



Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης

Πετρέλης Ματθαίος¹, Δομάγερ Φίλιππος - Ριχάρδος²

1. *PT, Φυσικοθεραπευτής στο Τ.Υ.Π.Ε.Τ, μεταπτυχιακός φοιτητής Διοίκησης Μονάδων Υγείας Ε.Α.Π.*
2. *MD, MHA, MSc, PhD, Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός - Εκλεγμένος Επιμελητής Α' Ε.Σ.Υ, Υπεύθυνος-Συντονιστής Τμήματος Ελέγχου-Ποιότητας, Έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης Γ.Ν. Χαλκίδας, Καθηγητής-ΣΕΠ ΜΠΣ "Διοίκησης Μονάδων Υγείας" Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου*

DOI: 10.5281/zenodo.159055

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) στην Ελλάδα υστερεί διαχρονικά στην υιοθέτηση των αρχών της Alma Ata. Από την περιγραφή της Π.Φ.Υ. των χωρών της Γερμανίας, Μ. Βρετανίας, Σουηδίας και Ολλανδίας, διαπιστώνουμε αρκετές ομοιότητες και σημαντικές διαφορές ως προς την οργάνωση, παροχή, χρηματοδότηση και αποζημίωση του ιατρικού προσωπικού ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του κάθε υγειονομικού συστήματος. Από την άλλη, η Π.Φ.Υ στην Ελλάδα παρουσιάζει μεγάλες αδυναμίες-πολυκατακερματισμός και έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού, υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση, μη-καταρτισμένο και προσανατολισμένο στην Π.Φ.Υ., ανισότητες πρόσβασης, ασυνέχεια στην φροντίδα, χαμηλή αποδοτικότητα, απουσία σχεδιασμού- οι οποίες καθιστούν δύσκολη και αποσπασματική τη δημιουργία των νέων ιατρείων γειτονιάς. Οι μεταρρυθμίσεις του υγειονομικού τομέα από το 2009 έως σήμερα, κυρίως με τους Ν.3918/2011 και Ν. 4338/2014 για την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και του Π.Ε.Δ.Υ, έχουν επικεντρωθεί σε οριζόντιες περικοπές δαπανών και μετακύλησης του κόστους στους πολίτες.

Λέξεις κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ελλάδα, Γερμανία, Μ. Βρετανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Πετρέλης Γ. Ματθαίος Σωκράτους 34, Άνω Λιόσια, Τ.Κ.13341, email: matpetrelis@hotmail.com, τηλ.: 00306977275939.

Primary health care in Greece and in Western Europe during the years of economic crisis

Petrelis Matthaïos¹, Domeyer Philip-Richard²

1. *PT, Physiotherapist at T.Y.P.E.T, postgraduate student in Health Management, Hellenic Open University- Faculty of Social Sciences*
2. *MD, MHA, MSc, PhD, General Practitioner / Family Physician, Head of Department of Quality-Control, Research and Continuing Education at Chalkis General Hospital, Academic Tutor of Health Management, Hellenic Open University*

DOI: 10.5281/zenodo.159055

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) in Greece lags behind over time in adopting the principle of Alma Ata. From the description of Introduction of PHC of Germany, Great Britain, Sweden and Nederland, we conclude several similarities and significant differences in the organization, providing, financing and compensation of medical staff depending on special feature of each health care system. On the other hand, PHC in Greece shows significant weaknesses –fragmentation and lack of strategic planning, understaffing and underfunding, not highly qualified and goal-oriented staff in PHC, inequalities, discontinuity in care, low efficiency, absence of planning- which make it difficult and fragmented the operation of new outpatient clinics. The reforms of the health sector from 2009 until today, mainly with the law 3918/2011 and 4338/2014 for the establishment of E.O.P.Y.Y and P.E.D.Y, have focused on horizontal cuts and sharing the cost to the citizens. For the requirements of the review, research and review papers were searched within the PubMed, Scopus and Google Scholar database, while data were drawn upon O.E.C.D (Organization for Economic CO-operation and Development), ELSTAT (Hellenic Statistical Authority) and WHO (World Health Organization) about PHC in those countries from 2008 up to March 2016.

Keywords: Primary Health Care, Greece, Germany, Great Britain, Sweden, Netherlands, E.O.P.Y.Y., P.E.D.Y.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πολιτική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma Ata το 1978, μετέβαλε τον προσανατολισμό των στόχων του υγειονομικού τομέα με επίκεντρο την Π.Φ.Υ, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο μέλος του συστήματος υγείας κάθε χώρας.¹⁻³ Οι βασικές αρχές που προσδιορίζουν το ρόλο και τους σκοπούς της Π.Φ.Υ. είναι η ισότητα, η κοινωνική δικαιοσύνη, η προσπελασιμότητα, η προσβασιμότητα, η αποδοτικότητα, η ορθολογική χρήση των πόρων, η συμμετοχή του πληθυσμού και ο αυτοπροσδιορισμός αυτού.⁴

