



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

**ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ**

**«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ
ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΕΛΕΝΗ Α. ΣΤΕΡΓΙΟΥ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Δρ. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΒΟΛΟΣ, 2023

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Εφαρμοσμένη Οικονομική στη Διοίκηση Επιχειρήσεων και Οργανισμών», κατά το ακαδημαϊκό έτος 2022 – 2023. Με την περάτωση αυτής θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλλαν κατά τη διάρκεια της εκπόνησής της, είτε πρακτικά με την με την ουσιαστική συμβολή τους στις διερευνητικές μου αναζητήσεις, είτε υποστηρίζοντάς με ηθικά.

Η ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής αυτής εργασίας θα ήταν αδύνατη χωρίς την πολύτιμη υποστήριξη της επιβλέπουσας καθηγήτριας μου κυρία Αθηνά Οικονόμου. Για το λόγο αυτό θα ήθελα να εκφράσω προς το πρόσωπό της τις θερμότερες ευχαριστίες αρχικά για όλη τη βοήθεια και την υποστήριξη που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας. Ακόμη, την ευχαριστώ για την άριστη συνεργασία, την καθοδήγηση και επίβλεψη, τον πολύτιμο χρόνο που διέθεσε, τις γνώσεις που μου μετέδωσε, τις υποδείξεις, την επιμονή της, το αμείωτο ενδιαφέρον της, αλλά κυρίως την προθυμία, την ευγένειά της και τη στήριξη που μου προσέφερε με γενναιοδωρία.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και το στενό φιλικό περιβάλλον για τη συνεχή συμπαράσταση, την κατανόηση και τις πολύτιμες συμβουλές που μου προσέφεραν σε ιδιαίτερα πειστικές στιγμές που κλήθηκα να αντιμετωπίσω, αποτελώντας στήριγμα ανεκτίμητης αξίας για εμένα.

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στη διπλωματική εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η πτυχιακή εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών στην Εφαρμοσμένη Οικονομική του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Βόλος, Ιανουάριος, 2023.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, απασχολεί ολοένα και περισσότερο τις σύγχρονες κοινωνίες και τα ανεπτυγμένα κράτη. Η πρόληψη, η έγκυρη διάγνωση, η θεραπεία, η ολοκληρωμένη φροντίδα αλλά και η συνέχεια αυτής, αποτελούν κάποιους από τους στόχους που έχουν ορίσει οι χώρες πως πρέπει να παρέχουν στους πολίτες τους, στην ανώτερη πάντα ποιότητα παροχής των ανωτέρω υπηρεσιών. Τα αιτία της ανάδειξης της σημαντικότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι πολλαπλά. Πρωτίστως, η πρόληψη αλλά και η έγκυρη διάγνωση των χρόνιων μη μεταδιδόμενων νοσημάτων που ταλαιπωρούν την ανθρωπότητα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, τα αυτοάνοσα, και η παχυσαρκία. Η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων από πολίτες για μια απλή συνταγογράφηση φαρμάκων και η απασχόληση του ιατρικού και παραιατρικού προσωπικού για γραφειοκρατικές διαδικασίες, έτσι ώστε να μπορούν απρόσκοπτα να συνεχίσουν το έργο τους και τη προσφορά Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Ειδικότερα, την περίοδο της πανδημίας covid-19 όπου τα συστήματα υγείας παγκοσμίως δεχόταν εκατοντάδες περιστατικά καθημερινά αναδείχτηκε ακόμη πιο έντονα η ανάγκη για εστίαση στα νοσοκομεία στην παροχή Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Επιπροσθέτως, οφείλουμε να αναφερθούμε στην οικονομική ωφέλεια που θα αποκομίσουν οι χώρες που θα καταφέρουν να έχουν ένα πλήρες οργανωμένο, λειτουργικό και αποτελεσματικό σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η εξυπηρέτηση των πολιτών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, έχει μικρότερη συγκριτικά επιβάρυνση στον κρατικό προϋπολογισμό σε σύγκριση με τις δαπάνες που απαιτούνται όταν αυτή απουσιάζει ή υπολειτουργεί στα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το ίδιο συγκριτικά μικρότερο είναι και το κόστος που δαπανά η κάθε χώρα για την υγεία όταν οι πολίτες μέσω της πρόληψης και του έγκυρου εντοπισμού της όποιας ασθένειας μέσω των διαγνωστικών και απεικονιστικών εξετάσεων, προλαμβάνουν την νόσο και δεν «επιβαρύνουν» λειτουργικά αλλά και οικονομικά τις Δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας. Ωστόσο, παρά την σημαντικότητα της ύπαρξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το έργο της γίνεται όλο και πιο δύσκολο καθώς οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει είναι αυξανόμενες. Η δυσαναλογία των νοσηλευτών σε σχέση με τους ιατρούς, η ραγδαία αύξηση της τεχνολογίας, η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού αλλά και η έλλειψη χρηματοδότησης ειδικά τα τελευταία χρόνια της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, αλλά και της πρόσφατης υγειονομικής κρίσης, είναι μόνο μερικές από τις προκλήσεις με τις οποίες πρέπει να έρθουν αντιμέτωπα τα σύγχρονα συστήματα υγείας.

Λέξεις- Κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Συστήματα Υγείας, Προκλήσεις,
Σύγχρονες Χώρες, Πρόληψη

ABSTRACT

Primary Health Care concerns more and more modern societies and developed countries. Prevention, valid diagnosis, treatment, comprehensive care and their retention are some goals that countries have established to provide continuous superior quality of the above services to their citizens. There are multiple reasons for highlighting the importance of Primary Health Care. For instance, the prevention and valid diagnosis of chronic non-transmitted diseases that afflict humanity, such as diabetes, cancer, autoimmune diseases and obesity seems to be indispensable. Decongesting hospitals from citizens that need a drug prescription, which is a simple process, creates need for more medical and paramedical staff in order to be employed in bureaucratic procedures, so that the existing staff can seamlessly continue the work and the provision of Secondary Health Services. In particular, during covid-19 period, health systems were accepting hundreds of cases on a daily basis, so the need for hospitals to focus on Secondary Health Services' provision emerged in an extreme way.

Furthermore we need to mention the economical benefit that countries with a full, organised and effective Primary Health Care system will obtain. Community service in first level is associated with a reduction in public health expenditure and the relative burden in the public budget compared to national health systems with ineffective primary health care. Countries with effective health policies that encourage preventive medicine, through regular diagnostic testing and routine check-ups also face reduced public health expenses in comparison to the remainder. However, while the importance of the Primary Health care system is underlined by health scientists, the goal of reaching effectiveness in Primary Health Care is hampered by modern challenges that threaten the viability of modern health care systems. For example, the disproportion of nurses and doctors, the rising technology improvements of higher cost, the demographic aging and the lack of funding, along with the worldwide economic and health crises, are only a few of the challenges that modern Health Care has to deal with in contemporary times.

Keywords: Primary Health Care, Health Systems, Provocation, Modern Countries, Prevention

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	8
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
Κεφάλαιο 1 : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση του συστήματος υγείας	12
1.2 Γιατί είναι σημαντικά τα συστήματα υγείας.....	13
1.3 Τύποι συστημάτων υγείας	14
1.3.1 Σύστημα τύπου Beveridge (ή Εθνικό Σύστημα Υγείας)	14
1.3.2 Σύστημα τύπου Bismarck (ή Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης).....	15
1.3.3 Σύστημα τύπου out-of-pocket (ή φιλελεύθερο σύστημα).....	16
1.3.4 Μεικτό σύστημα υγείας	17
1.4 Σύστημα υγείας στην Ελλάδα	18
1.5 Η δομή επιλεγμένων συστημάτων υγείας άλλων χωρών.....	20
1.5.1 Σύστημα υγείας Ηνωμένων Πολιτειών	20
1.5.2 Σύστημα υγείας Ιαπωνίας	21
1.5.3 Σύστημα υγείας Γερμανίας.....	23
1.6 Σύγχρονες προκλήσεις των Συστημάτων Υγείας.....	24
1.6.1 Δημογραφικές (γήρανση του πληθυσμού)	25
1.6.2 Επιδημιολογικές (αύξηση των μη μεταδοτικών νοσημάτων, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης).....	26
1.6.3 Οικονομικές (μείωση του εισοδήματος, αύξηση του κόστους περίθαλψης, αύξηση της ζήτησης).....	27
1.6.4 Πολιτικές και Κοινωνικές (μετανάστευση δυναμικού υγείας, ανεργία, ανισότητες, φτώχεια)	28
1.6.5 Τεχνολογικές (έκρηξη βιοιατρικής τεχνολογίας, ψηφιακή υγεία)	28
1.6.6 Νομικές/Ηθικές (ιδιωτικότητα, ανθρώπινα δικαιώματα)	29
1.7 Η κρατική παρέμβαση στα συστήματα υγείας.....	29
Κεφάλαιο 2: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	31
2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- Εννοιολογική προσέγγιση.....	31
2.2 Διακήρυξη ΑΛΜΑ ΑΤΑ.....	33

2.3 Διακύρηξη ΑΣΤΑΝΑ	34
2.4 Ιστορική Εξέλιξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ελλάδα.....	34
2.5 Νομοθετικό Πλαίσιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	36
2.6 Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	37
2.6.1 Κέντρα Ειδικής Φροντίδας	38
2.6.2 Κέντρα Υγείας	38
2.6.3 Περιφερειακά Αγροτικά Ιατρεία	38
2.6.4 Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων ΕΣΥ	38
2.6.5 Ιδιώτες Γιατροί Συμβαλλόμενοι	39
2.6.6 Κεντρικά Διαγνωστικά Κέντρα	39
2.6.7 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων	40
2.6.8 Βοήθεια στο Σπίτι	41
2.6.9 Τοπικές Μονάδες Υγείας	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	43
3.1 Χρηματοδότηση συστήματος υγείας	44
3.1.1 Μετάβαση σε ενιαίο προμηθευτή ΕΟΠΥΥ	49
3.2 Ανθρώπινο δυναμικό συστήματος υγείας	50
3.3 Τεχνολογία στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας	56
3.1.1 Ο θεσμός του προσωπικού γιατρού.....	60
3.1.2 Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ).....	62
3.4 Το δημογραφικό ως πρόκληση του συστήματος υγείας	63
3.5 Ικανοποίηση των υπηρεσιών υγείας	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ COVID-19	74
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	81
Αγγλική Βιβλιογραφία.....	81
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	85

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

- Γράφημα 1 : Δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση δαπανών υγείας
- Γράφημα 2 : Κατά κεφαλήν δαπάνες σε €
- Γράφημα 3 : Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ
- Γράφημα 4 : Δημόσια χρηματοδότηση δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ
- Γράφημα 5 : Αναλογία γιατρών και νοσηλευτών ανά κάτοικο
- Γράφημα 6 : Γιατροί ανά 1000 κατοίκους (2000 και 2016)
- Γράφημα 7 : Νοσηλευτές/τρίες ανά 1000 κατοίκους (2000 και 2016)
- Γράφημα 8 : Αριθμός γιατρών για τις έξι κυριότερες κατηγορίες ειδικοτήτων, 2018 και 2019
- Γράφημα 9 : Προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα και στην ΕΕ
- Γράφημα 10 : Προσδόκιμο ζωής για έτη 2000, 2010 και 2020
- Γράφημα 11 : Σημαντικοί παράγοντες θνησιμότητας
- Γράφημα 12 : Οι κυριότερες αιτίες θνησιμότητας στην Ελλάδα
- Γράφημα 13 : Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη
- Γράφημα 14 : Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για τη υγεία στην Ελλάδα και στην ΕΕ

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΜΥ	Ηλεκτρονικών Αρχείων Υγείας
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΤΟΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε διεθνές και ευρωπαϊκό επίπεδο τα συστήματα υγείας έρχονται αντιμέτωπα με πληθώρα προκλήσεων, από τις οποίες κάποιες κρίνονται ως αρκετά σημαντικές ενώ άλλες κρίνονται ως λιγότερο σημαντικές. Κατά κοινή ομολογία στις αναπτυγμένες χώρες μπορούμε να πούμε πως οι περισσότερες προκλήσεις είναι κοινές μεταξύ των χωρών. Ο λόγος της κοινοτυπίας των προβλημάτων οφείλεται σημαντικά σε ένα ευρύτερο σύνολο σύγχρονων τάσεων και συνεχώς μεταβαλλόμενων δεδομένων. Για παράδειγμα, οι συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση των κρατικών προϋπολογισμών αλλά και των προϋπολογισμών των ασφαλιστικών φορέων αποτελεί μια σύγχρονη πρόκληση των συστημάτων υγείας. Σημαντική λύση της συγκεκριμένης πρόκλησης είναι η πρόληψη και η ενημέρωση των πολιτών ώστε, να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα υγείας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και αποφορτίζοντας έτσι το δευτεροβάθμιο σύστημα υγείας που είναι γενικά πιο κοστοβόρο σε σχέση με το πρωτοβάθμιο. Επιπλέον, η αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού και ως συνεπακόλουθο των χρόνιων νοσημάτων η ζήτηση των πολιτών ολοένα και πιο υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας, η μείωση των ανισοτήτων της πρόσβασης στα συστήματα υγείας ανάλογα με την γεωγραφική κατανομή αποτελούν κάποιες ακόμα από τις προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα σύγχρονα συστήματα υγείας. Ταυτόχρονα οι ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις στην θεραπευτική αλλά και την διαγνωστική ιατρική έχουν επηρεάσει σημαντικά τον χώρο της υγείας επιφέροντας δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές μεταβολές όπως την αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

Σε διεθνές επίπεδο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να αναδείξουμε το περιεχόμενο αλλά και τον ρόλο που καλείται να διαδραματίσει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στα σύγχρονα συστήματα υγείας. Επιπρόσθετα, η ανάλυση των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων κοινωνιών αποτελεί κοινό τόπο για την ανάδειξη των σύγχρονων τάσεων με σκοπό την αναζήτηση της καλύτερης πρακτικής.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να συζητήσει και να παρουσιάσει τις βασικότερες προκλήσεις που επιδέχεται η σύγχρονη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις ανεπτυγμένες οικονομίες. Η συζήτηση αυτή είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα και για την ελληνική περίπτωση, καθώς μέχρι πρόσφατα ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπήρξε περιορισμένος

στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας και μόλις την τελευταία δεκαετία, ξεκίνησαν σημαντικές αλλαγές προς την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας.

Η δομή της εργασίας έχει ως εξής: στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός του συστήματος υγείας, τονίζεται η σημαντικότητα των συστημάτων υγείας, αναλύονται οι τύποι των συστημάτων υγείας και παρουσιάζονται τα συστήματα υγείας κάποιων χωρών. Επιπλέον, γίνεται αναφορά στις σημαντικότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας. Στη συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στις έννοιες της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην ιστορική εξέλιξη της στην χώρα της Ελλάδας, την εξέλιξη του νομοθετικού πλαισίου κατά την πορεία των ετών και γίνεται αναφορά στους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας, γίνεται αναφορά σε όλα τα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπη η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. Ενδεικτικά αναφέρεται η ελλιπής χρηματοδότηση, την αναλογία του ανθρώπινου δυναμικού ανά ασθενή, την ραγδαία τεχνολογική ανάπτυξη και την αύξηση του προσδόκιμου όρου ζωής. Καταληκτικά, στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη μεγάλη παγκόσμια υγειονομική κρίση την οποία κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας με την έλευση του Covid-19.

Κεφάλαιο 1 : ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση του συστήματος υγείας

Τα συστήματα υγείας έχουν ως πρωταρχικό ρόλο την βελτίωση της υγείας των ανθρώπων. Μπορεί να είναι ιδιωτικά ή δημόσια, ενώ είναι σημαντικό να αναφερθεί πως έχουν μεταβληθεί αρκετά στην πορεία των ετών ως προς τον τρόπο οργάνωσής τους. Τα συστήματα υγείας ποικίλλουν, ακόμη και χώρες που έχουν ομοιογενή κοινωνικοοικονομικά στοιχεία παρουσιάζουν διαφορές ως προς την δομή, τον τρόπο διαμόρφωσης των συστημάτων τους. Έχει αποδοθεί πληθώρα εννοιολογικών προσδιορισμών όσο αναφορά τα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στον σημερινό περίπλοκο κόσμο, μπορεί να είναι δύσκολο να πούμε ακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται και που αρχίζει και που τελειώνει. Ένα σύστημα υγείας που περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προώθηση, η αποκατάσταση, ή η διατήρηση της υγείας (WHO, 2007).

Αυτό περιλαμβάνει προσπάθειες να επηρεαστούν οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας καθώς και πιο άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας. Επομένως, ένα σύστημα υγείας είναι κάτι περισσότερο από την πυραμίδα των δημόσιων εγκαταστάσεων που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας. Περιλαμβάνει για παράδειγμα μια μητέρα που φροντίζει ένα άρρωστο παιδί στο σπίτι, ιδιωτικούς παρόχους, οργανισμούς ασφάλισης υγείας, νομοθεσία για τη υγεία και ασφάλεια στην εργασία (WHO, 2000).

Κατά τον Λιαρόπουλο (1991) ένα σύστημα υγείας, αποτελεί «το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που υπό συγκεκριμένη οργάνωση και διοίκηση, μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στην μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού».

Ακόμη έναν ορισμό που έχει αποδώσει ο Λιαρόπουλος για τα συστήματα υγείας είναι ο εξής: «σύστημα υγείας ορίζεται ως η οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδιάζονται για έναν συγκεκριμένο σκοπό». Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του ορισμού είναι η παράλληλη λειτουργία οντοτήτων ή διαδικασιών (Λιαρόπουλος, 2007).

Ως σύστημα υγείας ορίζεται ένα σύνολο σχέσεων όπου τα δομικά στοιχεία και οι αλληλεπιδράσεις τους συνδέονται και συνδέονται με τους στόχους που επιθυμεί να επιτύχει το σύστημα (Hsiao, 2003).

Τα συστήματα υγείας ορίζονται ποικιλοτρόπως, στον πυρήνα τους είναι ένα μέσο για ένα σκοπό (Shakarishvili κ.ά., 2010). Το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρωπίνων και υλικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού. Έχει ως βασικές αρχές λειτουργίας την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει και ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως η εμφάνιση προκλητής ζήτησης, ο ηθικός κίνδυνος, οι μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, η μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και οι ανισότητες (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007).

Μπορούμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Χλέτσος, 2011).

1.2 Γιατί είναι σημαντικά τα συστήματα υγείας

Τα συστήματα υγείας έχουν παίξει ρόλο στη δραματική αύξηση του προσδόκιμου ζωής που σημειώθηκε κατά τον 20ο αιώνα. Έχουν συμβάλει πάρα πολύ στην καλύτερη υγεία και έχουν επηρεάσει τη ζωή και την ευημερία δισεκατομμυρίων ανδρών, γυναικών και παιδιών σε όλο τον κόσμο. Ο ρόλος τους γίνεται όλο και πιο σημαντικός. Ωστόσο, παραμένουν τεράστια κενά μεταξύ των δυνατοτήτων των συστημάτων υγείας και υπάρχει πολύ μεγάλη διαφοροποίηση στα αποτελέσματα μεταξύ των χωρών που φαίνεται να έχουν τους ίδιους πόρους και δυνατότητες (WHO, 2000).

Ο κύριος σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, στα πλαίσια των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας. Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό θεσμό του κράτους και έχει απώτερο σκοπό τη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Λιαρόπουλος, 2007).

Καθώς οι πληθυσμοί συνεχίζουν να αυξάνονται και να γερνούν, θα υπάρχει αυξανόμενη ζήτηση για υψηλού κόστους θεραπευτικές υπηρεσίες που ανταποκρίνονται σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, οξεία έξαρση χρόνιων ασθενειών και πολλά προβλήματα υγείας ρουτίνας που ωστόσο απαιτούν άμεση δράση. Οι επείγουσες παρεμβάσεις και υπηρεσίες θα πρέπει να ενσωματωθούν με μέτρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και δημόσιας υγείας για την ολοκλήρωση και την ενίσχυση των συστημάτων υγείας (Hirshon κ.ά., 2013).

1.3 Τύποι συστημάτων υγείας

Υπάρχουν τέσσερις κύριοι τύποι συστημάτων υγείας, το σύστημα τύπου Beveridge (ή Εθνικό Σύστημα Υγείας), το σύστημα τύπου Bismarck (ή Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης), το out of pocket σύστημα (ή φιλελεύθερο σύστημα) και το μεικτό σύστημα υγείας. Οι κύριες διαφοροποιήσεις των συστημάτων υγείας έγκεινται στον διαφορετικό τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των συστημάτων υγείας. Ενώ κάθε τύπος είναι διαφορετικός από μόνος του οι περισσότερες χώρες δεν τηρούν αυστηρά ένα μόνο τύπο συστήματος υγείας. Αντίθετα, οι περισσότερες χώρες οργανώνουν τα δικά τους υβριδικά συστήματα που περιλαμβάνουν μια μίξη χαρακτηριστικών από τις προαναφερθέντες κατηγορίες τύπων συστημάτων υγείας (Χλέτσος, 2011).

1.3.1 Σύστημα τύπου Beveridge (ή Εθνικό Σύστημα Υγείας)

Αναπτύχθηκε το 1948, από τον Sir William Beveridge στο Ηνωμένο Βασίλειο. Οι χώρες που χρησιμοποιούν αυτό το σύστημα υγείας είναι κυρίως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ιταλία, Ισπανία, Σουηδία, Δανία, Νορβηγία, Φιλανδία και Καναδάς. Το «δημόσιο» σύστημα τύπου Beveridge βασίζει την χρηματοδότηση του κυρίως στη φορολογία. Όλοι οι φορολογούμενοι πολίτες έχουν την ίδια πρόσβαση στην περίθαλψη. Ο κίνδυνος που ελλοχεύει το συγκεκριμένο σύστημα υγείας είναι ο κίνδυνος της υπερχρήσης του. Δεδομένου ότι ο κάθε πολίτης έχει ελεύθερη πρόσβαση στις δομές υγείας χωρίς περιορισμούς μπορεί οι ασθενείς να απαιτούν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που είναι περιττές (Lameire κ.ά., 1999).

Το 1942, στην περίφημη έκθεση Beveridge αναφερόταν ότι θα εξασφαλιστεί πλήρης ιατρική περίθαλψη για κάθε πολίτη. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έγιναν ανθρώπινο δικαίωμα παρά δικαίωμα για τους εργαζόμενους. Σε αντίθεση με το μοντέλο Bismarck, ο Beveridge πίστευε ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι καθολικές. Επιπλέον, ο Beveridge πρότεινε ότι η δημόσια υπηρεσία υγείας θα πρέπει να οργανώσει εξ ολοκλήρου τη διαδικασία παροχής υπηρεσιών θεραπευτικής και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης (Ibrahim κ.ά., 2020).

Βασική αρχή αυτού του συστήματος υγείας είναι η καθολική και ισότιμη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Βραχνέλη, 2017; Πρίφτη, 2017; Χλέτσος, 2011).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος είναι:

- Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία
- Η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού
- Γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο
- Κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από τη φορολογία είτε από ασφαλιστικές εισφορές (Χλέτσος, 2011).

1.3.2 Σύστημα τύπου Bismarck (ή Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης)

Το μοντέλο Bismarck δημιουργήθηκε κοντά στα τέλη του 19ου αιώνα από τον Otto von Bismarck τον πρώτο καγκελάριο της Γερμανίας ως μια πιο αποκεντρωμένη μορφή υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό το μοντέλο εφαρμόζεται στη Γερμανία, τη Γαλλία, το Βέλγιο, την Ολλανδία, την Ιαπωνία και την Ελβετία. Το μοντέλο Bismarck χρησιμοποιεί ένα ασφαλιστικό σύστημα που συνήθως χρηματοδοτείται από κοινού από εργοδότες και εργαζόμενους μέσω παρακράτησης ενός ποσοστού εισφορών το οποίο αφαιρείται από την μισθοδοσία. Σε αντίθεση με τον ασφαλιστικό κλάδο των ΗΠΑ, τα προγράμματα ασφάλισης υγείας τύπου Bismarck δεν αποφέρουν κέρδος και πρέπει να περιλαμβάνουν όλους τους πολίτες. Οι γιατροί και τα νοσοκομεία τείνουν να είναι ιδιωτικά (Wallace, 2013).

Σύμφωνα με το μοντέλο Bismarck οφείλει να παρέχεται φροντίδα σε όσους είναι ανίκανοι να εργαστούν ή δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά την πληρωμή εισφορών. Δεδομένου δε της αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού και της ποσοτικής διαφοράς που υπάρχει μεταξύ των ατόμων που λαμβάνουν σύνταξη που είναι συγκριτικά περισσότεροι των ατόμων που εργάζονται, καθίσταται ολοένα και περισσότερο αναγκαία η παροχή φροντίδας σε οικονομικά αδύναμους πολίτες (Busse κ.ά., 2017).

Η φιλοσοφία του συστήματος είναι ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στηρίζεται στη βάση της λογικής της ασφάλισης. Στη Γερμανία έλαβε τη μορφή της ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων, ενώ στη Γαλλία έλαβε τη μορφή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης της υγείας, μέσα από τη δημιουργία διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων (Χλέτσος, 2011).

Τα χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι τα ακόλουθα:

- Η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης
- Η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού
- Η χρηματοδότηση που προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας
- Η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού
- Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο δημόσιο είτε σε ιδιώτες, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος.
- Έντονη κρατική παρέμβαση, που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας. (Χλέτσος, 2011).

1.3.3 Σύστημα τύπου out-of-pocket (ή φιλελεύθερο σύστημα)

Το τελικό μοντέλο, το out-of-pocket είναι αυτό που συναντάμε στην σε πολλές χώρες του κόσμου. Χρησιμοποιείται σε χώρες που είναι πολύ φτωχές ή ανοργάνωτες για να παρέχουν οποιοδήποτε είδος εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Σε αυτές τις χώρες, λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας όσοι έχουν χρήματα και μπορούν να πληρώσουν για την υγειονομική περίθαλψη, ενώ όσοι δεν έχουν χρήματα αρρωσταίνουν ή πεθαίνουν. Το συγκεκριμένο μοντέλο το συναντάμε σε αγροτικές περιοχές της Αφρικής, της Ινδίας, της Κίνας και της Νότιας Αμερικής, όπου εκατοντάδες εκατομμύρια άνθρωποι περνούν όλη τους τη ζωή χωρίς ποτέ να δουν γιατρό (Wallace, 2013).

