

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Θέμα διπλωματικής

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

(Συγκριτική ανάλυση ιατρικών και μη ιατρικών προσδιοριστών υγείας)

Πολυμενάκου Ευφροσύνη

A.M 20081

Επιβλέπων Καθηγητής : Σωτήριος Σούλης

Αθήνα, Απρίλιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION
SOCIAL POLICY



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

MSc in HEALTH AND SOCIAL
CARE MANAGEMENT

DiplomaThesis

Investigating the relationship of the level of health and the development of systems of health

(Comparative analysis between medical and non-medical health determinants)

Polymenakou Effrosyni

R.N: 20081

Supervisor name and surname: Soulis Sotirios

Athens, April 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

(Συγκριτική ανάλυση ιατρικών και μη ιατρικών προσδιοριστών υγείας)

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι
Εξεταστική Επιτροπή:

A/a	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1.	ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ	
2.	ΠΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ/ ΜΕΛΟΣ	
3.	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΑΝ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ ΜΕΛΟΣ	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ΠΟΛΥΜΕΝΑΚΟΥ ΕΥΦΡΑΣΥΝΗ του ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ, με αριθμό μητρώου 820081 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών και ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ του Τμήματος ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ της Σχολής ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

**Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.*

Ο/Η Δηλών/ούσα



* Ονοματεπώνυμο /Ιδιότητα

Ψηφιακή Υπογραφή Επιβλέποντα

(Υπογραφή)

** Εάν κάποιος επιθυμεί απαγόρευση πρόσβασης στην εργασία για χρονικό διάστημα 6-12 μηνών (embargo), θα πρέπει να υπογράψει ψηφιακά ο/η επιβλέπων/ουσα καθηγητής/τρια, για να γνωστοποιεί ότι είναι ενημερωμένος/η και συναινεί. Οι λόγοι χρονικού αποκλεισμού πρόσβασης περιγράφονται αναλυτικά στις πολιτικές του Ι.Α. (σελ. 6):*

https://www.uniwa.gr/wp-content/uploads/2021/01/%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%B5%CC%81%CF%82_%CE%99%CE%B4%CF%81%CF%85%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%85%CC%81_%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B7%CF%81%CE%B9%CC%81%CE%BF%CF%85_final.pdf

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη.....	4
Abstract	6
1. Εισαγωγή.....	7
2. Ορισμός Υγείας.....	9
3. Κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας και δείκτες υγείας.....	11
i) Γενετικοί παράγοντες.....	14
ii) Το εισόδημα, η κοινωνική διαστρωμάτωση, επίπεδο εκπαίδευσης.....	14
iii) Η εργασία και οι συνθήκες εργασίας, η ανεργία	18
iv) Λοιποί παράγοντες υγείας.....	21
4. Οικονομική κρίση και προσδιοριστές υγείας.....	25
5. Επίδραση του SARS-Covid στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας.....	30
6. Κοινωνική ασφάλεια και ποιότητα ζωής.....	33
7. Συστήματα υγείας.....	35
i) Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Ιστορική αναδρομή.....	38
ii) Αρχές λειτουργίας στο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας.....	45
iii) Οργανωτικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.....	45
iv) Αποδοτικότητα, ανταποκρισιμότητα συστημάτων υγείας.....	46
A) Σεβασμός του ατόμου	48
B) Κατηγορία σχετική με τον προσανατολισμό του χρήστη στο σύστημα υγείας:	52
v) Ικανοποίηση Συστημάτων Υγείας.....	56
vi) Σύστημα υγείας λίγο πριν την κρίση.....	58
vii) Οικονομική κρίση και σύστημα υγείας.....	60
viii) Covid-19 και συστήματα υγείας.....	67
ix) Συστήματα υγείας και υγειονομικές ανισότητες εν μέσω covid-19.....	70
x) Οι βασικοί άξονες των προμηθευτών υγείας.....	72
8. Κοινωνικοί προσδιοριστές ως μέρος του συστήματος υγείας.....	74
9. Πολιτική της υγείας και κοινωνικής φροντίδας	76
10. Προτάσεις για αναμόρφωση των συστημάτων υγείας στην Ελλάδα.....	78
11. Προς Συζήτηση	88
12. Επίλογος	90

ΠΟΛΥΜΕΝΑΚΟΥ ΕΥΦΡΟΣΥΝΗ

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ 94

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ 99

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Σούλη Σωτήρη για την σημαντική βοήθειά του κατά την διάρκεια εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Επίσης να ευχαριστήσω θερμά την οικογένειά μου για την βοήθεια της καθώς χωρίς την ηθική της υποστήριξη δεν θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Περίληψη

Η υγεία είναι το βασικότερο και πολυτιμότερο ανθρώπινο δικαίωμα και η προαγωγή της κοινωνικό δικαίωμα.

Όλα τα συστήματα υγείας ,έχουν ως σκοπό να προάγουν την υγεία του πληθυσμού της χώρας δια μέσου της παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών. Η υγεία δεν είναι μια απλή έννοια αλλά αποτελείται από πολλές πτυχές που επηρεάζονται από τις επιστημονικές εξελίξεις, από παθοφυσιολογικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που αλληλεξαρτούνται. Οι συνθήκες με τις οποίες ο άνθρωπος γεννιέται,ζει, εργάζεται και γερνά είναι καθοριστικοί κοινωνικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την υγεία.

Με την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης οι κοινωνικοί και οικονομικοί προσδιοριστές υγείας όπως επίσης οι δείκτες υγείας επιδεινώθηκαν με αποτέλεσμα την χειροτέρευση της υγείας του πληθυσμού. Ότι άρχισε η κοινωνία να ανακάμπτει από την οικονομική κρίση ήρθε η πανδημία το 2020 στην χώρα μας και φρενάρισε την προοπτική ανάκαμψης της χώρας, της βελτίωσης της υγείας των πολιτών και των συστημάτων υγείας.

Οι κοινωνικοί προσδιοριστές είναι μέρος του συνόλου του συστήματος υγείας και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους μαζί με την παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών και αγαθών υγείας και τους τρόπους με τους οποίους μπορούμε να καλύψουμε αυτές τις δαπάνες.

Το σύστημα υγείας υπέστη πολλές περικοπές χρηματοδότησης και προσωπικού κατά την οικονομική κρίση και βρέθηκε εκτεθειμένο στην πανδημία όπου και γονάτισε. Το γεγονός αυτό όμως, η πανδημική κρίση, είχε ως θετικό αποτέλεσμα το κράτος να αποφασίσει την στήριξη του συστήματος υγείας οικονομικά και σε επίπεδο προσωπικού, έστω και προσωρινά.

Η αναμόρφωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας θεωρείται ο βασικός παράγοντας για την δυνατότητα βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου. Θα πρέπει επίσης να δοθεί μεγαλύτερη σημασία στον προσυμπτωματικό έλεγχο και στην πρόληψη με κατάλληλες

καμπάνιες. Η στασιμότητα πρέπει να δώσει την θέση της σε ενέργειες προς μια κατεύθυνση η οποία θα έχει ως στόχο την υγεία.

Ο πιο σημαντικός τομέας είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας η οποία πρέπει να αλλάξει σύμφωνα με τις ανάγκες των πολιτών και τους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές.

Η υγεία είναι κοινωνικό δικαίωμα όλων των ανθρώπων και οι αρμόδιοι φορείς του Υπουργείου Υγείας θα πρέπει να αναδείξει μηχανισμούς τέτοιους που θα συντελέσουν στον ανώτατο επιθυμητό αποτέλεσμα.

Λέξεις Κλειδιά : σύστημα υγείας , κοινωνικοί-οικονομικοί προσδιοριστές υγείας, οικονομική κρίση , πανδημία

Abstract

Health is the most basic and precious human right and its promotion is a social right. Every health system is designed to promote the health of the citizens of the country through the provision of high quality services. Health is a complex concept influenced by scientific developments by pathophysiological and socio-economic factors that are interdependent.

The conditions under which people are born , live, work and age are key social factors that shape health. With the onset of the economic crisis, the social and economic determinants of health as well as health indicators have deteriorated, resulting in a worsening of the health of the population. That the society started to recover from the economic crisis came the pandemic in 2020 in our country and put the brakes on the prospect of recovery of the country , improvement of the health of citizens and health systems. Social determinants are part of the whole health system and interact with each other along with the production and distribution of health goods and the coverage mechanisms for health expenditure. The health system suffered many funding and staff cuts during the financial crisis and was exposed to the pandemic where it was brought to its knees. This fortunately resulted in the state deciding to support the health system financially and in terms of staff, even if only temporarily. It is important to reform the National Health System for the possibility of improving human health. Greater importance should also be given to pre-symptomatic screening and prevention through appropriate campaigns. The stagnation should be changed to actions in a direction which is health-oriented. The most important sector is Primary Health Care, which must be changed according to the needs of citizens and socio-economic determinants. Health is a social right of all people and the competent bodies of the Ministry of Health should bring out such mechanisms that will contribute to the highest desired result.

Keywords: health system, socio-economic health determinants, economic crisis, pandemic

1. Εισαγωγή

Η διπλωματική εργασία ξεκινάει με την υγεία σαν μια πολυσύνθετη έννοια ,η οποία σχετίζεται με την ανοσοκατασταλτική κατάσταση των πολιτών μια χώρας, τις επιστημονικές εξελίξεις και την εφαρμογή τους, τους οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες και τις οικολογικές αναγκαιότητες ,οι οποίες είναι σε άμεση εξάρτηση με την κοινωνία. Γίνεται αναφορά στην υγεία σαν θεμελιώδες δικαίωμα για κάθε άνθρωπο και πρέπει να καλύπτει όλες τις ανάγκες του ανθρώπου, σωματικά, ψυχικά και συναισθηματικά.Ακολουθεί μια εκτενής περιγραφή στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας και τους δείκτες και τους παράγοντες και τις ανισότητες που τους επηρεάζουν.

Η οικονομική κρίση ξεκίνησε στην χώρας μας το 2009 και κλιμακώνεται μέχρι σήμερα . Αποτέλεσμα αυτής της μεγάλης και επί σειράς ετών κρίσης είναι η επιδείνωση της υγείας ,σωματικής και ψυχικής ,στους πολίτες της χώρας. Παρατηρείται αύξηση άγχους, κατάθλιψης, αυτοκτονιών ,χρήσης ναρκωτικών, καπνού και παχυσαρκίας, λόγω της ανεργίας, του φόβου απώλειας εργασίας και των πολλαπλών φόρων και περικοπών. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αυτήν την περίοδο της κρίσης έχουμε αύξηση των μεταδιδόμενων ασθενειών. Οι πληττόμενοι από αυτή δεν φαίνεται να έχουν κάποιο ηλικιακό όριο , καθώς το φάσμα της καλύπτει όλες τις ηλικιακές βαθμίδες, από μωρά έως ηλικιωμένους.

Την οικονομική κρίση ήρθε να επιβαρύνει ο SARS-Covid με περισσότερα περιστατικά κατάθλιψης, άγχους ενδοοικογενειακής βίας και οικονομικής δυσχέρειας λόγω των εκτεταμένων περιοριστικών μέτρων για την καταπολέμηση της πανδημίας. Οι ηλικιωμένοι όπως επίσης και οι χαμηλότερες κοινωνικά τάξεις επλήγησαν περισσότερο από την ασθένεια εξαιτίας των δυσμενών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας. Άξιο αναφοράς είναι ότι αναδείχθηκε ακόμα μια ανισότητα στην υγεία , όσον αφορά την χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας.

Έπειτα δίνεται ο ορισμός των συστημάτων υγείας ως η προώθηση, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας και τις βασικές αρχές που διέπουν το σύστημα υγείας οι οποίες είναι η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ισότητα.

Παρακάτω γίνεται μια ιστορική αναδρομή στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας με νόμους που είχαν καθοριστικό ρόλο στην οργάνωση και λειτουργία του. Γίνεται αναφορά των συστημάτων υγείας, των οργανωτικών χαρακτηριστικών του Συστήματος υγείας, και εκτενή ανάλυση για την σημαντικότητα που έχει η αποδοτικότητα η ανταποκρισιμότητα και η ικανοποίηση στα συστήματα υγείας.

Παρουσιάζεται η κατάσταση του ΕΣΥ στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και τις νομοθετικές αλλαγές που έλαβαν χώρα κατά το διάστημα αυτό. Επίσης παρουσιάζεται η επίδραση της πανδημίας του SARS-Covid στα συστήματα υγείας και την δημόσια υγεία και τις ανισότητες της περιόδου αυτής.

Παρατίθενται οι βασικοί άξονες των προμηθευτών υγείας όπου σημαντικό ρόλο παίζουν ο οικογενειακός γιατρός, τα κέντρα υγείας και το νοσοκομείο. Αναδεικνύονται οι κοινωνικοί προσδιοριστές σαν αναπόσπαστο κομμάτι των συστημάτων υγείας.

Χρησιμοποιώντας την βιβλιογραφία παρουσιάζονται προτάσεις που αφορούν στην αναμόρφωση του ΕΣΥ και την σημαντικότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Προς το τέλος γίνεται αναφορά στην Εθνική Ατζέντα για την ασφάλεια των ασθενών που θεωρείται ότι είναι σημαντική για την βελτίωση των δομών υγείας με την συνεργασία πολιτών και επαγγελματιών υγείας.

Συνοψίζοντας στον επίλογο τονίζεται η σημαντικότητα της υγείας στις κοινωνίες, ό,ποιες και αν είναι οι συνθήκες ή οι κοινωνικοί προσδιοριστές και οι δείκτες υγείας και ότι οφείλομαι να μεριμνούμε για την υγεία και ευημερία του πληθυσμού μέσω των συστημάτων υγείας και των δομών τους.

2. Ορισμός Υγείας

Η έννοια της υγείας θεωρείται συχνά ότι προέρχεται από την ιατρική επιστήμη. Σύμφωνα με το καταστατικό που διατυπώθηκε στον παγκόσμιο οργανισμό υγείας το 1946 ,τον οποίο ενέκριναν 61 κράτη και παραμένει ο ίδιος μέχρι και σήμερα, η υγεία είναι « η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.» (WHO,2013)

Δεν είναι απλά η βιολογική κατάσταση του ατόμου, αλλά ένα status quo το οποίο επηρεάζεται από το κοινωνικό και βιολογικό περίγυρο μέσα στο οποίο γεννιέται, μεγαλώνει, σπουδάζει, εργάζεται και διαβιώνει. Η υγεία διακρίνεται σε ατομική και δημόσια και αφορά όλο το σύνολο της κοινωνίας.

Στο παγκόσμιο συνέδριο όσον αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την υγεία γενικότερα στην ALMA-ATA το 1978 ορίζεται ως υγεία ότι « η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτησή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένας κοινωνικός στόχος που αφορά όλο τον κόσμο και η πραγματοποίησή του απαιτεί την δραστηριότητα πολλών τομέων».

Η υγεία ενός πληθυσμού ούσα περίπλοκη είναι πολύ παραγοντική διότι χρειάζεται να καλύπτει όλες τις πτυχές της ζωής ενός ανθρώπου, δηλαδή την σωματική, ψυχική και συναισθηματική υγεία με την έλλειψη αναπηρίας.