Η Π.Φ.Υ. είναι το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, λειτουργώντας ως «πυλωρός» (gatekeeper) ή «φίλτρο» των περιστατικών που προσέρχονται σε αυτά, πριν αυτά προωθηθούν στη νοσοκομειακή φροντίδα.⁵ Περιλαμβάνει όλο το εύρος των υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας των ατόμων, καθώς και την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας στην αντιμετώπιση της νόσου και στη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας, μέσα από μια συντονισμένη διατομεακή δράση. Οι σύγχρονες προσεγγίσεις αποκαλύπτουν τον

αποφασιστικό ρόλο της Π.Φ.Υ. και τη συσχέτιση αυτής με χαμηλές δαπάνες για την φροντίδα, υψηλή ικανοποίηση από τον πληθυσμό για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καλύτερο επίπεδο υγείας και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων.^{1,6} Υπό το πρίσμα των τελευταίων στοιχείων του Π.Ο.Υ. για την επίτευξη των στόχων για την «Υγεία 2020» και της τρέχουσας οικονομικής ύφεσης και ένδειας των πόρων, η Π.Φ.Υ. συνιστά πρώτη προτεραιότητα στην χάραξη των πολιτικών υγείας των χωρών και ιδιαίτερα για την Ελλάδα.⁷

Αρχικά, περιγράφονται η Π.Φ.Υ. της Γερμανίας, της Μ. Βρετανίας, της Σουηδίας και της Ολλανδίας, ενώ στη συνέχεια αναλύεται η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και συζητείται η εξαγγελία για τη δημιουργία των ιατρείων της γειτονιάς. Τέλος, παρατίθενται οι διαρθρωτικές αλλαγές της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα από το 2009 έως σήμερα.

Δυτική Ευρώπη

Οι σύγχρονες αλλαγές στο αιτιολογικό, οικονομικό και επιδημιολογικό πρότυπο των ασθενειών επιβάλλουν την ανάγκη αναμόρφωσης και επικαιροποίησης των υγειονομικών παροχών, ώστε να ανταποκρίνονται στις προκλήσεις του παρόντος και του μέλλοντος.^{4,8} Η ύπαρξη



διαφορετικών τρόπων ενσωμάτωσης της Π.Φ.Υ στα ευρωπαϊκά συστήματα οφείλεται στις ιδιαίτερες οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και πολιτισμικές συνθήκες της εκάστοτε χώρας.⁶ Τα συστήματα Π.Φ.Υ της Γερμανίας, της Μ. Βρετανίας, της Σουηδίας και της Ολλανδίας αναλύονται, με βάση τον τρόπο οργάνωσης, παροχής και χρηματοδότησης των υγειονομικών υπηρεσιών και του τρόπου αποζημίωσης των ιατρών:

Γερμανία

Το γερμανικό σύστημα υγείας ανήκει στην κατηγορία της κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck), με τη δημόσια καθολική κάλυψη να αγγίζει το 88,8% το 2013.⁹ Σε όλα τα επίπεδα υπάρχουν αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί και δομές, στους οποίους εκχωρούνται όλες εκείνες οι αρμοδιότητες για την οργάνωση, παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών.^{8,10} Τα 136 ασφαλιστικά ταμεία έχουν θεσμικό ρόλο στην πλευρά της ασφάλισης και της αποζημίωσης των προμηθευτών, ενώ οι 17 περιφερειακές ενώσεις των συμβαλλόμενων ιατρών με τα ασφαλιστικά ταμεία στην πλευρά της ζήτησης.⁶ Από το 2009, το Κεντρικό Ταμείο Υγείας μαζί με το προϋπάρχον πλαίσιο είναι οι αποκλειστικοί υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση και την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών. Μέσα από διαβουλεύσεις αποφασίζουν τόσο για το

μείγμα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο τις τιμές και τα συμβόλαια αποζημίωσης των παρόχων.^{8,11}

Η Π.Φ.Υ παρέχεται κατά 75% από ιδιώτες ιατρούς (solo practice) και κατά 25% από συνεργασία και συστέγαση με άλλους (group practice), χωρίς κάποιο αυστηρό σύστημα «πυλωρού». Από το 2004 επιτρέπεται η λειτουργία πολυκλινικών με αντικείμενο την Π.Φ.Υ. Επίσης, εισάγονται κάποια κίνητρα στους ασφαλισμένους για την εγγραφή τους σε σχήματα οικογενειακής ιατρικής, εφόσον ακολουθήσουν ένα πιο αποτελεσματικό gatekeeping. Κάθε ασφαλισμένος είναι ελεύθερος στην επιλογή γενικού ιατρού ή και ειδικού από τη λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο τους, ενώ η επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων απαιτεί συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Η Π.Φ.Υ περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, οδοντιατρική φροντίδα, φυσικοθεραπείες, φάρμακα, νοσηλεία κατ' οίκον και διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις.^{8,10}