Στο μοντέλο, out-of-pocket και στους ιδιωτικούς και δημόσιους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης ο ασθενείς επιβαρύνονται το σύνολο των δαπανών για την υγεία του. Το συγκεκριμένο μοντέλο περιορίζει την ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη και έχει αρνητικό αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας των ασθενών (Ibrahim κ.ά., 2020).

Το Φιλελεύθερο Σύστημα βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Στο σύστημα αυτό, η υγεία θεωρείται εμπόρευμα και όχι κοινωνικό αγαθό. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας κυριαρχεί, καθώς η υγειονομική κάλυψη είναι προσωπική επιλογή του καθενός. Έτσι, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παραμένει ανασφάλιστο, ενώ εμφανίζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παραγωγής, οι τιμές των υπηρεσιών υγείας κ.λπ. καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη

ζήτηση. Το Φιλελεύθερο Σύστημα εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στον γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής του. Σημαντικότερος εκπρόσωπος του Φιλελεύθερου Συστήματος είναι οι ΗΠΑ, όπου το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών παρέχεται από ιδιωτική πρωτοβουλία ενώ το κράτος παρεμβαίνει και καλύπτει τους φτωχούς και ηλικιωμένους με υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα προγράμματα Medicare και Medicaid (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι:

- Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας θεωρητικά διαμορφώνεται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών έχοντας υπόψη τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών.
- Βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης, με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο.
- Το κράτος διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών.
- Εμφανίζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες.
- Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς.
- Εμφανίζεται το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, που έχει ως αποτέλεσμα την προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

1.3.4 Μεικτό σύστημα υγείας

Το μεικτό σύστημα υγείας εφαρμόζεται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένου και της Ελλάδας. Πρόκειται στην ουσία για έναν συνδυασμό του ιδιωτικού – φιλελεύθερου συστήματος με το δημόσιο (Bismarck και Beveridge συστήματα). Στο μεικτό σύστημα η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και των πόρων που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (Doncho κ.ά., 2013). Τα συστήματα αυτά στηρίζονται στην κοινωνική ασφάλιση και στη χρηματοδότηση που προέρχεται από τις εισφορών εργαζομένων και εργοδοτών.

1.4 Σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Χλέτσος, 2011).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι το μεικτό σύστημα, η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα, οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε), η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας, η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία, η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, 2007).

Αντίθετα ο Λιαρόπουλος (1995) υποστηρίζει πως το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν ανέκαθεν χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου της Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismarck). Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα λειτουργεί σε περισσότερες από 300 Ταμεία, παρέχοντας ουσιαστικά πλήρη κάλυψη, αλλά αντιμετωπίζοντας σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης (Λιαρόπουλος, 1995). Η χρηματοδότηση των δημοσίων δαπανών υγείας είναι 68% από φορολογικά έσοδα και 40% μέσω εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Νοσοκομειακές υπηρεσίες παραδίδονται κυρίως μέσω δημοσίων νοσοκομείων (70% των κλινών και 80% των εισαγωγών), ενώ η περίθαλψη εξωτερικών ασθενών παρέχεται από πολυϊατρεία κοινωνικής ασφάλισης, κρατικά αγροτικά κέντρα υγείας και ιδιώτες γιατρούς (Λιαρόπουλος, 1995). Η καθιέρωση Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 ενίσχυσε τον ρόλο του δημόσιου τομέα και στόχευε στην ίδρυση του μια Εθνική Υπηρεσία Υγείας, η οποία όμως δεν ιδρύθηκε ποτέ (Λιαρόπουλος, 1995).

Όταν ξεκίνησε η παγκόσμια οικονομική κρίση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε μέσα σε μια ξεπερασμένη οργανωτική δομή. Το ασφαλιστικό σύστημα

υπέφερε από τον μεγάλο αριθμό ασφαλιστικών ταμείων και παρόχων με ποικίλες οργανωτικές και διοικητικές δομές που προσφέρουν υπηρεσίες που δεν ήταν συντονισμένες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα διαφορετική πληθυσμιακή κάλυψη και συνεισφορά με διαφορετικά ποσοστά από περιοχή σε περιοχή, διαφορετικά πακέτα παροχών και αναποτελεσματική λειτουργία, που οδηγεί σε μεγάλα συσσωρευμένα χρέη. Το 2011, μια μεγάλη αναδιάρθρωση καθιερώθηκε στο σύστημα υγείας. Όλα τα κοινωνικά ταμεία ασφάλισης υγείας συγχωνεύτηκαν σε ένα ενιαίο ταμείο, τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος καλύπτει την συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού (εργατικό δυναμικό, εξαρτώμενους και συνταξιούχους), ενεργώντας ως αποκλειστικός αγοραστής των υπηρεσιών υγείας. Τα πακέτα παροχών από τα διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας που συγχωνεύτηκαν στον ΕΟΠΥΥ τυποποιήθηκαν για να παρέχονται οι ίδιες ανταποδοτικές υπηρεσίες, ένα νέο πακέτο κοινών παροχών (Damaskinos κ.ά.,2016). Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί πλέον τον μοναδικό πληρωτή έχει δηλαδή την αποκλειστική διαχείριση, αγορά και κατανομή του συνόλου των εθνικών πόρων, συμπεριλαμβανομένων και των φορολογικών εσόδων, με ένα σύστημα «κλειστών» περιφερειακών προϋπολογισμών και τιμών αποζημίωσης σε ένα σχήμα προοπτικής χρηματοδότησης (Διανέσις,2020).

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας διαφέρει σημαντικά από τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, καθώς η χρηματοδότηση του γίνεται από την φορολογία, την ασφάλιση αλλά και την μεγάλη ιδιωτική συμμετοχή. Η μεγάλη ιδιωτική δαπάνη αποδεικνύει την επιθυμία για ελευθερία επιλογής των χρηστών. Το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης ωστόσο, αφορά κυρίως άτυπες πληρωμές δηλαδή πληρωμές που καταβάλλονται χωρίς απόδειξη για παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και πληρωμές σε γιατρούς ώστε, οι ασθενείς να παρακάμψουν την σειρά αναμονής ή να εξασφαλίσουν καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών. Αντίθετα στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία απαρτίζεται από ασφαλιστικές εισφορές σε ιδιωτική ασφάλιση (Διανέσις,2020).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι:

- Αποτελεί μεικτό σύστημα.
- Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση.
- Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα.
- Οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε).

- Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, από ιδιώτες γιατρούς και από τα κέντρα υγείας.
- Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία.
- Οι αμοιβές των νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία.
- Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης των ιδιωτών (Χλέτσος, 2011).

1.5 Η δομή επιλεγμένων συστημάτων υγείας άλλων χωρών

Διενεργώντας μια σύντομη ανασκόπηση σχετικά με τα συστήματα υγείας άλλων χωρών πέραν της Ελλάδας μας βοηθά να γνωρίσουμε και άλλες πρακτικές που εφαρμόζονται αλλά και να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας. Γίνεται αναφορά, στα συστήματα υγείας αναπτυγμένων χωρών όπως των Ηνωμένων Πολιτειών, της Ιαπωνίας και της Γερμανίας. Κατά την ανασκόπηση των συγκεκριμένων συστημάτων υγείας γίνεται φανερή η μεγάλη ανομοιομορφία που υπάρχει σε σύγκριση με το Ελληνικό σύστημα υγείας.

1.5.1 Σύστημα υγείας Ηνωμένων Πολιτειών

Το Σύστημα υγείας των ΗΠΑ είναι αντιπροσωπευτικότερο του φιλελεύθερου μοντέλου. Είναι ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας, το οποίο λειτουργεί με βάση τους νόμους της αγοράς. Η παρέμβαση του κράτους είναι περιορισμένη και αφορά κυρίως τον καθορισμό του πλαισίου αρχών και κανόνων λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, που στην πλειοψηφία τους είναι ιδιωτικοί φορείς. Η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική επειδή η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στις ΗΠΑ συναρτάται με το εισόδημα του ατόμου (Χλέτσος, 2011).

Αποτέλεσμα της κατά βάση προσφοράς ιδιωτικής υγείας είναι η δημιουργία αυξανόμενων ανισοτήτων στην πρόσβαση στις δομές υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί πως το προσδόκιμο ζωής των πλουσιότερων Αμερικανών υπερβαίνει πλέον αυτό των φτωχότερων κατά 10-15 χρόνια. Φτωχοί Αμερικάνοι έχουν χειρότερη πρόσβαση στη φροντίδα από ό,τι οι πλούσιοι Αμερικανοί, εν μέρει επειδή πολλοί παραμένουν ανασφάλιστοι (Dickman κ.ά., 2017).

Οι διαφορές που σχετίζονται με το εισόδημα στην πρόσβαση στην περίθαλψη είναι πολύ ευρύτερες στις ΗΠΑ παρά σε άλλες πλούσιες χώρες. Πριν από το 2010 πέρασμα του

Affordable Care Act το οποίο σταδιακά επεκτάθηκε η ασφαλιστική κάλυψη υγείας, το 39% των Αμερικάνων με χαμηλότερο από το μέσο εισόδημα αναφέρθηκε ότι δεν επισκέφτηκε γιατρό για ιατρικό πρόβλημα λόγω κόστους, σε σύγκριση με 7% των Καναδών με χαμηλό εισόδημα.. Η ανισότητα στην πρόσβαση στην περίθαλψη είναι ιδιαίτερα έντονη στις Νότιες Πολιτείες. Για παράδειγμα στο Τέξας στο Μισισσιπή και Φλόριντα, οι ενήλικες με χαμηλό εισόδημα είναι υπερδιπλάσιοι είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν εμπόδια που σχετίζονται με το κόστος στη φροντίδα.

Οι διαφορές στην πρόσβαση οφείλονται σε μεγάλο βαθμό στα υψηλά ποσοστά μη ασφάλισης ή ανεπαρκής ασφάλισης μεταξύ των Αμερικανών με χαμηλό εισόδημα, αν και οι Αμερικανοί με εισοδήματα άνω του μέσου όρου έχουν πιθανώς επίσης χειρότερη πρόσβαση στην περίθαλψη από ότι οι συνομήλικοί τους σε άλλες χώρες. Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ έχει αναπτυχθεί σε ένα κερδοσκοπικό σύστημα που είναι σημαντικά πιο ακριβό από αυτά των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών και προσφέρει χειρότερα αποτελέσματα από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε άλλες χώρες υψηλού εισοδήματος, ενώ αφήνουν ένα σημαντικό ποσοστό Αμερικανών χωρίς υγειονομική κάλυψη (Jones κ.ά., 2019).

Ωστόσο, οι ΗΠΑ βρίσκονται αντιμέτωπες με μείζονες προκλήσεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα παρά τις προσπάθειες ο αριθμός των ανασφάλιστων συνεχίζει να αυξάνεται, αύξηση 5,2 εκατ άτομα (σε 45 εκατομμύρια) μεταξύ 2000, 2003 και 2004. Επίσης το κόστος υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζει να αυξάνεται σημαντικά. Καθώς οι ΗΠΑ ξοδεύουν περισσότερα για την υγειονομική περίθαλψη από οποιαδήποτε άλλη χώρα, συγκεκριμένα το έτος 2001 δαπάνησαν το 13,9% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Η πρόκληση για τις ΗΠΑ είναι να τροποποιηθούν οι πολιτικές (για την μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης) (Exworthy κ.ά., 2006).

1.5..2 Σύστημα υγείας Ιαπωνίας

Το σύστημα υγείας της Ιαπωνίας χαρακτηρίζεται ως «πλουραλιστικό». Η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στο σύστημα υγείας είναι πολύ σημαντική. Η κεντρική κυβέρνηση αναλαμβάνει ρυθμιστικό ρόλο, θεσπίζοντας νόμους σχετικά με την τιμολόγηση και τον τρόπο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ενώ ο πολίτης έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής τόσο του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, όσο και του ιατρού. Οι παροχές της κοινωνικής ασφάλισης δεν είναι ίδιες για όλους, διαφοροποιούνται ανάλογα με την κοινωνική ομάδα (Χλέτσος, 2011).

Το 1961 θεσπίστηκαν ιαπωνικά προγράμματα ασφάλισης υγείας. Ο νόμος υποχρεώνει κάθε άτομο να εγγραφεί σε μία από τις τρεις κύριες κατηγορίες: την Ασφάλιση Υγείας Εργαζομένων (EHI), την Εθνική Ασφάλιση Υγείας (NHI) ή την Ασφάλιση Υγείας για Ηλικιωμένους (HISE). Η δομή είναι παρόμοια με ένα σύστημα πανεθνικού ενιαίου οργανισμού υγείας (HMO). Ελεγχόμενα από την κυβέρνηση, τα σχέδια διαχειρίζονται κάθε ασφαλιστική εταιρεία ή ένωση υγείας. Σχεδόν όλοι οι γιατροί στην Ιαπωνία έχουν συμβόλαια με όλα τα προγράμματα ασφάλισης. Το σύστημα έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε εάν ένα άτομο μετακομίσει, υπό την προϋπόθεση ότι καλύπτεται από τη δημόσια ασφάλιση της Ιαπωνίας, ο ασφαλισμένος μπορεί να αναμένει να πληρώσει το ίδιο ποσό για το ίδιο ποσό περίθαλψης. Τα τέλη καθορίζονται και ρυθμίζονται από την κυβέρνηση. Το σύστημα χρηματοδοτεί σχεδόν όλες τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των επειγόντων περιστατικών, οξέων, χρόνιων και την προληπτική φροντίδα στο σπίτι. Η ιαπωνική κυβέρνηση διαδραματίζει έναν τόσο εξαιρετικά συγκεντρωτικό ρόλο στη λειτουργία του συστήματος που οι γιατροί και οι εταιρείες έχουν μικρή ελευθερία να κάνουν πολιτικές (Hirshon κ.ά., 2013).

Σχεδόν όλοι οι ασκούμενοι γιατροί και οδοντίατροι είναι εγγεγραμμένοι στη δημόσια εθνική ασφάλιση υγείας ως ασφαλισμένοι γιατροί και παρέχουν τις υπηρεσίες τους σύμφωνα με ένα σύστημα αμοιβής. Γενικά, οι ασθενείς πληρώνουν το 30% του συνολικού κόστους στην κλινική ή νοσοκομείο. Το υπόλοιπο 70% του κόστους καταβάλλεται στις κλινικές από τον ασφαλιστικό φορέα περίπου δύο ή τρεις μήνες αργότερα, με βάση τις υποβληθείσες αξιώσεις αμοιβών. Ως εκ τούτου, το κόστος της ασφαλιστικής θεραπείας που παρέχεται είναι η ίδια, σε όλη τη χώρα, που καθορίζεται από το ασφαλιστικό πρόγραμμα. Δεν υπάρχει καμία διαφορά τιμής μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων ιδρυμάτων. Υπάρχουν ορισμένες εξαιρέσεις. Οι χαμηλού εισοδήματος δεν χρειάζεται απαραίτητα να πληρώσουν το κόστος απευθείας στην κλινική. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι μπορούν να πληρώσουν άμεσα αλλά με μειωμένο ποσοστό (10–20% του κόστους) ανάλογα με το εισόδημά τους. Επιπλέον, το ιαπωνικό σύστημα ασφάλισης υγείας έχει πρόγραμμα αποζημίωσης για ασθενείς που λαμβάνουν δαπανηρές υπηρεσίες θεραπείας, όπως η καρδιοχειρουργική, όπου η πληρωμή του ασθενούς για ένα ορισμένο ποσό επιστρέφεται αργότερα. Κάτω από αυτό το σύστημα ασφάλισης υγείας, οι Ιάπωνες μπορούν να λαμβάνουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας με σχετικά χαμηλό κόστος, τόσο σε δημόσιους όσο και σε ιδιωτικούς φορείς. Το πρόγραμμα τελών αναθεωρείται κάθε δύο χρόνια και συμπεριλαμβάνονται/εξαιρούνται κάθε επιλογή θεραπείας στο πλαίσιο του ασφαλιστικού συστήματος επανεξετάζεται από επιτροπή εμπειρογνομόνων που έχει

συσταθεί μέσω του MHLW. Οι οδοντιατρικές υπηρεσίες στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος ασφάλισης υγείας είναι διαθέσιμες για τις περισσότερες αποκαταστατικές, προσθετικές και στοματικές χειρουργικές θεραπείες. Περιλαμβάνουν υπηρεσίες όπως σφραγίσματα, ενδοδοντική θεραπεία, γέφυρες, οδοντοστοιχίες και εξαγωγές. Είδη υψηλότερου κόστους (π.χ. γέφυρες, μέταλλο οδοντοστοιχίες πλακών, εμφυτεύματα και ορθοδοντική θεραπεία) εξαιρούνται. Υπάρχουν επίσης προληπτικές υπηρεσίες οι οποίες εξαιρούνται, καθώς το ισχύον σύστημα ασφάλισης υγείας καλύπτει μόνο θεραπείες για υπάρχουσες ασθένειες. Η διανομή στις υπηρεσίες οδοντιατρικής θεραπείας σε άτομα που διαμένουν στο σπίτι ή σε κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων από οδοντιάτρους επίσης καλύπτονται από αυτό το δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας (Zaitzu κ.ά., 2018).

Από την άλλη πλευρά, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ιαπωνίας αποτελείται από ένα δημόσιο σύστημα χρηματοδότησης και σύστημα παροχής φροντίδας σε ιδιωτική βάση. Η ιαπωνική υγειονομική περίθαλψη κατατάχθηκε στην πρώτη θέση παγκοσμίως από τον κόσμο Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 2000 καθώς η Ιαπωνία πέτυχε το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής με σχετικά χαμηλή υγειονομική περίθαλψη δαπάνες ως προς την αναλογία προς το ΑΕΠ. Αυτό είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων. Για παράδειγμα, η κυβέρνηση έχει έλεγξε τον πληθωρισμό της υγειονομικής περίθαλψης καθορίζοντας τις τιμές ιατρικών αμοιβών και τις τιμές των φαρμάκων κεντρικά. Υπάρχει ένα αφοσιωμένος πυρήνας εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η ιαπωνική διατροφή τείνει να είναι πιο υγιεινή. Ωστόσο, οι Ιάπωνες στο σύστημα χρηματοδότησης και στο σύστημα παροχής φροντίδας είναι κατακερματισμένα. Για το λόγο αυτό, η Ιαπωνία δεν έχει ακόμη εφαρμόσει τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας παρά το γεγονός ότι το ιαπωνικό εθνικό χρέος βρίσκεται σε πρωτοφανές επίπεδο, υψηλότερο ακόμα από αυτό της Ελλάδας που έχει περιέλθει σε οικονομική κατάρρευση.

1.5.3 Σύστημα υγείας Γερμανίας

Το Γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (συστήματα υγείας τύπου Bismarck). Στα πλαίσια αυτού του συστήματος τον κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζομένους, η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Το ύψος των εισφορών διαφέρει από ταμείο σε ταμείο. Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές

τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας. Μια από αυτές είναι η προσπάθεια δημιουργίας ασφαλιστικών ταμείων για τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας (Χλέτσος, 2011).

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας είναι ένα μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης που βασίζεται στις εισφορές, του οποίου τα κύρια χαρακτηριστικά εντοπίζονται στις αρχές του μεσαίωνα και ακόμη νωρίτερα. Είναι ένας σημαντικός οικονομικός τομέας και, με το μεγάλο εργατικό δυναμικό του περίπου 4,3 εκατομμυρίων εργαζομένων (κατάσταση το 2007), διαδραματίζει επίσης βασικό ρόλο στην πολιτική για την αγορά εργασίας. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από τον δημόσιο τομέα, ο οποίος εισπράττει τη χρηματοδότηση με τη μορφή πληρωμών κοινωνικής ασφάλισης και καλύπτει ιδίως το κόστος της κρατικής εποπτείας και της βασικής υποδομής (π.χ. διοικητικοί φορείς και υπουργεία, κυβερνητικά ιδρύματα και εγκαταστάσεις, δημόσια υγεία γραφεία και ιατρική εκπαίδευση). Τα ασφάλιστρα που εισπράττουν οι δημόσιες και ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας και νοσηλευτικής, από την άλλη πλευρά, χρησιμοποιούνται για άμεσες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως η αμοιβή των παρόχων υπηρεσιών (καθώς και ο εξοπλισμός). Τα ιδιωτικά νοικοκυριά πληρώνουν έξοδα υγειονομικής περίθαλψης, όπως φάρμακα και υπηρεσίες χωρίς ιατρική συνταγή που δεν καλύπτονται από ασφάλιση υγείας. Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται τόσο από δημόσιους φορείς και ιδιωτικοί πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος των άμεσων υπηρεσιών. Οι βασικές αρχές των κοινωνικών δικαιωμάτων χρησιμοποιούνται ως πλαίσιο για τη διασφάλιση της κοινωνικής ασφάλισης σε περιπτώσεις ασθένειας και πρέπει να ακολουθούνται τόσο από τις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας όσο και από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Η αρχή του κράτους πρόνοιας βασίζεται στον Βασικό Νόμο της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γερμανίας (Grundgesetz), ο οποίος ορίζει ότι το κράτος πρέπει να εγγυάται σε όλους τους πολίτες την κοινωνική δικαιοσύνη και την ισότιμη συμμετοχή στην κοινωνία, συμπεριλαμβανομένης της κατάλληλης θεραπείας σε περίπτωση ασθένειας (Döring κ.ά., 2010).

1.6 Σύγχρονες προκλήσεις των Συστημάτων Υγείας

Οι σύγχρονες αλλαγές στο οικονομικό και επιδημιολογικό προφίλ των ασθενειών λαμβάνουν το χαρακτήρα πρόκλησης για τα συστήματα υγείας. Οι προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας είναι πολλές. Η συνεχής, και αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού καθώς το προσδόκιμο του χρόνου ζωής έχει αυξηθεί, η ραγδαία αύξηση της τεχνολογίας, η προστασία των δεδομένων των ασθενών η συρρίκνωση του εισοδήματος,

είναι μόνο μερικές από τις προκλήσεις που καλούνται σήμερα τα συστήματα υγείας να αντιμετωπίσουν. Ως εκ τούτου επιβάλλεται η ανάγκη διαμόρφωσης ενός νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες των καιρών και τις προκλήσεις του μέλλοντος (Αδαμακίδου, 2008).

1.6.1 Δημογραφικές (γήρανση του πληθυσμού)

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες το προσδόκιμο του χρόνου ζωής έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες με αποτέλεσμα την γήρανση του πληθυσμού. Η επιτυχής προώθηση της ενεργού γήρανσης προϋποθέτει την αναμόρφωση των συστημάτων υγείας και πρόνοιας, τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων παροχής και φροντίδας υγείας, την πληροφόρηση του κοινού και την αλλαγή συνηθειών και τρόπου ζωής των ηλικιωμένων. Σημαντικός μπορεί να είναι ο ρόλος της σύγχρονης τεχνολογίας στην πρόωμη διάγνωση και θεραπευτική χρόνιων νόσων που εμφανίζονται συχνότερα στο γήρας και την αντιμετώπιση των αναπηριών που τις συνοδεύουν. Τα οφέλη που συνεπάγεται η υποστήριξη της ενεργού γήρανσης αφορούν τα άτομα, τις οικογένειες, τις κοινωνίες, τα κράτη. Ιδιαίτερες σημαντικές είναι η μείωση χρήσης και κόστους των υγειονομικών υπηρεσιών που θα συμβάλλει στην επιβίωση του κράτους πρόνοιας και η διασφάλιση ευτυχισμένης παραγωγικής ζωής για τους ηλικιωμένους. Στόχος ο περιορισμός του επιπολασμού και της νοσηρότητας χρόνιων παθήσεων και η προαγωγή της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Στην ΕΕ ήδη το θέμα αποτελεί αντικείμενο έρευνας και μελέτης και πλήθος δράσεων αποσκοπεί στην ανάπτυξη δομών και προγραμμάτων για την προαγωγή της ενεργού γήρανσης. Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να αναβαθμισθούν, να συντονιστούν και να στηριχθούν οικονομικά. Ακολουθώντας τις αρχές της γηριατρικής πρέπει να επιδιωχθεί η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, των οποίων η θεραπευτική είναι δύσκολη, μακροχρόνια και οικονομικά επιζήμια. Η πρόληψη μπορεί να είναι πρωτογενής (αποφυγή καπνίσματος, υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση), δευτερογενής (προγράμματα μαστογραφίας για πρόωμη διάγνωση καρκίνου του μαστού, κολonosκόπηση για πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του εντέρου κ.ά.) ή τριτογενής (αποφυγή ανάπτυξης κατακλίσεων σε χρόνια νοσηλευόμενους). Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες πρέπει να ενισχυθούν για να αποφεύγεται η επιβάρυνση δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων ιατρικών κέντρων που έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας και υψηλό κόστος λειτουργίας. Νοσηλεία στο σπίτι, βοήθεια σε περιπάτους, επίβλεψη φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να γίνει από «ανεπίσημους φροντιστές υγείας» (π.χ. εθελοντές, συγγενείς, κ.ά.), ώστε να αποφεύγεται η συχνή επίσκεψη σε επίσημες υγειονομικές δομές (Πάσχος κ.ά., 2016).

Σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα του Παχουνδάκη το 1990 το προσδόκιμο του όρου ζωής των γυναικών ήταν τα 80,4 έτη και των αντρών 74,7 έτη ενώ το 2017 το προσδόκιμο του όρου ζωής των γυναικών ήταν τα 83,6 έτη ενώ των αντρών τα 78,4 έτη διαμορφώνοντας μια διαφορά 5,2 ετών. Από τα παραπάνω ερευνητικά αποτελέσματα παρατηρείτε η δυναμικά αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού που οφείλετε τόσο στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης όσο και των σύγχρονων τεχνολογιών (Παχουνδάκη, κ.α.,2020).

Το παγκόσμιο σύστημα υγείας δεν έχει ακόμη προετοιμαστεί για τους ηλικιωμένους, αλλά όλοι σε όλα τα επίπεδα από τη βασική έρευνα έως την προηγμένη τεχνολογία γηριατρικής, από ιατρικά ιδρύματα πρώτης γραμμής έως τα τριτοβάθμια νοσοκομεία, ανεξάρτητα από τα επίπεδα υγείας και κοινωνικής φροντίδας τους, έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν την βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων. Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι φορείς της υγείας περιλαμβάνουν την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων στην προώθηση του υγιεινού τρόπου ζωής των ανθρώπων πριν οι ηλικιωμένοι μεγαλώσουν και μια θετική στάση απέναντι στην προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων. Είναι απαραίτητο να παρέχονται πρακτικές προσαρμοσμένες προς τους ενήλικες μέσω των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την κατανόηση των αναγκών της γήρανσης και τη συνεργασία ώστε τα άτομα να μπορούν να φτάσουν τα γηρατεία ανεξάρτητα, αυτόνομα και παραγωγικά (Vidiawati κ.ά., 2010).

