στη χώρα, οι ασφαλείς μετακινήσεις, η ασφάλεια στους χώρους εργασίας και το ικανοποιητικό επίπεδο διαβίωσης. Δίχως αυτές τις παρεμβάσεις, που εξασφαλίζουν την κοινωνική ευημερία, η [πολιτική υγείας](#) μπορεί να χαρακτηριστεί αποσπασματική και ατελέσφορη.

8. Τα παραπάνω σημεία δεν πρέπει να ιδωθούν ως αποσπασματικά μέτρα αλλά απαιτούν συνεχή συντονισμό δράσεων και Υπηρεσιών και μπορούν να υλοποιηθούν μόνο στο πλαίσιο ενός συνεκτικού **Στρατηγικού Σχεδιασμού** για την Υγεία, ο οποίος απουσιάζει ως βάση για τη χάραξη πολιτικής υγείας. Ακόμα και ο πρόσφατος νόμος 4764/2020, ως εργαλείο χάραξης πολιτικής, αποτελεί παράδειγμα αποσπασματικότητας, στρατηγικού ελλείμματος, έλλειψης διαβούλευσης και κακής νομοθέτησης. Οι διατάξεις του χαρακτηρίζονται από προχειρότητα, επαναληπτικότητα, εμβαλωματική διάθεση και επικοινωνιακή προσέγγιση, τη στιγμή που απουσιάζει το κεντρικό στρατηγικό όραμα και η σαφής επιχειρησιακή στόχευση.

V. Προτάσεις

Έχει πλέον καταστεί σαφές ότι το Δημόσιο Σύστημα Υγείας χρήζει σημαντικών μεταρρυθμιστικών αλλαγών ώστε να καταστεί ικανό μακροπρόθεσμα να αντιμετωπίζει τόσο έκτακτες υγειονομικές συνθήκες, όπως αυτές αναδείχθηκαν από την πανδημία της Covid-19, όσο και τις πάγιες ανάγκες του πληθυσμού. Συντασσόμενη με τα [σύγχρονα επιστημονικά προτάγματα](#) και τα [διεθνή πρότυπα](#), η ΕΝΑΠ επισημαίνει ως καίριες τις ακόλουθες προτάσεις:

1. **Διαμόρφωση στρατηγικού σχεδιασμού για την υγεία**, βάσει υγειονομικών δεδομένων, με υπέρβαση της προσέγγισης των ΣΔΙΤ που παραχωρούν κρίσιμο χώρο και πόρους στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα με αμφισβητούμενα αποτελέσματα. Η εμπειρία της πανδημίας κατέδειξε την εγγενή τάση του ιδιωτικού τομέα να αποσκοπεί αποκλειστικά στο κέρδος, συχνά παραγνωρίζοντας τις υγειονομικές ανάγκες. Στο νέο αυτό πλαίσιο και σύμφωνα με τις επιταγές του ΠΟΥ και της διεθνούς βιβλιογραφίας, απαιτείται υπέρβαση του κυρίαρχου ιατροκεντρικού μοντέλου και μετατόπιση σε μια περισσότερο διατομεακή/διεπιστημονική/κοινωνική [προσέγγιση](#), με άξονες την ισότητα στην πρόσβαση/άρση αποκλεισμών, μέσα από την αποκατάσταση κι ενίσχυση της [καθολικής υγειονομικής κάλυψης](#) του πληθυσμού (α. 33 του Ν. 4368/2016), την ολοκλήρωση της ημιτελούς μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, την προώθηση της κατ' οίκον φροντίδας, της ενίσχυσης των ΤΕΠ και των ΜΕΘ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.
2. Στο πλαίσιο της **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**, όπου οι κυβερνητικές καθυστερήσεις και παραλείψεις, αλλά και η ίδια η υγειονομική κρίση, ανέδειξαν σημαντικά ελλείμματα, [απαιτείται ουσιαστική ενίσχυση των αντίστοιχων δομών](#) (Κέντρα Υγείας, Τοπικές Μονάδες Υγείας – ΤΟΜΥ, Κινητές Μονάδες Υγείας – ΚΟΜΥ), προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας και αποκατάστασης,, καθιέρωση κι εμπέδωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, υπό τον συμπληρωματικό ρόλο των ιδιωτών ιατρών και δομών. Πολύ κρίσιμη καθίσταται η λειτουργική διασύνδεση της ΠΦΥ με τη Δημόσια Υγεία στο πλαίσιο της ενσωμάτωσης και ολοκλήρωσης των υπηρεσιών υγείας ([integration](#)).