Η χρηματοδότηση του συστήματος συνίσταται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών (70%), από την γενική κυβέρνηση (7%) και ιδιωτική συμμετοχή των ασφαλιζόμενων στο κόστος (13%).⁹ Η συμμετοχή είναι 10€ ανά επίσκεψη σε οικογενειακό ιατρό και οδοντίατρο. Το Κεντρικό Ταμείο Υγείας συλλέγει τις εισφορές

από τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ανακατανέμει με βάση τον αριθμό, δημογραφικών και νοσολογικών στοιχείων των ασφαλισμένων, ύστερα από διαπραγμάτευση μέσω τμηματικών προϋπολογισμών. Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποζημιώνουν τις περιφερειακές ενώσεις των ιατρών με κατά κεφαλήν συνολική αμοιβή, και στη συνέχεια αυτές αμείβουν τους τα μέλη τους σύμφωνα με την «Ενιαία Κλίμακα Αξιών» (Uniform Value Scale) για 150 υπηρεσιών (πακέτων) ΠΦΥ.^{8,10}

Μ. Βρετανία

Το βρετανικό σύστημα υγείας ανήκει στην κατηγορία των εθνικών συστημάτων υγείας (μοντέλο Beveridge), με καθολική δωρεάν κάλυψη.⁹ Το υπουργείο Υγείας διασφαλίζει την απόδοση των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο με τις 10 Διευθύνσεις Στρατηγικού Χαρακτήρα, και σε τοπικό επίπεδο με τα 151 Primary Care Trusts (PCTs) που καλύπτουν περίπου 340.000 κατοίκους. Τα PCTs είναι υπεύθυνα για τον συντονισμό και την παροχή της Π.Φ.Υ μέσω συνάψεων συμβάσεων με επαγγελματίες γενικούς ιατρούς (GPs) και οργανισμούς.^{12,13}

Η Π.Φ.Υ. στηρίζεται στους General Practitioner (GPs), οι οποίοι ελέγχουν την χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και την ροή των ασθενών στις ανώτερες βαθμίδες φροντίδας. Η πλειοψηφία αυτών είναι ιδιώτες που εργάζονται στα ιδιωτικά

τους ιατρεία (solo practice), ενώ οι υπόλοιποι εργάζονται είτε σε ομαδική βάση (group practice), είτε στις 1200 δημόσιες ή ιδιωτικές δομές με μισθωτή εργασία.^{14,15} Συμπληρωματικό ρόλο στην Π.Φ.Υ έχουν και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως οι νοσηλευτές, οι γυναικολόγοι, οι ψυχίατροι, οι ορθοπεδικοί και οι φυσικοθεραπευτές, καθώς και υπηρεσίες όπως το NHS Direct (μια τηλεφωνική και διαδικτυακή υπηρεσία πληροφοριών) και τα 90 Walk-in κέντρα, τα οποία παρέχουν πρώτες βοήθειες όλο το χρόνο σε σημεία συγκέντρωσης. Η επιλογή των GPs είναι ελεύθερη, βάσει της γεωγραφικής περιοχής όπου διαμένουν οι ασφαλιζόμενοι, και είναι διαθέσιμοι 24 ώρες και υπεύθυνοι για τις διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες της Π.Φ.Υ.^{13,14}

Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται 83% από δημόσιους πόρους (μέσω της φορολογίας και ενός μέρους των εθνικών ασφαλιστικών εισφορών), 10% από τη συμμετοχή των ασφαλιζόμενων στο κόστος των υπηρεσιών και 35% από την ιδιωτική ασφάλιση.⁹ Το 80% των πόρων του NHS κατανέμονται στα PCTs με μια προσέγγιση «σταθμισμένη κατά κεφαλήν» (Weightcapitation), συνυπολογίζοντας την ηλικία, γεωγραφικές περιοχές, κοινωνικούς και υγειονομικούς δείκτες του πληθυσμού.^{12,14} Η αποζημίωση των ιδιωτών και των group practice ιατρών γίνεται με λίστα εγγεγραμμένων και



«σταθμισμένη κατά κεφαλήν», σύμφωνα με τα σύμβολα που έχουν υπογραφεί με τα PCTs, ενώ μπορούν να αγοράζουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης από τα νοσοκομεία, με βάση τα σύμβολα και αποζημίωσης κατά πράξη/υπηρεσία. Υπάρχουν και πρόσθετες πληρωμές για ένα πλήθος υπηρεσιών για παράδειγμα εμβολιασμοί, νυχτερινή εργασία, κατ' οίκον επισκέψεις, εργασία σε υποβαθμισμένες περιοχές και προαγωγή της υγείας. Μάλιστα, αν οι συνολικές δαπάνες είναι λιγότερες από τον προϋπολογισμό, τότε οι GPs μπορούν να χρησιμοποιήσουν το πλεόνασμα για τη βελτίωση του ιατρείου τους.^{13,14,16}