1.6.2 Επιδημιολογικές (αύξηση των μη μεταδοτικών νοσημάτων, αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης)

Μια από τις πιο σημαντικές προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας διεθνώς είναι η επιδημιολογική μετάβαση. Μέχρι τα μέσα του 19 ου αιώνα επικρατούσε το 1^ο στάδιο επιδημιολογικής μετάβασης, το οποίο χαρακτηριζόταν από υψηλή θνησιμότητα, κυρίως λόγω των μολυσματικών νοσημάτων. Ο μέσος όρος βρεφικής επιβίωσης ήταν πολύ χαμηλός, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσης κυμαινόταν από 20–40 ετών. Ο φαύλος κύκλος των επιδημιών που επικρατούσαν οφειλόταν κυρίως στην πείνα και την εξαθλίωση, αναδεικνύοντας έτσι τη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ του επιπέδου ανάπτυξης μιας κοινωνίας και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Σταδιακά, οι επιδημίες άρχισαν να σπανίζουν, έγιναν λιγότερο θανατηφόρες, ο πληθυσμός αυξανόταν, το προσδόκιμο επιβίωσης ανερχόταν και άρχισαν να εμφανίζονται τα εκφυλιστικά νοσήματα. Αυτό αποτέλεσε την αρχή της επιδημιολογικής μετάβασης και περιγράφεται ως το 2ο στάδιο. Παγκόσμια, η γήρανση του πληθυσμού είναι η επικρατέστερη δημογραφική τάση του 21ου αιώνα και θεωρείται ως ο

σημαντικότερος παράγοντας της επιδημιολογικής μετάβασης. Τα βιομηχανικά απόβλητα, οι κλιματικές αλλαγές, η τρομακτική μείωση της ποσότητας και η επακόλουθη υποβάθμιση της ποιότητας του νερού, η μετάλλαξη της τροφής και η χρήση της ραδιενέργειας επιδρούν πολλαπλασιαστικά στην υγεία, αυξάνοντας την εμφάνιση καρκίνου και νοσημάτων του αναπνευστικού συστήματος (Χαραλάμπους,κ.α,2010).

Τα μεταδοτικά νοσήματα δεν έχουν εξαλειφθεί, αρρώστιες μεταδίδονται από τους ανθρώπους στα ζώα και το αντίστροφο, εξαιτίας της διείσδυσης του ανθρώπου στη ζωική ζωή. Τα συστήματα υγείας δεν είναι ακόμη ικανά να ανταπεξέλθουν στα μεταδοτικά νοσήματα. Ο λόγος είναι πως η επικέντρωση των ιατρικών γνώσεων αφορά τα μη μεταδοτικά νοσήματα όπως τον καρκίνο καρδιαγγειακά νοσήματα (Λινού,2022).

1.6.3 Οικονομικές (μείωση του εισοδήματος, αύξηση του κόστους περίθαλψης, αύξηση της ζήτησης)

Η οικονομική κρίση είχε πολυάριθμες κοινωνικές και πολιτικές επιπτώσεις σε πολυάριθμες Ευρωπαϊκές χώρες, τα μέτρα λιτότητας εφαρμοστήκαν και στην υγειονομική περίθαλψη. Στον τομέα της υγείας, το κλείσιμο νοσοκομείων και άλλων παρόμοιων εγκαταστάσεων και οι απολύσεις ιατρών και υποστηρικτικού προσωπικού ή οι περικοπές μισθών είχαν καταστροφικές συνέπειες, οδηγώντας σε μειωμένο έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών και χαμηλότερο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όσον αφορά την αντίδραση του πληθυσμού στα μέτρα λιτότητας χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών σε ορισμένες χώρες όπως η Ελλάδα και η Ισπανία, το χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο των πολιτών και προβλήματα που σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, ο καρκίνος (Palasca,κ.α,2015).

Όσο αναφορά το σύστημα υγείας της Ελλάδας χρηματοδοτείτε από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Ο ΕΟΠΥΥ ως ο μοναδικός φορέας κοινωνικής ασφάλισης πλέον βάλεται από παρακινδυνευμένες και επισφαλείς πληρωμές των εισφορών από τους ασφαλισμένους καθώς λόγω της οικονομικής κρίσης υπάρχουν υψηλά ποσοστά ανεργίας, ύφεση και συνεχής αλλαγές των εργασιακών σχέσεων. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως στην χώρα μας υπάρχει ένα αρκετά υψηλό ποσοστό ιδιωτικών κλινών και συγκεκριμένα το 35%, ενώ το 65% των κλινών είναι στο δημόσιο τομέα, πράγμα που σημαίνει ότι οι πολίτες ξοδεύουν αρκετά χρήματα από τον οικογενειακό τους προϋπολογισμό για νοσηλεία σε ιδιωτικές δομές, παρότι πληρώνουν μέσω των εισφορών τους για να

διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη στις δομές του δημόσιου συστήματος υγείας. Μέχρι στιγμής η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα στον χώρο της υγείας περιοριζόταν σε υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως η φύλαξη, η καθαριότητα, η σίτιση. Η σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικές κλινικές θα ενίσχυε τον υγιή ανταγωνισμό και θα προωθούσε την καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας (Διανέοσις,2020).

1.6.4 Πολιτικές και Κοινωνικές (μετανάστευση δυναμικού υγείας, ανεργία, ανισότητες, φτώχεια)

Η μετανάστευση γιατρών και νοσηλευτών αποτελούσε επί δεκαετίες σε διεθνές επίπεδο ένα σοβαρό πρόβλημα. Το 1978, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) δημοσίευσε για πρώτη φορά στοιχεία για την παγκόσμια μετανάστευση των επαγγελματιών υγείας. Παραδόξως, στη δεκαετία του 1970 ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης παρουσίασε μεγάλη αύξηση της μετανάστευσης μεταξύ όλων των ατόμων υψηλής επαγγελματικής εξειδίκευσης. Ειδικότερα, ο αριθμός των μεταναστών γιατρών και νοσηλευτών αυξήθηκε σημαντικά . Αυτή η παγκόσμια τάση συνεχίστηκε από τότε και αναμένεται να αυξηθεί ακόμη περισσότερο στο μέλλον. Η «διαρροή των επαγγελματιών υγείας» των γιατρών και νοσηλευτών έχει ήδη αυξήσει την έλλειψη σε υγειονομικό προσωπικό σε πολλά μέρη του κόσμου, κυρίως στην Αφρική και την Ασία. Όταν μια χώρα έχει ένα εύθραυστο σύστημα υγείας, η απώλεια του εργατικού της δυναμικού μπορεί να φέρει ολόκληρο το σύστημα κοντά στην κατάρρευση και οι συνέπειες μπορούν να μετρηθούν σε χαμένες ζωές (Gerlinger, 2007).

1.6.5 Τεχνολογικές (έκρηξη βιοιατρικής τεχνολογίας, ψηφιακή υγεία)

Όπως συμβαίνει με τους περισσότερους άλλους κλάδους, η υγειονομική περίθαλψη έχει δει σημαντικά οφέλη από τον ψηφιακό μετασχηματισμό, με την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών που συμβάλλουν στην παροχή ασφαλούς, υψηλής ποιότητας φροντίδας ασθενών και οδηγούν σε μεγαλύτερη επιχειρηματική αποτελεσματικότητα. Τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας, η ψηφιακή απεικόνιση, οι υπηρεσίες ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και τα συστήματα προγραμματισμού πόρων για επιχειρήσεις είναι μεταξύ των ψηφιακών υπηρεσιών που έχουν ενσωματωθεί στα εκτεταμένα συστήματα πληροφορικής πολλών οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης. Όπως συμβαίνει με τους περισσότερους άλλους κλάδους, η υγειονομική περίθαλψη έχει δει σημαντικά οφέλη από τον ψηφιακό μετασχηματισμό. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στα δεδομένα και τις εφαρμογές

ασθενών από ποτέ. Ωστόσο, η αυξημένη πολυπλοκότητα των δικτύων πληροφορικής που τροφοδοτούν τους σημερινούς οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και ο τεράστιος όγκος δεδομένων που διέρχονται από αυτά, έχει προσθέσει στην πρόκληση της διασφάλισης της ασφάλειας δικτύων και δεδομένων (Haggerty, 2017).

1.6.6 Νομικές/Ηθικές (ιδιωτικότητα, ανθρώπινα δικαιώματα)

Η τεχνολογική εξέλιξη διευκολύνει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και επίσης παρέχει νέες ευκαιρίες και μεθόδους επεξεργασίας και γνώσης των ιατρικών δεδομένων. Παρά όλα τα πλεονεκτήματα των σύγχρονων τεχνολογικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, διεγείρεται ένα πολύπλοκο και σημαντικό ζήτημα. Το ζήτημα που σχετίζεται με την εμπιστευτικότητα και την ασφάλεια των δεδομένων των ασθενών. Τα συστήματα έχουν πολλές άλλες προκλήσεις, π.χ. εγκατάσταση δικτύου, επιχειρηματικά μοντέλα, και ασφάλεια δεδομένων. Επιπλέον στο σχεδιασμό και εφαρμογή συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμοποιούνται πληθώρα άλλων τεχνολογικών εργαλείων όπως κινητοί και φορητοί αισθητήρες, ασύρματες τεχνολογίες, και πλατφόρμες ανοιχτού κώδικα. Πολλά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης ενσωματώνουν κινητά και φορητούς αισθητήρες για συλλογή δεδομένων που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της ανθρώπινης φυσιολογικής κατάστασης και τη χρήση ασύρματης σύνδεσης για τη μετάδοση δεδομένων. Επιπλέον, πλατφόρμες ανοιχτού κώδικα όχι μόνο υποστηρίζουν την αποθήκευση δεδομένων, την οπτικοποίηση και τα αναλυτικά στοιχεία, αλλά παρέχουν επίσης πολλές δυνατότητες για τη συσκευή διαχείριση και ασφάλεια (Marques κ.ά., 2019).

1.7 Η κρατική παρέμβαση στα συστήματα υγείας

Το κράτος, σε ότι αφορά την υγεία έχει ως πρωταρχικό ρόλο όλοι οι πολίτες να είναι ασφαλισμένοι, σε δημόσια ή σε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία, ώστε σε περίπτωση που χρειαστούν υπηρεσίες υγείας, να μπορέσουν να τις αποκτήσουν. Η κρατική παρέμβαση στο χώρο της υγείας διαφοροποιείται ανάλογα με τη δομή του κράτους πρόνοιας και του συστήματος κοινωνικής προστασίας στις διάφορες χώρες. Για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες το κράτος διαθέτει πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα. Όλους τους υπόλοιπους το κράτος τους «υποχρεώνει» να αποκτήσουν ασφάλιση, ιδιωτική ή κάποιας μορφής δημόσια. Όμως ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού στις Ηνωμένες Πολιτείες δεν έχει τη δυνατότητα να πληρώσει και είναι ανασφάλιστοι. Στην Ελλάδα η κρατική

παρέμβαση στο χώρο της υγείας είναι πολύπλοκη. Εξαρτάται κυρίως από το επίπεδο της περίθαλψης. Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης η παροχή υπηρεσιών γίνεται μέσα από τα ασφαλιστικά ταμεία, από τα δημοτικά ιατρεία, από τα κέντρα υγείας και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται από το κράτος, αφού τα νοσοκομεία είναι δημόσια. Η πληρωμή του κόστους των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τα νοσοκομεία γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία στο οποίο ανήκει ο ασθενής ή από την πρόνοια (δηλαδή το κράτος) αν ο ασθενής είναι άπορος. Γενικά η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα γίνεται μέσα από τις ασφαλιστικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, μέσα από τον κρατικό προϋπολογισμό και μέσα από ιδιωτικές πληρωμές, ειδικά για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Χλέτσος, 2011).

Κεφάλαιο 2: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- Εννοιολογική προσέγγιση

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι βασική υγειονομική περίθαλψη που γίνεται καθολικά προσβάσιμη σε άτομα και οικογένειες στην κοινότητα με αποδεκτά από αυτά μέσα, μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν οικονομικά. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι ο πυρήνας όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας (Bryant και Richmond, 2008).

Με την διακήρυξη της Άλμα – Άτα υπήρξε κοινή αποδοχή σε διεθνές επίπεδο ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί κλειδί για την επίτευξη ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους σε οικονομικό, παραγωγικό και βιοτικό επίπεδο. Στη χώρα μας υπάρχουν αρκετά νομοθετήματα σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το πρώτο ήταν με τον Ν.1397/1983. Στη διάρκεια των ετών όλα τα νομοθετήματα περιέγραφαν το σκοπό και το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τον τρόπο οργάνωσης της, ενώ σημαντικές αναφορές γινόταν στον προσωπικό γιατρό και στον ατομικό φάκελο υγείας. Υπάρχουν αρκετές ρυθμίσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας άλλες εφαρμόστηκαν χωρίς ιδιαίτερη επιτυχία, άλλες δεν εφαρμόστηκαν ποτέ και άλλες εφαρμόστηκαν αποσπασματικά (Καλοκαιρινού κ.ά., 2016).

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών που έχουν ως σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του.

Ο προσανατολισμός του συστήματος υγείας από τη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην προαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί το συνεκτικό ιστό στη σύνδεση όλων αυτών των παραγόντων και υπηρεσιών που οδηγούν στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πολίτη. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποσκοπεί στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω υπηρεσιών πρόληψης και αγωγής υγείας αλλά και θεραπείας και αποκατάστασης, αφού φέρνει τη φροντίδα για την υγεία πιο κοντά στο τόπο κατοικίας και εργασίας των πολιτών. Κομβικό σημείο στη διάρκεια ενός

συστήματος υγείας αποτελούν οι μονάδες ΠΦΥ, οι οποίες βρίσκονται αποκεντρωμένες λειτουργικά και γεωγραφικά ορθολογικά διασπαρμένες στο χώρο της καθημερινής δραστηριότητας των πολιτών. Συνεπώς δίνεται η δυνατότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να εμπλακεί ουσιαστικά με τα προβλήματα υγείας της τοπικής κοινωνίας, μέσω της παροχής αγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, με τη χρήση της τεχνολογίας και τις πολλές δυνατότητες έλεγχου και παρακολούθησης του κόστους. Πρόκειται για τη φιλοσοφία της ολιστικής προσέγγισης όπου θα διατηρηθεί και η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την Π.Φ.Υ. και πιο συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκεντρωμένη και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. Απαιτεί ακόμη, πλην του τομέα υγείας και τη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης. Από την άλλη μεριά, η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη περιλαμβάνει όλες τις ιατρικές παρεμβάσεις, όπως διάγνωση και θεραπεία -ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής παρέμβασης- κοινών νοσημάτων και τραυματισμών για τις οποίες δεν απαιτείται η εισαγωγή στο νοσοκομείο (Μωραΐτης, 2003). Η εισαγωγή στο νοσοκομείο πραγματοποιείται μόνο εφόσον έχουν εξαντληθεί όλα τα περιθώρια αντιμετώπισης της νόσου στην ΠΦΥ η όταν η βαρύτητα της νόσου δεν επιτρέπει τη νοσηλεία στο σπίτι σε μονάδες ΠΦΥ για εξειδικευμένες καταστάσεις, και κυρίως για σύντομο χρονικό διάστημα (Πιερράκος, 2008). Η λειτουργία του gate keeping έχει αυτό ακριβώς τον σκοπό, την διαχείριση της ροής των ασθενών έτσι ώστε τα περιστατικά που μπορούν να αντιμετωπιστούν στο πρωτοβάθμιο σύστημα να μην επιβαρύνουν άσκοπα το δευτεροβάθμιο σύστημα υγείας. Τα οφέλη του συστήματος gate keeping είναι η ελάττωση του κόστους λειτουργίας του συστήματος παροχής καθώς μειώνεται η χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας που είναι και εξαιρετικά δαπανηρές αλλά και η διατήρηση του επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών (Martin, κ.α, 1989). Σύμφωνα, με τον Aderson, για τον τομέα της υγείας δαπανήθηκε το 7,8% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος για τις χώρες που εφαρμόζουν το σύστημα του gate keeping εν αντιθέσει με τις χώρες που υπάρχει απευθείας πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπου υπολογίζεται ότι δαπάνησαν για την υγεία το 8,6% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Aderson, κ.α, 2000). Η Μεγάλη Βρετανία αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της εφαρμογής του συστήματος του gate keeping, αφού κάθε πολίτης πρώτα απευθύνεται στον οικογενειακό γιατρό για όποιο πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζει, και ο οικογενειακός γιατρός και μόνο μπορεί να οδηγήσει τον πολίτη είτε σε δομές υγείας είτε σε άλλες ειδικότητες γιατρών (Ronbison, κ.α, 1999).

2.2 Διακήρυξη ΑΛΜΑ ΑΤΑ

Η διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978 από 134 χώρες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF (United Nations Children's Fund) έθεσε ως στόχο το «υγεία για όλους έως το 2000» μέσω της οργάνωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) για την πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση από τη νόσο καθώς και την άρση των κοινωνικών ανισοτήτων. Παρόλα αυτά, η ΠΦΥ στην Ελλάδα δεν έλαβε ποτέ την επιθυμητή δομή ώστε να υποστηρίξει τον παραπάνω στόχο (Τσίγκου κ.ά., 2021).

Στη Διεθνή Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που συνεδρίασε στην Άλμα-Άτα στο Καζακστάν, εκφράζεται η ανάγκη για επείγουσα δράση όλων των κυβερνήσεων, όλων των εργαζομένων στον τομέα της υγείας για την προστασία και την προώθηση της υγείας όλων των ανθρώπων του κόσμου. Στη διακήρυξη υποστηρίζεται έντονα ότι η υγεία, η οποία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, η ψυχική και κοινωνική ευημερία, και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένας σημαντικότερος παγκόσμιος κοινωνικός στόχος του οποίου η πραγματοποίηση απαιτεί τη δράση πολλών άλλων τομέων όπως κοινωνικούς και οικονομικούς εκτός από τον τομέα της υγείας. Η υφιστάμενη βαριά ανισότητα στην κατάσταση της υγείας των ανθρώπων ιδιαίτερα μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτο και, ως εκ τούτου, αποτελεί κοινό ενδιαφέρον για όλες τις χώρες (WHO, 1978).

Το 1994, μια ανασκόπηση του ΠΟΥ των παγκόσμιων αλλαγών στην ανάπτυξη της υγείας από τότε που η Άλμα-Άτα κατέληξε στο ζοφερό συμπέρασμα ότι ο στόχος υγεία για όλους μέχρι το 2000 δεν θα τηρηθεί (WHO, 2008).

Παρά τις αρχικές προσδοκίες ο προαναφερόμενος στόχος δεν έχει επιτευχθεί στις περισσότερες χώρες αφενός λόγω πολιτικών αντιπαραθέσεων, αφετέρου διότι υπήρξε έντονη αμφισβήτηση για τις δυνατότητες υλοποίησής του. Επίσης, σημειώθηκαν αντιδράσεις από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι υποστήριζαν ότι είναι απειλή για το μέχρι τότε οικοδόμημα της ιατρικής, ενώ άλλοι υποστήριζαν ότι αποτελεί μια «φτωχή φροντίδα υγείας για τους φτωχούς». Για το λόγο αυτό ακολουθήθηκε ένα συντομότερο πλάνο ως η πλέον ρεαλιστική λύση, που αφορούσε δράσεις σχετικά με τον εμβολιασμό, την υγεία της μητέρας και του παιδιού, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τον έλεγχο της διατροφής (Τσίγκου κ.ά., 2021).

2.3 Διακήρυξη ΑΣΤΑΝΑ

Το 2018 πραγματοποιήθηκε η διακήρυξη της Astana μετά από 40 έτη όπου επανέφερε στο προσκήνιο την διακήρυξη της Alma Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι χώρες που θα πετύχουν την αναδιάρθρωση της ΠΦΥ θα αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα τις σύγχρονες απειλές και θα πετύχουν το στόχο της «βιώσιμης ανάπτυξης» (Τσίγκου κ.ά., 2021).

Η πλήρης επαναφορά, αλλά και ανανέωση, της ΠΦΥ έγινε στο Παγκόσμιο Συνέδριο που συνδιοργάνωσαν και πάλι ο ΠΟΥ και η UNICEF στις 25–26 Οκτωβρίου 2018 στην Ασάνα, τη νέα πρωτεύουσα της Δημοκρατίας του Καζακστάν, με τη συμμετοχή περισσότερων από 120 κρατών. Η Διακήρυξη της Ασάνα επιβεβαιώνει ότι η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα το οποίο συνδέεται με την καθολική (ασφαλιστική) κάλυψη για υγεία (universal health coverage), που συνιστά έναν από τους βιώσιμους στόχους της ανάπτυξης (sustainable development goals) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ). Παράλληλα, εισάγει ορισμένες νέες έννοιες, όπως είναι η διεύρυνση του τρίπτυχου της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης με την προσθήκη της προαγωγής της υγείας και της ανακουφιστικής φροντίδας, και η αναφορά στους οικονομικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς προσδιοριστές της υγείας και στους παράγοντες κινδύνου. Η Διακήρυξη της Ασάνα επιβεβαιώνει την ανάγκη συνεργασίας της ΠΦΥ με τη δημόσια υγεία και τη συμμετοχή της κοινότητας στην όλη διαδικασία (Φιλαλήθης, 2021).

2.4 Ιστορική Εξέλιξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα υγείας ξεκίνησε να δημιουργείται τον 19ο αιώνα. Το 1836 δημιουργήθηκαν τα πρώτα ασφαλιστικά ταμεία. Αρχικά το κράτος χορηγούσε βοήθεια μόνο σε μέλη που ήταν οικονομικά αδύναμα και μη ικανά για εργασία. Στη πορεία των ετών ξεκίνησαν να δημιουργούνται τα πρώτα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης όπου ομάδες επαγγελματιών μέσω των εισφορών που πλήρωναν στα σωματεία που είχαν δημιουργήσει ασφαλιζόταν έναντι επαγγελματικού κινδύνου, γήρατος, θανάτου από ατύχημα. Το 1922 στην Ελλάδα η ασφάλιση των εργατών και των υπαλλήλων μετατράπηκε σε υποχρεωτική. Η πορεία του είχε αργούς ρυθμούς λόγω των κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών συνθηκών. Οι λόγοι που συντέλεσαν στην αργή πορεία του συστήματος υγείας στην Ελλάδα ήταν οι παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος πόλεμος, η μικρασιατική καταστροφή, η δικτατορία

και οι δαπάνες που χρησιμοποιούνταν για στρατιωτικό εξοπλισμό (Μαλαβάζος, 2019). Σύμφωνα και με τα λεγόμενα του Ζηλίδη, η έλλειψη των οικονομικών πόρων η πολεμική περίοδος που έζησε η χώρα αλλά και η πολιτική λιτότητας που εφαρμοζόταν από την κυβέρνηση δυσχέραιναν την ανάπτυξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα (Ζηλίδης, 1988). Η διαχρονική πορεία του συστήματος υγείας στον 20ο αιώνα έφερε στο προσκήνιο και άλλους σημαντικούς παράγοντες πέρα από τους προαναφερθέντες: διατήρηση στην εξουσία συντηρητικών κυβερνήσεων, το μετεμφυλιακό κλίμα που δημιουργούσε διχασμούς, οι πελατειακές σχέσεις, και η καθιέρωση ξένων υγειονομικών μοντέλων χωρίς να αξιολογηθούν οι ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας. Περνώντας στον 21ο αιώνα δημιουργήθηκε η ανάγκη για μεταρρυθμίσεις αποσκοπώντας σε ένα βιώσιμο σύστημα υγείας. Σήμερα το ελληνικό σύστημα υγείας έχει εξελιχθεί σημαντικά αλλά με την εναλλαγή του πολιτικού κλίματος δεν έχει σταθερή πορεία. Αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα οργάνωσης και διαχείρισης καθώς και προβλήματα που αφορούν την αποδοτικότητα των πόρων και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το 1983 με τον νόμο 1397 του συστήματος υγείας στην Ελλάδα έγινε η πρώτη παρέμβαση για ενιαία ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας λειτούργησαν 172 κέντρα υγείας αστικού και μη αστικού χαρακτήρα και περιφερειακά ιατρεία με σκοπό την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες για ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας ποτέ δεν κατάφερε αυτό να πραγματοποιηθεί. Κατόπιν, παρεμβάσεων από την Τρόικα για προσπάθειες εξυγίανσης και εκσυγχρονισμού αλλά και εξοικονόμησης πόρων πολύ αργότερα διαμορφώθηκε ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Από το 1983 ως σήμερα το σύστημα ΠΦΥ συνεχώς εξελίσσεται και μεταβάλλεται. Δύο νόμοι που στόχευαν στην οργάνωση και στο συντονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήταν ο Νόμος 3172 του 2003 που αποσκοπεί στην οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και ο Νόμος 3235 του 2004 με θέμα «διατάξεις για την Πρωτοβάθμια Υγεία». Βασικό χαρακτηριστικό του πρώτου ήταν η ίδρυση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και των οργάνων αποκέντρωσης. Ο δεύτερος νόμος εντάσσει το θεσμό του οικογενειακού ιατρού και την πιστοποίηση των Κέντρων Υγείας. Υπάρχει πρόσβαση στις πληροφορίες που προσφέρει ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Η οικονομική ύφεση έφερε αλλαγές στην ΠΦΥ. Δέσμευση της Ελλάδας ήταν να γίνουν μεταρρυθμίσεις, να μειωθούν οι δαπάνες και να αυξηθεί η αποδοτικότητα. Υπήρξαν δύο μεταρρυθμιστικοί περίοδοι που χαρακτηρίζουν την πορεία της ΠΦΥ την περίοδο της οικονομικής ύφεσης. Η πρώτη ξεκινά από το 2009 ως το 2011 με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ. Οι αρμοδιότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας μεταφέρθηκαν στους

δήμους και στις περιφέρειες. Η δεύτερη περίοδος αφορά την περίοδο 2012 ως τη δημιουργία του ΠΕΔΥ, όπου καθιερώθηκε η ολοήμερη παροχή ΠΦΥ από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Το 2017 δημιουργούνται νέες δομές οι Τοπικές Μονάδες Υγείας στελεχωμένες από διεπιστημονική ομάδα υγείας, που περιλαμβάνει τον οικογενειακό γιατρό. Τα ΤΟΜΥ αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το ΕΣΥ. Το δίκτυο των υφιστάμενων δομών ΠΕΔΥ και Κέντα Υγείας είναι το δεύτερο επίπεδο υπηρεσιών της ΠΦΥ (Μαλαβάζος, 2019).