Η υγεία αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου και η προστασία αυτής είναι συνταγματικό δικαίωμα που έχει ο κάθε πολίτης από το κράτος προκειμένου και επιβάλλεται να του παρέχει τις απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας. (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2013). Η υγεία ως βασικό αγαθό είναι συνδυασμός εφοδίων που διαθέτουν τα άτομα με ένα από αυτά την φροντίδα της υγείας τους, με αποτέλεσμα την μακροζωία και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πλέον η επιστημονική κοινότητα προσπαθεί να διαμορφώσει μια ολιστική θεωρία με επίκεντρο την υγεία ,όχι μόνο από πλευράς ιατρικής αλλά εντάσσοντας μέσα και άλλες παραμέτρους όπως τις ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές, αφού είναι πασιφανές ότι η υγεία εξαρτάται σε μεγαλύτερο βαθμό από το περιβάλλον που διαβιών την ανθρώπινη

συμπεριφορά και κληρονομικότητα και σε μικρότερο βαθμό από τις ιατρικές υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται. (Μάντη, Π., Τσελέπη, Χρ., 2000

Η μεγαλύτερη απειλή για την υγεία είναι η φτώχεια διότι τα μεγαλύτερα προβλήματα υγείας πλήττουν περισσότερο τους οικονομικά αδύναμους οι οποίοι ύστερα περιέχονται σε συνθήκες μεγαλύτερης φτώχειας.

Εν κατακλείδι όπως αναφέρει ο Σούλης Σωτήριος (1987) «η υγεία είναι το προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών ,οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικο-οικονομικής τάξης πραγμάτων.»

3. Κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας και δείκτες υγείας.

Η Επιτροπή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) για τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας “Socialdeterminants of health”(SDoH) ως «τις συνθήκες υπό τις οποίες γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζούνε, εργάζονται και γερνούν οι άνθρωποι» καθώς είναι θεμελιώδεις παράγοντες, που επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα δεικτών υγείας, λειτουργίας και ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Όλο αυτό το φάσμα δυνάμεων που διαπλάθουν τις ανάγκες της καθημερινής ζωής όπως επίσης τις αθέμιτες και αναπότρεπτες διαφορές στα επίπεδα υγείας των πληθυσμών που παρατηρούνται εντός και μεταξύ των χωρών.

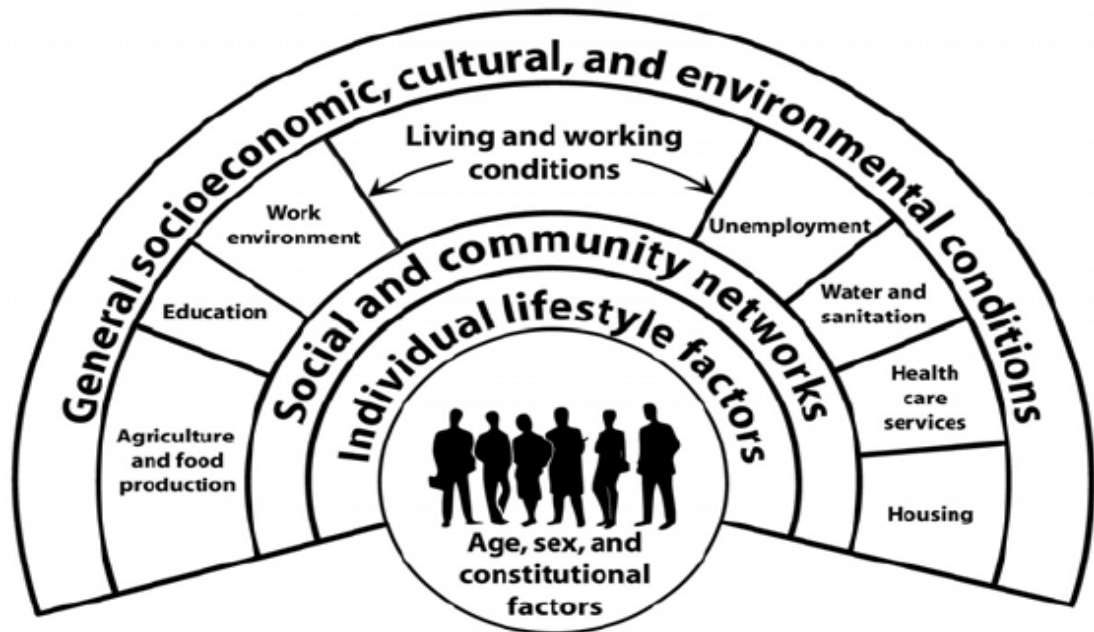
Οι κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας συνθέτουν το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον και είναι οι εξής:

- Το εισόδημα, η κοινωνική διαστρωμάτωση, επίπεδο εκπαίδευσης
- Η εργασία και οι συνθήκες εργασίας, η ανεργία
- Οι παράγοντες υγείας, όπως το άγχος, τα πρώτα παιδικά χρόνια, η κοινωνική υποστήριξη και οι κοινωνικές σχέσεις, η διατροφή και οι συνθήκες διαβίωσης, οι μετακινήσεις (ατομικές και συλλογικές), ο εθισμός σε διάφορες ουσίες (οινόπνευμα, ναρκωτικά, καπνός).
- Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Οι Dahlgren και Whitehead το 1991 δημιούργησαν ένα μοντέλο προσδιοριστών υγείας, συλλέγοντας δεδομένα και στοιχεία με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων για τους παράγοντες σε σχέση με το περιβάλλον, την υγεία και τον άνθρωπο.

Σύμφωνα με αυτούς οι παράγοντες χωρίζονται σε 4 κατηγορίες:

- 1) σε ευρύτερους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και περιβαλλοντικούς
- 2) σε παράγοντες του άμεσου περιβάλλοντος(εργασία, κατοικία, τροφή κλπ)
- 3) σε παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά(lifestyle)
- 4) σε ατομικούς βιολογικούς παράγοντες ‘όπως η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα κλπ.



Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού επηρεάζεται κατά 40% έως 50% από την συμπεριφορά, κατά 20% έως 30% από το κοινωνικό οικονομικό περιβάλλον και κατά 10%-20% από τις υπηρεσίες υγείας.

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς, τα εκφυλιστικά νοσήματα και οι χρόνιες παθήσεις κυριαρχούν ενώ οι γεννήσεις μειώνονται αισθητά. Όλο και περισσότερα άτομα όταν θα ενηλικιωθούν θα αποκτήσουν ασθένειες όπως καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνος.

Η γήρανση του πληθυσμού το 2050 εμφανίζει την Ελλάδα (58,8%) στις υψηλότερες τιμές μετά την Ισπανία (67,4%) ενώ ο δείκτης νέων για την χώρα μας θα είναι ο χαμηλότερος της Ε.Ε (22,3%) (ΕΚΚΕ, 2006) Ενώ ο πληθυσμός της γης το 1958 ήταν 2,8 δισεκατομμύρια το 2025 αναμένεται να φτάσει τα 8 δισεκατομμύρια.

Λόγω της αυξανόμενης τάσης του προσδόκιμου ορίου ζωής, η μελέτη της υγείας των πληθυσμών συμπεριλαμβάνει εκτός από μέτρα θνησιμότητας και μέτρα νοσηρότητας, προσδόκιμου ορίου υγιούς ζωής και ποιότητα ζωής συνυφασμένα με την υγεία. Δηλαδή γίνεται στροφή από την ποσότητα στην ποιότητα της ζωής.

Το προσδόκιμο ζωής παγκοσμίως αυξάνεται, για την περίοδο 2000-2016 έχει φτάσει την αύξηση στα 5,5 χρόνια και είναι μεγαλύτερη από το 1960. (WHO-

World Health Organization 2016). Για την μέτρηση της ποιοτικής υγείας υπάρχουν ο δείκτης QALY (Quality-Adjusted life years) για τα ποιοτικώς προσδιορισμένα έτη ζωής. Ο οποίος μετράει τα ποιοτικά έτη ζωής προσπαθώντας να βελτιώσει το επίπεδο υγείας του ατόμου και να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής. Επίσης υπάρχει και ο δείκτης DALY (Disability-adjusted life years) ο οποίος καταγράφει τις αναπηρίες που έρχονται σαν επακόλουθο των διάφορων ασθενειών.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ,1981) οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε ποιοτικούς και ποσοτικούς όσο αφορά την υγεία και ελέγχουν τις άμεσες ή έμμεσες διαφοροποιήσεις της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού σε διαφορετικούς χρόνους.. Οι δείκτες υγείας χωρίζονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι θετικοί δείκτες αναφέρονται στο προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού, στον δείκτη γεννητικότητας αναφορικά με το ποσοστό των γεννήσεων και στον δείκτη γονιμότητας, όπου αναφέρεται ο αριθμός των παιδιών για κάθε γυναίκα. Οι αρνητικοί δείκτες δείχνουν την νοσηρότητα δηλαδή το ποσοστό των ασθενών από μια ασθένεια την φορά για ένα χρονικό διάστημα. Ο δείκτης θνησιμότητας, ο οποίος δείχνει τον αριθμό των θανάτων σε συγκεκριμένη ασθένεια σε μια ορισμένη με σαφήνεια περίοδο συνολικά στον πληθυσμό. Τέλος ο δείκτης θνητότητας ο οποίος δείχνει την προοπτική απώλειας ζωής των ανθρώπων από μια συγκεκριμένη ασθένεια από την οποία έχουν προσβληθεί.

Το 2010, το πρόγραμμα ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών αναφέρει τους παραπάνω δείκτες αξιολόγησης της ανθρώπινης ανάπτυξης σε παγκόσμιο επίπεδο. Αυτοί είναι οι εξής : Δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης (HDI- Human Development Index) ο βαθμός ανάπτυξης των βασικών ανθρωπίνων ικανοτήτων μιας χώρας, Σταθμισμένος δείκτης ανισοτήτων ανθρώπινης ανάπτυξης (IHDI- Inequality- Adjusted Human Development Index), Δείκτης Ανισοτήτων των δύο Φύλων (GII –Gender Inequality Index).

Ο όρος υγείας έχει αναφερθεί παραπάνω, για να οριστεί η ελλιπής υγεία υπάρχουν πολλοί όροι όπως η νόσος, η ασθένεια, αρρώστια, η ασθενική κατάσταση είναι κάποιες από αυτές. Η νόσος περιγράφει την βιοφυσική κατάσταση της κακής υγείας, η ασθένεια το κοινωνικό βίωμα του να είναι κάποιος άρρωστος ή με νόσο. Η νοσηρότητα είναι ένα γενικός όρος για όλες τις καταστάσεις υγείας που εμπεριέχει τραυματισμούς, ασθένειες, και λοιπές φθορές που διακρίνονται σε δυο κατηγορίες των ξαφνικών και των χρονιζόντων καταστάσεων που διαχωρίζονται στην έκταση και στο είδος της ασθένειας.

Αναπηρία είναι μια παροδική ή χρονίζουσα κατάσταση, η οποία επιδρά στα άτομα και την δυνατότητα τους να αντιμετωπίσουν καθημερινές λειτουργίες και δραστηριότητες.

i) Γενετικοί παράγοντες.

Οι γενετικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία του ατόμου ,έγιναν αντικείμενο μελέτης από τους επιστήμονες στην ανάγκη τους να χαρτογραφήσουν το ανθρώπινο γονιδίωμα για την βοήθεια τόσο στην διάγνωση όσο και την θεραπεία της εκάστοτε ασθένειας. Μια από τις προόδους είναι και οι θεραπείες για τον καρκίνο σε σχέση με τα φάρμακα που παίρνει ο κάθε ασθενής και τις αναλογίες του.

Οι κοινωνικές συνθήκες και το περιβάλλον δύνανται να επηρεάσουν την υγεία του ατόμου και να αλληλοεπιδράσουν στην γενετική του. Η επιγενετική εκπροσωπεί ένα μηχανισμό με τον οποίο οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες μπορούν να αλληλοεπιδράσουν όπως τα έσοδα, η κοινωνική τάξη, η εκπαίδευση.

ii) Το εισόδημα, η κοινωνική διαστρωμάτωση, επίπεδο εκπαίδευσης

Υπάρχουν στοιχεία τα οποία καταδεικνύουν ότι τα σχετιζόμενα με την υγεία δημιουργούνται από διάφορους κοινωνικούς παράγοντες όπως είναι το εισόδημα, το μορφωτικό επίπεδο και η εργασία.(Bravemanetal., 2014 , Stringhinietal., 2010). Υπάρχει ισχυρή διασύνδεση εισοδήματος η πλούτου και υγείας του πληθυσμού σε όλες τις χώρες. Το εισόδημα μπορεί να επηρεάσει την υγεία διότι μέσω αυτού μπορούν άμεσα να γίνουν αγορές των υλικών αγαθών για την επιβίωση του ατόμου και έμμεσα την ποιότητα ζωής του.(Marmot, 2005).

Άνθρωποι με κακή υγεία έχουν συχνά απώλεια εσόδων λόγω της αδυναμίας τους να εργαστούν.Να κατανοήσουμε τους λόγους και τις αιτίες μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας είναι παράγοντας σημαντικός για την βελτίωση της υγείας των πληθυσμών όπως επίσης και για την μείωση κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

Υπάρχει μεγάλη σύνδεση ανάμεσα στην οικονομική ανέχεια και το επίπεδο υγείας . (Foegen, 2010). Έρευνες δείχνουν ότι άνθρωποι που είναι από χαμηλά κοινωνικά στρώματα με μικρό εισόδημα, κατώτερο μορφωτικό επίπεδο κλπ. εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστιαία νούμερα νόσησης και θνησιμότητας. Το 1992 ερευνητές ,σύμφωνα με την

Τσελέπη , διαπίστωσαν στην στη Γλασκόβη διαφορές στο μέγεθος των στηλών των τάφων. Όσο υψηλότερος ήταν ο στήλος τόσο σε καλύτερη κοινωνική τάξη ανήκε, έδειχνε μεγαλύτερη ευμάρεια και ήταν μεγαλύτερης ηλικίας άτομα.Ενώ οι τάφοι με νεότερα άτομα προέρχονταν από φτωχότερους και κατώτερους κοινωνικά πολίτες της χώρας.

Την δεκαετία του 1980 με την σημαντική συμβολή του BlackReport με αναλύσεις που έκανε φάνηκε και επιβεβαιώθηκε αργότερα σε όλο τον κόσμο ότι παρατηρήθηκε σχέση μεταξύ υγείας και κοινωνικής και επαγγελματικής τάξης μια κοινωνίας.

Οι θάνατοι ήταν σχεδόν τρεις φορές περισσότεροι στους οικονομικά ασθενέστερους,η βρεφική θνησιγένεια ήταν διπλάσια αναλογικά με τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα. Οι πιο εύποροι πολίτες είχαν την δυνατότητα να επιλέγουν συχνότερα τις διάφορες υπηρεσίες υγείας δημοσιές ή ιδιωτικές, σε σχέση με τους ασθενέστερα οικονομικά πολίτες.(Townsend, P,Davidson, N 1992).

Η θέση που κατέχει ένας άνθρωπος στην κοινωνία στην παραγωγή και την διαδικασία ένταξής τους σε αυτήν, οι οικονομικές απολαβές του, οι ιδεολογίες του, είναι αυτά που διαπλάθουν τις κοινωνικές διαβαθμίσεις μεταξύ των ατόμων και παρουσιάζουν τις μεγάλες διαφοροποιήσεις στην υγεία τους. Οι διαφορές αυτές στην υγεία είναι πιο έντονες όσο αφορά την νοσηρότητα και την θνησιμότητα.

Το επίπεδο μόρφωσης αντικατοπτρίζει κοινωνικές ευκαιρίες. Επίσης αντανακλά και την γονική επιρροή στα παιδιά στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, εφόσον η εκπαίδευση είναι πρόδρομος για μελλοντικό εισόδημα. Πιθανές αιτιολογίες για την σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας μπορεί να είναι ότι ένα υγιές άτομο έχει την δυνατότητα καλύτερης μόρφωσης. Το κοινωνικό επίπεδο διαδραματίζει μεγάλο ρόλο στην μόρφωση και την υγεία και ως εκ τούτου υπάρχουν μεγαλύτερα οφέλη για ένα υγιή άνθρωπο. Η θετική σύνδεση μπορεί να είναι εν μέρει εξαιτίας των διαφορών των εισοδημάτων μεταξύ των χωρών.