Σουηδία

Η Σουηδία διαθέτει ένα εθνικό σύστημα υγείας (μοντέλο Beveridge) καθολικής κάλυψης, που συγκροτείται από τα 21 περιφερειακά συμβούλια και τους 290 δήμους με μεγάλες αρμοδιότητες και εξουσίες. Η Π.Φ.Υ παρέχεται από τα 1200 κέντρα υγείας (1/3 ιδιωτικά), τα οποία είναι στελεχωμένα από γενικούς ιατρούς (1 ανά 2500 κατοίκους), γυναικολόγους, ψυχίατρους, νοσηλεύτριες και φυσικοθεραπευτές.^{10,13,17} Στην Π.Φ.Υ περικλείονται και δομές με αντικείμενο τους περιοδικούς ελέγχους για την υγεία, τους εμβολιασμούς και τους ακτινοδιαγνωστικούς ελέγχους. Οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν το κέντρο υγείας και τον

οικογενειακό γιατρό της προτίμησής τους. Για την αντιμετώπιση της ροής προς τα νοσοκομεία, έχουν θεσμοθετηθεί αντικίνητρα όπως υψηλότερη χρέωση στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και μεγαλύτεροι χρόνοι αναμονής. Από το 2005, προβλέπεται ο κανόνας «0-7-90-90» με άμεση επαφή σε πάροχο Π.Φ.Υ εντός της ημέρας, επίσκεψη εντός 7 ημερών σε γενικό ιατρό, σε ειδικό ιατρό εντός 90 ημερών και τέλος αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας εντός 90 ημερών.^{13,17}

Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται κατά 84% από την γενική κυβέρνηση μέσω φορολογίας και 15% από την ιδιωτική συμμετοχή των ασφαλισμένων (out-of-pocket).⁹ Η χρήση του συστήματος συνδυάζεται με χρεώσεις που ποικίλουν με τις υπηρεσίες (πρωτοβάθμια, κατ' οίκον, συνταγογράφηση, οδοντιατρική), ενώ υπάρχει ένα ανώτατο όριο συμμετοχής, ειδικά για τους χρόνιους πάσχοντες. Τα άτομα μέχρι τα 20 έτη απαλλάσσονται από τις χρεώσεις. Το κράτος συγκεντρώνει τους πόρους και τους κατευθύνει προς τους αυτοδιοίκητους θεσμούς για τη διαχείριση τους. Η αποζημίωση των συμβαλλόμενων ιατρών με την Π.Φ.Υ είναι κατά κεφαλήν και σε μικρότερο ποσοστό κατά πράξη (fee-for-service). Από την άλλη, οι ιατροί που εργάζονται στα κέντρα υγείας είναι έμμισθοι υπάλληλοι που απασχολούνται 40 ώρες την εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένου και της

τηλεφωνικής παροχής υπηρεσιών εκτός ωραρίου.^{10,13,17}

Ολλανδία

Το ολλανδικό σύστημα υγείας ανήκει στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, με ισχυρή εναλλακτική παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης. Η ύπαρξη 30 δημόσιων φορέων ασφάλισης και 40 ιδιωτικών δημιουργεί έναν ελεγχόμενο ανταγωνισμό ως προς την ασφάλιση και παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, με κάλυψη που φτάνει το 99,8%.⁹ Η Π.Φ.Υ παρέχεται κυρίως από τους οικογενειακούς ιατρούς, λειτουργώντας ως «φύλακες» (gatekeepers) για την πρόσβαση στη δευτεροβάθμια φροντίδα. Εκτός τους γενικούς ιατρούς, η Π.Φ.Υ περιλαμβάνει μαιευτήρες, οδοντιάτρους, οργανισμούς κατ' οίκον φροντίδας, ψυχολόγους και φυσικοθεραπευτές. Οι ασφαλισμένοι επιλέγουν ελεύθερα έναν γενικό ιατρό, μέσω του οποίου και μετά από παραπεμπτικό μπορούν να απευθυνθούν σε ειδικό ιατρό της προτίμησής τους. Η βασική ασφάλιση περιλαμβάνει ένα βασικό πακέτο υπηρεσιών, το οποίο είναι για όλους το ίδιο, όμως δίνεται η δυνατότητα επιπρόσθετης ασφάλισης για επιπλέον παροχές.^{8,10,18}

Η χρηματοδότηση γίνεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, μαζί με μια επιπλέον υποχρεωτική μηνιαία καταβολή των ασφαλισμένων ανάλογα με το φορέα ασφάλισης. Το Συμβούλιο Ασφάλισης Υγείας