2.5 Νομοθετικό Πλαίσιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Ο όρος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» εμφανίζεται για πρώτη φορά με τον νόμο 1397/1983, έπειτα από την διακήρυξη της Άλμα- Άτα, όπου προβλέπεται ότι η δημόσια περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια), η οποία παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, και σε νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια), η οποία παρέχεται από τα νοσοκομεία. (Καλοκαιρινού, 2016). Στο άρθρο 14 του παρόντος νόμου γίνεται αναφορά στην ύπαρξη κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων σε κάθε νομό ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού. Επιπλέον ορίζεται πως στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνίσταται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ). Ιδιαίτερα σημαντικό αποτελεί το γεγονός της δημιουργίας 400 κέντρων υγείας ώστε να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας το σύνολο του πληθυσμού (Νόμος 1397/1983.ΦΕΚ 143Α).

Η επόμενη νομοθετική μεταρρύθμιση ήρθε δύο χρόνια αργότερα με τον ν.1579/1985. Την χρονιά εκείνη συνίσταται το «Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας» (Ε.Κ.Α.Β), όπου σκοπός του είναι ο συντονισμός της παροχής σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και η μεταφορά των πολιτών αυτών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών. Αξίζει να σημειωθεί πως στο άρθρο 13 του νόμου γίνεται ειδική αναφορά για την σύσταση μονάδων στα νοσοκομεία για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, νοσηλείας, εκπαίδευσης, έρευνας και αξιολόγησης καθώς και προεπαγγελματικής και επαγγελματικής κατάρτισης (Νόμος 1579/1985. (ΦΕΚ 217Α)).

Ακολούθησε ο ν.2071/1992 όπου αναφέρει πως η περίθαλψη είτε είναι πρωτοβάθμια, είτε δευτεροβάθμια είτε τριτοβάθμια μπορεί να παρέχεται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς. Επιπρόσθετα, δίνει τη δυνατότητα ίδρυσης κινητών μονάδων

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών του ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού πληθυσμού. Τέλος στο άρθρο 30 του νόμου βλέπουμε για πρώτη φορά την δυνατότητα σύστασης υπηρεσίας βοήθειας στο σπίτι (Νόμος 2071/92 (ΦΕΚ 123Α)).

Έπειτα με τον ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», έγινε αναφορά στα δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, όπου τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα πολυιατρεία θα λειτουργήσουν υπό ένα ενιαίο πλαίσιο (Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α/1997)).

Με τον ν.3235/2004 περιγράφηκαν ο σκοπός και το περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, ενώ έγινε αναφορά και στο θεσμό του προσωπικού και οικογενειακού γιατρού, στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο και στην ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Τέλος αναφέρεται πως η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οργανώνεται στη βάση ενός τομεοποιημένου γεωγραφικά συστήματος μέσα στα όρια του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. Δυστυχώς, ο ν.3235/2004 δεν εφαρμόστηκε στην πράξη.

Στη συνέχεια, με τον ν.4238/2014 γίνεται αναφορά ξανά στον οικογενειακό γιατρό ενώ εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.). Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.

Καταληκτικά, η πιο πρόσφατη νομοθετική μεταρρύθμιση έγινε με τον ν.4486/2017 ο οποίος αναφέρεται στη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Με τον ν.4486/2017 ιδρύονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) και εισάγεται ξανά ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

2.6 Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Οι φορείς που παρέχουν Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Φροντίδας σήμερα στην ελληνική κοινωνία είναι: τα πολυιατρεία και μονάδες του ΕΟΠΥΥ, τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά αγροτικά ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων του ΕΣΥ, οι συμβαλλόμενοι ιδιώτες

γιατροί, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, οι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων και το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι.

2.6.1 Κέντρα Ειδικής Φροντίδας

Σε κάθε Δ.Υ.Πε. μπορούν να ιδρύονται και να λειτουργούν, ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, Κέντρα Ειδικής Φροντίδας (Κ.Ε.Φ.). Στα Κ.Ε.Φ. παρέχονται εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης σε πληθυσμό ευθύνης ενός ή περισσότερων Το.Π.Φ.Υ.. Τα Κ.Ε.Φ. είναι ιδίως οδοντοπροσθετικά και παιδοδοντιατρικά κέντρα, κέντρα φυσικοθεραπείας και κέντρα ειδικής αγωγής. Η ίδρυση και λειτουργία των Κ.Ε.Φ πραγματοποιείται ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ. και απόφαση του Υπουργού Υγείας (ν.4486/2017).

2.6.2 Κέντρα Υγείας

Τα Κέντρα Υγείας είναι αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των Δ.Υ.Πε. και έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών ιδίως:

α) ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται αυτοβούλως στα Κέντρα Υγείας, είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ., β) εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών, γ) εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, δ) οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών, ε) φροντίδας μητέρας και παιδιού, στ) φροντίδας παιδιών και εφήβων, ζ) εξειδικευμένης πρόληψης, η) φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας, θ) ιατρικής της εργασίας, ι) κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, ια) προαγωγής υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., μπορεί να προστίθενται και άλλες συναφείς αρμοδιότητες στα Κέντρα Υγείας, ανάλογα με τις πληθυσμιακές και υγειονομικές ανάγκες (ν.4486/2017, άρθρο 4).

2.6.3 Περιφερειακά Αγροτικά Ιατρεία

Περιφερειακά ιατρεία, τα οποία βρίσκονται σε περιοχές με ιδιαίτερες γεωγραφικές και πληθυσμιακές ανάγκες και είναι απομακρυσμένα από τα Κέντρα Υγείας στα οποία υπάγονται, μπορεί, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, να χαρακτηρίζονται ως Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ν.3172/2003).

2.6.4 Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων ΕΣΥ

Καθιερώνεται η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. με την επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και

επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου. Σε όλα τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) τα τακτικά ιατρεία λειτουργούν καθημερινά τις πρωινές ώρες με τετράωρη τουλάχιστον υποχρεωτική παρουσία ειδικευμένων ιατρών (ν.3868/2010).

2.6.5 Ιδιώτες Γιατροί Συμβαλλόμενοι

Σε Το.Π.Φ.Υ. όπου οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. δεν καλύπτουν πλήρως τον πληθυσμό ευθύνης τους, καθήκοντα οικογενειακού ιατρού ασκούν ιδιώτες γιατροί συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που κατέχουν το σχετικό τίτλο ειδικότητας, είναι εγγεγραμμένοι στους οικείους Ιατρικούς Συλλόγους και εγκατεστημένοι σε ιδιωτικό ιατρείο ή πολυϊατρείο. Η σύναψη και η ανανέωση των συμβάσεων με ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς αναπροσαρμόζεται με βάση τη δυνατότητα κάλυψης του πληθυσμού από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ. Η δυνατότητα αυτή διαπιστώνεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., η οποία λαμβάνεται με κριτήριο ιδίως τον πληθυσμό των εγγεγραμμένων ληπτών υπηρεσιών υγείας ανά Το.Μ.Υ. στον οικείο Το.Π.Φ.Υ.. Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. γιατροί παρέχουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στα ιατρεία τους ή και κατ' οίκον, με άμεση διασύνδεση με τις υπηρεσίες του Τοπικού Δικτύου του οικείου Το.Π.Φ.Υ. Οι γιατροί βάσει της σύμβασης που συνάπτουν με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καλύπτουν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν ελάχιστο ωράριο απασχόλησής ανά ημέρα και ανά βδομάδα. Ειδικότερα ζητήματα που αφορούν το ωράριο εξυπηρέτησης των δικαιούχων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και την πρόβλεψη αντικειμενικών και οικονομικών κινήτρων για την παροχή υπηρεσιών σε απομακρυσμένες περιοχές και για τη συμμετοχή σε δράσεις πρόληψης και προαγωγής υγείας αποτελούν περιεχόμενο της σύμβασης με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ (ν.4486/2017).

2.6.6 Κεντρικά Διαγνωστικά Κέντρα

Σε κάθε Δ.Υ.Πε. δύναται να ιδρύονται και να λειτουργούν, ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, Κεντρικά Διαγνωστικά Εργαστήρια, τα οποία παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες εργαστηριακής και απεικονιστικής ιατρικής στις διασυνδεδεμένες με αυτά μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Η ίδρυση και λειτουργία των Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων πραγματοποιείται μετά από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. και απόφαση του Κε.Σ.Υ.Πε., με κριτήρια την αναγκαιότητα λειτουργίας τους, δημογραφικά και υγειονομικά κριτήρια, τη μορφολογία της περιοχής, τις συγκοινωνιακές συνθήκες, τη γειτνίαση με μονάδες Π.Φ.Υ. πρώτου επιπέδου και νοσοκομειακές νοσηλευτικές μονάδες και την εγγύτητα και προσβασιμότητα των ληπτών υπηρεσιών υγείας σε παρεχόμενες διαγνωστικές υπηρεσίες από δημόσιο φορέα.

Τα Κεντρικά Διαγνωστικά Εργαστήρια έχουν ως σκοπό ιδίως:

- α) τη συλλογή αιματολογικών δειγμάτων από τις συνδεόμενες με αυτά μονάδες Π.Φ.Υ.,
- β) τον άμεσο εργαστηριακό έλεγχο των δειγμάτων,
- γ) την ενημέρωση των ληπτών υπηρεσιών υγείας και του θεράποντα ή οικογενειακού γιατρού τους σχετικά με τα αποτελέσματα του εργαστηριακού ελέγχου,
- δ) την εισήγηση προς την οικεία Δ.Υ.Πε. σχετικά με τη βέλτιστη δυνατή επιστημονική και λειτουργική οργάνωση τους, με στόχο την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών (ν.4486/2017).

2.6.7 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Με την αύξηση του προσδοκώμενου επιβίωσης, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων της 3ης και ιδιαίτερα της 4ης ηλικίας αντιμετωπίζει προβλήματα που μερικές φορές τα καθιστούν αδύναμα να αυτοεξυπηρετηθούν. Αρκετές φορές το οικογενειακό περιβάλλον αναγκάζεται να αναζητήσει λύσεις κλειστής φροντίδας ή, σε άλλες περιπτώσεις, την πρόσληψη προσώπου, προκειμένου να αναλάβει τη φροντίδα του ηλικιωμένου στο σπίτι. Ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει στην οικογένεια μέλος που δεν εργάζεται η καθημερινή φροντίδα ενός ηλικιωμένου με αναπηρία ή χρόνια νόσημα δημιουργεί σωματική και ψυχική κόπωση. Στοιχεία από επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι παρόλο που οι οικογένειες συνεχίζουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους, νέοι σοβαροί παράμετροι δυσχεραίνουν αυτό το έργο. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες – άνοια κ.λ.π.) των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται η αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Για τη λειτουργία των ΚΗΦΗ είναι απαραίτητη η έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Τα ΚΗΦΗ αναπτύσσονται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές. Παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας, στις οποίες περιλαμβάνονται:

- νοσηλευτική φροντίδα
- φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- ατομική υγιεινή
- προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- στο μέτρο του δυνατού, προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων

Τέλος, το πρόγραμμα αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων 3ης και 4ης ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των 3 μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας (Ζαρονίκα, 2019).

2.6.8 Βοήθεια στο Σπίτι

Θεσμοθετείται ολοκληρωμένο Πρόγραμμα με τίτλο «Κατ' οίκον Κοινωνική φροντίδα» που εποπτεύεται από τα Υπουργεία Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και Εσωτερικών και συντονίζεται από τις υπηρεσίες της Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. Σκοπός του Προγράμματος είναι η κατοχύρωση συνθηκών αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και των αναπήρων στην κατοικία τους, ώστε να εξασφαλισθεί η παραμονή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, να αποφευχθεί η παραπομπή σε δομές κλειστής φροντίδας και να προληφθούν καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς και η στήριξη των ανασφάλιστων και οικονομικά αδύνατων πολιτών που το έχουν ανάγκη και πληρούν τα κριτήρια (Άρθρο 127 - Νόμος 4199/2013).

2.6.9 Τοπικές Μονάδες Υγείας

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας με απόφαση του Υπουργού Υγείας ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.. Οι Το.Μ.Υ. στελεχώνονται από μία Ομάδα Υγείας. Οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και έχουν σκοπό: α) την προαγωγή και αγωγή της υγείας του πληθυσμού που καλύπτουν, β) την ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας στο επίπεδο της οικογένειας, της εργασίας, των σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης, γ) την πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε ομάδες ή άτομα του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, δ) τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, ε) την αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και την κατά προτεραιότητα αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και παραπομπή τους, εφόσον αυτό απαιτείται, στα Κέντρα Υγείας ή στα Νοσοκομεία, στ) την προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών, ζ) τη συνδιαχείριση με τον θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στη μονάδα και κατ' οίκον, θ)

την κατ' οίκον φροντίδα υγείας - κατ' οίκον νοσηλεία και κατ' οίκον αιμοληψία σε μη δυνάμενους να μεταβούν στις οικείες τους μονάδες Π.Φ.Υ., η) τη συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, ι) την αναγνώριση και ανίχνευση ψυχικών παθήσεων σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και αντίστοιχα την αναγνώριση και ανίχνευση περιστατικών εξαρτήσεων και παραπομπή στους αρμόδιους φορείς εξαρτήσεων, ια) την εκπαίδευση και καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους, ιβ) τη συλλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης, επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης, σύμφωνα με το Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, που συντελείται με ευθύνη του οικείου περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ (ν.4486/2017 άρθρο5).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα προβλήματα τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα είναι δυστυχώς αρκετά. Αρχικά οι σοβαρές ελλείψεις υλικοτεχνικής υποδομής και η αδυναμία ανταπόκρισης του δημόσιου τομέα στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης παρά τη μεγάλη τεχνολογική πρόοδο, έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών σε βασικές υπηρεσίες ή τον έμμεσο προσανατολισμό των χρηστών στον ιδιωτικό τομέα. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, όπου προάγει την αναγκαστική προσφυγή στα εξωτερικά ιατρεία του εφημερεύοντος νοσοκομείου ή σε ιδιώτες ιατρούς. Η έλλειψη κέντρων υγείας αστικού τύπου που έχει ως αποτέλεσμα να υπερφορτώνει τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή ΠΦΥ και τα αποπροσανατολίζει από τον κύριο στόχο τους, δηλαδή την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ συγχρόνως επιτείνει την άνιση κατανομή και πρόσβαση στην ΠΦΥ και διασπά τη συνέχεια στη φροντίδα. Η παροχή ΠΦΥ σημαίνει την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Με την παρούσα μορφή του συστήματος οι φορείς έχουν περιορισθεί στη συνταγογράφηση και τον ιατρικό έλεγχο, ενώ η αγωγή υγείας και η πρόληψη παρέχονται αποσπασματικά ή απουσιάζουν τελείως. Επιπρόσθετα άλλο ένα πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη μηχανοργάνωσης και αξιοποίησης της σύγχρονης τεχνολογίας από τις υπάρχουσες δομές για την καλύτερη εξυπηρέτηση των χρηστών και την παροχή ολοκληρωμένης συνεχούς φροντίδας. Τέλος, η γεωγραφική ανισοκατανομή ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η οποία αποδεικνύεται με την ελλιπή στελέχωση των δομών στην περιφέρεια σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές, παρακωλύει το βασικό στόχο της προσφοράς φροντίδας στο χώρο διαμονής και εργασίας των πολιτών (Αδαμακίδου, 2008).

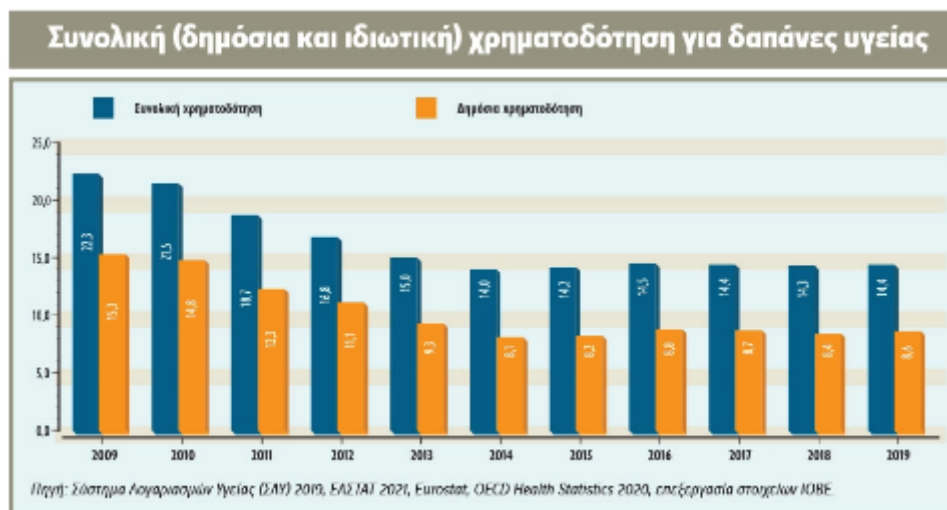
Κατά τον Χλέτσο υπάρχουν τρία σημαντικά προβλήματα τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας. Το πρώτο πρόβλημα σχετίζεται με τα οικονομικά – δημοσιονομικά του συστήματος. Το δεύτερο πρόβλημα σχετίζεται με την αποτελεσματική του λειτουργία και το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με το κατά πόσο μένει ικανοποιημένος ο μέσος Έλληνας από τις υπηρεσίες υγείας. Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών δηλαδή χρεώσεις χαμηλότερες από τα πραγματικά κόστη, οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας. Είναι απαραίτητο το σύστημα να επιτύχει την οικονομική του βιωσιμότητα, γιατί σε διαφορετική περίπτωση

κινδυνεύει η υπόσταση του συστήματος και οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το δεύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας είναι η αναποτελεσματικότητα του. Δεν διευκολύνεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό που θα έπρεπε να είναι, εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας. Τέλος το τρίτο πρόβλημα σχετίζεται με το πόσο ικανοποιημένος είναι ο μέσος Έλληνας πολίτης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αυτό, το πρόβλημα δεν είναι ανεξάρτητο από τα δύο προηγούμενα με αποτέλεσμα να διογκώνεται συνεχώς η δυσαρέσκεια του πολίτη. Αν λάβουμε υπόψη μας ότι ο πολίτης σε αρκετές περιπτώσεις καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθεί, κατανοούμε πόσο απογοητευμένος νιώθει ο πολίτης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Χλέτσος, 2011).

3.1 Χρηματοδότηση συστήματος υγείας

Ένας συνδυασμός δημόσιων και ιδιωτικών πόρων χρηματοδοτεί το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Όσο αναφορά τους δημόσιους πόρους, τα κρατικά ταμεία συγκεντρώνουν έσοδα κυρίως από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Από το 2017, όπου ιδρύθηκε ο Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) έγινε το κύριο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, εισπράττοντας και συγκεντρώνοντας εισφορές για λογαριασμό όλων των επιμέρους ταμείων κοινωνικής ασφάλισης που υπήρχαν προηγουμένως (Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης, Οργανισμός Γεωργικής Ασφάλισης κτλ). Το ΕΚΦΑ καλύπτει τα μέλη του έναντι όλων των κινδύνων, παρέχοντας μηνιαία σύνταξη γήρατος, αναπηρίας και θανάτου στα ασφαλισμένα μέλη του ή/και μέλη των οικογενειών τους, παροχές ασθένειας σε μετρητά, συγκεκριμένα προνοιακά επιδόματα. Ο ΕΦΚΑ επίσης εισπράττει τις εισφορές ασφάλισης υγείας για λογαριασμό του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και στη συνέχεια μεταφέρει τα κονδύλια στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ωστόσο, οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν σημαντική πηγή χρηματοδότησης της υγείας στην Ελλάδα, η οποία θέτει υπό αμφισβήτηση τον κοινωνικό χαρακτήρα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Κυρίως λαμβάνει τη μορφή πληρωμών για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τους κρατικούς πόρους κυρίως αφορά φαρμακευτικά προϊόντα αλλά επίσης περιέχουν και τα ασφάλιστρα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Economidou, κ.α, 2017).

Γράφημα 1: Δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση δαπανών υγείας



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν δημοσιευτεί στην Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) παρατηρούμε πως την τελευταία δεκαετία (2009-2019) στην Ελλάδα η ιδιωτική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας κινείται σταθερά σε υψηλά επίπεδα. Πιο συγκεκριμένα το έτος 2019 οι συνολικές δαπάνες υγείας άγγιζαν τα 14,4 εκατ. ευρώ, και οι δημόσιες δαπάνες υγείας άγγιζαν τα 8,5 εκατ. ευρώ πράγμα που σημαίνει ότι οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας έφτασαν τα 5,9 εκατ. ευρώ.

Η κάλυψη στο ελληνικό σύστημα υγείας συνδέεται κυρίως με το καθεστώς απασχόλησης για τους εργαζόμενους και τα μέλη της οικογένειάς τους. Εκείνοι που καλύπτονται πλήρως από την ασφάλεια τους έχουν δικαίωμα σε ένα ολοκληρωμένο πακέτο φροντίδας, συμπεριλαμβανομένης της πρωτοβάθμιας/περιπατητικής περίθαλψης, της διαγνωστικής, της ενδονοσοκομειακής και των εξωτερικών ασθενών από ιδιώτες παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Μετά την συνταξιοδότηση, οι πρώην εργαζόμενοι συνεχίζουν να καλύπτονται από το ταμείο στο οποίο ανήκει ο εργοδότης τους και η εισφορά τους αφαιρείται από τη σύνταξή τους (Economou, κ.α, 2017).

Ωστόσο, το 2010 η ελληνική οικονομία εισήλθε σε μια βαθιά δομική και πολύπλευρη κρίση, της οποίας τα κυριότερα χαρακτηριστικά είναι το μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, το τεράστιο δημόσιο χρέος και η συνεχής διάβρωση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος η Ελληνική κυβέρνηση ζήτησε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και το Διεθνές νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) την ενεργοποίηση μηχανισμού υποστήριξης και υιοθέτησε αυστηρή εισοδηματική πολιτική, αυξήθηκαν οι άμεσοι και

έμμεσοι φόροι και πραγματοποιήθηκαν περικοπές δημοσίων δαπανών (Πανταζόπουλος, Οικονόμου, 2016).

Η ελληνική κυβέρνηση συνέχισε να εφαρμόζει πρόγραμμα μεταρρύθμισης της υγείας με στόχο την διατήρηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ. Η επιβολή του περιορισμού των δαπανών για τη δημόσια υγεία στο 6% του ΑΕΠ σημαίνει ότι ο δημόσιος τομέας υγείας καλείται να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με μειούμενους οικονομικούς πόρους. Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις, ειδικά για τα νοικοκυριά μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος που δεν διαθέτουν το διαθέσιμο εισόδημα για να αγοράσουν ιδιωτικά υπηρεσίες υγείας (Πανταζόπουλος & Οικονόμου, 2016).

Όταν ξεκίνησε η παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε μέσα σε μια ξεπερασμένη οργανωτική δομή στην οποία κυριαρχούσαν η κλινική ιατρική και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες, χωρίς την υποστήριξη μιας κατάλληλης μονάδας προγραμματισμού όπου η πρόληψη θα βοηθούσε στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσω δράσεων στη δημόσια υγεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

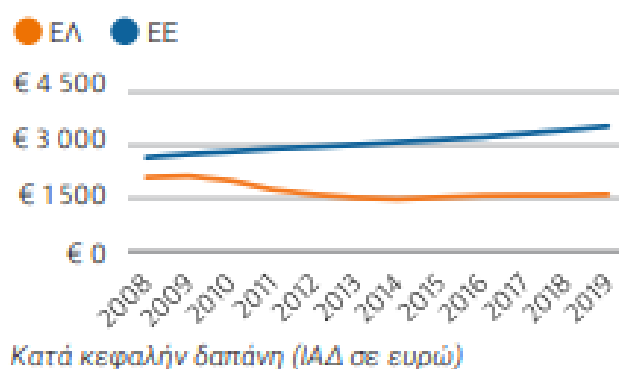
Ως αποτέλεσμα, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης υπέφερε από αρκετές ανεπάρκειες (Davaki & Mossialos, 2005, Economou, 2010), οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- υψηλό βαθμό συγκέντρωσης στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων και διοικητικών διαδικασιών.
- μη βέλτιστες διευθυντικές δομές που δεν διέθεταν επαρκή συστήματα διαχείρισης πληροφοριών και συχνά στελεχώνονταν από προσωπικό χωρίς επαρκείς διοικητικές δεξιότητες.
- έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού και περιορισμένη διαχειριστική και διοικητική ικανότητα.
- άνιση και αναποτελεσματική κατανομή ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.
- κατακερματισμένη πληθυσμιακή κάλυψη.
- απουσία συστήματος παραπομπής και αποτελεσματικών μηχανισμών φύλαξης πύλης.
- ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες.
- άνιση περιφερειακή κατανομή των ανθρώπινων πόρων και των υποδομών υγείας.
- υπανάπτυξη των μηχανισμών αξιολόγησης αναγκών και καθορισμού προτεραιοτήτων.
- οπισθοδρομικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης.
- ένα αναχρονιστικό αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης και

- απουσία συστήματος αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας.

Αξίζει να σημειωθεί πως αυτό που χαρακτηρίζει, διαχρονικά, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ο μεγάλος αριθμός ιατρών και ο δυσανάλογα μικρός αριθμός γενικών ιατρών και νοσηλευτών, οι οποίοι είναι ανισομερώς κατανομημένοι στη χώρα (Σουλιώτης, κ.α., 2018).