Για παράδειγμα, φτωχότερες χώρες έχουν λιγότερους πόρους να σπαταλήσουν στην εκπαίδευση και την υγεία οπότε μεγαλύτερος αριθμός ατόμων στερείται της δυνατότητας να πληρώσουν/ δαπανήσουν στην μόρφωση καθώς και στην υγεία μόνοι τους. Έτσι επενδύοντας στην μόρφωση και στην ευεξία του ατόμου είναι δυνατόν να βρεθεί η διέξοδος από την οικονομική ανέχεια.(Behrman&Rosenzweig, 2004).

Η πυραμίδα του Maslow μας ενημερώνει ότι οι άνθρωποι με οικονομική άνεση μπορούν να απεγκλωβιστούν από διαφορές ανασφαλείς και ξαφνικές καταστάσεις και να κοινωνικοποιηθούν περισσότερο με τον υπόλοιπο κόσμο και να σπαταλούν λιγότερο χρόνο για τους εαυτούς τους. Αυτή η φθορά των σχέσεων μεταξύ των ανθρώπων, που βλέπουμε πιο συχνά στους οικονομικά ασθενέστερους, ίσως να έγκειται στην υποβάθμιση των εσόδων τους, η οποία δίνει μικρά περιθώρια στην ανάδειξη υγιούς σχέσης και αλληλεπίδρασης με άλλα άτομα.

Οι άνθρωποι από τις χαμηλότερες τάξεις λόγω οικονομικής δυσπραγίας, δεν έχουν καλή διατροφή, καθαρό νερό κλπ, οικία που μπορεί να τους εξασφαλίσει καλύτερες συνθήκες διαβίωσης όπως επίσης στερούνται από καλές συνθήκες εργασίας. Έτσι τα ανωτέρω επιδρούν δυστυχώς αρνητικά, δίνουν την δυνατότητα ανάπτυξης των μεταδοτικών ασθενειών και παρουσιάζουν υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητά. (ΤούνταςΓ., 2008)

Life expectancy by age, sex and educational attainment level
SEX: Total **AGE:** Less than 1 year **ISCED11:** All ISCED 2011 levels **UNIT:** Year

TIME	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
GEO										
Bulgaria	73.3	73.7	73.8	74.2	74.4	74.9	74.5	74.7	74.9	74.8
Denmark	78.8	79.0	79.3	79.9	80.2	80.4	80.7	80.8	80.9	:
Estonia	74.4	75.3	76.0	76.6	76.7	77.5	77.4	78.0	78.0	:
Greece	:	:	:	:	:	81.4	81.5	81.1	81.5	81.4
Croatia	76.0	76.3	76.7	77.2	77.3	77.8	77.9	77.5	78.2	78.0
Italy	81.7	81.9	82.3	82.4	82.4	82.9	83.2	82.7	83.4	83.1
Hungary	74.2	74.4	74.7	75.1	75.3	75.8	76.0	75.7	76.2	76.0
Malta	79.7	80.4	81.5	80.8	:	:	:	:	:	:
Poland	75.6	75.9	76.4	76.8	76.9	77.1	77.8	77.5	78.0	77.8
Portugal	:	:	80.1	80.7	80.6	80.9	81.3	81.3	81.3	81.6
Romania	73.5	73.7	73.7	:	74.4	75.1	75.0	74.9	75.2	75.3
Slovenia	79.1	79.4	79.8	80.1	80.3	80.5	81.2	80.9	81.2	81.2
Slovakia	:	:	:	76.1	76.3	76.6	77.0	76.7	77.3	77.3
Finland	79.9	80.1	80.2	80.6	80.7	81.1	81.3	81.6	81.5	81.7
Sweden	81.3	81.5	81.6	81.9	81.8	82.0	82.3	82.2	82.4	82.5
Norway	80.8	81.0	81.2	81.4	81.5	81.8	82.2	82.4	82.5	82.7
North Macedonia	74.4	74.4	75.0	75.1	74.9	75.5	75.5	75.5	75.4	:
Serbia	:	:	:	:	:	:	75.4	75.3	75.7	75.6
Turkey	:	:	76.8	77.1	77.6	:	:	78.2	78.1	78.5

(http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpecedu&lang=en)

Όπως δείχνει και ο πίνακας της Eurostat από το 2008 ως το 2017 προσδιορίζεται το προσδόκιμο ζωής σε 15 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε σχέση με την ηλικία ,το φύλο και την εκπαίδευση.

Από πρόσφατη έρευνα φάνηκε ότι την περίοδο 2016-2018 στην Αγγλία το προσδόκιμο επιβίωσης ήταν κατά 9,5 χρόνια μικρότερο στους άντρες των φτωχότερων από ότι των πλουσιότερων περιοχών. Η φτώχεια συνδέεται σημαντικά με τη νοσηρότητα,το προσδόκιμο ζωής και την βρεφική θνησιμότητα.

Ως απόλυτη φτώχεια ορίζεται το μέρος του πληθυσμού που ζει με <1\$ την ημέρα.Το 1/5 του πληθυσμού παγκοσμίως ζουν στην απόλυτη φτώχεια.Υπάρχουν 487 εκατομμύρια εργαζόμενοι στον πλανήτη που είναι το όριο της φτώχειας και δεν μπορούν να καλύψουν βασικές ανάγκες για την οικογένειά τους.1,3 δισεκατομμύρια εργαζομένων ζουν με >2\$ την ημέρα,. Στην Αφρική και την Ασία παρατηρείται το μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με την Κεντρική Ευρώπη. Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό φτάνει στο 20%. Η απόλυτη και οριακή φτώχεια υπάρχει ακόμα στις πιο πλούσιες χώρες στην Ευρώπη παρόλες τις προσπάθειες αντιμετώπισής της.

Η θνησιμότητα των βρεφών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οικονομία, την κοινωνία και το μορφωτικό επίπεδο της χώρας. Σε πολλές χώρες Ασίας και Αφρικής σε έρευνα του 2010 παρατηρήθηκε μεγάλη θνησιμότητα σε νεογνά έως και σε παιδιά πέντε ετών με 130.000—180.000 απώλειες ζώων και οι σοβαρότεροι λόγοι ήταν οι εξής: η έλλειψη τροφής, καθαρού νερού,AIDS, ασθένειες του αναπνευστικού, παιδικές μεταδιδόμενες ασθένειες, μαλάρια σε ελώδεις κυρίως περιοχές κλπ. Ο υποσιτισμός συντελεί το 1/3 των θανάτων και στη Αφρική και Ασία οπου δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, νερό, στέγαση και διατροφή. Ένα στα πέντε παιδιά πεθαίνουν πριν τα πέμπτα γενέθλια τους.Στην Ελλάδα η βρεφική θνησιμότητα είναι σε χαμηλά επίπεδα συγκρίσιμα με τις δυτικοευρωπαϊκές χώρες.

Επίσης παρουσιάζονται ανισότητες και στην υγεία μεταξύ των δυο φύλων.Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας και χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό από τους άνδρες. Από έρευνα που έγινε στην Ελλάδα για την ανάδειξη της υγείας των Ελλήνων, σε τυχαίο δείγμα από 20-65 ετών

,έδειξε ότι το 26,5% των ανδρών έπασχε από κάποια σωματική ή ψυχική ασθένεια ενώ το ποσοστό αυτό στον γυναικείο πληθυσμό ήταν στο 43,2% (Μαδιανός ,Μ. , Γ., Ζαρνάρη ,Ο., και συν. , 1988.).

Τέλος λόγω της αστικοποίησης σήμερα πολλοί άνθρωποι ζουν σε πολυκατοικίες ή αποδυναμωμένα χωριά. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής συνετέλεσε στην εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων ,και τάση αυτοκτονιών και τροχαίων ατυχημάτων.

iii) Η εργασία και οι συνθήκες εργασίας, η ανεργία

Με την απασχόληση το άτομο παίρνει χρήματα(εισόδημα),μειώνονται οι κοινωνικές οικονομικές ανισότητες, δεν υπάρχει κοινωνικός αποκλεισμός, βοηθάει στην κοινωνική ευημερία και ανάπτυξη τόσο του ατόμου όσο και την κοινωνίας. Η επένδυση σε ανθρώπινο κεφάλαιο έχει αποδειχθεί με τα χρόνια ότι βελτιστοποιεί τον οικονομικό και κοινωνικό πλούτο.

Η ανεργία αποτελεί τον βασικό λόγο για την μείωση του βιοτικού επιπέδου ενός πληθυσμού. Ο άνθρωπος έχει ανάγκη να εργάζεται και με αυτό τον τρόπο επιβεβαιώνει την ίδια του την ύπαρξη και εξελίσσεται. Είναι η εργασία η βασική προϋπόθεση της ανθρώπινης ύπαρξης γιατί μέσω αυτής ικανοποιείται το άτομο και τον διαφοροποιεί από το ζωικό βασίλειο. Η ανεργία σύμφωνα με τον S.Freud απομακρύνει το άτομο από την πραγματικότητα και τον ωθεί σε αντικοινωνική συμπεριφορά.. Οι επιπτώσεις της ανεργίας είναι οικονομικές ,κοινωνικές, ψυχολογικές, στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Ένας άνεργος τείνει να αποστασιοποιείται από την κοινωνία, να επαναφέρει παλιές αντιλήψεις και κοινωνικές αξίες και να συντηρικοποιείται, έτσι αποκτάει κοινωνική απάθεια και κοινωνική αποξένωση. Η έλλειψη εργασίας ευθύνεται για την αύξηση των αυτοκτονιών, κατάθλιψης και διαζυγίων και διακοπής σχέσεων. Επίσης επιφέρει διαταραχές στον ύπνο, πονοκεφάλους, τάση στην κακή διατροφή, άνοδοαγχογόνων καταστάσεων και αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας από άνεργους γονείς.

Το επάγγελμα είναι ισχυρά συνδεδεμένο με την θέση κάποιου στην κοινωνία, και πολύ συχνά συνδέεται με την υψηλότερη εκπαίδευση και τους υψηλότερους μισθούς. Η υψηλότερη εκπαίδευση προφανώς αυξάνει την πιθανότητα επαγγελματών ανώτερου

επιπέδου και κύρους, τα οποία ακολουθούνται κιάλας από υψηλότερους μισθούς. Τα επαγγέλματα τείνουν να αντικατοπτρίζουν το κοινωνικό κύρος και μπορεί να σχετίζονται με συγκεκριμένα προνόμια στις υπηρεσίες υγείας για παράδειγμα , ευκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, εκπαίδευση και κατοικίες καλύτερου επιπέδου που είναι πιο εύκολες να αποκτηθούν από τους πιο υψηλά μισθωτούς.

Το είδος της εργασίας ενός εκάστου καθορίζει τα έσοδα τα οποία χρησιμοποιεί για να εκπληρώνει τις ανάγκες και τους σκοπούς του. Αυτό έχει σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική και κοινωνική εναρμόνισή του . Από το 1841 μελετάται η σχέση ανάμεσα στην εργασία και την υγεία. Τότε πρώτο τεκμηριώθηκε και καταγράφηκε η σύνδεση του επαγγέλματος με την κατάσταση της υγείας και τον θάνατο των εργαζομένων σε λατομεία και μεταλλεία.Οι επιπτώσεις έχουν να κάνουν με τα εργατικά ατυχήματα και τις εργατικές ασθένειες ένεκα της φύσεως της εργασίας και τυχόν χημικών επιδράσεων. Το ποσοστό των εργαζομένων που εκτίθεται σε διάφορους κινδύνους λόγω εργασίας αφορά το 40-50% του πληθυσμού παγκοσμίως.

Οι συχνές επαγγελματικές αλλαγές ,η αλλαγή κατοικίας και αλλαγή συνθήκων ζωής ενοχοποιούνται για την αύξηση της νοσηρότητας. Η εργασία και η ανεργία είναι δυο παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία άμεσα και έμμεσα διαμορφώνοντας την ψυχοκοινωνική του ανάπτυξη και ωρίμανση και την κοινωνικοποίησή του και σημαίνουν πολλά για την κοινωνική αναγνώριση του ατόμου πέρα από την οικονομική του διάσταση. Στην σύγχρονη εποχή,έχει δοθεί έμφαση στις επιδράσεις του εργασιακού στρες στους εργαζόμενους και κυρίως την κατάθλιψη. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα έχουν σχέση με το στρες το οποίο αποτελεί έναν παράγοντα υψηλού κινδύνου. Στα επαγγέλματα υγείας και τα κοινωνικά επαγγέλματα,οι εργαζόμενοι δέχονται φόρτο εργασίας και στρες με αποτέλεσμα να δρουν αρνητικά, να αισθάνονται ανικανοποίητοι και να χάνουν την αυτοεκτίμησή τους. Υπάρχουν πολλές έρευνες για τον χώρο τις υγείας και άλλα επαγγέλματα που επιβεβαιώνουν αυτό.Καρδιαγγειακά νοσήματα σχετίζονται έντονα με το εργασιακό στρες και μυοσκελετικά νοσήματα για ανθρώπους οι οποίοι κάνουν χειρωνακτικές δουλειές και άτομα που εργάζονται σε εξορύξεις μετάλλων. Ο κίνδυνος εμφάνισης των αρνητικών επιπτώσεων της υπερεργασίας και των υπερωριών αυξάνεται την ώρα της εργασίας τους.

Η απώλεια εργασίας συντελεί στην απομόνωση του ατόμου από τα κοινωνικά δρώμενα. Όσο περισσότερα άτομα χάνουν την δουλειά τους τόσο αυξάνουν τα προβλήματα και η διαβίωση των πληθυσμών δυσχεράνετε με αποτέλεσμα την αύξηση των ασθενειών και την θνητότητα. Η Melcure and Stewart(1984) διερευνώντας τις συνθήκες που ζούσαν τα παιδιά με άνεργους γονείς σε υποβαθμισμένες περιοχές διαπίστωσαν ότι είχαν περισσότερες πιθανότητες νόσησης και νοσηλείας έναντι αυτών που διέμεναν σε αναβαθμισμένες περιοχές.

Η ανεργία είναι ένα φαινόμενο με συνεχή αύξηση τα τελευταία χρόνια. Η ανεργία βάζει σε κίνδυνο την υγεία ειδικά εκεί που είναι πιο διαδεδομένη. Η ανεργία επηρεάζει και την οικογένεια και δείχνουν έρευνες ότι αυξάνει σημαντικά τον πρόωρο θάνατο. Τα αποτελέσματα στην υγεία όσων αφορά την ανεργία επηρεάζουν σε ψυχολογικό και οικονομικό τομέα, πολλές φορές με την δημιουργία μεγάλων χρεών απέναντι σε τράπεζες, στο κράτος κλπ. Τα προβλήματα στην υγεία πρωτοπαρουσιάζονται πριν την ανεργία αλλά από την έντονη πιθανότητα αυτής και το αβέβαιο μέλλον. Αυτό αποδεικνύει ότι το άγχος της ανασφάλειας είναι ένας ακόμα παράγοντας που επηρεάζει την υγεία. Η ανασφάλεια της εργασίας έχει δείξει ότι παρουσιάζονται έντονα προβλήματα ψυχικής υγείας περισσότερο το άγχος και η κατάθλιψη, προσωπικά προβλήματα υγείας και μεγάλο ρίσκο καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επειδή μη ικανοποιητικές δουλειές (που δεν ευχαριστούν τα άτομα) ή δουλειές με μεγάλη ανασφάλεια μπορεί να είναι το ίδιο επιβλαβή με την ανεργία. Το να έχεις απλά μια δουλειά πολλές φορές δεν μπορεί να προστατέψει την σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου.

Οι επιπτώσεις στην ζωή ενός ατόμου λόγω απώλειας του εισοδήματός του οδηγούν σε διάφορες βαθμίδες ανέχειας όπως η κακή διατροφή ,η μικρή ποσότητα τροφής , η κακή διαβίωση ποικιλοτρόπως, η ελάχιστη ή και η καθόλου πρόσβαση σε γιατρούς ή νοσοκομεία εξαιτίας της απώλειας ή μείωσης της ασφαλιστικής κάλυψης.