συλλέγει τους πόρους και τους ανακατανέμει στους ασφαλιστικούς οργανισμούς στη βάση ετήσιων προϋπολογισμών.^{8,18} Η πλειοψηφία των συμβαλλόμενων ιατρών είναι ιδιώτες, όμως συναντώνται και συνεργασίες για την λειτουργία των 105 δομών «εκτός ωραρίου» (out-of-hours centre). Η αποζημίωση που λαμβάνουν οι ιατροί είναι ένα μοντέλο αμοιβών από κατά κεφαλήν με λίστα εγγεγραμμένου πληθυσμού (με συντελεστές την ηλικία, το φύλο, τον τόπο διαμονής και την επαγγελματική ιδιότητα), κατά επίσκεψη (consultation fee) για GPs, συνεισφορά από θεραπευτικές πράξεις που αυξάνουν την αποδοτικότητα των GPs ή υποκαθιστούν την δευτεροβάθμια περίθαλψη (fee-for-service) και τέλος παροχή υπηρεσιών εκτός ωραρίου.^{8,18}

Από την ανάλυση των συστημάτων προκύπτουν ενδιαφέροντα συμπεράσματα ως προς: α) την χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ από τη γενική φορολογία στην Μ. Βρετανία και τη Σουηδία, και από τα ασφαλιστικά ταμεία στην Γερμανία και την Ολλανδία, β) τον ισχυρότερο ρόλο του οικογενειακού-γενικού στη Μ. Βρετανία και την Ολλανδία, σε σχέση με τη Γερμανία και τη Σουηδία, όπου υπάρχει μεγαλύτερη ευχέρεια επιλογής και πρόσβασης στους ειδικούς ιατρούς, γ) την πληρωμή του προμηθευτή υπηρεσιών από τα ολοκληρωμένο εθνικού τύπου σύστημα της Σουηδίας, σε σχέση με τα συμβολιακά συστήματα της Μ. Βρετανίας, Γερμανίας και



της Ολλανδίας, δ) την μεγαλύτερη αποκέντρωση των υπηρεσιών με εκχώρηση πόρων στη Σουηδία και την Ολλανδία σε σχέση με την Γερμανία και λιγότερο με την Μ. Βρετανία, ε) τους τρόπους αποζημίωσης των ιατρών κατά κεφαλήν (σε όλες τις χώρες), κατά πράξη (Μ. Βρετανία, Σουηδία, Ολλανδία) και με μισθωτή εργασία (Σουηδία, Μ. Βρετανία), στ) την εισαγωγή των προοπτικών προϋπολογισμών, με το ύψος να εξαρτάται από τον πληθυσμό και τα επιδημιολογικά και νοσολογικά χαρακτηριστικά του, η) την εισαγωγή και συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην Π.Φ.Υ και την δημιουργία ενός εσωτερικού ανταγωνισμού και ζ) την εισαγωγή και συμμετοχή των ιδιωτικών δαπανών (out-of-pocket-payments), με τη συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος (co-payment) των υπηρεσιών.

Ελλάδα

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) είναι υπεύθυνο για την Π.Φ.Υ στην Ελλάδα, συντονιζόμενο από τις 7 Υ.Π.Ε.^{19,20} Η Π.Φ.Υ. παρέχεται από τα 300 πολυιατρεία και μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα 193 Κέντρα Υγείας (αγροτικού τύπου), τα 1650 περιφερειακά αγροτικά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., τους συμβαλλόμενους ιδιώτες ιατρούς (22000) και οδοντίατρους (13000), καθώς και τα 3527 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.²¹ Σημαντικό

ρόλο παίζουν επίσης, οι Μ.Κ.Ο. και οι κοινωνικές δομές των δήμων (ιατρεία και φαρμακεία), τα κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».²² Εκτός από του γενικούς ιατρούς (περίπου 3000), εργάζονται νοσηλευτές, οδοντίατροι, φυσικοθεραπευτές, παιδίατροι και γυναικολόγοι.⁶ Η επιλογή των ιατρών είναι ελεύθερη, χωρίς την ύπαρξη «gatekeeping» στην πρόσβαση τόσο στις δημόσιες δομές όσο και στις ιδιωτικές.²³

Η χρηματοδότηση του Π.Ε.Δ.Υ γίνεται μέσα από την Γενική Κυβέρνηση (28,4% το 2014), την κοινωνική ασφάλιση (31,3%) και την ιδιωτική συμμετοχή (40,3%)²⁴. Οι ιατροί στις δημόσιες δομές είναι έμμισθοι υπάλληλοι αποκλειστικής απασχόλησης, ενώ οι συμβεβλημένοι αποζημιώνονται κατά πράξη (10€ ανά επίσκεψη) με οριοθέτηση πλαφόν στις 300 μηνιαίες επισκέψεις, μέσω κλειστών προϋπολογισμών από τον Ε.Ο.Π.Υ.²³

Σύμφωνα με μελέτες, η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα δεν υπήρξε υψηλή προτεραιότητα των υγειονομικών πολιτικών, με αποτέλεσμα να είναι αδύναμη να ικανοποιήσει τόσο τις αρχές της Alma Ata, όσο και τους στόχους της «Υγεία 2020».^{6,21} Οι κυριότερες αδυναμίες που μαστίζουν την Π.Φ.Υ αναφέρονται στον πίνακα 1.