Γράφημα 2: Κατά κεφαλήν δαπάνες σε €

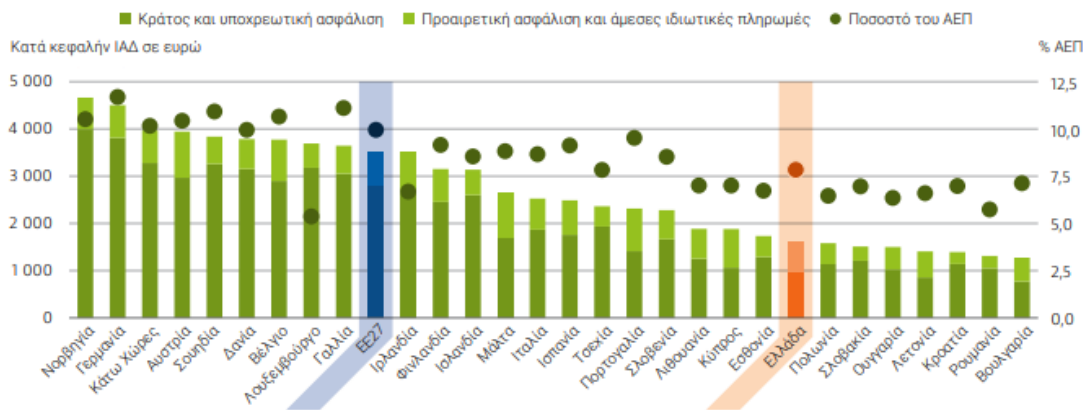


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021

Τα ερευνητικά αποτελέσματα του Σουλιώτη επιβεβαιώνονται και από την πρόσφατη δημοσίευση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) σε συνεργασία με την καθιερωμένη έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Πιο συγκεκριμένα, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (1.603 ευρώ) εξακολουθούν να είναι πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ (3.523 ευρώ) (ΟΟΣΑ, 2021).

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα το 2019 αντιστοιχούν στο ήμισυ περίπου του μέσου όρου της ΕΕ.

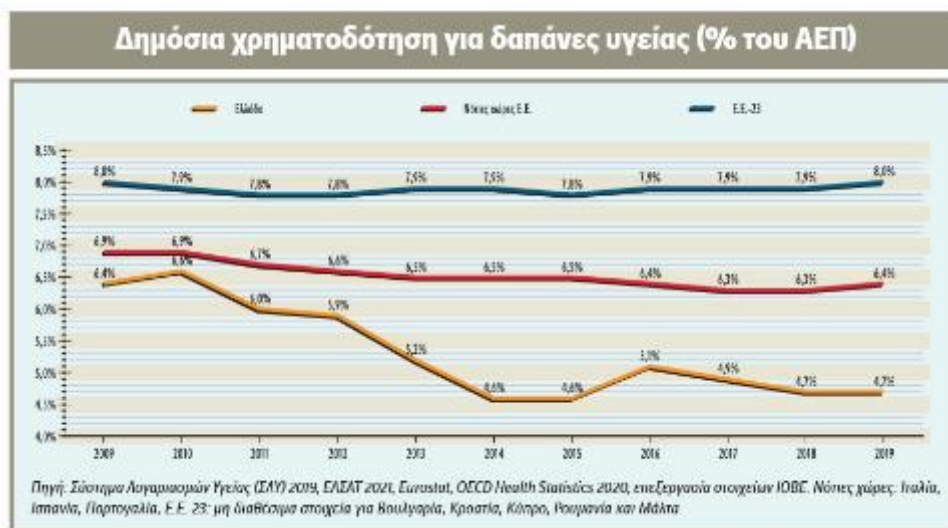
Γράφημα 3: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ,2021

Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 7,8 % του ΑΕΠ, σε σύγκριση με 9,9 % στην ΕΕ το 2019. Λίγο λιγότερο από το 60 % των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα είναι δημόσιες δαπάνες, ενώ ένα πολύ μεγάλο ποσοστό (35 %) καταβάλλεται απευθείας από τα νοικοκυριά, κυρίως με τη μορφή συμμετοχής για φάρμακα και άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών. Ιστορικά, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα ήταν χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, ενώ τα εκτεταμένα μέτρα συγκράτησης του κόστους και αποδοτικότητας που θεσπίστηκαν μετά την οικονομική κρίση του 2009 οδήγησαν σε απότομες μειώσεις. Από το 2015 η τάση αυτή έχει αντιστραφεί, με μικρές αλλά σταθερές αυξήσεις των δαπανών. Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης λόγω της νόσου COVID-19 είχε επίσης ως αποτέλεσμα τη χορήγηση πρόσθετης χρηματοδότησης το 2020 για τη στήριξη του τομέα της υγείας (ΟΟΣΑ, 2021).

Γράφημα 4: Δημόσια χρηματοδότηση δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ,2021

Παρατηρείται πως η Ελλάδα υστερεί ως προς την δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών υγείας έναντι των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών σταθερά την τελευταία δεκαετία.

Το 2020 διατέθηκε πρόσθετη χρηματοδοτική στήριξη συνολικού ύψους 785 εκατ. ευρώ για την κάλυψη του κόστους της πανδημίας στην Ελλάδα. Περίπου 640 εκατ. ευρώ δεσμεύτηκαν για τη συνολική αντιμετώπιση της νόσου COVID-19, συμπεριλαμβανομένης της χρηματοδότησης από προγράμματα της ΕΕ. Επιπλέον, εγκρίθηκαν και διατέθηκαν 85 εκατ. ευρώ για τις αμοιβές του ιατρικού προσωπικού έκτακτης ανάγκης και περαιτέρω 60 εκατ. ευρώ για ιατρικό εξοπλισμό και για τη λειτουργία μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Σημαντικό μέρος της χρηματοδότησης υλοποιήθηκε επίσης με τη μορφή δωρεών σε χρήμα και σε είδος, συνολικού ύψους 128 εκατ. ευρώ, τον Νοέμβριο του 2020 (ΟΟΣΑ, 2021).

3.1.1 Μετάβαση σε ενιαίο προμηθευτή ΕΟΠΥΥ

Το 2011, ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης όλων των μεγάλων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν μισθωτούς υπαλλήλους, γεωργούς, εργάτες, αυτοαπασχολούμενους, δημόσιους υπαλλήλους, υπαλλήλους τραπεζών σχημάτισαν ένα ενιαίο ασφαλιστικό ταμείο. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΠΥ), όπου λειτουργεί ως ο μοναδικός αγοραστής φαρμάκων και νοσοκομειακών υπηρεσιών αποκτώντας έτσι διαπραγματευτική δύναμη με τους προμηθευτές. Μετά τη συγχώνευση, τα πακέτα παροχών των διαφόρων κοινωνικών ασφαλίσεων υγείας τυποποιήθηκαν και ενοποιήθηκαν για την παροχή των ίδιων ανταποδοτικών υπηρεσιών (Πανταζόπουλος, Οικονόμου, 2016).

Η μετατροπή του ΕΟΠΠΥ σε ενιαίο μοναδικό πληρωτή, σημαίνει την αποκλειστική διαχείριση, αγορά και κατανομή του συνόλου των εθνικών πόρων, συμπεριλαμβανομένων και των φορολογικών εσόδων, με ένα σύστημα «κλειστών» περιφερειακών προϋπολογισμών και τιμών αποζημίωσης σε ένα σχήμα προοπτικής χρηματοδότησης. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι αναγκαίο να ολοκληρωθούν και να διευκρινιστούν οι σχέσεις του ΕΟΠΠΥ και η ανεξαρτησία του σε σχέση με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που τον υποστηρίζουν, αλλά και την κεντρική διοίκηση (Νεκτάριος, 2019).

3.2 Ανθρώπινο δυναμικό συστήματος υγείας

Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν βουβά κοινωνικά θύματα της πανδημίας, εξαιτίας του υψηλού φόρτου εργασίας και της «πρώτης γραμμής» έκθεσης τους στον ιό, γεγονός που επιβαρύνει ακόμη περισσότερο το σύστημα υγείας (Krystal, 2020).

Η μείωση, ωστόσο, της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας δεν αφορούσε μόνο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και τις περιορισμένες δυνατότητες στελέχωσης των σχετικών δομών. Ήδη από το 2010 τα εισοδήματα των δημοσίων υπαλλήλων δέχονται οριζόντιες περικοπές, οι προσλήψεις «παγώνουν» ή ελαχιστοποιούνται, τα όρια συνταξιοδότησης αυξάνονται ενώ άλλοι επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση (Σουλιώτης, κ.α., 2018).

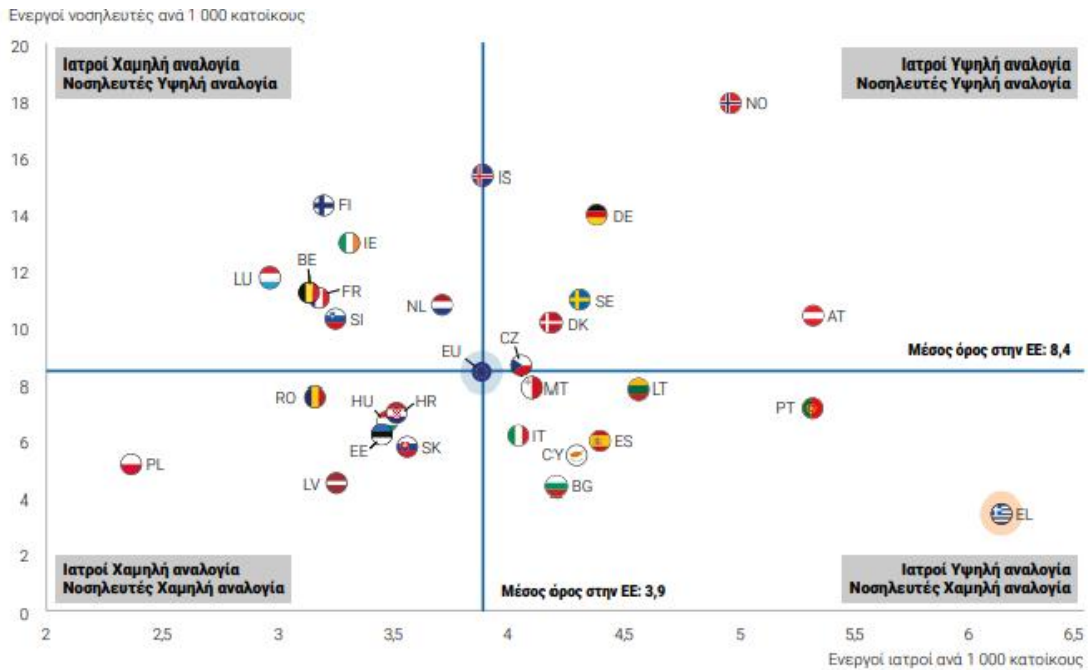
Είναι εντυπωσιακό ότι η Ελλάδα έχει το υψηλότερο κατά κεφαλήν ποσοστό αδειούχων ειδικευμένων ιατρών μεταξύ της Ε.Ε (Οικονόμου, 2015).

Τα ανθεκτικά συστήματα υγείας διαχειρίζονται τις κρίσεις έχοντας επαρκές, εκπαιδευμένο και πρόθυμο εργατικό δυναμικό. Ωστόσο, σε πολλές χώρες, ο COVID-19 εξαπλώθηκε γρήγορα μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας όπως και αυτοί ήταν οι πιο εκτεθειμένοι στον ιό, με δεδομένα να δείχνουν ότι έχουν επηρεαστεί δυσανάλογα από την πανδημία. Οι προκλήσεις του εργατικού δυναμικού κατά τη διάρκεια του COVID-19 περιλαμβάνουν χαμηλά επίπεδα προσωπικού (ιδιαίτερα μεταξύ των νοσηλευτών) και άνιση γεωγραφική κατανομή, ελλείψεις επαρκούς ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (ΜΑΠ), περιορισμένη ικανότητα δοκιμών, ανεπαρκής εκπαίδευση, κοινωνικές διακρίσεις και επιθέσεις και κακή ψυχική υγεία. Καθώς οι περιπτώσεις αυξήθηκαν παγκοσμίως, οι περισσότερες χώρες που εξετάστηκαν ανακατανεμήθηκαν επαγγελματίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εργαζομένων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, σε πτέρυγες επείγουσας περίθαλψης, μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) και διάγνωση και δραστηριότητες επιτήρησης. Εφαρμόστηκαν διάφορες στρατηγικές πρόσληψης για την αύξηση του εργατικού δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης. Ζητήθηκε από συνταξιούχους, φοιτητές ή από μη ασκούμενους ιατρούς και παραϊατρικούς επαγγελματίες να ασκήσουν εθελοντικά καθήκοντα υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, στην ιατρική και στη νοσηλευτική οι μαθητές προσλήφθηκαν και τους επιτράπη να εκτελέσουν εποπτευόμενη εργασία σε διαφορετικές ικανότητες αντιμετώπισης του COVID-19 σε χώρες όπως Γερμανία, Ρωσία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο και Βιετνάμ. Δεδομένου αυτού του νέου ρόλου υπήρξε άμεση ανάγκη για ταχείας και υψηλής ποιότητας εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας πρώτης γραμμής σχετικά με την πανδημία, η οποία πραγματοποιήθηκε σε πολλές χώρες. Περαιτέρω μέτρα λήφθηκαν από τις χώρες για τη διατήρηση, την

προστασία και να υποστηρίξουν τους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης υπό το φως της σωματικής και ψυχολογικής καταπόνησης της πανδημίας. Σε ορισμένες χώρες (για παράδειγμα, Ιαπωνία, Μοζαμβίκη, Σιγκαπούρη και Νότια Κορέα), οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίχθηκαν από μέτρα όπως η οργάνωση βαρδιών σε αποφυγή παρατεταμένων ωρών χωρίς ανάπαυση, άδειες από το καθήκον για ψυχική και φυσική ανάκαμψη, διαμονή κοντά στους χώρους εργασίας τους για προστασία της οικογένειάς τους και τη φροντίδα των παιδιών. Επιπλέον, οι περισσότερες χώρες ανέφεραν παροχή κάποιας μορφής οικονομικής υποστήριξης στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας τους, όπως ως χρηματικά κίνητρα, επιδόματα, ασφαλιστικά, φορολογικά οφέλη, υπερωρίες αμοιβή, επιδόματα σίτισης και δήλωση της αιτίας θανάτου ως σχετική με την εργασία (Haldane, κ.α., 2021).

Η Ελλάδα καταγράφει τον υψηλότερο κατά κεφαλήν αριθμό ιατρών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, εν μέρει επειδή τα στοιχεία περιλαμβάνουν όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος και όχι μόνο εκείνους που είναι επαγγελματικά ενεργοί. Αντίθετα, έχει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών σε σχέση με τον πληθυσμό, αλλά στον αριθμό αυτόν συμπεριλαμβάνονται κυρίως μόνο νοσηλευτές που εργάζονται σε νοσοκομεία. Η συντριπτική πλειονότητα των ιατρών είναι ειδικοί ιατροί, ενώ οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν μόλις το 7 % του συνόλου των ιατρών, έναντι 26 % που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ. Η εξασφάλιση επαρκούς προσφοράς γενικών ιατρών αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την επέκταση του δικτύου των τοπικών μονάδων υγείας (TOMY) και των κέντρων υγείας στο πλαίσιο μιας εκτεταμένης μεταρρύθμισης που ξεκίνησε το 2017 (Myloneros & Sakellariou, 2021). Σκοπός της μεταρρύθμισης είναι να αυξηθεί η πρόσβαση και να ενισχυθούν οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, προαγωγής της υγείας και πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας, με μακροπρόθεσμο στόχο την πρόοδο προς ένα ολοκληρωμένο μοντέλο υγειονομικής περίθαλψης. Ομοίως, ο χαμηλός αριθμός νοσηλευτών ιδίως νοσηλευτών που εργάζονται στην κοινότητα και η αναδιάρθρωσή τους κατά τη διάρκεια της κρίσης λόγω της νόσου COVID-19 επηρέασαν την ανάπτυξη αυτών των δομών ενισχυμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας (ΟΟΣΑ, 2021).

Γράφημα 5: Αναλογία γιατρών και νοσηλευτών ανά κάτοικο



Σημείωση: Ο μέσος όρος της ΕΕ δεν είναι σταθμισμένος. Στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα τα στοιχεία αναφέρονται σε όλους τους ιατρούς με άδεια άσκησης επαγγέλματος, με αποτέλεσμα τη μεγάλη υπερεκτίμηση του αριθμού των ενεργών ιατρών (π.χ. περίπου 30 % στην Πορτογαλία). Για την Ελλάδα ο αριθμός των νοσηλευτών είναι υποεκτιμημένος, καθώς περιλαμβάνει μόνο όσους εργάζονται σε νοσοκομείο.
 Πηγή: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2019 ή το πλησιέστερο έτος).

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021

Η χώρα μας έχει τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών και τον μικρότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους. Η Ελλάδα την περίοδο 2000-2016 παρουσίασε υπερδιπλάσια αύξηση του ιατρικού δυναμικού της, η οποία ανήλθε στο 51% παρά την ιατρική μετανάστευση.

Γράφημα 6: Γιατροί ανά 1000 κατοίκους (2000 και 2016)



Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΟΣΑ, Ετήσια Στοιχεία Εργατικού Δυναμικού.

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2021

Γράφημα 7: Νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους (2000 και 2016)



Πηγή: Εθνικοί Λογαριασμοί ΟΟΣΑ, Ετήσια Στοιχεία Εργατικού Δυναμικού.

Πηγή: ΟΟΣΑ, 2021

Στο γράφημα 7 παρατηρούμε την αναλογία των νοσηλευτών που αντιστοιχούν ανά 1.000 κατοίκους σε 27 ευρωπαϊκές χώρες κατά τα έτη 2000 και 2006. Από το γράφημα παρατηρούμε την δραματική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού ειδικά στις χώρες της Βουλγαρίας και της Ελλάδας. Τα στοιχεία που παρατίθενται στο γράφημα 7 συνηγορούν υπέρ των αποτελεσμάτων της βιβλιογραφίας ειδικότερα για την Ελλάδα τα οποία δείχνουν ότι το μέγεθος της απασχόλησης στην Ελλάδα υστερεί σε σχέση με τα αντίστοιχα μεγέθη σε αναπτυγμένες οικονομίες της Ευρώπης.

Οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, ειδικά στον δημόσιο τομέα, δεν είναι οι πλέον κατάλληλες. Η ανεπαρκής στελέχωση πολλών υπηρεσιών υγείας, λόγω μειωμένων προσλήψεων και πρόωρης συνταξιοδότησης, αλλά και η «γήρανση» όσων συνεχίζουν να υπηρετούν, καθιστούν δυσχερή τη λειτουργία τους. Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία είναι οι μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό. Οι μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτές αντιμετωπίστηκαν μερικώς, ενώ οι συνεχιζόμενες ελλείψεις σε

γιατρούς καθιστούν προβληματική τη λειτουργία πολλών τμημάτων, περιλαμβανομένων και των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Τούντας, 2021).

Η Ελλάδα εφάρμοσε στρατηγικές για την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Οι προγραμματισμένες άδειες ή οι προγραμματισμένες συνταξιοδοτήσεις του υφιστάμενου προσωπικού ανεστάλησαν, κινητοποιήθηκαν συνταξιούχοι ή μη ενεργοί επαγγελματίες του τομέα της υγείας, ώστε να επανεναταχθούν στο ανθρώπινο δυναμικό και στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα προσφέρθηκαν συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου στα δημόσια νοσοκομεία, με πρόσθετα κίνητρα για την προσέλκυση υποψηφίων σε κενές θέσεις. Παράλληλα με μια μαζική διαδικασία νέων προσλήψεων, τα μέτρα αυτά πρόσθεσαν στο σύστημα υγείας περίπου 7.500 νέους υπαλλήλους (ειδικούς ιατρούς συγκεκριμένα στον τομέα της εντατικής θεραπείας, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό) μεταξύ του Μαρτίου του 2020 και του Φεβρουαρίου του 2021. Επιπλέον, από τον Μάρτιο του 2020 περισσότεροι από 10.000 εθελοντές επαγγελματίες του τομέα της υγείας έχουν υποβάλει αίτηση μέσω ψηφιακής πλατφόρμας για την παροχή κλινικής, τεχνικής ή διοικητικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση της πανδημίας (ΟΟΣΑ, 2021).

Αξίζει να αναφερθεί ότι στην περίπτωση της χώρας μας, ενώ υπάρχει υπερπροσφορά γιατρών σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία, η ωτορινολαρυγγολογία, παρατηρείται σημαντική έλλειψη, εκτός από την ειδικότητα της γενικής/οικογενειακής ιατρικής, στις ειδικότητες της ιατρικής της εργασίας και της δημόσιας υγείας-κοινωνικής ιατρικής (όπως πρόσφατα μετονομάστηκε), ενώ δεν υφίστανται άλλες ειδικότητες, όπως της γηριατρικής και της αποκατάστασης. Στην Ελλάδα, η ειδικότητα της γενικής/οικογενειακής ιατρικής αποτελεί κομβικό σημείο αναφοράς για την αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τη δημιουργία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Το 2019 μόνο 3.232 γιατροί είχαν αυτή την ειδικότητα, σαφώς λιγότεροι από τις άλλες βασικές ειδικότητες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ποτέ δεν εφαρμόστηκε με συνέπεια μια πολιτική αύξησης των θέσεων ειδικευομένων για την κάλυψη του αριθμού (Τούντας, 2021).

Γράφημα 8: Αριθμός γιατρών για τις έξι κυριότερες κατηγορίες ειδικοτήτων, την τελευταία
5ετία

	2015	2016	2017	2018	2019
Παθολόγοι	4.417	4.473	4.565	4.617	4.604
Παιδίατροι	3.466	3.569	3.672	3.688	3.719
Ιατρ.Βιοπαθολόγοι (Μικροβιολόγοι)	3.342	3.403	3.483	3.543	3.493
Γενικής Ιατρικής	2.760	2.888	3.054	3.134	3.232
Μαιευτήρες- Γυναικολόγοι	2.940	2.980	3.041	3.047	3.067
Καρδιολόγοι	3.205	3.337	3.451	3.493	3.508
Σύνολο	20.130	20.650	21.266	21.522	21.623

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ,2021

3.3 Τεχνολογία στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας

Για δεκαετίες η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υποστηρίζει το όραμα του e-Health με επίκεντρο τον πολίτη, και την παροχή φροντίδας από τα συστήματα υγείας σε όλα τα στάδια πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση. Μέσω του e-Health οι πολίτες αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη δική τους υγεία, για τη λήψη πληροφοριών για θέματα υγείας, και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με την προσωπική υγεία, ζητήματα από την πρόληψη έως τη φροντίδα και την παρακολούθηση μέσω της σωστής χρήσης των τεχνολογιών της πληροφορικής και των επικοινωνιών (ΤΠΕ). Αυτό συνεπάγεται ουσιαστικά τη δημιουργία δικτύων πληροφοριών υγείας, που συνδέουν νοσοκομεία, εργαστήρια, φαρμακεία, πρωτοβάθμια περίθαλψη, κοινωνικά κέντρα με τα σπίτια των ανθρώπων. Ο ρόλος των προσωπικών συστημάτων διαχείρισης της υγείας ή αλλιώς the role of personal health management systems (PHMSs) όπως ονομάζεται είναι η δημιουργία της σύνδεσης μεταξύ των ατόμων και των εν λόγω δικτύων πληροφοριών υγείας. Τα PHMS επιτρέπουν τη συνεχή παρακολούθηση διαφόρων βιο-σημάτων και δίνουν τη δυνατότητα στους πολίτες να έχουν μεγαλύτερο ρόλο στη διαχείριση της δικής τους κατάστασης υγείας. Μπορούν επίσης να

βελτιστοποιήσουν την επικοινωνία και τη διεπαφή μεταξύ ασθενών και γιατρών. Τα οφέλη περιλαμβάνουν όχι μόνο τη διευκόλυνση της έγκαιρης παροχής υπηρεσιών τηλειατρικής στο σημείο ανάγκης αλλά και καλύτερα ενημερωμένοι και πιο υπεύθυνοι ασθενείς. Στις ανεπτυγμένες χώρες που ο κόσμος ξοδεύει ήδη ένα σημαντικό ποσό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος τους για την υγειονομική περίθαλψη τα PHMS μπορούν να εξισορροπήσουν αυτά τα αυξανόμενα κόστη επιτρέποντας την έγκαιρη διάγνωση και την πιο οικονομική παρακολούθηση και διαβούλευση με τον ασθενή πέρα από το συνηθισμένο νοσοκομειακό περιβάλλον

Υπάρχουν τα φορητά συστήματα ηλεκτρονικής υγείας όπου με μη επεμβατικό τρόπο παρακολουθούν τις φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος όπως τη μέτρηση των ζωτικών σημείων του σώματος τον αναπνευστικό ρυθμό, το καρδιακό ρυθμό, τη θερμοκρασία και το οξύγονο του αίματος όπως και τον κορεσμό. Όλη αυτή η συλλογή πληροφοριών μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη αναγνώριση ή πρόληψη ασθενειών όπως η καρδιαγγειακή ή αναπνευστική νόσος, καθώς τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου παγκοσμίως, η πλειοψηφία των φορητών συστημάτων ηλεκτρονικής υγείας έχουν στοχεύσει αυτές τις ασθένειες (Gatzoulis & Iakovidis, 2007).

Τα εργαλεία ηλεκτρονικής υγείας (e-health tools) έχουν τεράστιες δυνατότητες να ενθαρρύνουν την υιοθεσία υγιεινών συμπεριφορών από τους καταναλωτές για την προώθηση της πρόληψης ασθενειών, την προαγωγή της υγείας και την έγκαιρη διάγνωση. Βασικοί παράγοντες συμπεριφοράς όπως προβληματικές επιλογές τρόπου ζωής σχετικά με τη διατροφή, την άσκηση, χρήση αλκοόλ, χρήση καπνού, χρήση ναρκωτικών, σεξουαλικές πρακτικές και έκθεση στους περιβαλλοντικούς κινδύνους είναι βασικές αιτίες παγκοσμίως για τη δημιουργία προβλημάτων υγείας συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας, των τραυματισμών, του διαβήτη, της καρδιάς του αλκοολισμού, των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων και του καρκίνου (Kreps & Neuhauser, 2010).