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια λόγω ομαδικών απωλειών εργασίας έχει παρουσιαστεί αύξηση ψυχικών και σωματικών νοσημάτων του πληθυσμού ανεξαρτήτως φύλου, φυλής και ηλικίας. Οι συνθήκες εργασίας όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως καθιστούν επαγγελματικοί κίνδυνοι και μπορούν να προκαλέσουν επαγγελματικά νοσήματα.

Η έλλειψη εργασίας αποτυπώνεται στον πληθυσμό με κατάθλιψη, δυσφορία, αυτοκτονικές τάσεις, χρήση διαφόρων ουσιών και αύξηση της εγκληματικότητας. Όσοι χάνουν τις δουλειές τους αισθάνονται μειωμένη αυτοεκτίμηση, ψυχολογική αδυναμία, ανικανοποίηση από την έλλειψη της εργασίας τόσο για την ίδια την απασχόληση όσο και για την επαφή με τους συναδέλφους. Σε σχετική έρευνα Stuckleretal το 2008 η οποία παρουσιάστηκε το 2011 σε είκοσι έξι ευρωπαϊκές χώρες όπως Ελλάδα, Αγγλία, Αυστρία και άλλες χώρες εξετάστηκαν τα ποσοστά ανεργίας αναλογικά με αυτά των αυτοχειρών 2000 με 2009. Απεδείχθει δυστυχώς μεγάλη η σχέση μεταξύ ανεργίας - θνητότητας ανά 100.000 κατοίκους ένεκα αυτοκτονιών και διαφόρων καρδιοπαθειών νέων ανδρών. Το 2009 αυξήθηκαν οι αυτοκτονίες με την αύξηση της ανεργίας. Όταν η ανεργία αυξάνεται κατά 1% αυξάνονται και οι αυτοκτονίες κατά 0,78%. Στην κατά 3% αύξηση της ανεργίας βλέπουμε αύξηση των αυτοκτονιών σε ανθρώπους ηλικίας <65 ετών. Επίσης παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από την κατάχρηση αλκοόλ στους ανέργους και μεγάλη κατανάλωση καπνού.

iv) Λοιποί παράγοντες υγείας.

Σήμερα στις δυτικές κοινωνίες επικρατεί ένας ανθυγιεινός τρόπος ζωής που εμπεριέχει τον υποσιτισμό, την ανθυγιεινή διατροφή, το στρες, την χρήση ναρκωτικών ουσιών, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ. Λόγω του ανθυγιεινού τρόπου ζωής εκδηλώνονται νοσήματα και ασθένειες και αναπηρίες όπως το υπερβολικό βάρος, η υπέρταση, τα μυοσκελετικά προβλήματα, μεταβολικές παθήσεις, καρδιαγγειακές παθήσεις. (Ziglioetal., 2004)

Ωστόσο η υπέρταση, ο διαβήτης, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η χρήση καπνού, η υπερβολική αύξηση βάρους είναι οι πέντε κύριοι λόγοι θανάτων στον πλανήτη. Αν αυτές οι συνήθειες διαγνωστούν και αλλάξουν έγκαιρα μειώνονται οι αρνητικές συνέπειες για τον άνθρωπο. Η πρόληψη και η αλλαγή τρόπου ζωής είναι σημαντικές για την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών και να προληφθεί ο θάνατός.

Το 2000 το 2,3% των θανάτων οφειλόταν σε χαμηλή πρόσληψη φρούτων και λαχανικών. Ύστερα από συστηματική ανασκόπηση, η αύξηση της καθημερινής

πρόληψης φρούτων και λαχανικών θα μπορούσε να μειώσει σημαντικά τον διαβήτη τύπου 2.

Όσων αφορά το φύλο έρευνες δείχνουν ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες ζουν περισσότερο αλλά επιβιώνουν για πολλά χρόνια με κακή η πολύ κακή υγεία. Δηλαδή ζουν περισσότερο από τους άνδρες αλλά με λειτουργικούς περιορισμούς/αναπηρίες. Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε ψυχικά νοσήματα όπως η κατάθλιψη ενώ οι άντρες με προβλήματα ψυχικής υγείας όπως οι αυτοκτονίες και η χρήση αλκοόλ. Πολλές έρευνες αποδεικνύουν ότι οι κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας αποτελούν την λύση στα προβλήματα υγείας σωματικής και ψυχικής.

Σε μελέτη του Brahmhatt,2017 αναφέρεται ότι η παχυσαρκία ευθύνεται για διάφορες παθήσεις όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, διαβήτη και υψηλής αρτηριακής πίεσης. Περίπου δυο δισεκατομμύρια είναι υπέρβαροι και το ένα τρίτο είναι παχύσαρκοι από αυτούς. Περισσότερο πλήττονται οι χώρες με υψηλό εισόδημα μέσα σε αυτές και οι χώρες τις Ευρώπης και παρατηρείται αύξηση τους και σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Σε μελέτη της Stamoroulouetal.2014, αναφέρεται ότι το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία θνησιμότητάς παγκοσμίως. Η διακοπή καπνίσματος είναι σημαντική για την μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Εκτιμάται ότι το κάπνισμα μειώνει το προσδόκιμο ζωής κατά 8 χρόνια καθώς σχετίζονται με καρκίνο πνεύμονα, την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, την στεφανιαία νόσο και τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Ο γενικός εθισμός σε όλες τις μορφές, κάπνισμα, αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες σχετίζονται με καρδιαγγειακά νοσήματα, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, κακοήθη νεοπλασμάτα, τροχαία ατυχήματα και κατάθλιψη.

Ερευνητικές έρευνες και ανασκοπήσεις έχουν δείξει ότι για την ενήλικη ζωή παίζει μεγάλο ρόλο η παιδική ζωή. Η φτώχη συναισθηματική υποστήριξη σε πρώιμη ηλικία μπορεί να έχει μεγάλο ρίσκο σε φτώχη σωματική και διανοητική και συναισθηματική λειτουργία του ενήλικου ανθρώπου. Η αργή ανάπτυξη είναι συνδεδεμένη με την βιολογία κατά την διάρκεια της εξέλιξης του ατόμου και διαμορφώνει τις βάσεις της βιολογίας και του ανθρώπινου κεφαλαίου, τα οποία επηρεάζουν την υγεία καθ'όλη την διάρκεια της ζωής. Φτωχές συνθήκες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορεί να οδηγήσει σε

λιγότερο ιδανική ανάπτυξη του εμβρύου, λόγω έλλειψης σωστής διατροφής, το στρες της εγκύου, από χρήσης καπνού, ναρκωτικών και αλκοόλ, ελλιπής άσκηση και την έλλειψη προγεννητικής φροντίδας. Κοινώς φτώχη, ελλιπής ανάπτυξη του εμβρύου προκαλεί προβλήματα στην ζωή αργότερα του ανθρώπου.

Οι εμπειρίες του νεογνού είναι σημαντικές για την αργότερη ζωή και υγεία όσων αφορά την προσαρμοστικότητα των βιολογικών συστημάτων του. Η διαγνωστική, συναισθηματική και αισθητήρια λειτουργία, προγραμματίζει της λειτουργίες του εγκεφάλου, ανασφαλής συναισθηματική συμπεριφορά και φτώχη ανταπόκριση μπορεί να οδηγήσει σε αδυναμία του παιδιού να πάει σχολείο και να κοινωνικοποιηθεί με το ρίσκο της κοινωνικής περιθωριοποίησης στην ενήλικη ζωή. Υγιεινές συνήθειες, όπως σωστή διατροφή, γυμναστική και η μη χρήση καπνού και άλλων εθιστικών ουσιών, έχουν συνδεθεί με πατρική σωστή καθοδήγηση και εκμάθηση. Αργή ανάπτυξη του νεογνού μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη καρδιολογική, αναπνευστική, παγκρεατική, ανάπτυξη και λειτουργία του ήπαρ, με αυξημένο ρίσκο της υγείας στην ενήλικη ζωή.

Η οικογένεια έχει πολύ σημαντικό ρόλο τόσο στην σωματική όσο και την ψυχική υγεία του παιδιού και την διαμόρφωση του αργότερα στην ζωή. Η ομαλή σχέση μεταξύ της οικογένειας (διαζύγιο, τσακωμοί, βιαιότητα στην οικογένεια), το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων και οι μειωμένες αποδοχές, η απώλειαστενών συγγενών που βρίσκονται στο περιβάλλον του επιδεινώνουν την νοσηρότητα με συμμετοχή άλλων παραγόντων όπως το φύλο, η ηλικία, η φυλή και η κοινωνικό υπόβαθρο όπου διαβιεί. Η έλλειψη σχέσης της εμπιστοσύνης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας και η απουσία θαλπωρής μειώνει την άμυνα του οργανισμού του ατόμου και το κάνει επιρρεπές σε ασθένειες. (Waite, L 1995, Denney, J, 2010)

Έρευνες έδειξαν ότι οι άνθρωποι που είχαν καλή επικοινωνία με τους συνανθρώπους τους και ανέπτυσαν καλές μεταξύ τους σχέσεις, νοσούσαν λιγότερο και η θνησιμότητα τους ήταν σε χαμηλότερα επίπεδα κυρίως σε αρρώστιες όπως η αρτηριοσκλήρυνση, η υψηλή πίεση, το υποτροπιάζον έμφραγμα του μυοκαρδίου και διαφόρων ειδών καρκίνους. (Ertel, Ketal. 2009, Everson-Rose, S. Etal 2005, Robles, T. Etal 2003, Uchino, B 2006).

Η χαμηλή κοινωνική στήριξη μπορεί να συμβάλει στην θνησιμότητά των ανδρών και εμφάνιση εγκεφαλικού. Τα χαρακτηριστικά της σύγχρονης πόλης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την υγεία των πολιτών. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι εξής :ο θόρυβος, η έλλειψη χώρου, τα απόβλητα, η κοινωνική αποδιοργάνωση, το νερό η ατμοσφαιρική ρύπανση, τα τροχαία ατυχήματα. (Τούντας Γ., 2007).

Η μετανάστευση είτε κατά μόνας είτε σε ομάδες συντελεί στην αύξηση διαφόρων μεταδοτικών και μη ασθενειών ανάλογα με τον περίγυρο στον οποίο βρίσκονται και ζουν. Οι μετανάστες παρουσιάζουν νοσηρότητα τον πρώτο καιρό που μετακινούνται σε ένα καινούριο μέρος , ανάλογα με τις κλιματικές συνθήκες της χώρας που βρίσκονται , οι οποίες και αλλάζουν με την παρέλευση του χρόνου. Αυτό διότι οι απόδημοι συνήθως διαβιούν με πολλά άτομα μαζί σε κατοικίες που δεν πληρούν τις σωστές προϋποθέσεις υγιεινής και ασφάλειας. Αναζωπυρώνονται ασθένειες όπως τα λοιμώδη νοσήματα η ηπατίτιδα , το AIDS , η φυματίωση , η ψώρα κλπ.

Τέλος τα φαινόμενα ρατσισμού και περιθωριοποίησης των ατόμων είτε γηγενών ή μεταναστών επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και τον τρόπο ζωής τους και κοινωνικοποίησής τους.

4.Οικονομική κρίση και προσδιοριστές υγείας

Το 2007 ξεκίνησε η οικονομική κρίση στην Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και αργότερα απλώθηκε σε όλο τον κόσμο παγκοσμίως. Προηγήθηκε το μεγάλο κράχ του 1929 με τις γνωστές μεγάλες επιπτώσεις. Οι κυβερνήσεις των χωρών αντέδρασαν άμεσα και προέβησαν στην έκτακτη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση αυτής της κρίσης. Η σύγχρονη οικονομική κρίση είναι μια εκδήλωση κοινωνικής αδικίας.

Το δημόσιο έλλειμμα έφτασε το -15,6% το 2009 ενώ ήταν στο -6,6% το 2007. Επίσης το δημόσιο χρέος από -107,4% έφτασε το 2010 στο -145%. Το χρέος της χώρας από 153% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ το 2012 έφτασε στο 175% στο 2013.

Η χώρα αναγκάζοταν να δανείζεται περισσότερα από τα έσοδα που είχε και είχε σαν αποτέλεσμα να χάσει την πιστοληπτική της ικανότητα με βαθμό κινδύνου χρεοκοπίας 151% ,το 2010 σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ και κόντεψε να φτάσει σε καθεστώς πτώχευσης. Η χώρα έφτασε να καταλαμβάνει την πρώτη θέση σε ποσοστό του δημόσιου ΑΕΠ στην ΕΕ-28.

Η Ελλάδα κατάφερε να μειώσει το δημόσιο έλλειμμα από -15,6% το 2009 σε -3,5% το 2014 με την μείωση των δημοσίων δαπανών όπως μισθούς και συντάξεις και την μείωση μεταβιβαστικών πληρωμών.

Αυτό είχε συνέπειες για την ελληνική κοινωνία σε θέματα αδήλωτης εργασίας, αύξηση της ανεργίας, αύξηση των ανισοτήτων και τη φτώχειας, δημιούργησε νέες κατηγορίες ανθρώπων με αυξημένες ανάγκες κλπ. Όπως έχει ειπωθεί και παραπάνω η ανεργία στην Ελλάδα έφτασε το 2013 στο 27,5%. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας (31,4%) σε σχέση με τους άνδρες (24,5%) και με μεγάλο ποσοστό στους νέους που φτάνει το 58,3% για άτομα κάτω των 25 ετών.

Με την κρίση του 2009 η χώρα αντιμετώπισε την μεγαλύτερη οικονομική όξυνση στην σύγχρονη ιστορία της. Τότε το χρέος της Ελλάδας προς τρίτους έφτασε στο 82,5%

του ΑΕΠ. Τον Μάιο του 2010 υπέγραψε το πρώτο μνημόνιο (πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής /ΠΟΠ) και ακολούθησαν και αλλά με την πάροδο του χρόνου καθώς η χώρα αδυνατούσε να αποπληρώσει τα χρέη της. Το χρονοδιάγραμμα περιελάμβανε διάφορα μέτρα που αφορούσαν τον δημόσιο τομέα, διάφορες αλλαγές στην διάρθρωση έχοντας ως τελικό στόχο την ελάττωση κατά πολύ του κρατικού ελλείμματος και την δυνατότητα αντιμετώπισης του Ελληνικού χρέους. Εφαρμόστηκαν μέτρα όπως ελάττωση συντάξεων, μισθών και επιβολή επιπλέον φόρων τον Μάιο του 2010 τα οποία μπορούμε να πούμε ότι ήταν μια μορφή «εσωτερικής υποτίμησης» (Zarvas et al., 2016). Η χώρα τον Μάιο του 2010 μπήκε κάτω από την στενή επιτήρηση της Ευρωπαϊκής επιτροπής, της Ευρωπαϊκής τράπεζας και το Διεθνές νομισματικό ταμείο και υπέγραψε το πρόγραμμα οικονομικής αναπροσαρμογής προς τα τέλη του 2010. Έκτοτε η κρίση αυτή επέδρασε αρνητικά σε όλα τα τμήματα της Ελλάδας όσο αφορά την οικονομία αλλά και την ποιότητα ζωής των Ελλήνων. Το ποσοστό της ανεργίας ήταν και παραμένει υψηλό, ο κατώτατος μισθός μειώθηκε σε βαθμό που δεν μπορούσαν να συντηρηθούν οι οικογένειες και η ανέχεια και η κοινωνική απομόνωση χτύπησε κόκκινο σε όλη την χώρα και οι άνθρωποι δεν είχαν την δυνατότητα να αποκτήσουν ούτε τα βασικά αγαθά.