Σε συνάρτηση με την εξαγγελία του Υπουργείου Υγείας για την έναρξη των ιατρείων της γειτονιάς, έχει αναπτυχθεί συζήτηση γύρω από την αποτελεσματικότητα

αυτού του μέτρου. Αρχικά, θα πρέπει να εξεταστεί η επάρκεια των πόρων του συστήματος (ανθρώπινων και υλικών). Μέσα σε αυτό το περιβάλλον δημοσιονομικής προσαρμογής και περικοπών στην υγεία, το ίδιο το σύστημα αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα και θα ήταν δύσκολο να ανταποκριθεί σε αυτό.²⁸ Οι ήδη υπάρχουσες δομές εμφανίζουν υποστελέχωση και ελλείμματα στις υλικοτεχνικές υποδομές, ενώ οι επιταγές για περαιτέρω μείωση της υγειονομικής δαπάνης και περιστολή των προσλήψεων καθιστούν δύσκολη την ανεύρεση του απαραίτητου προσωπικού.^{21,38,39}

Από την άλλη, ο νοσοκομοκεντρικός χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. και η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. φαίνεται να υποσκελίζουν την επιτυχία αυτού του θεσμού.^{5,25,36} Παράλληλα, η απουσία συστηματικής καταγραφής των επισκέψεων και της τήρησης του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο το διατομεακό συντονισμό και τον σχεδιασμό προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας.^{36,40,41} Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στα εμπόδια πρόσβασης στην Π.Φ.Υ. τόσο για τους ασφαλισμένους, όσο και για τους άνεργους, ανασφάλιστους, τους πρόσφυγες και του μετανάστες.^{21,42,43} Οι μεγάλες λίστες αναμονής, το κόστος (costsharing) και η χαμηλή εγγύτητα δεν

φαίνεται να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, με συνέπεια να δημιουργούνται αποκλεισμοί των ατόμων αυτών από την Π.Φ.Υ., ενώ θα έπρεπε να αποτελούν προτεραιότητα όπως επιτάσσουν οι αρχές της Alma Ata.^{1,6,21}

Διαρθρωτικές αλλαγές στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα από το 2009 έως σήμερα.

Οι βασικές μνημονιακές υποχρεώσεις της Ελλάδας για την Υγεία ήταν να μειωθούν οι δημόσιες δαπάνες στο 6% το 2012 από 7% το 2009, καθώς και η αύξηση της αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος μέσα από μεταρρυθμίσεις.²³ Οι κυριότερες αλλαγές που επιτευχθήκαν στην Π.Φ.Υ στα χρόνια της κρίσης διακρίνονται σε δυο περιόδους: α) μέχρι την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το 2011 και β) από το 2012 μέχρι σήμερα, με την ίδρυση του Π.Ε.Δ.Υ.

Πιο αναλυτικά, στην πρώτη περίοδο: α) με τον Ν. 3852/2010 του προγράμματος Καλλικράτη, οι αρμοδιότητες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μεταφέρθηκαν από τις Δ.Υ.Π.Ε. στους δήμους και στις περιφέρειες. Μάλιστα προβλέπεται η απόδοση των ανάλογων πόρων για την άσκηση τους, όπως και η μεταφορά των αντίστοιχων υπηρεσιών και οργανικών θέσεων,⁴⁴ β) με τον Ν. 3868/2010, ΦΕΚ Α'129, καθιερώθηκε η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων, άρα και των εξωτερικών ιατρείων για την παροχή Π.Φ.Υ.,⁴⁵ γ) με τον Ν.



3892/2010 εισήχθη η ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών για εξετάσεις, στο μέτωπο της αντιμετώπισης της υπερσυνταγογράφησης και υπερπαραγγελίες ιατρικών πράξεων⁴⁶ και δ) με τον Ν. 3918/2011 συστάθηκε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ με την συγχώνευση των 4 μεγαλύτερων ταμείων (Ι.Κ.Α,Ο.Γ.Α.,Ο.Α.Ε.Ε.,ΟΠΑΔ), λειτουργώντας ως αγοραστής και πάροχος εξωνοκομειακής φροντίδας.⁴⁷