Η ηλεκτρονική υγεία (e-health) είναι ένας αναδυόμενος τομέας της ιατρικής πληροφορικής, της δημόσιας υγείας και των επιχειρήσεων, και αναφέρεται στις υπηρεσίες υγείας και πληροφορίες που παρέχονται ή βελτιώνονται μέσω του διαδικτύου και άλλων συναφών τεχνολογιών. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) με το πρόγραμμα eHealth for Health Care Delivery (eHCD) προσπαθεί να επιτύχει την παροχή στοχοθετημένης πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε ορισμένες χώρες στην περιοχή Ασίας-Ειρηνικού. Μερικές από αυτές τις χώρες έχουν υποκινήσει την τηλειατρική ως μέσο για την παροχή υγείας και φροντίδας στις αγροτικές κοινότητες, ενώ κάποιες άλλες έχουν προσπαθήσει να βελτιώσει την ασφάλεια του ασθενούς και τη φροντίδα μέσω της χρήσης ηλεκτρονικών αρχείων υγείας (HMY). Ενώ

υπήρξε μεγάλο ενδιαφέρον για την ηλεκτρονική υγεία, τα ποσοστά αποδοχής δεν ήταν αρκετά υψηλά. Το χαμηλό ποσοστό υιοθεσίας θα μπορούσε να αποδίδεται σε δύο παράγοντες μακροεπίπεδου (π.χ. υποστηρικτικές πολιτικές) και φραγμούς μικροεπίπεδου από την άποψη των παρόχων φροντίδας (π.χ. η αντίληψη των γιατρών για την τεχνολογία ,πολυπλοκότητα). Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας αντιπροσωπεύει ανατρεπτικές αλλαγές στον εργασιακό χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Η αλλαγή που γίνεται δεν προκύπτει απλώς από την εισαγωγή της υποδομής Τεχνολογίας Πληροφορικής Επικοινωνίας (ΤΠΕ) αλλά μπορεί επίσης να απαιτήσει αναδιαμόρφωση του σχεδίου εργασίας με τους διασυνδεδεμένους επαγγελματίες υγείας για αποτελεσματική και αποδοτική ενσωμάτωση της τεχνολογίας (Li κ.ά., 2013).

Ένα ακόμη όφελος της ραγδαίας αύξησης της τεχνολογίας που επιδρά στα συστήματα υγείας είναι η αυτοματοποίηση επαναλαμβανόμενων διεργασιών διαδικασιών εντάσεως εργασίας χαμηλής προστιθέμενης αξίας του ανθρώπινου παράγοντα, με χρήση μεθόδων εντάσεως τεχνολογίας (π.χ. καταχώρηση τιμολογίων, παραστατικών νοσηλείας) με τη χρήση καινοτόμων τεχνολογιών αιχμής (π.χ. Robotic Process Automation) (Διανέοσις,2020).

Ακόμη, μέσω του Virtual ΚΕΠ οι πολίτες μπορούν τις μη εργάσιμες ώρες και ημέρες να διεκπεραιώνουν αιτήματα των πολιτών όπως να κλείσουν ηλεκτρονικά κάποιο ραντεβού, να λαμβανόμενουν κάποιες τυποποιημένες πληροφορίες όπως το ποιος γιατρός χειρουργεί και σε πιο νοσοκομείο. Η εφαρμογή του Virtual ΚΕΠ μειώνει σημαντικά σταθερά κόστη όπως αυτό της υποδοχής, και άλλων γραφειοκρατικών διαδικασιών (Διανέοσις, 2020).

Τα νοσηλευτικά ιδρύματα καλούνται καθημερινά να διαχειριστούν ένα τεράστιο όγκο ιατρικών πληροφοριών, για παράδειγμα το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Χαϊδελβέργης στη Γερμανία διαθέτει 1.700 κλίνες νοσηλείας και δημιουργεί κάθε χρόνο περίπου 400.000 νέους ιατρικούς φακέλους που αντιστοιχούν σε 6,3 εκατομμύρια σελίδες και καταλαμβάνουν 1,7 χιλιόμετρα αποθηκευτικού χώρου. Επιπλέον, οι γιατροί παράγουν κάθε χρόνο πάνω από 250.000 γνωματεύσεις και 20.000 αναφορές λογοδοσίας, ενώ κατά τα λοιπά νοσηλευτικά τμήματα παράγουν ετησίως περίπου ένα εκατομμύριο αναφορές. Καθώς, ο όγκος των πληροφοριών στα νοσηλευτικά ιδρύματα αυξάνεται ταυτόχρονα αυξάνονται τα προβλήματα και οι επιπτώσεις που δημιουργούνται αναπόφευκτα από τις έντυπες μεθόδους συλλογής και διαχείρισης πληροφοριών (Reinhart, 1998).

Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine ,IOM), έκανε μια πολυαναμενόμενη μελέτη το 1999 σε ιατρικά λάθη. Διαπίστωσε ότι «ιατρικά λάθη σκοτώνουν περισσότερους από 44.000 ανθρώπους στις ΗΠΑ σε νοσοκομεία κάθε χρόνο. Πολλά ιατρικά λάθη συμβαίνουν εξαιτίας της έλλειψης επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και ιατρικού προσωπικού. Για παράδειγμα ένα

επεισόδιο αναφυλακτικού σοκ ή και θανάτου θα μπορούσε να αποφευχθεί με τη χορήγηση ενός αντιβιοτικού που είναι γνωστό αλλεργιογόνο στον ασθενή. Ωστόσο, το ιατρικό προσωπικό δεν θα ήταν σε θέση να το γνωρίζει εάν δεν έρθει σε επικοινωνία με τον ασθενή, εκτός αν υπάρχει πρόσβαση ηλεκτρονικά στο φάκελο υγείας του ασθενή. Τα ανθρώπινα λάθη περιλαμβάνουν τη λανθασμένη διάγνωση ενός ασθενούς μη λαμβάνοντας υπόψη όλα τα συμπτώματα, ιστορικό και εργαστηριακά αποτελέσματα. Κανένας φροντιστής δεν μπορεί να θυμηθεί όλες τις πληροφορίες για όλους τους ασθενείς τους. Ούτε και οι ασθενείς είναι δυνατόν να αναφέρουν όλα τα προβλήματά τους και το ιστορικό τους σε κάθε γιατρό κάθε φορά. Η ανάγκη είναι να διατίθενται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες σε προσβάσιμο μέρος ανά πάσα στιγμή (Edwards & Moczygemba, 2004).

Παρά την πρόοδο που σημειώθηκε την τελευταία δεκαετία, συμπεριλαμβανομένης της επιτυχούς εφαρμογής ενός συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε εθνικό επίπεδο, οι πληροφορίες για την υγεία και η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα συγκαταλέγονται μεταξύ των λιγότερο ανεπτυγμένων στις χώρες της ΕΕ (European Commission, 2020c). Αναγνωρίζοντας τις πολύπλευρες προκλήσεις, η κυβέρνηση δρομολόγησε μια πολιτική ψηφιακού μετασχηματισμού για τον δημόσιο τομέα στο σύνολό του, στο πλαίσιο της οποίας οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν βασικό τομέα στοχευμένων επενδύσεων. Δημιουργήθηκε νέο Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης, το οποίο θα συντονίζει τα κυβερνητικά μέτρα και θα υλοποιεί σημαντικά προγράμματα τεχνολογίας πληροφοριών. Το υπουργείο εγκαινίασε μια νέα κυβερνητική πύλη, η οποία παρέχει περισσότερες από 500 δημόσιες ηλεκτρονικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων πλατφορμών για την πρόσβαση σε ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία, το κλείσιμο ηλεκτρονικών ραντεβού και την εγγραφή σε οικογενειακό γιατρό. Στήριξη για τις εθνικές στρατηγικές ψηφιοποίησης θα είναι επίσης διαθέσιμη μέσω του ευρωπαϊκού χώρου δεδομένων (European Commission, 2021b), ο οποίος δημιουργήθηκε πρόσφατα και έχει σχεδιαστεί για να προωθήσει την καλύτερη ανταλλαγή και πρόσβαση σε διάφορους τύπους δεδομένων υγείας (ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, δεδομένα γονιδιωματικής, δεδομένα από μητρώα ασθενών) και για να υποστηρίξει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και την έρευνα και τη χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας (ΟΟΣΑ, 2021).

Επιπρόσθετα, το Υπουργείο Υγείας χρησιμοποιώντας τις δυνατότητες της τεχνολογίας βελτιώνει τις υφιστάμενες υπηρεσίες της επιχειρηματικής ευφυΐας με σκοπό την επεξεργασία και αξιοποίηση των δεδομένων ηλεκτρονικής υγείας, ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας με στόχο τον εντοπισμό σε πραγματικό χρόνο της απάτης από κατευθυνόμενη συνταγογράφηση, ή υπερσυνταγογράφηση. Επιπλέον,

διευκολύνεται ο εντοπισμός περιστατικών με συγκεκριμένο νόσημα σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές με σκοπό την διενέργεια προληπτικής ιατρικής στη συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Διανέοσις,2020).

3.1.1 Ο θεσμός του προσωπικού γιατρού

Πολλές είναι οι φορές που οι πολίτες απασχολούν το δημόσιο σύστημα υγείας για προβλήματα άλλοτε απλά και άλλοτε πιο περίπλοκα. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό είναι η έλλειψη προσωπικών γιατρών, όπου θα είναι υπεύθυνοι για την συνταγογράφηση φαρμάκων, την παραπομπή για εξετάσεις, την πρόληψη ακόμη και τη συμβουλευτική για νοσηλεία εάν κρίνεται απαραίτητο. Ο προσωπικός ιατρός, αντιπροσωπεύει το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το δημόσιο σύστημα υγείας, λειτουργώντας ως «πύλη εισόδου» για την πρόσβαση των εγγεγραμμένων πολιτών στις δομές και στις υπηρεσίες υγείας. Ο προσωπικός ιατρός παραπέμπει τον λήπτη υπηρεσιών υγείας στους ιατρούς ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας, τις δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ παρόχους υπηρεσιών υγείας. Ο προσωπικός γιατρός έχει την ειδικότητα γενικής/οικογενειακής ιατρικής ή εσωτερικής παθολογίας. Επιπλέον ο προσωπικός γιατρός παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου και την προαγωγή της υγείας (Ν.3010/2022).

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού έχει μεγάλη σημασία στην εκπλήρωση της λειτουργικής αποστολής της ΠΦΥ, καθώς μέσα από το σύστημα των παραπομπών, λειτουργεί ως «φύλακας» (gatekeeper), αποκαθιστώντας έτσι την οργανική συνέχεια στην παροχή της περίθαλψης και επιτυγχάνοντας τον περιορισμό των άσκοπων ή πλασματικών επισκέψεων/εισαγωγών στο νοσοκομείο (Μωραΐτης, 2002).

Σύμφωνα, με τον Ν.4931/2022 οι υπηρεσίες των προσωπικών ιατρών παρέχονται εντός των δημοσίων μονάδων Π.Φ.Υ. των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ., των ιδιωτικών ιατρείων και κατ' οίκον και περιλαμβάνουν:

α) Τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης, καθώς και τον συντονισμό και τη διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του Τοπικού Δικτύου κατά περίπτωση, καθώς και με τα Νοσοκομεία Αναφοράς.

β) Την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών μέσα στο σύστημα υγείας.

γ) Την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και την εφαρμογή και παρακολούθηση των προγραμμάτων εμβολιασμού.

δ) Την παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς ιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης, καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών και προσυμπτωματικών ελέγχων, όπως ορίζουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα, τα οποία ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας στη βάση των διεθνών προτύπων.

ε) Την επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο του προσωπικού ιατρού, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και τον συντονισμό της φροντίδας.

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, υπό καθεστώς υγιούς εφαρμογής του, λειτουργεί πανοραμικά στην αντιμετώπιση του ασθενή προσδίδοντάς του οφέλη τόσο ως προς την ποιοτικότερη αντιμετώπιση της υγείας του όσο και ως προς την κοινωνική και εξατομικευμένη ανθρώπινη υπόστασή του. Ενδεικτικά οφέλη που ανακύπτουν από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού είναι η ολιστική διαχείριση της υγείας του ασθενή, δηλαδή η εκμετάλλευση του ιατρικού φακέλου του ασθενή για τον έγκυρο εντοπισμό των αιτιών οιασδήποτε ασθένειας, και τη συρρίκνωση των ιατρικών λαθών, η ενίσχυση των δικαιωμάτων του ασθενή, το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού. Και άλλα οφέλη όπως η ενδυνάμωση στη προσβασιμότητα στην ΠΦΥ με την επαύξηση της διαθεσιμότητας των οικογενειακών ιατρών σε 24ωρη βάση. Επιπλέον, τα οφέλη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού δεν αφορούν μόνο τον πολίτη αλλά και την πολιτεία. Αναλυτικότερα, γίνεται λελογισμένη χρήση κατανομής των οικονομικών πόρων μέσω της πρόληψης και της απομείωσης των παραπομπών σε υψηλότερα επίπεδα περίθαλψης. Ενισχύεται η συγκράτηση ασθενών που εκφράζουν υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα τα οποία δεν συνηγορούν σε παραπέρα προώθηση ιατρικών, εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων και συνεπώς συντελείται περιστολή της ανάπτυξης ισχυρών εξωτερικών οικονομιών κλίμακας. Συγκεκριμένα, χώρες που εφαρμόζουν το θεσμό του οικογενειακού ιατρού έχουν συρρικνώσει τον αριθμό των επισκέψεων σε ειδικούς ιατρούς, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο με 1,2 επισκέψεις ετησίως, τη Δανία με 0,6, εν συγκρίσει με την Ελλάδα που αριθμεί 5 επισκέψεις (Αθανάσιος, 2018). Στη Μεγάλη Βρετανία έχει αφομοιωθεί στη συνείδηση της κοινωνίας ότι η βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών διέρχεται μέσω του οικογενειακού γιατρού. Ο οικογενειακός γιατρός στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί

το καλύτερα οργανωμένο τμήμα του συστήματος και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την υψηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των βρετανικών υπηρεσιών υγείας. Περισσότερο από το 99% του πληθυσμού της χώρας είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα των Γενικών Γιατρών, οι οποίοι παρέχουν 24ωρη πρόσβαση σε ένα εύρος προληπτικών, διαγνωστικών, και θεραπευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (Boyle,2011).

3.1.2 Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ)

Κάθε πολίτης έχει πλέον τον δικό του ηλεκτρονικό φάκελο υγείας ο οποίος περιλαμβάνει αναλυτικό ιστορικό υγείας, στοιχεία φαρμακευτικής αγωγής, εξετάσεις στις οποίες έχει υποβληθεί και αποτελέσματα αυτών, αλλά και τα εμβόλια στα οποία έχει υποβληθεί.

Ο κύριος σκοπός του ΑΗΦΥ είναι η προάσπιση, η προστασία και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών δημόσιας υγείας, στη διασφάλιση της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, στη διασφάλιση των πόρων που διατίθενται για την υγειονομική περίθαλψη, τον έλεγχο των δαπανών και την αποτελεσματική χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς επίσης και στη ρύθμιση της λειτουργίας και στην άσκηση εποπτείας στους φορείς υγειονομικής φροντίδας του ιδιωτικού τομέα (Ν.4600/2019).

Ο Α.Η.Φ.Υ. ενεργοποιείται από τον οικογενειακό ιατρό, στον οποίο ο λήπτης υπηρεσιών υγείας είναι εγγεγραμμένος, διαφορετικά από οποιονδήποτε άλλο ιατρό, ειδικότητας γενικής ιατρικής, παθολογίας ή παιδιατρικής, πιστοποιημένο και εξουσιοδοτημένο από το σύστημα αρχειοθέτησης του Α.Η.Φ.Υ. (Ν.4600/2019).

Οι ασθενείς, κατά τη διάρκεια της ζωής τους έρχονται σε επαφή με διάφορα τμήματα και επίπεδα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Όταν ένας ασθενής μεταφέρεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη δευτεροβάθμια ή και αντιστρόφως, είναι πολύ σημαντικό η φαρμακευτική αγωγή του να αναφερθεί έγκαιρα και με ακρίβεια, διασφαλίζοντας έτσι τη συνέχεια της φροντίδας υγείας του. Η καθυστερημένη ή ανακριβής επικοινωνία μεταξύ των δομών υγείας, σχετικά με την φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να λαμβάνει ο ασθενής κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο θέτοντας σε κίνδυνο την ποιότητα περίθαλψης και επηρεάζοντας δυσμενώς τη φροντίδα υγείας των ασθενών. Προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης και να ενισχυθεί η επικοινωνία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, καθιερώθηκε σύμφωνα με το άρθρο 21 του Ν. 4486/2017 (ΦΕΚ 115Α/2017), ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.), ο οποίος περιέχει δεδομένα και εκτιμήσεις σχετικά με την κλινική εξέλιξη του

ασθενή, διασφαλίζοντας την ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των δομών υγείας και επιδιώκοντας μμεταξύ άλλων την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης, μέσω της ηλεκτρονικής διασύνδεσης (Γκρίτσου κ.ά., 2019).

Σοβαρές επιπτώσεις στην ασφάλεια τους, λόγω της ελλιπούς επικοινωνίας μεταξύ των συστημάτων υγείας, διατρέχουν οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (Wagner et al., 1996). Για την κάλυψη των αναγκών τους, θα πρέπει να υπάρχει ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης καλά οργανωμένο, που να δίνει έμφαση στη συστηματική παρακολούθηση και συνεχή αξιολόγηση από μια επιστημονική ομάδα υγείας με ισχυρή βάση πληροφοριών, καλό συντονισμό και αποτελεσματική επικοινωνία από όλα τα μέλη της ομάδας, καθώς και βελτίωση της εκπαίδευσης των ασθενών και μεγαλύτερη διαθεσιμότητα πληροφοριών (Wagner et al., 1996, Ose et al., 2017, Brown et al., 2018). Η έλλειψη διασύνδεσης της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των δομών υγείας, οδηγεί στην κατακερματισμένη περίθαλψη, όπου χάνονται, παραλείπονται και αγνοούνται πληροφορίες σχετικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του ασθενή.

Σε μια προσπάθεια για τον καθορισμό βέλτιστων πρακτικών, οι οποίες στοχεύουν στη διατήρηση και συνέχεια της ιατρικής φροντίδας των ασθενών, η χρήση του Α.Η.Φ.Υ. είναι μια πρωτοποριακή ιδέα για τη διασφάλιση της επικοινωνίας μεταξύ των δομών υγείας και θα πρέπει να αποτελεί κορυφαία προτεραιότητα. Η συγκέντρωση και η διαθεσιμότητα των κλινικών πληροφοριών που αφορούν τους ασθενείς σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, είναι μια καινοτομία για τους επαγγελματίες υγείας και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και αποτελεί ισχυρό κίνητρο για την εξέλιξη της ηλεκτρονικής διασύνδεσης.

Με την καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας θεωρείται ότι θα καταστεί εφικτή η αξιοποίηση ιατρικών πληροφοριών τόσο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών, όσο και για την πληρέστερη και ακριβέστερη αποτύπωση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού σε τοπικό, περιφερειακό ή εθνικό επίπεδο (Καλοκαιρινού, 2016).

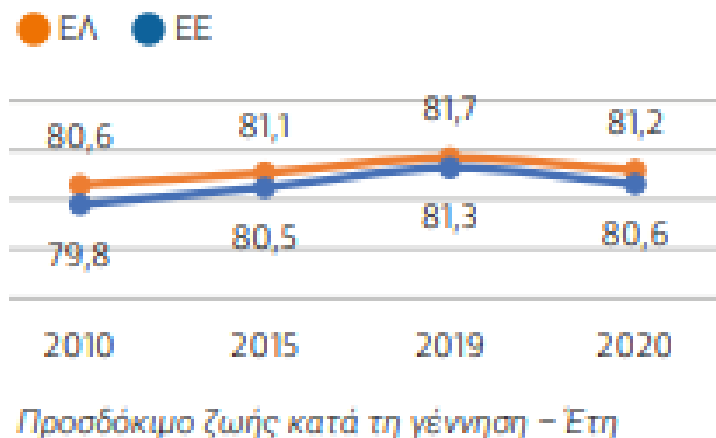
Από την εφαρμογή του συγκεκριμένου μέτρου αναμένεται μείωση των δεικτών θνησιμότητας από νοσήματα με σαφή κληρονομικό υπόβαθρο αλλά και από νοσήματα που εντάσσονται σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (Σαράφης, 2014).

3.4 Το δημογραφικό ως πρόκληση του συστήματος υγείας

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα το 2020 ήταν κατά μισό περίπου έτος υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, παρόλο που μειώθηκε προσωρινά κατά έξι μήνες μεταξύ του 2019 και του

2020 εξαιτίας των θανάτων λόγω της νόσου COVID-19. Οι κύριες αιτίες θανάτου το 2018 ήταν η ισχαιμική καρδιοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος του πνεύμονα. Πριν από την πανδημία, μεγάλο μέρος του πληθυσμού αντιλαμβανόταν ως καλή την κατάσταση της υγείας του, αλλά οι Έλληνες ενήλικοι ανέφεραν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία σε σύγκριση τον μέσο όρο της ΕΕ (ΟΟΣΑ,2021).

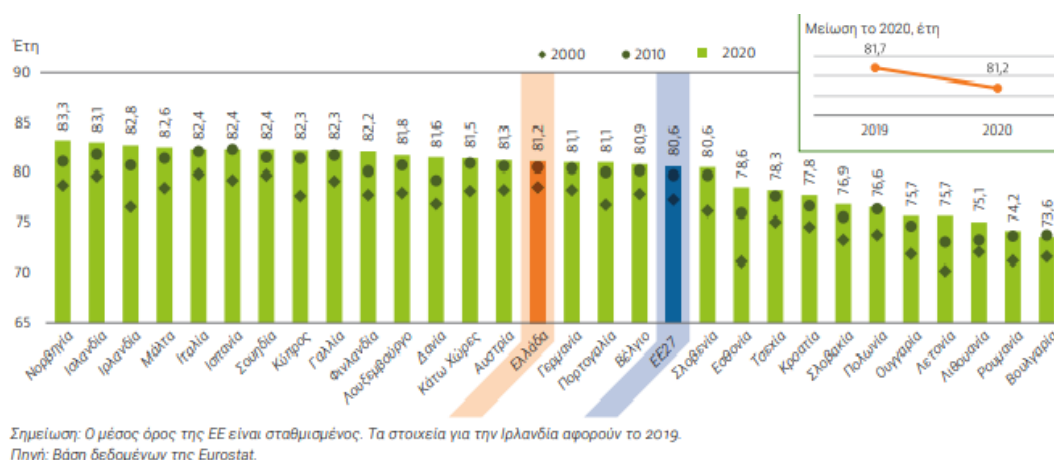
Γράφημα 9: Προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα και στην ΕΕ



Πηγή: ΟΟΣΑ,2021

Το 2020 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα αντιστοιχούσε σε 81,2 έτη και ήταν ελαφρώς υψηλότερο από τον μέσο όρο για το σύνολο της ΕΕ (80,6), αλλά χαμηλότερο σε σύγκριση με τις περισσότερες χώρες της νότιας και δυτικής Ευρώπης. Όπως σε πολλές άλλες χώρες της ΕΕ, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα επιβραδύνθηκε σημαντικά μεταξύ του 2010 και του 2019, αντιστοιχώντας σε μόλις ένα έτος περίπου σε σύγκριση με περίπου δύο έτη την προηγούμενη δεκαετία. Η στασιμότητα συνδέεται εν μέρει με την περιορισμένη πρόοδο όσον αφορά τη μείωση των ισχαιμικών καρδιοπαθειών και του καρκίνου του πνεύμονα καθώς και με την αυξημένη θνησιμότητα λόγω διαβήτη στους ηλικιωμένους (ΟΟΣΑ,2021).

Γράφημα 10: Προσδόκιμο ζωής για έτη 2000, 2010 και 2020



Πηγή: ΟΟΣΑ, 2021

Από το 1970 ως το 2025 η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων εκτιμάται να φθάσει το 223%, ενώ περίπου το 80% αυτού του πληθυσμού φαίνεται να κατοικεί στις αναπτυγμένες χώρες. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι Ευρωπαίοι άνω των 65 ετών θα διπλασιασθούν περίπου σε αριθμό την επόμενη πενήκονταετία, φθάνοντας το 2060 τα 151 εκατομμύρια από 85 που αριθμούσαν το 2008. Αυτό αποτελεί μέγιστη πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, καθώς συμβαδίζει με αύξηση των δαπανών για υγειονομική κάλυψη και παροχή συντάξεων (Πάσχος, 2016).

Τα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να αναβαθμισθούν, να συντονιστούν και να στηριχθούν οικονομικά. Ακολουθώντας τις αρχές της γηριατρικής πρέπει να επιδιωχθεί η πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, των οποίων η θεραπευτική είναι δύσκολη, μακροχρόνια και οικονομικά επιζήμια. Η πρόληψη μπορεί να είναι πρωτογενής (αποφυγή καπνίσματος, υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση), δευτερογενής (προγράμματα μαστογραφίας για πρόωμη διάγνωση καρκίνου του μαστού, κολonosκόπηση για πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του εντέρου κ.ά.) ή τριτογενής (αποφυγή ανάπτυξης κατακλίσεων σε χρόνια νοσηλεύομενους). Οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες πρέπει να ενισχυθούν για να αποφεύγεται η επιβάρυνση δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων ιατρικών κέντρων που έχουν μεγάλο φόρτο εργασίας και υψηλό κόστος λειτουργίας. Νοσηλεία στο σπίτι, βοήθεια σε περιπάτους, επίβλεψη φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να γίνει από «ανεπίσημους φροντιστές υγείας» (π.χ. εθελοντές, συγγενείς, κ.ά.), ώστε να αποφεύγεται η συχνή επίσκεψη σε επίσημες υγειονομικές δομές (Πάσχος, 2016).

Έχει μελετηθεί ότι περίπου το 40 % όλων των θανάτων στην Ελλάδα το 2019 μπορούν να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου, ποσοστό το οποίο είναι παρόμοιο με

τον μέσο όρο της ΕΕ. Περίπου 22 % όλων των θανάτων το 2019 οφείλονταν στο κάπνισμα (τόσο το ενεργητικό όσο και το παθητικό), ποσοστό το οποίο είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Εκτιμάται ότι οι διατροφικοί κίνδυνοι (συμπεριλαμβανομένης της χαμηλής πρόσληψης φρούτων και λαχανικών, καθώς και της υψηλής κατανάλωσης ζάχαρης και αλατιού) ευθύνονται για το 15 % περίπου του συνόλου των θανάτων στην Ελλάδα, ποσοστό το οποίο είναι ελαφρώς χαμηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (17 %). Ειδικότερα, η ατμοσφαιρική ρύπανση με τη μορφή της έκθεσης σε λεπτά αιωρούμενα σωματίδια και στο όζον ευθυνόταν από μόνη της για το 5 % περίπου του συνόλου των θανάτων το 2019. Περίπου 3 % του συνόλου των θανάτων μπορεί να αποδοθεί στην κατανάλωση αλκοόλ, ενώ το 2 % περίπου σχετίζεται με τη χαμηλή σωματική δραστηριότητα (ΟΟΣΑ, 2021).