Η ανεργία φτάνει στο 27% το 2013 και αυτό έχει πολλές αρνητικές συνέπειες στην οικονομία αλλά και στο σύστημα κοινωνικής προστασίας. Τα αποτελέσματα της μείωσης της απασχόλησης είναι ποιοτικά και ποσοτικά, με την αδρανοποίηση του εργατικού προσωπικού όλων των μορφωτικών επιπέδων και ένας από τους λόγους μείωσης του ΑΕΠ. Με αποτέλεσμα αρνητικών επιπτώσεων για το βιοτικό επίπεδο των πολιτών της χώρας μιας και η παραγωγική δυνατότητα μειώθηκε.

Τα δημόσια έσοδα στη Ελλάδα προέρχονται κατά 68% από την φορολογία και κατά 32% από τις κοινωνικές εισφορές το 2012. Με μισθωτούς και συνταξιούχους να επωμίζονται το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών φόρων.

Εξαιτίας της κρίσης, τα χρέη των οικογενειών, η ανεργία, η μείωση λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) αλλά και οι ελλειψείς παροχές της δημόσιας υγείας λόγω της ελάττωσης των κρατικών δαπανών, επιβάρυναν σε μεγάλο βαθμό τους δείκτες υγείας στην χώρα τα τελευταία δέκα χρόνια. Σύμφωνα με έρευνα που έκανε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) σε 6500 νοικοκυριά παρατήρησε αύξηση του άγχους της κατάθλιψης, των καρδιαγγειακών νοσημάτων και υπήρξε αύξηση χρήσης

αντικαταθλιπτικών κατά 38,5%. Από έρευνες που έχουν γίνει για την αυτό εκτίμηση της υγείας των πολιτών μπορεί να φανούν πολύ σημαντικές για τα ποσοστά θνησιμότητάς των κοινωνιών όσο αφορά την μελλοντική υγεία τους, αν και επειδή αφορούν προσωπικές γνώμες καλό είναι να εξετάζονται προσεκτικά. (Νιάκας, 2013)

Η οικονομική κρίση έβλαψε τόσο τους ψυχολογικά ασθενέστερους, όσο και τους υγιής πληθυσμούς σύμφωνα με διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Οι επιστήμονες αναφέρουν για την Ελλάδα ,πρωτοφανή ποσοστά για την ελληνική πραγματικότητα τόσο σε θέματα καταθλιπτικών διαταραχών όσο και αυτοκτονικών επεισοδίων λόγω του φόβου και της ανασφάλειας για το μέλλον τους.

Από έρευνες επίσης υπογραμμίζεται ότι η κατάθλιψη μπορεί να έρθει σαν αποτέλεσμα του φόβου της εργασιακής επισφάλειας και της απώλειας εργασίας, αφού αυτός μπορεί να έχει ως επακόλουθο έντονα μελαγχολικά περιστατικά. Παρουσιάζεται και πολύ έντονη δυσφορία στον Ελληνικό πληθυσμό λόγω της οικονομικής κρίσης.

Όσο αφορά τα παιδιά και τους εφήβους καταγράφεται σύμφωνα με τους Simou & Koutsogeorgou(2014), άνοδος των ψυχικών διαταραχών κατά 40%, μη αρμονικών σχέσεων στην οικογένεια στο 51%, αντίδραση στην παρακολούθηση του σχολείου στο 25%, διαταραχών διαγωγής στο 28%, ενώ το ποσοστό αποπειρών αυτοκτονιών ανέρχεται στο 20%, οι καταχρήσεις ουσιών στο 19% και εκφοβισμού (bullying) στο 22%. Σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής εταιρίας Θετικής Ψυχολογίας (2011) οι μισοί Έλληνες βιώνουν καταθλιπτικά περιστατικά, το ένα τέταρτο του πληθυσμού έχουν κατάθλιψη και άγχος και το ένα τρίτο άγχος, από τον πληθυσμό που έγινε η έρευνα. Οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από τον ανδρικό πληθυσμό. Οι νεότεροι παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά σχετικά με την παραγωγή της εργασίας τους και την απόδοσή τους. Τέλος, σημαντικές είναι και οι καταχωρήσεις από την «Γραμμή βοήθειας» για τις καταθλιπτικές διαταραχές. Αναφορικά με αυτές, ο αρσενικός πληθυσμός κατά 65% στις ηλικίες 30 έως 45 υπάρχει μεγάλη ποσοστωση στις ψυχολογικές επιπτώσεις από την κρίση και άνθρωποι ηλικίας από 18 έως 30 παρουσιάζουν μεγάλη ανησυχία για την επαγγελματική τους προοπτική και αποκατάσταση. (Μπούρας & Λύκουρας, 2011).

Μεγάλο ποσοστό των αυτοκτονιών στην Ελλάδα την περίοδο της κρίσης έχει σαν βασικές αιτίες την οικονομική κρίση, την ανεργία και την ανασφάλεια.

Παρατηρείται από έρευνες σημαντική αύξηση κατανάλωσης ναρκωτικών ουσιών με μεγαλύτερη χρήση κάνναβης και κοκαΐνης ή κρακ όπως και η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους.

Ύστερα από έρευνα που διεξήλθε στην Ελλάδα έγινε αντιληπτό ότι οι Έλληνες καπνίζουν πολύ, δεν τρέφονται σωστά, δεν γυμνάζονται και εμφανίζουν μεγάλη αύξηση στο βάρος τους. Σε αυτό παίζει σημαντικό ρόλο και η οικονομική κρίση και ο αντίκτυπός της.

Η έλλειψη χρημάτων έχει άμεση σχέση με την κακή υγιεινή και αύξηση βάρους λόγω ανθυγιεινής διατροφής όπως αναφέρεται σε μελέτες. Από έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ συμπεραίνουμε ότι το 20% των Ελλήνων βρίσκεται σε κατάσταση απορίας, το 22,7% δεν έχει την δυνατότητα σωστής και αρκετής τροφής αλλά και άλλα άτομα που δεν ανήκουν στους εντελώς άπορους στερούνται τροφής λόγω των συνθηκών και αυτοί αποτελούν το 4,2%. Λόγω αυτής της κατάστασης επηρεάζονται και οι ανήλικοι με 500.000 στην χώρα να διαβιώνουν σε συνθήκες σχεδόν απολυτής φτώχειας. Η ελλιπής διατροφή στα παιδιά μπορεί να οδηγήσει σε μεταβολικό σύνδρομο, παχυσαρκία, διαφορές καρδιακές παθήσεις με περαιτέρω μελλοντικές συνέπειες στην υγεία των παιδιών γιατί ο υποσιτισμός μιας ολόκληρης γενιάς παιδιών μπορεί να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας με την πάροδο του χρόνου. (Κατσαούνη, 2012)

Για τις ασθένειες παρατεταμένης διάρκειας έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχει αυξητική τάση την τελευταία δεκαετία με τα ποσοστά να είναι το 2004 στο 19,1%, το 2003 στο 19,9% και το 2010 αυξάνεται στο 22,6%. (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013).

Τα επακόλουθα των οικονομικών μέτρων για τους Έλληνες ήταν και είναι σοβαρά, παραπάνω στους χρόνιους πάσχοντες, γιατί οι οικογένειες βρίσκονται ήδη σε δυσχερή θέση από την μεγάλη μείωση του εισοδήματός τους.

Η έρευνα που έχει γίνει δείχνει ότι οι χρόνιοι ασθενείς στην Ελλάδα έχουν επηρεαστεί περισσότερο από την οικονομική κρίση όπως οι υπερτασικοί, οι διαβητικοί, οι πάσχοντες από αναπνευστικά προβλήματα, από άνοια και Alzheimer.

Στην Ελλάδα αυξάνονται και οι μεταδιδόμενες ασθένειες όπως μαλάρια , επιδημίες και ειδικότερα παρατηρείται αύξηση το HIV με τον αριθμό να αυξάνεται συνεχώς και της Ηπατίτιδας Β και C λόγω των αυξημένων χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών.Επίσης παρατηρείται και μεγάλη αύξηση ενδονοσοκομιάκων λοιμώξεων λόγω της αύξησης απομόνωσης λοιμωξιόγόνων μικροοργανισμών που είναι ανθεκτικά στα αντιβιοτικά.

5.Επίδραση του SARS-Covid στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας

Πλήθος παραγόντων προσδιορίζουν την ανθρώπινη υγεία. Από την πανδημία που ενέσκηψε στην Ισπανία στις αρχές του 20^{ου} αιώνα έως την πιο πρόσφατη H1N1 και της επιδημίας Ebola αποδεικνύεται ότι οι πανδημίες δρούν ως επιταχυντές των ανισοτήτων.

Η παγκοσμιοποίηση η οποία διασύνδεσε όλο τον κόσμο μεταξύ τους με εύκολή μεταφορά ατόμων και προϊόντων και τις οικονομίες των κρατών να μοιράζονται κέρδη και ζημιές και να ακολουθούν στρατηγικές συνεργασίες μέσω των κρατών. Η καινούρια πανδημία SARS-Covid εμφανίστηκε σε μια χρονική περίοδο όπου η οικονομική κρίση είχε ήδη επιβαρύνει τους πληθυσμούς παγκοσμίως στην οικονομία, στην ενότητα της κοινωνίας και το επίπεδο διαβίωσης. Η προσφορά των όρων για τα δημόσια συστήματα ελαττώθηκαν, προγραμματισμένα μέτρα από την ιατρική κοινότητα για την πρόληψη έπαψαν να ισχύουν και πολιτικές κοινωνικού περιεχομένου για την εξαφάνιση των ανισοτήτων διακόπηκαν. Ο Covid-19 υπήρξε καταλυτικός στην επιτάχυνση των ήδη προϋπάρχοντων ανισοτήτων αλλά και προσθέτοντας και καινούριους. Για τον περιορισμό του ιού ελήφθησαν παγκοσμίως πρωτοφανή περιοριστικά μέτρα.

Η μολυσματική αυτή νόσος προσβάλλει όλο τον πληθυσμό όλων των κοινωνικοοικονομικών διαστρωματώσεων αλλά οι λοιμώδεις νόσοι επιβαρύνουν περισσότερο τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα. Η συννοσηρότητα ενισχύει τις ήδη υπάρχον χρόνιες ασθένειες, ιδιαίτερα τις αναπνευστικές, οι οποίες επιφορτίζονται και με ανθυγιεινούς τρόπους συμπεριφοράς πχ κάπνισμα.

Οι συνθήκες διαβίωσης των χαμηλών κοινωνικών τάξεων δίνουν χώρο σε υψηλότερες πιθανότητες μόλυνσης εντός των σπιτιών και των περιορισμένων εξωτερικών χώρων των αστικοποιημένων περιοχών. Οι συνθήκες που ζουν πολλά νοικοκυριά έχουν χαρακτηριστικά υπερσυνωστισμού και υψηλότερα ποσοστά καταχρήσεων που επιδρούν αρνητικά γενικότερα στην υγεία πόσο μάλλον στην πανδημία. Σε πόλη της Ισπανίας διαπιστώθηκε προσβολή από τον ιού κατά 6-7 φορές περισσότερο των χαμηλών εισοδημάτων σε σχέση με τους πιο εύπορους.

Όσον αφορά την εργασία ο Covid-19 επιβαρύνει περισσότερο τους εργαζομένους μικρών θέσεων εργασίας καθώς και τα συναισθήματα όπως το στρες επιβαρύνουν το ανοσοποιητικό. Οι ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος ανήκουν σε θέσεις όπως η εστίαση, η οποία χτυπήθηκε περισσότερο κατά την διάρκεια της πανδημίας, δεν είναι σε θέση να κάνουν δουλειά εξ αποστάσεως και είναι εκείνοι οι οποίοι στηρίζουν την εργασιακή τους μετάβαση και επιστροφή χρησιμοποιώντας τα μέσα μαζικής μεταφοράς, δημιουργώντας πρόσφορο έδαφος στην μετάδοση του ιού.

Οι Chenetal (2020) αναλύοντας τα δεδομένα στην Νέα Υόρκη ανέδειξαν ότι οι κάτοικοι με τα χαμηλότερα κοινωνικό οικονομικά κριτήρια σε μειονεκτούντες περιοχές είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να μολυνθούν από τον ιο ενώ ταυτόχρονα εμφάνιζαν αυξητική τάση της θνησιμότητας στους φτωχότερους του κέντρου έναντι των πλουσιότερων στα προάστια. Από έρευνα στο Σικάγο από την BabraC. Etal(2020) , η αφρικανική κοινότητα καλύπτοντας το 34,8% του πληθυσμού, αντιπροσωπεύει το 59,2% των θανάτων από Covid-19. Τα οικονομικά ασθενέστερα στρώματα της χώρας βάλονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την πανδημία διότι έχουν και πολλά χρόνια προβλήματα υγείας και δεν τα αντιμετωπίζουν σωστά εν μέσω και της οικονομικής κρίσης , με αποτέλεσμα την ήδη επιβαρυνόμενη υγεία για αυτούς. Τα περιοριστικά μέτρα επέφεραν μεγάλη επιδείνωση των καταθλιπτικών επεισοδίων στην κοινωνία. Η καραντίνα επίσης έθεσε την κοινωνία σε ένα περιβάλλον κοινωνικής απομόνωσης , επηρέασε την ευεξία και μεγέθυνε την κατάθλιψη η δημιούργησε και σε ανθρώπους που δεν είχαν, λόγω των αγχωδών παραγόντων σε συνδυασμό με την ανεπαρκή συναισθηματική και κοινωνική υποστήριξη. Περισσότερο αγχωτική φαίνεται να είναι η περίοδος για τις γυναίκες σε όλες τις ηλικίες αλλά και σε μαθήτριες. Όπως αγχωτική ήταν και η συνεχής ενημέρωση από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας αφού βομβαρδιζόμαστε από ειδήσεις για θανάτους και άτομα που έμπαιναν στις ΜΕΘ καθημερινά και αδιάκοπα. Πολλαπλά διαζύγια ήταν σαν αποτέλεσμα της ενδοοικογενειακής βίας σε όλα τα μέλη της οικογένειας και άλλες διαταραχές στις μεταξύ τους σχέσεις.

Η ανεργία με την απουσία της κοινωνικής ασφάλισης από τα μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας και την μείωση του εισοδήματος, αν και δόθηκαν μερικώς επιδόματα ανεργίας, οδηγεί σε πτώση της κοινωνικής τάξης και υποβαθμισμένη κατοικία και υιοθέτηση επιβλαβών τρόπων συμπεριφοράς και διατροφής.

Αναδεικνύεται επίσης μια νέα ανισότητα και αυτή είναι της ψηφιακής παιδείας και της τηλεργασίας μεταξύ της κοινωνίας και των εκπαιδευτών. Αυτή ημεταξύ τους τεράστια απόσταση στην γνώση και χρήση των ψηφιακών μέσωνείναι εμφανές ότι επιδρά αρνητικά στην είσοδο στους νέους τρόπους εργασίας από το σπίτι και την τηλεϊατρική που δίνεται στους ανθρώπους της πανδημίας.

Τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε κέντρα ηλικιωμένων είχε φανεί ότι πλήττονται περισσότερο από την πανδημία με πολλά περιστατικά στα οποία ολόκληροί οικoi ευγηρίας είχαν κολλήσει τον ιό με αποτέλεσμα μεγάλο αριθμό θανάτων.

Τέλος η αύξηση παλιών και νέων μορφών ανισοτήτων, προφανώς διαμορφώνουν σε βάθος χρόνου μεγαλύτερες ανισότητες και στην ψυχικήκαι την σωματική υγεία του ανθρώπου.

6. Κοινωνική ασφάλεια και ποιότητα ζωής

Η κοινωνική ασφάλεια είναι ένας πολυδιάστατος κοινωνικός διακανονισμός, η λειτουργία του διέπεται από την καθολικότητα και εξατομίκευση από τις αρχές επικουρικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του ανθρώπου στην σύγχρονη κοινωνία. Ο στόχος της κοινωνικής ασφάλειας είναι η συνέχιση της ψυχοκοινωνικής υπόστασης και ποιότητας του κοινωνικού ατόμου καθώς και η εξασφάλιση ποιότητας στην ζωή του. Ο πληθυσμός κάνει πάντα συγκρίσεις είτε μεταξύ των ιδίων κοινωνικο-οικονομικών τάξεων είτε διαφορετικών και μέσω της παγκοσμιοποίησης είναι σε θέση να βλέπει και τις συνθήκες διαβίωσης και τρόπου ζωής και άλλων κοινωνιών. Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης υπάρχουν τρεις κατηγορίες ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων.