Στη συνέχεια, στη δεύτερη περίοδο: α) με το ΦΕΚ 545/01.03.2012 εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία και η προώθηση των γενοσήμων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ να καλύπτει το φθηνότερο φάρμακο και τον ασθενή να πληρώνει την διαφορά αν επιλέξει άλλο,⁴⁸ β) στο ΦΕΚ Β 3054/2012 συντάχθηκε ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών (Ε.Κ.Π.Υ) που καθορίζει την οργάνωση, χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών, όπως και τις αποζημιώσεις των συμβαλλόμενων,⁴⁹ γ) με το Ν. 4052/2012 η οργάνωση των υγειονομικών περιφερειών άλλαξε «όνομα», ώστε να ταυτίζονται με τις 7 αποκεντρωμένες Διοικήσεις του προγράμματος Καλλικράτη,⁵⁰ δ) με το ΦΕΚ 2551 Β/7-10-2013 καθορίστηκε ο τρόπος και η διαδικασία απόδοσης του rebate στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ,⁵¹ ε) με το Ν. 4338/2014 ιδρύθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), όπου οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του

Ε.Ο.Π.Υ.Υ εντάσσονται στην ευθύνη της Υγειονομικής Περιφέρειας,⁵² στ) με το ΦΕΚ 490 Β/01-04-2015 καταργήθηκε το εισιτήριο 5 € από την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία,⁵³ ζ) με το Ν. 4368/2016 επιτρέπεται η υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και των προσφύγων στο Π.Ε.Δ.Υ.⁵⁴

Σύμφωνα με μελέτες, οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το σύστημα όσο και στους πολίτες.^{6,23} Η Ελληνική Στατιστική Αρχή αποκαλύπτει την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης λόγω της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών, «ιδιωτικοποιώντας» ακόμη περισσότερο το σύστημα στην Ελλάδα,²⁴ ενώ φανερώνεται η αύξηση των περιορισμών της πρόσβασης των ατόμων με χαμηλό εισόδημα, ηλικιωμένων, ανασφάλιστων, ανέργων και μειονοτικών ομάδων.²¹ Η τελευταία έκθεση του ΟΟΣΑ αποτυπώνει την καθολικότητα της κάλυψης στο 79%, αποτέλεσμα που δείχνει ότι η ιεράρχηση της ισότητας και της αποδοτικότητας έχουν παραμεληθεί στο βωμό των περικοπών των δαπανών.^{6,9,21} Με το Ν. 4368/2016 φαίνεται να διευθετείται η κάλυψη όλων των ευπαθών ομάδων στο Π.Ε.Δ.Υ, όμως είναι ακόμη πολύ νωρίς για να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα.⁵⁴

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανάλυση των συστημάτων της Γερμανίας, της Μ. Βρετανίας, της Σουηδίας και της Ολλανδίας διαπιστώνουμε την

προτεραιότητα που έχει δοθεί στην Π.Φ.Υ, όπως ορίζουν οι αρχές της AlmaAta. Στην Ελλάδα, αν και με τον Ν.1397/1983 κατοχυρώθηκε η Π.Φ.Υ., δεν έχει υποστηριχτεί θεσμικά, διοικητικά και οικονομικά από την Ελληνική Πολιτεία στο βαθμό που της αναλογεί. Με την επικράτηση της οικονομικής κρίσης και των μέτρων μείωσης των δαπανών, η μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ πρόβαλλε ως ευκαιρία για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης, όμως αντί να επιτελέσει το έργο της θεωρήθηκε πεδίο εξοικονόμησης πόρων. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση είναι μείζονος σημασίας και θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Lawn J E, Rohde J, Rifk S, Were M, Vinod K P, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet* 2008; 372:917-927.
2. Walley J, Lawn J, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *The Lancet* 2008; 372:1001-1007.
3. Σουλιώτης Κ. Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014;31 (Συμπλήρ. 1):13-18.
4. Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2008;47:320-333.
5. Βραχάτης Δ, Παπαδόπουλος Α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική* 2012; 51:10-17.
6. Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. D. S. Kringos (Ed.). *World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies* 2015:1-172.
7. WorldHealth Organization. The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. Copenhagen: WHO. ISBN 978 92 890 1430 4, Retrieved from:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/288645/European-health-report-2015-Targets-beyondreaching-new-frontiers-evidence-full-book-en.pdf?ua=1, 2015:1-131.
8. Τούντας Γ. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003; 20:76-87.
9. OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Available at: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en.
10. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R and Anderson C. International Profiles of