Γράφημα 11: Σημαντικοί παράγοντες θνησιμότητας



Σημείωση: Ο συνολικός αριθμός θανάτων που συνδέονται με αυτούς τους παράγοντες κινδύνου είναι μικρότερος από το άθροισμα των θανάτων από κάθε επιμέρους παράγοντα σε μεμονωμένη βάση, επειδή ο ίδιος θάνατος μπορεί να αποδοθεί σε περισσότερους του ενός παράγοντες κινδύνου. Στους διατροφικούς κινδύνους περιλαμβάνονται 14 συνιστώσες, όπως η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η υψηλή κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών. Η ατμοσφαιρική ρύπανση αφορά την έκθεση σε ΑΣ2,5 και στο όζον.
 Πηγές: IHME (2020), Global Health Data Exchange (οι εκτιμήσεις αναφέρονται στο 2019).

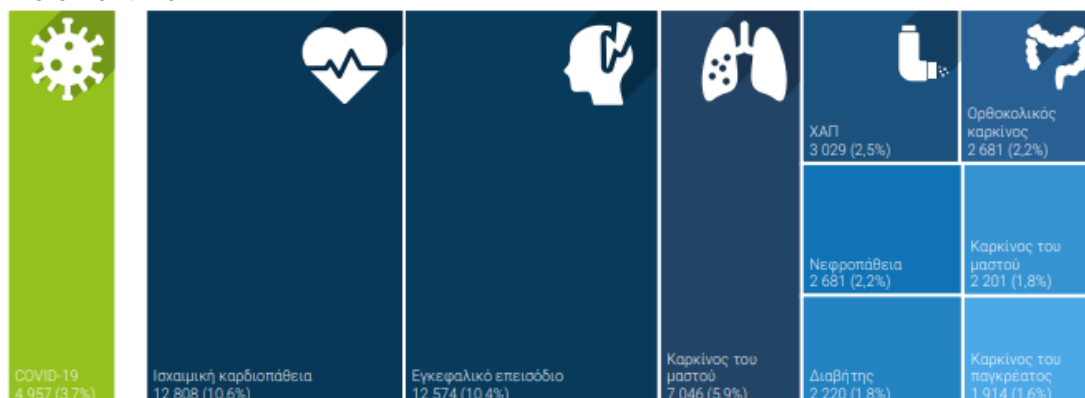
Πηγή: IHME, 2020

Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ασθενούν στη μεγάλη πλειοψηφία τους από χρόνιες μη μεταδοτικές νόσους. Από την ηλικία των 45 περίπου αρχίζει μια μετατόπιση της νοσηρότητας από τις μεταδοτικές νόσους και τα ατυχήματα προς χρονιότερες καταστάσεις, και το φαινόμενο φτάνει στην κορύφωσή του στο άνω των 65 τμήμα του πληθυσμού. Το 85% των ηλικιωμένων πάσχει από μια χρόνια νόσο, ενώ το 30% πάσχει από τρεις ή περισσότερες παθήσεις. Οι καρδιαγγειακές νόσοι (στεφανιαία νόσος, βαλβιδοπάθειες, ανευρύσματα, περιφερική αγγειοπάθεια κ.ά.), τα κακοήθη νεοπλασμάτα (συχνότερα του πνεύμονα, του μαστού, παχέος εντέρου και προστάτη) και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια αποτελούν κατά σειρά συχνότητας τις τρεις κύριες αιτίες θανάτου για τα τρία τέταρτα των ατόμων άνω των 65 (Πάσχος, 2016). Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία που έχει δημοσιεύσει η

ΕΛΣΤΑΤ τα κύρια αίτια θανάτου για άτομα άνω των 65 ετών τα τελευταία έξι έτη (2014-2019) είναι σταθερά στις πρώτες θέσεις της λίστας που έχει δημοσιευτεί τα καρδιακά νοσήματα, τα εγκεφαλικά, τα νεοπλάσματα και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Πιο συγκεκριμένα, οι κυριότερες αιτίες θανάτου το 2019 ήταν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος με 44.234 θανάτους. Ακολουθούν οι θάνατοι από νεοπλάσματα που ανήλθαν σε 30.637 ενώ σε 13.591 ανήλθαν οι θάνατοι που οφείλονται σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος (ΕΛΣΤΑΤ,2022).

Το 2018 οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος ευθύνονταν για περισσότερους από έναν στους τρεις θανάτους στην Ελλάδα, ακολουθούμενες από τον καρκίνο (περίπου ένας στους τέσσερις). Όσον αφορά πιο συγκεκριμένα τις παθήσεις, η ισχαιμική καρδιοπάθεια ήταν η κύρια αιτία θνησιμότητας το 2018 (αντιστοιχούσε στο 11 % περίπου όλων των θανάτων), ενώ πολύ κοντά ακολουθούσε το εγκεφαλικό επεισόδιο (10 %). Ο καρκίνος του πνεύμονα αντιστοιχούσε στο 6 % όλων των θανάτων και παρέμεινε η συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο . Το 2020 η νόσος COVID-19 ευθυνόταν για περίπου 5 000 θανάτους στην Ελλάδα (4 % του συνόλου των θανάτων). Έως το τέλος Αυγούστου του 2021 καταγράφηκαν 8.680 επιπλέον θάνατοι. . Η συντριπτική πλειονότητα των θανάτων αφορούσαν άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Το σωρευτικό ποσοστό θνησιμότητας από τη νόσο COVID-19 έως το τέλος Αυγούστου του 2021 ήταν περίπου 20 % χαμηλότερο στην Ελλάδα από τον μέσο όρο σε όλες τις χώρες της ΕΕ (1.270 ανά εκατομμύριο πληθυσμού σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ που είναι περίπου 1.590). Ωστόσο, ο ευρύτερος δείκτης της υπερβάλλουσας θνησιμότητας, ο οποίος ορίζεται ως θάνατοι από όλες τις αιτίες σε επίπεδα πάνω από τα αναμενόμενα με βάση προηγούμενα έτη, υποδηλώνει ότι ο αριθμός θανάτων που σχετίζονται με τη νόσο COVID-19 θα μπορούσε να είναι υψηλότερος. Ο αριθμός υπερβαλλόντων θανάτων μεταξύ Μαρτίου και Δεκεμβρίου 2020 (περίπου 8 500) ήταν κατά 70 % υψηλότερος από τους θανάτους λόγω της νόσου COVID-19, ενώ περισσότεροι από τους μισούς υπερβάλλοντες θανάτους σημειώθηκαν κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος της πανδημίας το φθινόπωρο και τον χειμώνα του 2020 (ΟΟΣΑ, 2021).

Γράφημα 12: Οι κυριότερες αιτίες θνησιμότητας στην Ελλάδα



Σημείωση: Ο αριθμός και το ποσοστό των θανάτων λόγω της νόσου COVID-19 αφορούν το 2020, ενώ ο αριθμός και το ποσοστό θανάτων από άλλες αιτίες αφορούν το 2018. Το μέγεθος του πλαισίου για τη νόσο COVID-19 είναι ανάλογο προς το μέγεθος των πλαισίων για τις άλλες κύριες αιτίες θανάτου το 2018. Πηγές: Eurostat (για αιτίες θανάτου το 2018)· ECDC (για θανάτους από τη νόσο COVID-19 το 2020, έως την εβδομάδα 53).

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018

Τέλος, η γήρανση του πληθυσμού αποτέλεσε το συνεχώς αυξανόμενο προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί μέγιστο επίτευγμα, αλλά και πρόκληση για τις σύγχρονες προηγμένες κοινωνίες. Ιδιαίτερα, προβληματίζει η προοπτική της αυξημένης ζήτησης ακριβών υπηρεσιών υγείας και παροχής συντάξεων σε πλήθος ανενεργών ηλικιωμένων πολιτών. Έτσι προβάλλονται απόψεις, μελέτες και πολιτικές ώστε οι ηλικιωμένοι πρέπει να παραμένουν δραστήριοι και υγιείς κατά το δυνατόν περισσότερο, χωρίς να αποτελούν πρόβλημα και βάρος, αλλά να αναδειχθούν σε μια πολύτιμη ηλικιακή ομάδα (Πάσχος, 2016).

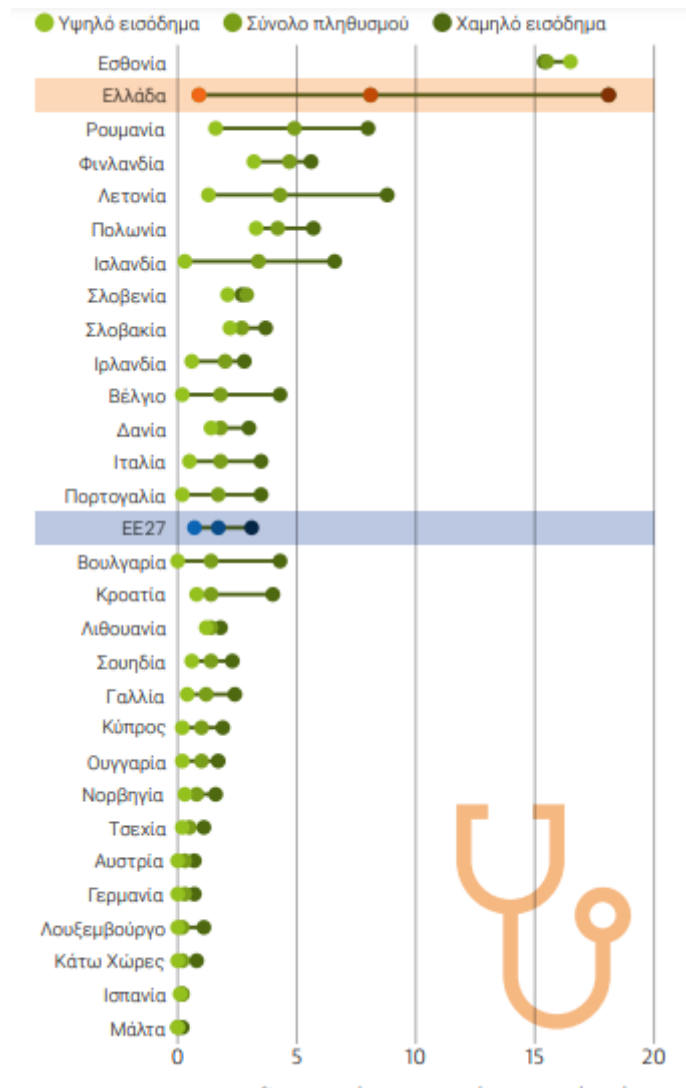
3.5 Ικανοποίηση των υπηρεσιών υγείας

Έρευνες στις κοινότητες και σε μεγάλες ομάδες ασθενών έχουν δείξει σταθερά ότι η ικανοποίηση των ασθενών συσχετίζεται ουσιαστικά με τις αντιλήψεις των ασθενών για τη συμπεριφορά και την αλληλεπίδραση των γιατρών με τους ασθενείς, καθώς και με την προσβασιμότητα και τη διαθεσιμότητα ιατρικών υπηρεσιών. Ο βαθμός προσβασιμότητας στην ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει θέματα όπως ο αριθμός των ημερών που πρέπει να περιμένουν οι ασθενείς για ένα ραντεβού, ο χρόνος αναμονής στο ιατρείο και η προθυμία των γιατρών να παρέχουν φροντίδα και η δυνατότητα για να πραγματοποιηθεί κλήση κατ' οίκον. Ενώ κάποιες έρευνες έρευνας έχουν βρει η διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας να είναι ο κυρίαρχος παράγοντας που επηρεάζει τον ασθενή ικανοποίηση (Lochman, 1983).

Οι υπηρεσίες και οι δομές υγείας συγκεντρώνονται σε μεγάλο βαθμό στις αστικές περιοχές. Πριν από την πανδημία υπήρχαν, κατά μέσο όρο, 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους πολύ κάτω από τις 5,3 κλίνες που ήταν η αναλογία στην ΕΕ συνολικά. Τα ποσοστά νοσοκομειακών κλινών και η μέση διάρκεια νοσηλείας (που επί του παρόντος πλησιάζει τον μέσο όρο των 7,4 ημερών της ΕΕ) έχουν παραμείνει σχετικά σταθερά από το 2013, ενώ ο αριθμός των εξιτηρίων ασθενών μειώθηκε ελαφρώς και ήταν ένας από τους χαμηλότερους στην ΕΕ, αντιστοιχώντας σε 13.719 ανά 100.000 κατοίκους το 2015. Κατά τη διάρκεια του δεύτερου κύματος της πανδημίας COVID-19 το 2020, όταν σημειώθηκε σημαντική απότομη αύξηση των κρουσμάτων, σε ορισμένες από τις βαρύτερα πληγείσες περιοχές δεν υπήρχαν αρκετές νοσοκομειακές κλίνες και η σχετική δυναμικότητα αναζητήθηκε στον ιδιωτικό τομέα (ΟΟΣΑ, 2021).

Κατά την τελευταία δεκαετία τα επίπεδα μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης που ανέφερε η Ελλάδα ήταν σταθερά υψηλότερα από τα αντίστοιχα επίπεδα του συνόλου της ΕΕ. Το 2019 η Ελλάδα κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο στην ΕΕ μετά την Εσθονία: το 8,1 % του ελληνικού πληθυσμού ανέφερε μη καλυπτόμενες ανάγκες λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής, σε σύγκριση με 1,7 % κατά μέσο όρο σε επίπεδο ΕΕ (σχήμα 11). Οι μη καλυπτόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης έφτασαν στο υψηλότερο επίπεδό τους (13,1 %) το 2016 και κατόπιν μειώνονταν σταθερά κατά περίπου 15 % κάθε χρόνο. Ωστόσο, ακόμη και το 2019 η Ελλάδα εξακολουθούσε να παρουσιάζει μακράν τη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των χωρών της ΕΕ όσον αφορά τις μη καλυπτόμενες ανάγκες μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων. Το ποσοστό για τα νοικοκυριά στο κατώτατο πεμπτημόριο εισοδήματος (18,1 %) ήταν 20 φορές υψηλότερο από το ποσοστό για τα νοικοκυριά στο ανώτατο πεμπτημόριο (0,9 %). Το κόστος ήταν ο κύριος παράγοντας των μη καλυπτόμενων αναγκών, όπως ανέφερε το 7,5 % όσων απάντησαν το οποίο είναι το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ (όπου ο μέσος όρος είναι 0,9 %). Από έρευνα του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Eurofound), η οποία κάλυψε τους πρώτους 12 μήνες της πανδημίας COVID-19, διαπιστώθηκε ότι το 24 % των Ελλήνων που απάντησαν ανέφεραν μη καλυπτόμενες ανάγκες ιατρικής περίθαλψης, έναντι 21 % σε ολόκληρη την ΕΕ (Eurofound, 2021). Αυτό οφείλεται πιθανόν σε παράγοντες όπως η αναβολή των μη βασικών υπηρεσιών από τους παρόχους και ο φόβος των ασθενών μήπως τους μεταδοθεί η νόσος COVID-19 (ΟΟΣΑ, 2021).

Γράφημα 13: Ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021

Το 2019 η Ελλάδα κατέγραψε το τρίτο υψηλότερο επίπεδο άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ως ποσοστό των δαπανών για την υγεία στην ΕΕ (35 %), το οποίο ήταν πάνω από το διπλάσιο του μέσου όρου στο σύνολο της ΕΕ (15,4 %). Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα αντιστοιχούσαν στο 13 % του συνόλου των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, έναντι ποσοστού μόλις κάτω από 4 % στην ΕΕ, και αντιπροσωπεύουν πάνω από το ένα τρίτο (36 %) του συνόλου των άμεσων ιδιωτικών δαπανών. Οι πληρωμές των νοικοκυριών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αντιπροσωπεύουν επίσης αξιοσημείωτο μερίδιο των δαπανών για την υγεία, της τάξης του 11 % των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα, έναντι μόλις 1 % στην ΕΕ, το οποίο αντιστοιχεί σε ακόμη ένα τρίτο του συνόλου των άμεσων ιδιωτικών δαπανών. Το ποσό αυτό αντικατοπτρίζει κυρίως τις δαπάνες για

νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς, παρότι ορισμένα έμμεσα στοιχεία δείχνουν ότι άτυπες πληρωμές καταβάλλονται και σε δημόσια νοσοκομεία (Thomson, Cylus & Evetovits, 2019). Δεδομένης της έλλειψης δημόσιας κάλυψης, το σχετικά χαμηλό ποσοστό άμεσων ιδιωτικών πληρωμών για οδοντιατρικές υπηρεσίες μπορεί κάλλιστα να αντικατοπτρίζει έναν σημαντικό μερίδιο υπηρεσιών φροντίδας που παραμελήθηκαν: το 2019 η Ελλάδα κατέγραψε το τρίτο υψηλότερο ποσοστό μη καλυπτόμενων αναγκών οδοντιατρικής περίθαλψης στην ΕΕ (1 στα 12 άτομα), με ακόμη υψηλότερα επίπεδα (ένα στα έξι άτομα) μεταξύ των χαμηλότερων εισοδηματικών ομάδων (ΟΟΣΑ, 2021).

Σχήμα 14: Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για τη υγεία στην Ελλάδα και στην ΕΕ



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021

Σε μια έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 2002, το 78,1% των Ελλήνων ερωτηθέντων δήλωσε ότι ήταν «αρκετά δυσαρεστημένο» ή «πολύ δυσαρεστημένο» με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό ήταν ένα από τα υψηλότερα επίπεδα δημόσιας δυσαρέσκειας για τις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των χωρών της ΕΕ, με τα υψηλότερα να εμφανίζονται για την Πορτογαλία (80,4%) και τα αμέσως επόμενα για την Ιταλία (65,5%) (Ευρωβαρόμετρο, 2002). Σε όλες τις σχετικές έρευνες που πραγματοποίησε το Ευρωβαρόμετρο εν γνώσει της συγγραφέως, οι Έλληνες ερωτηθέντες εκφράζονται κυρίως αρνητικά απέναντι στο ΕΣΥ, θεωρώντας χαμηλή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για παράδειγμα, σε έρευνα που αφορούσε ιατρικά λάθη (Ευρωβαρόμετρο, 2006), το 86% των ερωτηθέντων Ελλήνων θεώρησαν ότι αποτελούν σημαντικό πρόβλημα στην ιατρική διαδικασία. Αυτό ήταν το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό μετά την Ιταλία (97%), την Πολωνία (91%) και τη Λιθουανία (90%). Επιπλέον, το 75% των Ελλήνων ερωτηθέντων (το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των

χωρών της ΕΕ) δήλωσαν ότι οι ασθενείς θα πρέπει να ανησυχούν για την πιθανότητα σοβαρού ιατρικού λάθους στα νοσοκομεία και το 61% δήλωσαν πως είχαν διαβάσει ή ακούσει συχνά για ιατρικά λάθη στη χώρα μας. Οι Έλληνες συμμετέχοντες του δείγματος έδειξαν επίσης την ελάχιστη εμπιστοσύνη στους επαγγελματίες υγείας, καθώς μόνο το 24% ανέφερε πως έχει εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό, το 25% ανέφερε εμπιστοσύνη σε γιατρούς και το 35% ανέφερε αντίστοιχα πως εμπιστεύεται τους οδοντιάτρους. Είναι επίσης σημαντικό να σημειωθεί ότι σε Ελλάδα (48%), Σλοβακία (50%) και Κροατία (50%), περίπου οι μισοί πολίτες εμφανίστηκαν επικριτικοί ως προς τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας για εξαρτώμενα άτομα. Όσον αφορά την οικονομική προσιτότητα, περίπου το 71% των Ελλήνων ερωτηθέντων βρήκε τις παρεχόμενες υπηρεσίες μη προσιτές, το οποίο είναι και το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των χωρών της ΕΕ που συμμετείχαν στην έρευνα. Διαπιστώθηκε επίσης ότι οι πολίτες στην Ελλάδα τείνουν να αξιολογούν περισσότερο αρνητικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από γηροκομεία, μεταξύ των πολιτών από κράτη-μέλη της ΕΕ που συμμετείχαν στην έρευνα. Ειδικότερα, το 65% των ερωτηθέντων δηλώνουν ότι βρήκαν την ποιότητα αυτών των ιδρυμάτων κακή ή πολύ χαμηλή. Η πλειοψηφία ήταν επίσης επικριτική για την οικονομική προσιτότητα των γηροκομείων, με το 79% των Ελλήνων (το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ) πιστεύοντας ότι δεν ήταν οικονομικά προσιτές. Το αρνητικό μοτίβο επαναλαμβάνεται σε πιο πρόσφατη έρευνα (Ευρωβαρόμετρο, 2014α). Πιο συγκεκριμένα, μόνο το 26% των ερωτηθέντων στην Ελλάδα κρίνει την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα ως καλή και αυτό είναι το δεύτερο χειρότερο ποσοστό μετά τη Ρουμανία (25%). Οι βασικές αδυναμίες του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ο οπισθοδρομικός χαρακτήρας της χρηματοδότησης του εθνικού συστήματος υγείας με υψηλές ιδιωτικές πληρωμές. Τα μέτρα λιτότητας που υιοθετήθηκαν τα τελευταία πέντε χρόνια, με αυξήσεις στις ιδιωτικές πληρωμές και στις χρεώσεις χρηστών, είναι ένας άλλος παράγοντας που συνδέεται με την αυξανόμενη δυσарέσκεια του ελληνικού πληθυσμού που καταγράφεται στις έρευνες του Ευρωβαρόμετρου. Επιπλέον, οι ασθενείς συχνά αναφέρουν απογοήτευση για το υψηλό κόστος των τηλεφωνικών κλήσεων για να προγραμματίσουν ένα ραντεβού μεγάλους χρόνους αναμονής και καθυστερήσεις στους προγραμματισμούς ραντεβού με συμβεβλημένο ιατρό, έλλειψη ευελιξίας κατά την πραγματοποίηση ραντεβού μεγάλους χρόνους αναμονής πριν να εξεταστούν περίπλοκες διοικητικές διαδικασίες και έλλειψη συντονισμού (Pierrakos κ.ά., 2012). Το πάγωμα των προσλήψεων στο δημόσιο τομέα έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ελλείψεις γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού σε μονάδες υγείας έχουν ως αποτέλεσμα μεγάλες

λίστες αναμονής και καθυστερήσεις στην παροχή περίθαλψης (Παπανικολάου & Ντάνη, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΟΥ COVID-19

Η νόσος COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), μια καινούργια ασθένεια που προκαλείται από το νέο κορονοϊό SARSCoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), εμφανίστηκε τον Δεκέμβριο του 2019 στην Κίνα και στις 11 Μαρτίου του 2020 ανακηρύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως παγκόσμια πανδημία. Από την εμφάνιση του πρώτου κρούσματος μέχρι σήμερα (27/10/21) 245εκατομμύρια άνθρωποι προσβλήθηκαν και 5 εκατομμύρια εξ' αυτών απεβίωσαν από τον SARS-CoV-2 (World Health Organization, 2021).

Η πανδημία αυτή έπληξε σοβαρά τα συστήματα υγείας. Τα συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών κρατών δέχονται μεγάλη πίεση από τον καθημερινό όγκο των ασθενών, γεγονός που ανέδειξε την πλημμελή προετοιμασία τους στην αντιμετώπιση μιας επικείμενης υγειονομικής κρίσης (Carter et al, 2020). Η εξήγηση του γεγονότος αυτού είναι πολυπαραγοντική, καθώς συνδέεται τόσο με την μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας λόγω της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, πριν από την πανδημία, όσο και με την αυξημένη ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της (Τσιτσάνη, 2021).

Στη χώρα μας, με τις γνωστές γραφειοκρατικές αγκυλώσεις, μια θετική επίπτωση στο σύστημα υγείας, ήταν η επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στην εφαρμογή της άυλης συνταγογράφησης. Ο πολίτης λαμβάνει τη συνταγή στο κινητό του και ο φαρμακοποιός μπορεί να την εκτελέσει ακόμη και τηλεφωνικά. Επιπροσθέτως, εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά πρακτικές τηλεϊατρικής (πρώτη διαφοροδιαγνωστική οπτική επισκόπηση ασθενούς από τον γιατρό μέσω βιντεοκλήσης) καθώς και πρωτόκολλα καθημερινής τηλεφωνικής παρακολούθησης της πορείας θετικών ασθενών, που δε χρήζουν νοσηλείας (Τσιτσάνη, 2021).

Μετά την έξοδο από την κρίση του κρατικού χρέους, η Ελλάδα αντιμετωπίζει μια ακόμη κρίση αυτή της πανδημίας COVID-19. Οι βασικές προκλήσεις αντιμετωπίζουν την οργανωτική δομή και λειτουργία του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας για την κάλυψη των αναγκών υγείας των πληθυσμών συζητήθηκε. Ωστόσο, το σύστημα πρέπει να ενισχύσει την ικανότητά του, μέσω της ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας υγείας και φροντίδα κοινωνικής υποστήριξης, για να μπορέσει να καλύψει τις υπάρχουσες ακάλυπτες ανάγκες υγείας, τον αντίκτυπο της πανδημίας στην ψυχική υγεία, καθώς και να αντιμετωπίσει μελλοντικά νέα κύματα έξαρσης (Γιαννοπούλου & Τσομπάνογλου, 2020).

Όσο αναφορά το σύστημα υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, πριν από την πανδημία COVID-19, οι Ηνωμένες Πολιτείες θεωρείται ότι διαθέτουν ένα από τα πιο εύρωστα συστήματα δημόσιας υγείας στον κόσμο, ιδιαίτερα ισχυρό όσον αφορά τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Ο Παγκόσμιος Δείκτης Ασφάλειας Υγείας κατέταξε τις Ηνωμένες Πολιτείες ως η πιο προετοιμασμένη χώρα στον κόσμο για να χειρίζεται μολυσματικές ασθένειες (Cameron et al). Κατά έναν ανατιολόγητο τρόπο, η πανδημία προκαλεί τον μεγαλύτερο όλεθρο στην πιθανώς πιο προετοιμασμένη χώρα στον κόσμο. Η αδυναμία του συστήματος δημόσιας υγείας των ΗΠΑ να αντιμετωπίσει την πρόληψη και να μετριάσει την εθνική επιδημία COVID-19 μπορεί να υποδηλώνει ότι οι τεχνολογικές εξελίξεις στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ δεν ήταν επαρκείς για την αντιμετώπιση αυτών των έκτακτων αναγκών που προκάλεσε η πανδημία (Haldane, et al 2021).