- 3. Ανάδειξη του πυλώνα της προώθησης της δημόσιας υγείας**, την έλλειψη της οποίας ανέδειξε emphaticά η πανδημία Covid-19, ως βασικό κομμάτι της πολιτικής υγείας, ως συστηματικής εμπέδωσης τρόπου ζωής για τον πληθυσμό (σωματική άσκηση, διακοπή καπνίσματος, διατροφή, εμβολιασμοί, κλπ.) και πέρα από τη λογική της αυστηρής -και υπό την απειλή ποινικών κυρώσεων- επιβολής. Εν προκειμένω, είναι απαραίτητη η επιστημονική, οργανωτική και λειτουργική, όσο και ορθολογική αναβάθμιση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και των Περιφερειών, η προώθηση ειδικοτήτων, όπως η Κοινωνική Ιατρική, η Δημόσια Υγεία, η Ιατρική της Εργασίας και της Περιβαλλοντικής Υγείας.
- 4. Πλήρης συμμόρφωση με τις προβλέψεις των διεθνών συμβάσεων** για την υγεία (βλ. πολιτική ελέγχου του καπνού), των ευρωπαϊκών κανονισμών και οδηγιών, αλλά και τις συστάσεις των διεθνών οργανισμών, [οι οποίες συχνά αγνοήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας](#).
- 5. Πλήρης αξιοποίηση των ενωσιακών πόρων** με διακριτό Πρόγραμμα για την Υγεία κατά την Προγραμματική Περίοδο 2021 – 2027, προσαρμοσμένο στον στρατηγικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό του Υπουργείου Υγείας. Ανάδειξη του χώρου της Δημόσιας Υγείας ως παράγοντα ανάπτυξης και ευημερίας μέσω του Ταμείου Ανάπτυξης.
- 6. Σύγκλιση με τους μέσους όρους της Ευρώπης στις δημόσιες δαπάνες υγείας** και αύξηση της χρηματοδότησης του Δημόσιου Συστήματος Υγείας με παράλληλη μείωση των υψηλών ιδιωτικών δαπανών υγείας
- 7. Ενίσχυση των αμοιβών των εργαζόμενων στο χώρο της Υγείας** (Υπουργείο Υγείας και εποπτευόμενοι φορείς) και ένταξη των εργαζομένων των Νοσοκομείων στα Βαρέα και Ανθυγιεινά Επαγγέλματα.
- 8. Αναδιοργάνωση των διοικητικών δομών του Υπουργείου Υγείας**, βάσει σύγχρονων επιστημονικών δεδομένων, αναγκών και προτύπων, μέσα από την ολοκλήρωση της κατάρτισης του νέου Οργανισμού.
- 9. Ενίσχυση αξιοκρατίας** στο Υπουργείο Υγείας και τους φορείς εποπτείας, μέσω σταθερών, θεσμοθετημένων και τυπικών διαδικασιών, ικανών να αποτρέπουν αθέμιτες κομματικές επιρροές και τοποθετήσεις και ολοκλήρωση των διαδικασιών κρίσης, που χρονίζουν και καθυστερούν περαιτέρω, υπό το πρόσχημα της πανδημίας. Παράλληλα, χρειάζεται αυστηρή και εξαντλητική περιγραφή θέσεων εργασίας αναφορικά με τις θέσεις-κλειδιά του Συστήματος Υγείας (π.χ. ΕΟΔΥ, ΕΟΦ, ΙΦΕΤ, ΕΚΑΠΤΥ).
- 10. Διαμόρφωση ενός αποτελεσματικού συστήματος ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού**, με γενναίες προσλήψεις στο απαραίτητο (υγειονομικό, διοικητικό, βοηθητικό) προσωπικό, με σταθερές, ενισχυμένες αμοιβές, μακρόπνοο προγραμματισμό και σχεδιασμό, κίνητρα προσέλκυσης σε θέσεις με αυξημένη ανάγκη (παραμεθόριο, νησιά, επαρχία), ικανοποιητικό εργασιακό περιβάλλον, με ταυτόχρονη μέριμνα για ουσιαστική αντιστροφή της διαρροής επιστημονικού προσωπικού από τη χώρα (brain drain), συνεργασίες με πανεπιστημιακά ιδρύματα, με στόχο την επιτυχή ανταπόκριση στις σύγχρονες προκλήσεις και ανάγκες του συστήματος υγείας και σύμφωνα με τις εκθέσεις διεθνών οργανισμών.
- 11. Αποκατάσταση της δημοκρατικής διοίκησης του συστήματος υγείας, διαβούλευσης και κοινωνικής λογοδοσίας**, μέσω της θεσμοθέτησης κανόνων συνεργασίας της επιστημονικής και διοικητικής κοινότητας στη διαμόρφωση και άσκηση πολιτικών, της ισόρροπης ανάπτυξης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, της ενημέρωσης και συμμετοχής των κοινωνικών φορέων (εθνικών