- Health Care Systems. The Commonwealth Fund 2015;63-71.
11. Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition 2014; 16:1-296.
12. Υφαντόπουλος Γ, Πολυγένη Δ, Τακουμάκης Ι. Το βρετανικό σύστημα υγείας. Αρχ Ελλ Ιατρ 2005; 22:73-96.
13. Γιανασμίδης Α, Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχ Ελλ Ιατρ 2012; 29:106-115.
14. Sean B. United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition 2011;13:1-486.
15. Kousoulis A, Symvoulakis E, Lionis C. What Greece can learn from UK primary care experience and empirical research? Br J Gen Pract 2012; 62:543-543.
16. Senior K. Helping GPs to diagnose cancer earlier. The Lancet Oncology 2012;13:e232
17. Anell A, Glenngard A H, Merkur S M. Sweden: Health system review. Health systems in transition 2012; 14: 1-159.
18. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition 2010; 12:1-229.
19. Κακαλέτσης Ν, Ιωαννίδης Α. Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Σύντομη αναδρομή στις μέχρι τώρα σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. Αρχ Ελλ Ιατρ 2013; 30:233-240.
20. Athanasiadis A, Kostopoulou S, Philalithis A. Regional Decentralisation in the Greek Health Care System: Rhetoric and Reality. Glob J Health Sci 2015; 7: 55-67.
21. Economou C. Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece. WHO Regional Office for Europe 2015:1-14.
22. Groenewegen P, Jurgutis A. A future for primary care for the Greek population. Quality in primary care 2013;21:369-378.
23. Νιάκας Δ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση- Διατροφή 2014; 5:3-7.
24. ΕΛΣΤΑΤ. Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/->
25. Έλληνας Δ. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας, Αρθρογραφία 2011; 48:17-23.
26. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Economic crisis, health systems and health in Europe: country

-
- experience. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies 2014:1-48.
27. Economou C, Kaitelidou D, Katsikas D, Siskou O, Zafiropoulou M. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Soc Cohesion Dev* 2014;9:99-115.
28. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet* 2014; 383:748-753.
29. Kyriopoulos, J. Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *Int J Equity Health* 2014; 13:1-7.
30. Vadoros S, Stargardt T. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health policy* 2013;109:1-6.
31. Siskou O, Kaitelidou D, Litsa P, Georgiadou G, Alexopoulou H, Paterakis P et al. Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates. *Value in Health Regional Issues* 2014;4:107-114.
32. Siskou O, Kaitelidou D, Economou C, Kostagiolas P, Liaropoulos L. Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. *The European Journal of Health Economics* 2009;10.4:467-474.
33. Σίσκου Ο, Καϊτελίδου Δ, Θεοδώρου Μ, Λιαρόπουλος Λ. Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδειγμα. *ΑρχΕλλιατρ* 2008;25:663-672.
34. Tountas Y, Karnaki P, Pavi E, Souliotis K. The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *Health policy* 2005;74:167-180.
35. Souliotis K, Golna C, Tountas Y, Siskou O, Kaitelidou D, Liaropoulos L. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *Eur J Health Econ* 2016;17:159–170.
36. Patelarou A E, Kleisiaris C F, Androulakis E, Tsirakos D K, Kritsotakis G, Konstantinidis T I, Androulaki Z. Use of primary health care services in Southern Greece during a period of economic crisis. *Arch Hellen Med* 2016; 33:84-89.
37. Περιτογιάννης Β, Ληξουριώτης Χ, Μαυρέας Β. Η ενσωμάτωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014; 31:669-677.
38. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy* 2014;115:111-119.
39. Ifanti A A, Argyriou A A, Kalofonou F H, Kalofonos H P. Financial crisis and
-



- austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy* 2013;113:8-12.
40. Τσούνης Α, Σαράφης Π.Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014; 31:534-540.
41. Minas M, Koukosias N, Zintzaras E, Kostikas K, Gourgoulianis K. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: An epidemiological study. *BMC Health Services Research* 2010;10:252.
42. Αθανασοπούλου Μ, Μεχίλι-Ενκελεϊντ Ά, Αθανασοπούλου Α, Διομήδους Μ. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2013;5:162-167.
43. Ρούπα Ζ, Ζωγράφου Π, Βασιλόπουλος Αρ. Οι μετανάστες ως χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2014;6:154-159.
44. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.3852/2010, ΦΕΚ Α΄ 87. Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης, 2010γ.
45. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.3868/2010, ΦΕΚ Α΄ 129. Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010α.
46. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.3892/2010, ΦΕΚ Α΄ 189. Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων, 2010β.
47. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.3918/2011, ΦΕΚ Α΄ 31. Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις, 2011.
48. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ΦΕΚ 545/Β/01.03.2012 – Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών, 2012.
49. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ΦΕΚ Β΄ 3054/2012 Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) ΕΟΠΥΥ, 2012.
50. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν. 4052/2012. Ρύθμιση Θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Εποπτευόμενων Φορέων, 2012.
51. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ΦΕΚ 2511 Τεύχος Β΄-7/10/2013 – Καθορισμός, διαδικασία και τρόπος απόδοσης του ποσού «επιστροφής» (rebate) του άρθρου 100 παρ. 5 του Ν. 4172/2013 (Α, 167), 2013.
52. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.4238/2014, ΦΕΚ Α΄ 38. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, 2014α.

53. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Υπουργική
Απόφαση ΦΕΚ 490 Β 01-04-2015
Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής
αμοιβής εξέταστρου πέντε (5) ευρώ στις
δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος
Υγείας (Ε.Σ.Υ.), 2015.
54. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Υπουργική
Απόφαση Ν. 4368/2016. Μέτρα για την
επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και
άλλες διατάξεις, 2016.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1. Αδυναμίες της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