Το δικαίωμα στην επιβίωση που αναφέρεται στην δυνατότητα των πολιτών μια χώρας να μπορεί να επιβιώνει, να διατηρείται η ανθρώπινη ζωή και η ύπαρξη και προστασία της. Το δικαίωμα της κοινωνικής διαβίωσης δηλαδή να μπορεί το άτομο να αναπτύσσει την προσωπικότητά του μέσω των θεσμών της κοινωνικής ζωής όπως η εκπαίδευση και η εξασφάλιση ανεκτού επιπέδου διαβίωσης. Και τρίτον το δικαίωμα της ατομικής υπόστασης που έχει να κάνει με την ιδιαιτερότητα του καθενός και το δικαίωμα να αναπτύσσουν χαρακτηριστικά και ιδιότητες που επιλέγουν εκείνοι και τα οποία εμπλουτίζουν την κοινωνία. Η κοινωνική ασφάλεια έχει ως σκοπό να εξασφαλίσει στον άνθρωπο μια ποιότητα ζωής και την μείωση των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών ανισοτήτων.

Η Κοινωνική Παραγωγή Λειτουργιών που αναφέρεται στην ποιότητα Ζώης των ανθρώπων στηρίζεται σε τρεις αρχές:

- α. την σύνδεση των αναγκών με την ευεξία, με σημαντικό την κάλυψη των πρωταρχικών αναγκών που είναι κοινές για όλους τους ανθρώπους.
- β. την διάκριση πρωταρχικών στόχων και λειτουργικών, με λειτουργικούς να αφορούν την εσωτερική και εξωτερική ευημερία και την ενεργητικότητα καθώς και την κοινωνική θέση αναγνωρισιμότητα και τα συναισθήματα του ατόμου.

γ. την αντικατάσταση - αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων, δηλαδή την επιλογή του κάθε ατόμου για την ικανοποίηση των αναγκών τους με το δικαίωμα επιλογής με σχέση κόστους αποτελεσματικότητας.

Πρωταρχικός στόχος είναι η κατάκτηση ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου και ύστερα ενός ανώτερου μορφωτικού επιπέδου. Χωρίς την εξασφάλιση αυτού δηλαδή πάνω από το όριο της φτώχειας το άτομο θα βρίσκει πολλές δυσκολίες στην εξέλιξη της προσωπικότητάς του και συνέχιση επαρκούς της ζωής του.

Για την επίτευξη της ανθρώπινης ανάπτυξης χρειάζεται η γνώση, η μακροζωία και υγεία γενικότερα και το εισόδημα και ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο. Το 2012 η Ελλάδα κατείχε την 29η θέση σε 42 χώρες όσο αφορά την ανθρώπινη ανάπτυξη.

Οι ανισότητες στην υγεία μπορούν να χωριστούν στο προσδόκιμο ζωής, στην θνησιμότητα, στη νοσηρότητα και στην αναπηρία. Οι ανισότητες στο προσδόκιμο ζωής εμπεριέχουν το επάγγελμα, την εργασιακή δραστηριότητα, την κοινωνικοοικονομική θέση, τον τόπο κατοικίας, το φύλο και το κοινωνικό κεφάλαιο. Οι ανισότητες στην θνησιμότητα εμπεριέχουν τον κλάδο απασχόλησης, το είδος απασχόλησης, την εργασιακή δραστηριότητα. Οι ανισότητες στην νοσηρότητα περιλαμβάνουν την κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία, το είδος απασχόλησης, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, τον τρόπο οργάνωσης της εργασίας, τα έτη προϋπηρεσίας και την νοσολογική κατάσταση. Οι αιτιολογικοί παράγοντες των ανισοτήτων είναι κυρίως ο τρόπος ζωής και οι συνθήκες εργασίας του ατόμου.

Αιτίες της πρόωρης θνησιμότητας είναι οι εξωτερικές αιτίες, τα τροχαία ατυχήματα, τα εργατικά ατυχήματα, αυτοκτονίες, σεξουαλικά μεταδιδόμενες ασθένειες, κακοήθη νεοπλάσματα, παθήσεις του κυκλοφορικού και καρδιοεγκεφαλικά νοσήματα και ψυχικές ασθένειες. Οι παράγοντες που επηρεάζουν είναι η χρήση καπνού και αλκοόλ, η μη χρήση προφυλακτικών μέσων κατά την σεξουαλική πράξη, οι συνθήκες εργασίας, η ατομιστική και εσωστρεφής συμπεριφορά, η διατροφή, η εκγύμναση, η έλλειψη οργάνωσης και προσβασιμότητας στο σύστημα υγείας, οι τιμές των φαρμακευτικών αγαθών, η ασφάλεια του ασθενή και οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι κλιματολογικές συνθήκες, η ατμοσφαιρική ρύπανση, η ακτινοβολία κλπ.

Οι δείκτες υγείας γενικότερα είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την εκτίμηση των αναγκών υγείας.

7.Συστήματα υγείας.

Η έννοια του «συστήματος» γίνεται κατανοητή ως η διάταξη των μερών και των διασυνδέσεων τους που έρχονται μαζί για ένα σκοπό. Υπάρχει πληθώρα συστημάτων όπως πληροφορικά συστήματα, συστήματα διοίκησης κλπ και η ίδια η κοινωνία μας αποτελεί ένα σύστημα. Οπότε το σύστημα υγείας ξεχωρίζει για τον λόγο που έχει δημιουργηθεί. Ο σκοπός του συστήματος υγείας περιστρέφεται γύρω από την υγεία των ανθρώπων.

Ένας κοινά αποδεκτός όρος για τον σύστημα υγείας δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2007), ο οποίος αναφέρει πως «ένα σύστημα υγείας αποτελείται από όλες τις οργανώσεις, τους ανθρώπους και τις δράσεις των οποίων πρωταρχικός στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τις προσπάθειες να επηρεάσουν τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και τις πιο άμεσες δραστηριότητες βελτίωσης της υγείας. Επομένως, ένα σύστημα υγείας είναι κάτι παραπάνω από την πυραμίδα δημοσίων εγκαταστάσεων που παρέχουν υπηρεσίες προσωπικής υγείας. Περιλαμβάνει για παράδειγμα, μια μητέρα που φροντίζει για ένα άρρωστο παιδί στο σπίτι, ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών, προγράμματα αλλαγής συμπεριφοράς, εκστρατείες ελέγχου φορέων, οργανώσεις ασφάλισης υγείας, της νομοθεσίας για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία.». Με το «Σύστημα υγείας» περιγράφουμε τον τρόπο με τον οποίο οργανώνονται και αλληλεπιδρούν οι πόροι που διαθέτει ο τομέας υγείας προκειμένου να εξασφαλιστεί και να βελτιωθεί η υγεία του πληθυσμού. (Wendt,2009)

Οι πόροι αυτοί είναι οι οικονομικοί, ο εξοπλισμός, η υλικοτεχνική υποδομή, η τεχνολογία και το πιο σημαντικό το ανθρώπινο δυναμικό ή ανθρώπινος παράγοντας. Η υγεία είναι φυσικό και κοινωνικό αγαθό για κάθε άνθρωπο και αποτελεί βασικό συντελεστή και δείκτη της κοινωνικής, πολιτιστικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ. World Health Organization, W.H.O.) , οι βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν ένα σύστημα υγείας είναι:

Α.) Αποτελεσματικότητα, που αφορά την επίτευξη του βασικού στόχου ενός συστήματος υγείας που δεν είναι άλλος παρά η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Β.) Αποδοτικότητα, που αφορά τη σχέση μεταξύ εισροών και εκροών. Κύριος στόχος είναι η ορθολογική κατανομή των πόρων προς όφελος όχι μόνο των ασθενών πολιτών αλλά και ολοκλήρου του πληθυσμού.

Γ.) Ισότητα στην πρόσβαση σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις, η οποία σχετίζεται με την κοινωνική δικαιοσύνη και την κατανομή των φορολογικών βαρών των πολιτών.

Στο σύστημα υγείας δεν περιέχεται μόνο η κλασική ιατρική πράξη αλλά και ότι αφορά την πρόληψη αφού έχει αποδειχθεί και στα προηγούμενα κεφάλαια ότι η υγεία επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες και η ασθένεια αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με δια τομεακή συνεργασία. Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα:

- 1) το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του,
- 2) την παραγωγή υπηρεσιών υγείας,
- 3) και τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών. (Θεοδώρου , 2001.)

Το νοσοκομείο αποτελεί ένα ζωντανό οργανισμό ο οποίος διαχρονικά προσαρμόζεται στο μεταβαλλόμενο και περίπλοκο περιβάλλον με σκοπό την υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η φροντίδα δεν προϋποθέτει την παρουσία ασθένειας ενώ η περίθαλψη είναι για ανθρώπους που έχουν παρουσιάσει κάποιο σύμπτωμα ή κάποιο πρόβλημα στην υγεία τους.

Το 1957 ,η Επιτροπή των Εμπειρογνομόνων σε θέματα ιατρικής περίθαλψης την ΠΟΥ παρουσίασε τον εξής ορισμό: « *Νοσοκομείο είναι ένα ίδρυμα κατάλληλο να υποδεχθεί πρόσωπα προσβεβλημένα ή πιθανώς προσβεβλημένα από νόσο, ή τραυματισμένα*

και εγκύους δια τοκετό,μέσω της εξασφάλισης κατοικίας και της τροφοδοσίας, ως επίσης και την υγειονομική περίθαλψη μεγάλης η μικρής διάρκειας,δηλαδή παρακολούθηση,διάγνωση,νοσηλεία και αποκατάσταση.Στις ανωτέρω περιπτώσεις μπορεί να παρέχει συμβουλές στα εξωτερικά ιατρεία και στους περιπατητικούς ασθενείς.»

Το νοσοκομείο λοιπόν για να ανταποκριθεί στο ρόλο του πρέπει να παρέχει της εξής πέντε λειτουργίες :

1. Την ιατρική φροντίδα υγείας, στην οποία ο ασθενής έρχεται στο νοσοκομείο μόνο για θεραπεία
2. Την κοινωνική, η οποία αρχικά ήταν για την στήριξη και βοήθεια των απόρων.
3. Την προληπτική
4. Την εκπαιδευτική,για παραγωγή στελεχών και συνεχή εκπαίδευση(Πανεπιστημιακά νοσοκομεία)
5. Την επιστημονική υποστήριξη από τους ελεύθερους επαγγελματίες εκτός νοσοκομείου όπως πχ για τα πληροφοριακά συστήματα του νοσοκομείου κλπ.

Στην πρώιμη ιστορία το νοσοκομείο ήταν για τους φτωχούς,ανήμπορους κλπ ενώ η φροντίδα των ασθενών γενικά ήταν υπόθεση της οικογένειας και άλλων φροντιστών υγείας.Τα πρώτα νοσηλευτικά ιδρύματα παρουσιάστηκανκατά την περίοδο των Χριστιανώνκαι είχαν φιλανθρωπικό χαρακτήρα και εκκλησιαστικό.Σε αυτά εντάσσονταν αυτοί που δεν άνηκαν στο υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο καθώς και όσοι προσβάλλονταν από σοβαρές ασθένειες σύμφωνα με τον κόσμο.Το προσωπικό ήταν κυρίως εθελοντές και η λειτουργία τους βασιζόντανε από φιλανθρωπίες. Οι εύποροι προτιμούσαν να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας τους στο σπίτικαι καλούσαν ιατρό μόνο όταν θεωρείτο απαραίτητο.

Η ιατρική παρέμβαση άρχισε να εμφανίζεται το 1930 αφού άρχισαν να αναπτύσσονται οι χειρουργικές επεμβάσεις και έγινε πιο εύκολα προσβάσιμη στις δεκαετίες ανάμεσα στο 1940 και 1950 με την ταχεία τεχνολογική ανάπτυξη όπου το 1960 και 70 με την επέκταση γνώσεων και τεχνολογίας εξελίχθηκαν τα νοσοκομεία σε διαγνωστικά και θεραπευτικά κέντρα με πλήθος επαγγελματιών υγείας μαζί με τους

γιατρούς.Την δεκαετία του 1980 πήραν την μορφή που έχουμε και σήμερα. Με την επέκταση δραστηριοτήτων,την πρόληψη της ασθένειας και της αποκατάστασης.

Ο κεντρικός θεσμός των συστημάτων υγείας είναι τα νοσοκομεία και η θέση τους είναι πολύ σπουδαία και σημαντική για την κοινωνία από ιατρική,κοινωνική και οικονομική άποψη. Επηρεάζονται και διαμορφώνονται σύμφωνα με κοινωνική και οικονομική ζωή. Γι'αυτό και εμπλέκονται τόσο ο κρατικός μηχανισμός όσο και εθελοντικές οργανώσεις κλπ στον χώρο της υγείας.

Η μέθοδος αξιολόγησης των συστημάτων υγείας σύμφωνα με των ΠΟΥ διακρίνεται σε πέντε δείκτες που αναφέρονται:

- 1) στη κατάσταση υγείας του πληθυσμού
- 2) στις ανισότητες στην υγείας και την άνιση κατανομή των πόρων του συστήματος υγείας
- 3) την ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγείας
- 4) την ικανοποίηση των ασθενών ανάλογα από την κοινωνικο οικονομική τους θέση
- 5) στην μεθοδολογία και χρηματοδότηση του συστήματος υγείας
- 6) στην δίκαιη κατανομή των πόρων και την μείωση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. (Σούλης,2015)

ι)Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Ιστορική αναδρομή

Το Ελληνικό κράτος και ο σχηματισμός του τομέα της υγείας είναι στην ίδια χρονική περίοδο .Οι μεταρρυθμίσεις έχουν σαν αρχή τους το έτος 1974 και ολοκληρώνεται το 1983 με την δημιουργία του ΕΣΥ.

Έχουμε τέσσερις περιόδους για την κάλυψη των νοσοκομείων στην Ελλάδα:

1. Η πρώτη περίοδος είναι από το 1830-1922.Την περίοδο εκείνη το νοσοκομείο ήταν φροντίδα των μοναστηριών,των δήμων ή κοινοτήτων και των φιλόνητων με πολύ περιορισμένα μέσα και μικρό αριθμό προσωπικού. Οι

εύποροι και τα λαϊκά στρώματα απέφευγαν την χρήση τους και ήταν καταφύγιο των απόρων. Τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύθηκαν σε οικονομικά ανεπτυγμένες

πόλεις όπως το Νοσοκομείο Σύρου το 1830, το Δημοτικό Νοσοκομείο ελπίς στην Αθήνα το 1836, το Τζάνειο στον Πειραιά το 1875 και τον Ευαγγελισμό το 1884 στην Αθήνα. Ο ιδιωτικός τομέας πρώτο παρουσιάστηκε το 1903 με την λειτουργία της Πολυκλινικής στην Αθήνα.

2. Η δεύτερη περίοδος το 1922-1952 οπου ενεργητικά παρεμβαίνει το κράτος στον χώρο της υγείας με την ίδρυση κρατικών γενικών και ειδικών νοσοκομείων εξαιτίας των ειδικών συνθηκών. Δημιουργήθηκαν στρατιωτικά και προσφυγικά νοσοκομεία για την κάλυψη των αναγκών της εποχής. Το επίπεδο της περίθαλψης παρέμενε χαμηλό με εξαίρεση τα νοσοκομεία της Αθήνας ,Ευαγγελισμός, Ερυθρός Σταυρός και Πολιτικών τα οποία διακρίθηκαν ως τα μοναδικά επιστημονικά κέντρα της εποχής.