και υπερεθνικών) και της **αναβάθμισης της ψηφιακής διακυβέρνησης** με στόχο την ενίσχυση της διαφάνειας και της νομιμότητας.

12. Κωδικοποίηση της νομοθεσίας, αντιμετώπιση της πολυνομίας και της «κακής νομοθέτησης».

13. Ανάπτυξη πληρέστερου συστήματος λογαριασμών υγείας με συνολική αξιοποίηση των σύγχρονων λογιστικών προτύπων, ώστε να παρέχεται λεπτομερώς η αναγκαία πληροφορία για την άσκηση τομεακών πολιτικών υγείας (Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πρόληψη, Ψυχική Υγεία, Δημόσια Υγεία, κλπ.).

14. Διεύρυνση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του ΕΟΠΥΥ με στόχο την ενίσχυση της πρόληψης και την πληρέστερη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.

15. Ειδικότερα ως προς τα επείγοντα μέτρα που ανέδειξε η μέχρι τώρα διαχείριση της επιδημίας της Covid-19 στη χώρα μας, απαιτείται:

- **Θέσπιση της συνταγογράφησης με μηδενική συμμετοχή των πολιτών στα τεστ ανίχνευσης** που διενεργούνται σε ιδιωτικά εργαστήρια και αποζημίωση από τον ΕΟΠΥΥ και η διαχείριση με ενιαία κριτήρια διενέργειας μοριακών τεστ στο Δημόσιο και στον Ιδιωτικό Τομέα Υγείας για τον SARS-CoV-2

- **Ενίσχυση των δημόσιων εργαστηρίων** με επιπλέον προσωπικό, εξοπλισμό και συμπληρωματικές πιστώσεις, με αποκέντρωση και επιτάχυνση των διαγνωστικών ελέγχων σε περισσότερες δημόσιες δομές υγείας (ιδιαίτερα απομακρυσμένων περιοχών) μέσω γρήγορων τεστ (rapid test) σε τυχαία, αντιπροσωπευτικά δείγματα του πληθυσμού για την εξαγωγή αξιόπιστων επιδημιολογικών συμπερασμάτων. Πρέπει να είναι σαφές ότι η πρωτοβουλία αυτή για τη διενέργεια μαζικών τεστ στον πληθυσμό αποτελεί υποχρέωση του κράτους, με όρους ουσιαστικής ενημέρωσης, και δεν εναπόκειται στη σχετική δήλωση διαθεσιμότητας κάθε πολίτη σε ψηφιακές εφαρμογές.

- **Ισομερής επιβάρυνση δημοσίου και ιδιωτικού τομέα** με πραγματική επίταξη των ιδιωτικών κλινικών για την αντιμετώπιση περιστατικών Covid-19 και ξενοδοχειακών μονάδων για το στάδιο της αποκατάστασης και για διαμονή των υγειονομικών πρώτης γραμμής

- Ένταξη των **στρατιωτικών νοσοκομείων** στον επιχειρησιακό σχεδιασμό

- **Σαφής αποτύπωση των πρωτοκόλλων, ευρεία διάδοσή τους με εύληπτα μηνύματα και αυστηρή τήρησή τους** σε ΜΜΜ, σχολεία, εργασιακούς χώρους στη βάση των οδηγιών του ΠΟΥ και έγκαιρη **ιχνηλάτηση** επαφών και απομόνωση θετικών για Covid-19 κρουσμάτων