Τα ανεπτυγμένα συστήματα υγείας αγωνίζονται να περιορίσουν την πανδημία. Οι χρόνοι αναμονής για τις χειρουργικές επεμβάσεις αποτελούν βασικό μέλημα της πολιτικής σε πολλές χώρες. Οι λίστες αναμονής προκαλούν ανησυχία όχι μόνο στους ασθενείς που περιμένουν, αλλά και στους παρόχους υπηρεσιών. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις συνδέονται με υψηλότερους κινδύνους επιπλοκών και θανάτου, ιδιαίτερα μεταξύ των ενηλίκων. Μεταξύ των αναπτυγμένων χωρών, το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου θεωρείται ως ένα από τα εξαιρετικά συστήματα υγείας στον κόσμο. Ωστόσο, το Ηνωμένο Βασίλειο αντιμετώπιζε το πρόβλημα της μεγάλης αναμονής για τις χειρουργικές επεμβάσεις και το πρόβλημα διογκωνόταν λόγω του βάρους της πανδημίας, όπου οι χρόνοι αναμονής αυξήθηκαν δραματικά τα τελευταία χρόνια (Rathnayake, κ.α, 2021).

Η Ιταλία αντιμετωπίζει ένα τεράστιο βάρος από την πανδημία (COVID-19). Από 21 Φεβρουαρίου 2020, όταν εμφανίστηκε το πρώτο κρούσμα COVID-19 στην Ιταλία, το σύστημα υγείας της χώρας, έχει να αντιμετωπίσει αυξανόμενη πίεση, με 41.035 συνολικά κρούσματα COVID-19 και 3.405 θανάτους στις 19 Μαρτίου 2020. Στις περισσότερες πληγείσες περιοχές, η Εθνική Υπηρεσία Υγείας είναι κοντά στο να καταρρεύσει. Η αποδυνάμωση αυτή είναι αποτέλεσμα των περικοπών εδώ και δεκαετίες στη χρηματοδότηση, οι ιδιωτικοποιήσεις και η έλλειψη σε ανθρώπινους και τεχνικούς πόρους. Κατά την περίοδο 2010–19, η Εθνική Υγεία υπέστη οικονομικές περικοπές περισσότερα από 37 δισ. ευρώ, και προχώρησε στην ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος ήταν 6,6% για τα έτη 2018–20 και προβλέπεται να μειωθεί στο 6,4% το 2022. Η περιοχή της Λομβαρδίας έχει το μεγαλύτερο βάρος του COVID-19, με (από τις 19 Μαρτίου 2020) 19.884 συνολικά κρούσματα της νόσου, 2.168 θάνατοι και 1.006 ασθενείς που απαιτούν αναπνευστική υποστήριξη. Στο

τυπικό λειτουργικό επίπεδο το σύστημα υγείας της Λομβαρδίας έχει χωρητικότητα 724 κλίνες εντατικής θεραπείας. Για την αντιμετώπιση της έλλειψης ιατρικού εξοπλισμού, ανέλαβε η ιταλική πολιτική προστασία όπου με δημόσιες συμβάσεις εξασφάλισε 3.800 αναπνευστήρες, και επιπλέον 30 εκατομμύρια προστατευτικές μάσκες. Για να αποφευχθεί η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού που προέρχεται από δεκαετίες ανεπαρκών προσλήψεων, εξουσιοδότησε η ιταλική κυβέρνηση περιφέρειες για την πρόσληψη 20.000 εργαζομένων, διαθέτοντας 660 εκατ. ευρώ για το σκοπό αυτό. Υπάρχουν διδάγματα που πρέπει να αντληθούν την τρέχουσα πανδημία COVID-19. Πρώτον, η ιταλική αποκέντρωση και ο κατακερματισμός των υπηρεσιών υγείας για να έχουν έγκαιρες παρεμβάσεις και αποτελεσματικότητα, πρέπει να υπάρχει εθνικός συντονισμός. Δεύτερον, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και η ικανότητα χρηματοδότησης τους πρέπει να είναι περισσότερο ευέλικτες για να ληφθούν υπόψη εξαιρετικές περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. Τρίτον, ως απάντηση σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, αποτελούν οι συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέα που πρέπει να θεσμοθετηθούν. Τελικά, η πρόσληψη ανθρώπινου δυναμικού πρέπει να προγραμματιστεί και να χρηματοδοτηθεί με μακροπρόθεσμο όραμα (Armocida, et al, 2020).

Στις ειδικές αρμοδιότητες της ΠΦΥ που αναδύονται από την πανδημία COVID-19 συγκαταλέγονται η αναγνώριση και η πρόωπη απομόνωση των ύποπτων κρουσμάτων, η επιθετική ιχνηλάτηση των επαφών τους, η αρχική θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών, η στενή και συχνή παρακολούθηση της υγείας των ασθενών που βρίσκονται σε κατ' οίκον περιορισμό, καθώς και ο εμβολιασμός του πληθυσμού. Στις αρμοδιότητες της ΠΦΥ που δεν σχετίζονται άμεσα με την πανδημία COVID-19 ανήκουν η διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, η αντιμετώπιση άλλων οξέων καταστάσεων υγείας, καθώς επίσης η απρόσκοπτη επιδημιολογική επιτήρηση προϋπαρχουσών λοιμώξεων και η συνέχιση προληπτικών πρακτικών, όπως οι προσυμπτωματικοί έλεγχοι. Για να μπορέσει η ΠΦΥ να αντεπεξέλθει στον καθοριστικό της ρόλο για την αποτελεσματική διαχείριση της πανδημίας είναι απαραίτητη η επαρκής χρηματοδότησή της, η πλήρης στελέχωσή της με εξειδικευμένο και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό, καθώς και η εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού με έμφαση στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, ώστε όλος ο πληθυσμός να έχει ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές, ασφαλείς και αποδοτικές υπηρεσίες φροντίδας κατά τη διάρκεια όχι μόνο αυτής αλλά και μελλοντικών επιδημιών (Σταχτέας, 2022).

Στο Χονγκ Κονγκ, τη Σιγκαπούρη και την Ιαπωνία τα συστήματα υγείας των χωρών αυτών θεωρούνται ανθεκτικά ως προς την πανδημία COVID-19. Οι τρεις αυτές χώρες προσπάθησαν να διαχειριστούν το νέο αυτό παθογόνο παράγοντα σε πρωτοβάθμιο επίπεδο με τον

εντοπισμού του ιού με την βοήθεια διαγνωστικών εξετάσεων. Η Ιαπωνία προσέφερε διαγνωστικές εξετάσεις σε όλα τα ύποπτα κρούσματα, ενώ ελέγχονταν όλοι οι ταξιδιώτες που εισέρχονταν στη χώρα. Το Χονγκ Κονγκ επέβαλε υποχρεωτική 14ήμερη καραντίνα για όλους όσους εισέρχονται από την ηπειρωτική χώρα και αρνείται την είσοδο σε μη ντόπιους επισκέπτες από τη Νότια Κορέα και το Ιράν, καθώς και από τις πληγείσες περιοχές της Ιταλίας. Επιπλέον, όλες οι θεραπείες των ασθενών βαρύνουν την κυβέρνηση συνήθως μέσω της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας με έκτακτα κονδύλια. Επιπρόσθετα, όπως και στα συστήματα υγείας των περισσότερων χωρών παγκοσμίως κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν προβλήματα όπως η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και η έλλειψη εξοπλισμού και υποδομών για την αντιμετώπιση της πανδημίας, ενώ προστίθεται και το πρόβλημα της παραπληροφόρησης και των ψευδών ειδήσεων (Legido-Quigley, κ.α., 2020).

Στην Ελλάδα το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα covid-19 διαγνώστηκε τον Μάρτιο του 2020. Τα μέτρα τα οποία επέβαλε η χώρα ήταν αρχικά το πανελλαδικό κλείσιμο όλων των εκπαιδευτικών δομών ενώ σταδιακά επιβλήθηκε και το κλείσιμο των εμπορικών καταστημάτων και των καταστημάτων εστίασης. Στις δομές υγείας οι προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις ακυρώθηκαν και εξυπηρετούνταν μόνο επείγουσες καταστάσεις. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας από την αναστολή της τακτικής λειτουργίας των νοσοκομείων συνεχώς αυξανόταν, ενώ οι ελλείψεις σε προστατευτικό εξοπλισμό τονίζει την ανεπάρκεια του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και προκαλεί σημαντικές ανησυχίες για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα κρούσματα συνεχώς αυξανόταν ενώ στα νοσοκομεία δεν υπήρχαν διαθέσιμες κλίνες ελεύθερες. Έτσι, δημιουργήθηκαν Ειδικά Κέντρα Υγείας στην Αθήνα στη Θεσσαλονίκη στην Πάτρα στην Λάρισα και στο Ηράκλειο όπου ασχολιόταν αποκλειστικά με τους ασθενείς με λοίμωξη του αναπνευστικού που προκαλούσε ο ιός COVID-19. Στα Κέντρα Υγείας πραγματοποιούνταν η έγκαιρη ανίχνευση, παρακολούθηση και διαχείριση πιθανών και επιβεβαιωμένων περιπτώσεων με ήπια συμπτώματα που δεν απαιτούν νοσηλεία με σκοπό να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία (Γιαννοπούλου, 2020).

Μετά την δεκαετή οικονομική κρίση όπου επηρέασε τα συστήματα υγείας της χώρας μας τώρα καλούνται να αντιμετωπίσουν άλλη μια πρόκληση αυτή της πανδημίας. Είναι γεγονός πως η υποχρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, η έλλειψη προσωπικού και η συγχώνευση των δομών οδήγησε σχεδόν το σύστημα υγείας της χώρας μας σε κατάρρευση. Τα κρεβάτια των μονάδων εντατικής θεραπείας στα νοσοκομεία είναι γεμάτα με κρούσματα covid-19, ενώ το 41,6% των περιστατικών αποτελείται περιστατικά αυξημένης βαρύτητας. Αξίζει να σημειωθεί πως στην Ελλάδα είναι διαθέσιμες 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 άτομο πληθυσμό, ενώ ο μέσος όρος των χωρών της ΕΕ είναι 5 κλίνες ανά 1.000 άτομα πληθυσμό.

Ακόμη κατά την διάρκεια της πανδημίας η Ελλάδα αναγκάστηκε να αυξήσει τον αριθμό των κλινών στις μονάδες εντατικής θεραπείας από 565 σε 870. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας προσπάθησε μέσω των συνεχών διαγνωστικών τεστ είτε μοριακών είτε γρήγορων δοκιμών αντιγόνων να εντοπίζει άμεσα τα περιστατικά, να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα προστασίας ώστε να αποφεύγεται η διάδοση (Siettos,2021).

Οι περισσότερες χώρες αντιμετώπιζαν τα ίδια προβλήματα, όσο αναφορά την διαχείριση της πανδημίας. Αναλυτικότερα τα κυριότερα προβλήματα αφορούσαν την έλλειψη προσωπικού, την έλλειψη υποδομών αλλά και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Αυτό που θα βοηθούσε μεταξύ των χωρών την αντιμετώπιση της πανδημίας ήταν η παγκόσμια συνεργασία και αλληλεγγύη και η έγκαιρη πρόσβαση σε εμβόλια, διαγνωστικά μέσα και θεραπείες. Κανένας δεν είναι ασφαλής έως ότου όλοι να είναι ασφαλείς. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο η Ευρωπαϊκή Ένωση ηγείται της πολυμερούς αντίδρασης, ώστε να διασφαλιστεί ότι κανείς δεν θα μείνει πίσω. Επομένως, η Ευρωπαϊκή Ένωση δέσμευσε ένα ποσό για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 από την ΕΕ σε παγκόσμιο επίπεδο που ανέρχεται σε 46 δισ. ευρώ από την «Ομάδα Ευρώπη», μια κοινή δράση στην οποία συμμετέχουν η ΕΕ, τα κράτη μέλη της και τα ευρωπαϊκά χρηματοπιστωτικά ιδρύματα. Τα κονδύλια αυτά βοηθούν πάνω από 130 χώρες-εταίρους να αντιμετωπίσουν την κατάσταση έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας, να ενισχύσουν τα συστήματα υγείας τους, να μετριάσουν τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας (ΟΟΣΑ,2021).

Τον Απρίλιο του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, η ΕΕ και οι παγκόσμιες οργανώσεις υγείας εγκαινίασαν τον επιταχυντή πρόσβασης στα εργαλεία κατά του COVID-19 . Στόχος τους είναι η επιτάχυνση της ανάπτυξης εμβολίων, διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών κατά της COVID-19, η διασφάλιση της ισότιμης παγκόσμιας πρόσβασης σε αυτά η ενίσχυση των συστημάτων υγείας (ΟΟΣΑ, 2021).

Αναλογιζόμενοι το φορτίο που καλούνται να επωμιστούν τα υγειονομικά συστήματα όσο θα εξελίσσεται η πανδημία, σύμφωνα και με την εμπειρία παρελθόντων υγειονομικών κρίσεων, είναι φανερό ότι η πίεση την οποία θα δεχθεί η ΠΦΥ αναμένεται να είναι υψηλής έντασης και απαιτεί τη συστράτευση όλων των λειτουργιών της. Η διαλογή, η πρόωμη ανίχνευση και η απομόνωση, η αξιολόγηση και η ψυχολογική υποστήριξη των ύποπτων κρουσμάτων, καθώς και η επιδημιολογική επιτήρηση και οι μη COVID-19 πρακτικές είναι μόνο κάποιες από τις θεμελιώδους σημασίας αρμοδιότητες της ΠΦΥ στην κριτική πρώτη γραμμή άμυνας των συστημάτων υγείας στον νέο κορωνοϊό (Σταχτέας,2022).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι κοινή ομολογία πως η «καλή υγεία» αποτελεί έναν από τους βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της ατομικής και της κοινωνικής ευημερίας. Παράγοντες όπως οι οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτικοί και άλλοι επιδρούν επίσης στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούνται από οργανωμένα σύνολα με τη μορφή των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας έχουν επιφορτιστεί με τον ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ανθρώπων και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Τα συστήματα υγείας διαφέρουν ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησης και οργάνωσης τους, υπάρχει το σύστημα τύπου Beveridge, το σύστημα τύπου Bismarck και το σύστημα out of pocket. Πολλές χώρες εφαρμόζουν παράλληλα παραπάνω από ένα σύστημα υγείας. Στα συστήματα υγείας παρέχονται ιατρικές πράξεις όπου ανάλογα με το επίπεδο το οποίο ασκούνται ταξινομούνται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως ορίστηκε στην διάσκεψη της Alma Ata, είναι η βασική φροντίδα υγείας προσιτή σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα, και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να καλύψουν. Επιπλέον, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων και γενικότερα της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας. Τα οφέλη κάθε πολίτη αλλά και κάθε χώρας από ένα καλά οργανωμένο σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι αναρίθμητα. Τα συστήματα υγείας, παγκοσμίως καλούνται να εναρμονιστούν αλλά και να ανταπεξέλθουν στις σύγχρονες προκλήσεις των κοινωνιών, όπως η ενεργή γήρανση του πληθυσμού όπου, σύμφωνα και με τις προτάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οι κοινωνίες οφείλουν να ενεργοποιήσουν υπηρεσίες όπως της βοήθειας στο σπίτι για τα άτομα τρίτης ηλικίας, τόσο για την παροχή καθημερινής παρακολούθησης της υγείας των ατόμων αυτών, αλλά και για την υποβοήθηση στις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. Επιπρόσθετα, άλλη μια πρόκληση όπου επιβαρύνει τα συστήματα υγείας είναι οι επιδημίες. Οι επιδημίες αποτελούν μια σοβαρή απειλή τον 21^ο αιώνα για τα συστήματα υγείας, τα τελευταία χρόνια η ανθρωπότητα έχει έρθει αντιμέτωπη με την γρίπη των χοίρων, τον Covid-19, προκαλώντας μεγάλες αναταραχές στα συστήματα υγείας και αποδεικνύοντας την ανετοιμότητα τους να αντιμετωπίσουν τέτοιου είδους επιδημίες αλλά και πανδημίες, λόγω έλλειψης εξειδίκευσης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, λόγω έλλειψης χρηματοδότησης και απαρχαιωμένου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, αλλά και λόγω έλλειψης προσωπικού, χαρακτηριστικό παράδειγμα του οποίου αποτελεί η επιστράτευση ιδιωτών γιατρών για να καλυφθούν οι αυξημένες ανάγκες που είχαν οι δομές υγείας. Η παγκόσμια οικονομική κρίση επηρέασε αρκετά τους προϋπολογισμούς των κρατών

και συγκεκριμένα τα χρήματα τα οποία θα μπορούσε κάθε χώρα να διαθέσει για την υγεία. Επομένως, άλλη μια σημαντική πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας ήταν οι συγχωνεύσεις δομών υγείας, οι απολύσεις προσωπικού που είχαν σαν αποτέλεσμα την «στροφή» των πολιτών στην ιδιωτική υγεία επιβαρύνοντας έτσι τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς. Επιπρόσθετα, η μετανάστευση επιστημονικά καταρτισμένου προσωπικού στον κλάδο της υγείας όπως γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί αναντίρρητα μια σημαντική πρόκληση των συστημάτων υγείας. Η παρέμβαση του κράτους θεωρείται επιβεβλημένη για την αντιμετώπιση όλων των προαναφερθέντων προκλήσεων. Η παροχή κινήτρων για την επιστροφή του επιστημονικού προσωπικού, η αύξηση της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας αλλά και ο ορθολογικός επιμερισμός των κονδυλίων στα συστήματα υγείας είναι μερικές από τις ενέργειες που κάθε κράτος οφείλει να πραγματοποιήσει. Επίσης, προφανή είναι η σπουδαιότητα ενημέρωσης των πολιτών για την πρόληψη και της ανάδειξη της σπουδαιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέλος, τα σύγχρονα συστήματα υγείας παγκοσμίως οφείλουν να είναι έτοιμα και ικανά να προσαρμοστούν, ώστε να είναι αποτελεσματικά και να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν σε δύσκολες συνθήκες όπως αυτές που βιώσαμε με την πανδημία του Covid-19.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγλική Βιβλιογραφία

1. Aderson et al 2000. Health spending outcomes : trends in OECD countries, 1960 – 1998. *Health Affairs* 2000, 123, 150 - 158
2. Armocida, B., Formenti, B., Ussai, S., Palestra, F., & Missoni, E. (2020). The Italian health system and the COVID-19 challenge. *The Lancet Public Health*, 5(5), e253.
3. Atun, R., & Menabde, N. (2008). Health systems and systems thinking. Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America. Berkshire (United Kingdom): Open University Press, McGraw Hill Education, 121-140.
4. Boyle, S., 2011. Health Systems in Transition. United Kingdom (England) Health System Review. Vol 13, No 1. s.l.:European Observatory on Health Systems and Policies.
5. Bryant, J. H., & Richmond, J. B. (2008). Alma-Ata and primary health care: An evolving story.
6. Busse, R., Blümel, M., Knieps, F., & Bärnighausen, T. (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *The Lancet*, 390(10097), 882-897.
7. Damaskinos, P., Koletsi-Kounari, H., Economou, C., Eaton, K. A., & Widström, E. (2016). The healthcare system and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 4: Greece. *British Dental Journal*, 220(5), 253-260.
8. Döring, A., & Paul, F. (2010). The German healthcare system. *EPMA Journal*, 1(4), 535-547.
9. Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., Maresso, A., & World Health Organization. (2017). Greece: health system review.
10. Edwards, M., & Moczygemba, J. (2004). Reducing medical errors through better documentation. *The health care manager*, 23(4), 329-333.
11. Gatzoulis, L., & Iakovidis, I. (2007). Wearable and portable eHealth systems. *IEEE Engineering in Medicine and Biology Magazine*, 26(5), 51-56.
12. Gerlinger, T., & Schmucker, R. (2007). Transnational migration of health professionals in the European Union. *Cadernos de saude publica*, 23(suppl 2), S184-S192.

13. Giannopoulou, I., & Tsobanoglou, G. O. (2020). COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish journal of psychological medicine*, 37(3), 226-230.
14. Haggerty, E. (2017). Healthcare and digital transformation. *Network Security*, 2017(8), 7-11.
15. Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., ... & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 27(6), 964-980.
16. Hirshon, J. M., Risko, N., Calvello, E. J., Ramirez, S. S. D., Narayan, M., Theodosis, C., & O'Neill, J. (2013). Health systems and services: the role of acute care. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 386-388.
17. Horowitz, A., & Reinhardt, J. P. (1998). Development of the adaptation to age-related vision loss scale. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 92(1), 30-41.
18. <https://www.statistics.gr/documents/20181/84cb2af6-1879-e3ec-9d10-5a0aa558f215>
19. Ibrahim, H., Mahmood, H. S., & Ali, R. (2020) The Major Merits of Healthcare Insurance Models A Review Study..
20. Kreps, G. L., & Neuhauser, L. (2010). New directions in eHealth communication: opportunities and challenges. *Patient education and counseling*, 78(3), 329-336.
21. Lameire, N., Joffe, P., & Wiedemann, M. (1999). Healthcare systems—an international review: an overview. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 14(suppl_6), 3-9.
22. Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y. Y., Leung, G. M., Oshitani, H., Fukuda, K., ... & Heymann, D. (2020). Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic?. *The Lancet*, 395(10227), 848-850.
23. Li, J., Talaei-Khoei, A., Seale, H., Ray, P., & MacIntyre, C. R. (2013). Health care provider adoption of eHealth: systematic literature review. *Interactive journal of medical research*, 2(1), e2468.
24. Liaropoulos, L. L. (1995). Health services financing in Greece: a role for private health insurance. *Health Policy*, 34(1), 53-62.
25. Lochman, J. E. (1983). Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of community health*, 9(2), 91-109.
26. Marques, G., Pitarma, R., M. Garcia, N., & Pombo, N. (2019). Internet of things architectures, technologies, applications, challenges, and future directions for

- enhanced living environments and healthcare systems: a review. *Electronics*, 8(10), 1081.
27. Matsuyama, Y. (2014). Aging and the governance of the healthcare system in Japan (No. 2014/14). Bruegel Working Paper.
 28. Palasca, S., & Jaba, E. (2015). Economic crisis' repercussions on European healthcare systems. *Procedia economics and finance*, 23, 525-533.
 29. Pantazopoulos, S. (2016). Charalampos Economou Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece World Health Organization, Regional office for Europe, Copenhagen, 2015. *Social Cohesion and Development*, 11(2), 175-175.
 30. Papanikolaou, V., & Ntani, S. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International journal of health care quality assurance*.
 31. Pierrakos, G., Sarris, M., Soulis, S., Goula, A., Latsou, D., Pateras, I., ... & Giannoulatos, P. (2013). Comparative analysis of two studies of outpatient satisfaction in primary medical care. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 30(3).
 32. Rathnayake, D., Clarke, M., & Jayasinghe, VI (2021). Η απόδοση του συστήματος υγείας και η ετοιμότητα του συστήματος υγείας για τον αντίκτυπο του COVID-19 μετά την πανδημία: Ανασκόπηση. *International Journal of Healthcare Management*, 14 (1), 250-254.
 33. Robinson et al(1999): Health Care Systems in Transition, United Kingdom. European Observatory on Health Systems
 34. September 2019wpcontent/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020. pdf.
 35. Siettos, C., Anastassopoulou, C., Tsiamis, C., Vrioni, G., & Tsakris, A. (2021). A bulletin from Greece: A health system under the pressure of the second COVID-19 wave. *Pathogens and Global Health*, 115(3), 133-134.
 36. Vidiawati, D., Turana, Y., & Sundjaya, T. (2020). The Role of Primary Health Care Toward Healthy Aging. *Amerta Nutrition*, 4(1SP), 10-14.
 37. Wallace, L. S. (2013). Family Medicine Updates. *Ann Fam Med*, 11, 84.
 38. World Health Organization. (1978). Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Retrieved February, 14, 2006.
 39. World Health Organization. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization.

40. World Health Organization. (2007). Everybody's business--strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action.
41. Zaitso, T., Saito, T., & Kawaguchi, Y. (2018, July). The oral healthcare system in Japan. In *Healthcare* (Vol. 6, No. 3, p. 79). MDPI.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αθανάσιος, Μ. (2018). Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 17(2).
2. Βασιλική, Γ., Ιωάννης, Α., & Παύλος, Σ. (2021). Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Αστάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*, 20(3).
3. Γκίρτσου, Χ., Στεργιάννης, Π., Κωνσταντινίδης, Θ., & Μαρτίνης, Γ. Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας και η χρησιμότητα ηλεκτρονικών συστημάτων στη βελτίωση υπηρεσιών υγείας.
4. Γώγος, Χ. Β. (2015). Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα.
5. Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). Υπηρεσίες υγείας. *Αθήνα: Κλειδάριθμος*.
6. Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β. Σ., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., ... & Σακελλάρη, Ε. (2016). Νομοθετικό πλαίσιο της ομάδας υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και στο διεθνές περιβάλλον.
7. Κλειδιά, Λ., & ΠΦΥ, Π. Φ. Υ. Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα—Προτάσεις βελτίωσης.
8. Μιλτιάδης, Ν. (2019). ΥΓΕΙΑ: Αναδόμηση και Ανασχεδιασμός Λειτουργίας. *Αθήνα: Κέντρο Φιλελεύθερων Μελετών*.
9. Μωραΐτης, Ε. Η. (2003). πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. *Η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων προστασίας της υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας. Αθήνα: ΕΚΔΔ*.
10. Νόμος 1397/1983. (ΦΕΚ 143Α) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
11. Νόμος 1579/1985. (ΦΕΚ 217Α) «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας»
12. Νόμος 2071/92. (ΦΕΚ 123Α) «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας»
13. Νόμος 2519/1997. (ΦΕΚ 165/Α/1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»

14. Νόμος 3235/2004. (ΦΕΚ 53Α) « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
15. Π. Σταχτέας (2022) Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη συντονισμένη απόκριση των συστημάτων υγείας στην πανδημία COVID-19, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2022, 39 (6): 742-750
16. Πάσχος, Κ., Μαλλιάρου, Μ., & Μπαμίδης, Π. (2016). Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας-Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21(1), 11-25.
17. Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35.
18. Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., & Φιλαλήθης, Τ. (2020). Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ανακτήθηκε από <https://www.dianeosis.org/primary-healthcare-in-greece-from-alma-ata-to-astana>
19. Τσιτσάνη Π. (2021). επιδημιολογικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας covid-19 στα συστήματα υγείας. *Interscientific Health Care*, 13(4)
20. Φιλαλήθης, Α. (2021). Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 38(5).
21. Φιλαλήθης, Α. (2021). Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 38(5).
22. Χ. Ζηλίδη, (1988) Η αξιολόγηση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας του Αγροτικού πληθυσμού. Εκδόσεις ΑΤΕ, Αθήνα.
23. Χλέτσος, Μ. (2012). Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές. *Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και κοινωνία*.