3. Στην Τρίτη περίοδο 1953 -1982 αποκεντρώνονται οι αρμοδιότητες στις υγειονομικές περιφέρειες. Η Ελλάδα διαιρείται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες, οι αρμοδιότητες της κεντρικής εξουσίας δίνονται στις περιφέρειες. Η νοσοκομειακή περίθαλψη εμφανίζεται τώρα αρκετά οργανωμένη. Τα κρατικά νοσοκομεία έχουν πιο κοινωφελή χαρακτήρα.

4. Στην τέταρτη περίοδο 1983 ως και σήμερα προωθείτε το Εθνικό σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ) .Οι δημόσιες δαπάνες αυξήθηκαν σημαντικά, υπάρχει βελτίωση της υποδομής και στελέχωσης των νοσοκομείων και των συνθηκών περίθαλψης. Στοχεύεται ο εκσυγχρονισμός και η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όλα τα νοσοκομεία εκτός των στρατιωτικών υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας. Όλα τα νοσοκομεία κρατικά και ιδιωτικού δικαίου επιχορηγούνται από το κράτος και υπόκεινται σε έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης από το Υπουργείο Υγείας.

Σύμφωνα με την πρώτη μεταρρύθμιση ,με τον νόμο 1397/83 δίνεται έμφαση στο ότι η υγείας ως πρωτεύων αγαθό της κοινωνίας πρέπει να έχει την αμέριστη συμμετοχή της κρατικής μηχανής, παρέχοντας φροντίδα και περίθαλψη στους πάσχοντες πολίτες χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν η κοινωνική και οικονομική κατάσταση των πολιτών. Το κράτος

και οι πολίτες πρέπει να συμμετέχουν και να συνεργάζονται για τον σχεδιασμό και την πραγματοποίηση των πολιτικών υγείας.

Με την δεύτερη μεταρρύθμιση στις αρχές του 1990 καταργήθηκαν μέρη του προηγούμενου νόμου όπως η απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινών, με σκοπό την εισαγωγή κάποιου ανταγωνισμού στις υγειονομικές υπηρεσίες. Επιτρέπει η ίδρυση κερδοσκοπικών νοσοκομείων και κλινικών, προωθήθηκε η συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δόθηκε η δυνατότητα στους γιατρούς του ΕΣΥ να μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα την εργασιακή τους σχέση με το νοσοκομείο και υποστηρίχθηκε η ελευθερία επιλογής ασθενών. Το 1994 κατατέθηκε ο νόμος 2194/1994 ο οποίος επανάφερε την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών στα νοσοκομεία. Επαναδιατύπωνε τον νόμο του 1983 και προωθούσε την συνολική αναμόρφωση του ΕΣΥ μέσω της σύστασης επιτροπής εμπειρογνομόνων σε ζητήματα υπηρεσιών υγείας. Το 1997 με τον νόμο 2519/1997 επιχειρήθηκε να δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ο νόμος περιείχε την πιλοτική για αρχή δημιουργία του οικογενειακού ιατρού και την ίδρυση των «Δικτύων Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης», κατά το γαλλικό πρότυπο. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000 με τον νόμο 2889/2001 περιλήφθηκαν σημαντικές τροποποιήσεις στην οργανωτική διάρθρωση του συστήματος υγείας μέσω της περιφερειακής οργάνωσης και διοίκησής του, με την ίδρυση των 17 Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ), ένα για κάθε υγειονομική περιφέρεια. Τα ΠΕΣΥ ήταν αποκεντρωμένα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με σκοπό να εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ΕΣΥ.

Παράλληλα επιχειρήθηκε να ξανά δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και τον οικογενειακό γιατρό.

Με τον νόμο 3106/2003 τα ΠΕΣΥ μετονομάζονται σε ΠΕΣΥΠ (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας) και στις αρμοδιότητες τους προστίθεται και η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και πρόνοιας. Με τον νόμο 3127/2003 συστήνεται και λειτουργεί το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ).

Με τον νόμο 3235/2004 καθιερώνεται για ακόμα μια φορά ο οικογενειακός ιατρός για όλους τους πολίτες της χώρας. Σε κάθε κέντρο υγείας προβλέπεται η εγκατάσταση πλήρους υποδομής για την δημιουργία και παρατήρηση της σωστής χρήσης του ηλεκτρονικού φακέλου και για την δυνατότητα παροχής στοιχείων από άλλους φορείς υγείας για τους κατοίκους που ανήκουν στον εκάστοτε τομέα. Την ίδια βάση πρέπει να έχουν και όσοι ιδιώτες οικογενειακοί ή προσωπικοί ιατροί έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Με τον νόμο 3329/2005 καταργούνται τα ΠΕΣΥΠ και στην θέση τους συγκροτούνται δεκαεφτά Διοικήσεις υγειονομικής περιφέρειας (ΔΥΠΕ), μια για κάθε υγειονομική περιφέρεια. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ πλέον υπόκεινται στον έλεγχο και στην εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης ΔΥΠΕ. Τέλος το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) μετονομάζεται σε Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΣΥΚΑ).

Με τον νόμο 3370/2005 επιχειρείται η εναρμόνιση της έννοιας και του περιεχομένου της δημόσιας υγείας με τις σύγχρονες αντιλήψεις, σύμφωνα με τις οποίες η δημόσια υγεία στοχεύει στον έλεγχο των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία.

Με τον νόμο 3527/2007 στοχεύετε η κατάργηση των ΔΥΠΕ και η αυτονόμηση των νοσοκομείων, έτσι μειώθηκαν οι ΔΥΠΕ από δεκαεφτά σε εφτά.

Ο νόμος 3918/2011 θεσπίζετε για την καλύτερη οργάνωση της εξαγοράς όλων των μεγάλων ταμείων και την ένταξη τους σε έναν οργανισμό που θα παρέχει υπηρεσίες για την υγεία (ΕΟΠΠΥ) και θα μπορεί να συνεννοείται για λογαριασμό όλων των ταμείων, για της χρηματικές παροχές και τις συμβάσεις με γιατρούς, νοσηλευτικά ιδρύματα και διαγνωστικά κέντρα.

Με τον νόμο 4025/2011 πραγματοποιείται η δημιουργία ελεγκτικού μηχανισμού μέσω των εσωτερικών ελεγκτών δημοσίων μονάδων υγείας.

Με τον νόμο 4052/2012 γίνεται η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ, κοινή διαχείριση και λειτουργία διασυνδεδεμένων νοσοκομείων ,αναδιάρθρωση του Υπουργείου Υγείας, εισαγωγή ΚΕΝ και δίδονται τα γενόσημα φάρμακα.

Με τον νόμο 4238/2014 θεσπίζετε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) και γίνεται προσπάθεια να τεθεί σε λειτουργία ο οικογενειακός γιατρός και ο ηλεκτρονικός φάκελος.

Με τον νόμο 4486/2017 έχουμε μεταρρυθμίσεις σε διάφορες διατάξεις όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, καθορισμός περιοχής ευθύνης των τοπικών δικτύων ΠΦΥ (ΤοΜΥ), καθορισμός νοσοκομείων αναφοράς, καθορισμός της λειτουργίας διασύνδεσης μέσω της λειτουργίας της Ομάδας Υγείας (ΤΟΜΥ), σε επείγουσες ρυθμίσεις του Υπουργείου Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ο Esping Andersen , το 1990, βρήκε τα εξής πρωτεύοντα μοντέλα συστημάτων υγείας:

1. το φιλελεύθερο μοντέλο ή μοντέλο Beveridge
2. το Συντεχνιακό μοντέλο γνωστό ή μοντέλο Bismark και
3. το μοντέλο των Σκανδιναβικών χωρών.

Το φιλελεύθερο ή αγγλοσαξονικό μοντέλο διαμορφώθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο από τον Sir William Beveridge. Οι επικρατούσες αρχές είναι η εξασφάλιση όλων των πολιτών, σε ισότιμη βάση, σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, εξομοίωση όλων σε δικαιώματα και υποχρεώσεις, σωστή συνέπεια στην διαχείριση των οικονομικών εσόδων, απομάκρυνση των διαφόρων υπηρεσιών από το κέντρο και σωστή κατανομή τους σε όλη την επικράτεια της χώρας. Οι πιο χαρακτηριστικές χώρες αυτού του μοντέλου είναι το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία.

Το συντεχνιακό πρότυπο σύστημα ή ηπειρωτικό έχει σχέση με τις προτάσεις του Bismark. Η κεντρική του ιδέα ήταν να δημιουργηθεί ένα ασφαλιστικό σύστημα το οποίο θα διασφαλίζει την αυτονομία των διαφορετικών εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Χώρες της κεντρικής Ευρώπης όπως η Γερμανία αναγνώρισαν και αποδέχθηκαν αυτό το σύστημα

Το σκανδιναβικό μοντέλο επικεντρώνεται τόσο στην κεντρική όσο και στην τοπική αυτοδιοίκηση, οι οποίες είναι αναγκασμένες να αναλάβουν την οικονομική διαχείριση και τον καθορισμό της ποιότητας όσο αφορά την κοινωνία και την υγεία. Το σύστημα αυτό ακολουθείται από όλες τις σκανδιναβικές χώρες όπως Δανία, Σουηδία κλπ.

Ακολουθεί το νότιο ευρωπαϊκό σύστημα με ένα δικό του τύπο οργάνωσης. Αυτό είναι μια συγχώνευση των δύο μοντέλων του Beveridge και του Bismark με μια σημερινή προδιάθεση ένταξης, με ορισμένες παραλλαγές, και του σκανδιναβικού προτύπου. Η μετάβαση των χωρών της νότιας Ευρώπης από απολυταρχικά πολιτεύματα σε δημοκρατικά επέφεραν πολλές αλλαγές στις δεκαετίες 1970 και 1980 με σκοπό την δημιουργία και επιβολή ενός εθνικού συστήματος υγείας. Κεντρική ιδέα αποτέλεσε το φιλελεύθερο σύστημα, αλλά ποικίλοι λόγοι τόσο πολιτικοί όσο και ιστορικοί στην μη απόλυτη εφαρμογή του μοντέλου, γι' αυτό και δεν πέτυχε ο ρόλος του ως προς την σωστή διάθεση των πόρων.

Το ΕΣΥ θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως μεικτό γιατί στην διάρθρωσή του υπάρχουν ταυτόχρονα ο ιδιωτικός και ο δημόσιος τομέας ενώ για την χρηματοδότηση του βασίζεται αποκλειστικά σε δημόσια έσοδα. Χρηματοδοτείται από το δημόσιο, τις εισφορές των ασφαλιστικών ταμιών και τις πληρωμές των ιδιωτών. Περιγράφοντας τον τρόπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σχετικά με την παροχή υπηρεσιών είναι οπαδός του Beveridge αλλά αναφορικά με την ζήτηση ακολουθάει τον Bismark, χωρίς όμως αυτό να αντικατοπτρίζει την πλήρη αλήθεια γιατί οι ιδιωτικοί γιατροί και ιδρύματα έχουν μεγάλη ανταπόκριση στον πληθυσμό για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του. Παρατηρούνται έντονα φαινόμενα ανάμεσα στο δημόσιο και ιδιωτικό σύστημα. Ένεκα της οικονομικής αστάθειας, της μειωμένης αποδοτικότητας και ποιότητας φροντίδας των δομών υγείας, της διαφθοράς στο σύστημα υγείας οι ανισότητες που παρατηρούνται είναι έντονες.

Ο τρόπος με τον οποίο το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται είναι μεικτός. Ένα μέρος του καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και ένα άλλο από την άμεση και έμμεση φορολόγηση. Ο ιδιωτικός τομέας συμβάλλει τόσο στην παροχή όσο και στην επιχορήγηση των υπηρεσιών υγείας. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας χρηματοδοτούνται και από τους δυο τομείς δημόσιο και ιδιωτικό. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα, αν και η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα υγείας.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από τα στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων. (Οικονόμου, 2012) Στον ιδιωτικό τομέα υπάρχουν τα νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα διαγνωστικών εξετάσεων και εργαστηριακού ελέγχου και γιατρούς που εργάζονται σε δικό τους ιατρείο ή στα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα. Τα έσοδα τους προέρχονται από τις αμοιβές τους από τους πολίτες και λιγότερο από την εκάστοτε ιδιωτική ασφάλεια υγείας. (Οικονόμου, 2012)

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο βασικός αρμόδιος φορέας για την ανάπτυξη και χρηματοδότηση των προγραμμάτων υγείας και πρόνοιας. Ο τομέας της παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια ολόκληρη βιομηχανία που γίνονται επενδύσεις μεγάλης κλίμακας σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικές υποδομές. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα γίνεται μέσω της πρωτοβάθμιας, της δευτεροβάθμιας και της τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη καλύπτει υπηρεσίες οι οποίες δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στο νοσοκομείο άρα είναι η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των κέντρων υγείας, των περιφερειακών τους ιατρείων, των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων καθώς και από το ΕΚΑΒ, από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυιατρίων και των συμβεβλημένων ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων, από την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και από τον ιδιωτικού τομέα με ιδιώτες ιατρούς, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι αυτή η οποία καλύπτει τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες για τους πολίτες, οι οποίοι νοσηλεύονται νοσηλευτικά ιδρύματα και ιδιωτικά θεραπευτήρια. Παρέχονται από κρατικά ιδρύματα τα οποία εργάζονται με τις κατευθύνσεις που ορίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας και οργανώνονται και χρηματοδοτούνται κρατικά, από άλλα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ όπως στρατιωτικά κλπ και από ιδρύματα από ιδιώτες τα οποία είναι ανεξάρτητες ιδιωτικές επιχειρήσεις.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής τεχνογνωσίας και παρέχεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές.

ii) Αργές λειτουργίας στο ολοκληρωμένο σύστημα υγείας

Εύκολα διακρίνεται και πραγματοποιείται ο σκοπός του συστήματος υγείας, ο οποίος αντιστοιχεί στις ανάγκες των πολιτών της χώρας επικεντρωνόμενος πέραν των άλλων στόχων σε καλύτερευση και συντήρηση της υγείας των πολιτών της κάθε χώρας. Επαναπροσδιορίζονται σε τακτική βάση οι σκοποί λειτουργίας των τομέων υγείας, μεταφέροντας τους σε πολιτική υγείας που εξαρτώνται από τον κοινωνικό έλεγχο. Σχεδιάζεται και οργανώνεται πρόγραμμα για την επιτυχία των στόχων αυτών και συνεχώς εκτιμάται η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων και το ποσοστό επιτυχίας των στόχων. (Λιαρόπουλος Λ. , 2014)

iii) Οργανωτικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας.

Η ισοτιμία στην σύγχρονη εποχή έχει δυο διαστάσεις :αφενός μεν ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων και αφετέρου άνιση μεταχείρισης για άνισες ανάγκες.

Το κομμάτι του πληθυσμού το οποίο καλύπτεται από τα συστήματα υγείας έχει αρκετές διαφορές. Η επάρκεια των υπηρεσιών οικονομικών,ανθρώπινων και υλικών πόρων, η σωστή χωροταξική κατανομή τους και το επιστημονικό επίπεδο του υγειονομικού προσωπικού, είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν το εύρος της κάλυψης.Τα εμπειρικά δεδομένα μας λένε ότι η κρατική ή δημόσια χρηματοδότηση εξασφαλίζει την κάλυψη αναγκών υγείας σε μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού.

Η έκταση την οποία καταλαμβάνουν ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας στο σύστημα υγείας όπως οι κρατικές υπηρεσίες, οι δημόσιοι φορείς κοινωνικής ασφάλισης, μη κυβερνητικοί κοινωνικοί φορείς, ο ανεξάρτητος ιδιωτικός τομέας αλλά και άλλες δημόσιες υπηρεσίες που βοηθούν το υγειονομικό έργο συνεργάζονται συμπληρωματικά, αλλά και ανταγωνιστικά.