- Δημιουργία σταθερού και αποτελεσματικού μηχανισμού **επιδημιολογικής επιτήρησης**, με έγκυρα και έγκαιρα δεδομένα, χωρίς πολλαπλές βάσεις δεδομένων, με σαφή και σταθερή επιστημονική μεθοδολογία στη βάση των οδηγιών του ΠΟΥ και συνεργασιών με άλλα κράτη

- **Αποσαφήνιση και σταθεροποίηση της πολιτικής εμβολιασμού** για τον κορωνοϊό, υπό το πρίσμα της γενικότερης πολιτικής εμβολιασμών, με καθολική πρόσβαση και σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα και την αρχή της αναλογικότητας, όπως αναγνωρίζονται ρητά στην [Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου](#) (ΕΣΔΑ) και τη [Σύμβαση του Οβιέδο](#), αλλά και των ισχυρών συστάσεων του ΠΟΥ για στήριξη των εθνικών συστημάτων υγείας, παράλληλα με τον εμβολιασμό. Είναι αναγκαία η υπέρβαση του κυρίαρχου αφηγήματος της «ατομικής ευθύνης» και η ανάληψη ουσιαστικών ευθυνών από την Πολιτεία, ώστε με έγκαιρη, πλήρη και εμπειριστατωμένη πληροφόρηση να επιτευχθεί η ενημέρωση του πληθυσμού για τα οφέλη και τις

συνέπειες του εμβολιασμού, προκειμένου να διασφαλιστεί η επιτυχία του ως μέτρο προστασίας της δημόσιας υγείας. Η ανάγκη για έγκαιρη ενημέρωση, βεβαίως, δεν εξυπηρετείται ούτε από εντυπωσιοθηρικές εικόνες φύλαξης των εμβολίων και διενέργειας των πρώτων εμβολιασμών ούτε από αδιαφανείς επιχορηγήσεις των ΜΜΕ, όπως η πρόσφατη ΥΑ που εγκρίνει δαπάνη 18,5 εκ. € για εκστρατεία ενημέρωσης, κατά παρέκκλιση του νόμου της δωρεάν επικοινωνίας μηνυμάτων κοινωνικού περιεχομένου. Και ασφαλώς, το εμβόλιο από μόνο του δεν αποτελεί πανάκεια στην αντιμετώπιση της πανδημίας.

VI. Επίλογος

Η πανδημία ανέδειξε και επέτεινε χρόνιες αδυναμίες, ελλείψεις και ανορθολογισμούς στο χώρο της δημόσιας πολιτικής στον τομέα της υγείας αλλά και τη σπουδαιότητα ενός ισχυρού και αποτελεσματικού Δημόσιου Συστήματος Υγείας. Το σύστημα υγείας άλλωστε κλήθηκε και καλείται να σηκώσει το βάρος αντιμετώπισης μιας πολύπλευρης κρίσης που μετριέται σε ανθρώπινες ζωές. Η αντιμετώπιση των συστημικών αδυναμιών του χώρου της δημόσιας υγείας δεν μπορεί να είναι αποσπασματική ή προσχηματική αλλά απαιτεί μια ολοκληρωμένη επιστημονική προσέγγιση με επίκεντρο τον πολίτη και μέριμνα για τους πλέον ευάλωτους.

Σύμφωνα με τον Γενικό Διευθυντή του ΠΟΥ, κ. [Τέντρος Αντανόμ Γκεμπρέέσους](#), «η ιστορία μας λέει ότι αυτή δεν θα είναι η τελευταία πανδημία, καθώς οι επιδημίες είναι πραγματικότητα της ζωής (...). Όλες οι χώρες πρέπει να επενδύσουν στην απόκτηση δυνατοτήτων για την αποτροπή, την ανίχνευση και την αντιμετώπιση επιδημιών ή έκτακτων καταστάσεων κάθε είδους. Απαιτείται διαφορετική προσέγγιση, που θα συμπεριλαμβάνει «όλη την κυβέρνηση κι όλη την κοινωνία». Η Κυβέρνηση οφείλει να οικοδομήσει ένα ισχυρό Δημόσιο Σύστημα Υγείας που θα ανταποκρίνεται ικανοποιητικά απέναντι στις υγειονομικές κρίσεις και θα καλύπτει τις ανάγκες υγείας των πολιτών. Και για να γίνει αυτό απαιτούνται, ασφαλώς, γενναίες πολιτικές αποφάσεις.

Qui tacet consentire videtur.