Η έννοια της ελευθερίας στον τομέα της υγείας υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς. Οι ασθενείς δεν έχουν πάντα σωστή πληροφόρηση και έτσι δυσκολεύονται στις επιλογές τους. Οι γιατροί αν δεν υπήρχαν οι αναγκαίοι περιορισμοί από την χρηματοδότηση και τα ασφαλιστικά ταμεία το κόστος των υπηρεσιών τους θα ήταν ανεξέλεγκτο. Όσο αυξάνεται η ελευθερία επιλογών τόσο αυξάνεται και το κόστος.

Ο ArchibaldCochraneήταν ο πρώτος που αμφισβήτησε την ιατρική πρακτική στο σύνολο της και πρότεινε την εφαρμογή των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας και ισότητας. Η αποδοτικότητα έχει σχέση με την αύξηση του παραγόμενου προϊόντος με λιγότερο κόστος, στην προσπάθεια να συγκρατηθεί το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας.

iv) Αποδοτικότητα, ανταποκρισιμότητα συστημάτων υγείας

Η ανταποκρισιμότητα μαζί με την «καλή υγεία» και την χρηματοδοτική δικαιοσύνη αποτελούν τους τρεις θεμελιώδεις στόχους, στην εκπλήρωση των οποίων εξετάζεται και αξιολογείται η απόδοση του συστήματος υγείας κάθε χώρας. (Murray&Frank, 1999; WHO, 2000). Δηλαδή για να χαρακτηριστεί ένα σύστημα υγείας αποδοτικό, θα πρέπει αυτό να βελτιώνει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, να διασφαλίζει την δίκαιη οικονομική συμμετοχή των πολιτών στο κόστος λειτουργίας του και να εξασφαλίζει την πραγματοποίηση των θεμιτών προσδοκιών των χρηστών κατά την επαφή τους με το σύστημα υγείας. Οι τρεις αυτοί στόχοι αποτελούν ταυτόχρονα και τα μεθοδολογικά εργαλεία, με την χρήση των οποίων μπορεί να πραγματοποιηθεί η σύγκριση διαφορετικών συστημάτων υγείας ή την διαχρονική και συγκριτική αξιολόγηση ενός συστήματος υγείας. Οπότε η οργάνωση του συστήματος υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τους παράγοντες και τις παραμέτρους οι οποίες επηρεάζουν την ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας. (DeSilva, 2000, Valentineetal, 2000, Darbyetal, 2000)

Η αποδοτικότητα είναι η μεγαλύτερη δυνατή προσφερόμενη ποσότητα υπηρεσιών υγείας με συγκεκριμένους πόρους και έχουν να κάνουν με τα κτήρια, τον ιατρικό και μη

εξοπλισμό, τα παρεχόμενα υλικά και τους εργαζόμενους όλων των ειδικοτήτων. Μεγάλη σημασία έχουν οι εισροές δηλαδή κτηριακή και τεχνολογική υποδομή, το εύρος του οργανισμού, ο τρόπος διοίκησης κλπ και των εκροών δηλαδή το μέγεθος των υπηρεσιών που παρέχονται, και επηρεάζουν το επίπεδο αποδοτικότητας στους οργανισμούς.(Καλογεροπούλου, κ.α , 2009).

Οι υπηρεσίες υγείας προγραμματίζουν και φέρουν εις πέρας πολλές διαφορετικές ιατρικές πράξεις και προγράμματα για να επιτύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία. Η αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας όσο αφορά την καλυτέρευση της υγείας των πολιτών της χώρας διασυνδέεται με την σωστή επιλογή των κατάλληλων μέτρων και προγραμμάτων υγείας και από την δυνατότητα των υπηρεσιών να μετατρέπουν τις εισροές σε εκροές. (Τούντας, 2008)

Η αύξηση της αποτελεσματικότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες θα μπορούσε να καλυτερεύσει τις κοινωνικό οικονομικές πιέσεις και να δώσει περισσότερα χρήματα για την βελτίωση των υπηρεσιών. Καλύτεροι τρόποι πληρωμών είναι δυνατόν να αυξήσουν την παραγωγικότητα αν γίνει σωστή διαχείριση και δεν επιβαρύνει την μέριμνα για τους ασθενείς με ελεγχόμενες τιμές και τον σωστό έλεγχο της ποιότητας και της όλης συμπεριφοράς του παρόχου. (Docteur, etal., 2003)

Ο όρος ανταποκρισιμότητα εμπεριέχει το σύνολο των συστημάτων υγείας.Αυτή περιλαμβάνει και αξιολογεί τις διαστάσεις εκείνες της συναλλαγής του ασθενή με το σύστημα υγείας οι οποίες δεν σχετίζονται με το ιατρικό αποτέλεσμα ή την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ασθενή. Επομένως στο πλαίσιο της ανταποκρισιμότητας δεν αποτιμάται η ανταπόκριση του συστήματος στις ανάγκες υγείας, οι οποίοι αφορούν αμιγώς ιατρικά αποτελέσματα (Darbyetal, 2000).Η βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας στο πλαίσιο του οποίου περιθάλπεται ένας ασθενής,συμβάλλει στην διατήρηση της αξιοπρέπειας και της αυτονομίας του,και την αποφυγή του φόβου και του άγχους τα οποία συνοδεύουν την εμφάνιση της ασθένειας. (WHO, 2000)Πρέπει δηλαδή να διασφαλίζεται η δυνατότητα χρήσης των απαραίτητων υπηρεσιών υγείας, ακόμα και από οικονομικά ασθενέστερα άτομα και να βελτιώνεται η υγεία τους η έστω να μην εμποδίζεται από οικονομική δυσχέρεια. Έτσι το άτομο μπορεί να θεωρεί ότι το

σύστημα υγείας της χώρας του ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του και του επιδεικνύει σεβασμό και έγκαιρη προσοχή, είναι πολύ πιθανότερο να το χρησιμοποιήσει, με αποτέλεσμα την προαγωγή της υγείας του. Η πεποίθηση του πληθυσμού που χρησιμοποιεί τα συστήματα υγείας ότι σε περίπτωση ιατρικής ανάγκης θα λάβουν έγκαιρη προσοχή και ότι θα αντιμετωπιστούν από το σύστημα με αξιοπρέπεια και σεβασμό, οδηγεί σαφώς σε αύξηση της ευημερίας τους.

Με χρήση του εργαλείου της ανταποκρισιμότητας σε έρευνες, ο χρήστης σχολιάζει τα πραγματικά περιστατικά τα οποία αντιμετώπισε κατά την αναζήτηση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και δεν αξιολογεί μόνο γενικά τις υπηρεσίες, το προσωπικό ή τον χώρο. Έτσι οι απαντήσεις του αναφέρονται στις εμπειρίες τις οποίες βίωσε κατά την επαφή του με το σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με ΠΟΥ, οποίος διεξήγαγε μελέτες και έρευνες με σκοπό των καθορισμό των στοιχείων τα οποία καθορίζουν την έννοια της ανταποκρισιμότητας διακρίνονται σε δυο κατηγορίες. Η μια κατηγορία εμπεριέχει εκείνα τα στοιχεία εκείνα που έχουν σχέση με τον σεβασμό του ατόμου. Η άλλη κατηγορία αναδεικνύει τρόπους που αφορούν την διευκόλυνση του πολίτη στο σύστημα υγείας. Οπότε η δεύτερη κατηγορία είναι πιο αντικειμενική από την πρώτη γιατί κατευθείαν παρατηρούμε μέσα στην μονάδα υγείας που βρίσκεται ο ασθενής. Οι δύο αυτές κατηγορίες περιλαμβάνουν ειδικότερα τα ακόλουθα στοιχεία (Murray & Frank, 2000)

A) Σεβασμός του ατόμου

- **Αξιοπρέπεια**

Η έννοια της αξιοπρέπειας στον χώρο της υγείας περιλαμβάνει την λήψη φροντίδας σε ένα περιβάλλον που ο ασθενής είναι σεβαστός και δεν γίνονται διακρίσεις ενώ είναι εξασφαλισμένο το δικαίωμα του ασθενή να διατυπώνει ερωτήσεις και να του παρέχονται απαντήσεις και πληροφορίες που χρειάζεται.

Ύστερα από έλεγχο που πραγματοποίησε ο ΠΟΥ για την κατανόηση του όρου αξιοπρέπεια σε εφτά διαφορετικές χώρες, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι η αξιοπρέπεια εμπεριέχει το σεβασμό, την ευγένεια, την προσοχή, την φροντίδα και την καλή συμπεριφορά χωρίς φωνές, θυμούς και επιπλήξεις στους ασθενείς (Valentine et al,

2003). Περιλαμβάνεται μαζί με τον σεβασμό για την αξιοπρέπεια και ο σεβασμός της ιδιωτικότητας του ατόμου όπως είναι η αποφυγή της άσκοπης έκθεσης του σώματος του ασθενούς.

Επίσης το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό των υπηρεσιών υγείας οφείλει να επιδεικνύει σεβασμό στον ασθενή και προς την επικοινωνία μαζί του. Έτσι φαίνεται και η στενή σχέση μεταξύ αξιοπρέπειας, επικοινωνίας, έγκαιρης προσοχής και εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. (Valentine et al, 2003).

- **Αυτονομία λήψης αποφάσεων**

Στο ιατρικό περιβάλλον η εφαρμογή της αυτονομίας επιβάλλει στον ιατρό να σέβεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής των ασθενών και της γνώμης τους περί καταλληλότητας και ωφέλειας μια θεραπείας, εφόσον και αυτοί είναι σε θέση να ενεργήσουν με λογική και σωφροσύνη (Hebert, 1996). Ο πολίτης που ασθενεί μπορεί να μην δεχτεί μια θεραπεία, εξέταση κλπ. Βέβαια το δικαίωμα αυτό δεν είναι απόλυτο γιατί η άρνησή του μπορεί να επηρεάσει το δημόσιο συμφέρον και να πρόκειται για ζήτημα δημόσιας υγείας.

Η αυτονομία προϋποθέτει ο ασθενής να είναι ενήμερος για την κατάσταση της υγείας του και τις διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους και ότι διασφαλίζεται το δικαίωμα επιλογής της επιθυμητής θεραπείας και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η έγκριση του πριν από την διεξαγωγή εξετάσεων και την έναρξη οποιασδήποτε θεραπείας. Με τον τρόπο αυτό μπορεί ο ίδιος να διαλέξει το βαθμό ανταλλαγής τον οποίο θα υποστεί μεταξύ θετικών και αρνητικών επιδράσεων της θεραπείας. Σύμφωνα με τους Charles et al (1997) υπάρχουν τέσσερα μοντέλα λήψης απόφασης θεραπείας στο πλαίσιο σχέσης ιατρού-ασθενή.

- Το πατερναλιστικό μοντέλο, στο οποίο ο ιατρός αποφασίζει για τον ασθενή καθώς θεωρείται ότι ξέρει καλύτερα.
- Το μοντέλο της πληροφορημένης λήψης αποφάσεων, όπου ο ιατρός ενημερώνει τον ασθενή και ο ασθενής παίρνει πλήρως την ευθύνη της επιλογής.
- Ο ασθενής παραχωρεί με την θέλησή του το δικαίωμα επιλογής λήψης απόφασης στον ιατρό

- Η πληροφόρηση και η λήψη απόφασης πραγματοποιείται εξίσου από τα δυο εμπλεκόμενα μέρη.

Σημαντικό είναι να περιλαμβάνονται και οι συγγενείς στις ενημερώσεις για την κατάσταση του ασθενούς καθώς μπορεί να έχει δοθεί εντολή από τον ασθενή να λαμβάνονται αποφάσεις από πρόσωπο του οικογενειακού του κύκλου ή μπορεί το να είναι ανήλικος η με νοητική υστέρηση και έτσι το δικαίωμα της αυτονομίας δίδεται στην οικογένεια.

- **Εμπιστευτικότητα των πληροφοριών**

Η εμπιστευτικότητα ως στοιχείο της ανταποκρισιμότητας περιλαμβάνει τρία χαρακτηριστικά:

- τη διακριτικότητα του χώρου όπου παρέχεται η ιατρική υπηρεσία ώστε να προστατεύεται η ιδιωτικότητα του ασθενή
- την εμπιστευτικότητας των ιατρικών δεδομένων και του ιατρικού φακέλου του ασθενή και
- την «προνοιακή επικοινωνία» ιατρού –ασθενή. (Valentineetal, 2003)Όσον αφορά την διακριτικότητα του χώρου εξέτασης,είναι σημαντικό να μην μπορούν αλλά άτομα να ακούσουν την συνομιλία του ιατρού με τον ασθενή αν ο ασθενής δεν το επιθυμεί.(Valentine , 2003)

Για τις πληροφορίες σχετικά με την φύση της ασθένειας, δεν πρέπει να παρέχονται αυτές σε άτομα τα οποία δεν έχουν να κάνουν με την θεραπεία του προβλήματος υγείας του ασθενούς. Ο ιατρικός φάκελος θα μπορεί να γνωστοποιείται σε τρίτους ύστερά μονό από την συγκατάθεση του ασθενούς.

Η έννοια της προνοιακής επικοινωνίας αναφέρεται στην γνώση του ασθενούς ότι μπορεί να μοιραστεί με τον γιατρό του οποιαδήποτε πληροφορία για εκείνον (δεν χρειάζεται απαραίτητα να είναι ιατρική)και να γνωρίζει ότι θα παραμείνει εμπιστευτική.Καθώς είναι σημαντική η εμπιστευτικότητα και η προστασία των ιατρικών δεδομένων φαίνεται σωστό να υπάρχει κατάλληλη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του προσωπικού για την σπουδαιότητα του ρόλου του στην αύξηση της ανταποκρισιμότητας

των χρηστών, και με την συγκεκριμένη σειρά ενεργειών οι οποίοι θα διευκολύνουν την επίτευξη του στόχου της εμπιστευτικότητας.

Στην περίπτωση τήρησης των δεδομένων πρέπει να υπάρχουν επίπεδα εξουσιοδότησής και να εκχωρούνται κωδικοί ώστε να φαίνεται πότε και ποιος έχει πρόσβαση στον φάκελο του ασθενούς. Σε ανεπτυγμένα συστήματα υγείας η εφαρμογή μέτρου για την διασφάλιση του απορρήτου θεωρείται αυτονόητη και δεδομένη. (Anderson, 1996 , Denley&Smith , 1999) .

Πρέπει να δίνεται προσοχή με ποιους μοιράζεται πληροφορίες ο εκάστοτε επαγγελματίας υγείας και να μην δίνονται καθόλου στοιχεία για το ποιος είναι ο ασθενής κλπ όταν παρουσιάζεται σε επιστημονικές ημερίδες περιστατικά ενδιαφέροντα από επιστημονική άποψη. (Valentine , 2003).

Βέβαια αναγνωρίζεται το ηθικό δίλλημα του ιατρικού απορρήτου εάν κάποιος ασθενής έχει μεταδοτική ασθένεια και χρειάζεται θεραπεία και για τον ίδιο και τους υπόλοιπους ώστε να προστατευθούν άλλα άτομα από πιθανή μόλυνση. Σε τέτοια περίπτωση πρέπει να γίνει ενημέρωση στον ασθενή για τρόπους αποφυγής μετάδοσης της νόσου αλλά και να ενημερωθούν και αλλά άτομα τα οποία μπορεί να νοσούν και να μην το ξέρουν. Την τελική απόφαση την παίρνουν οι ασθενείς αλλά μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο και ο ιατρός. (Valentine, 2003)

- **Επικοινωνία.**

Η αμφίδρομη επικοινωνία ανάμεσα στον προμηθευτή και τον καταναλωτή των υπηρεσιών είναι σημαντική για την σωστή ροή των πληροφοριών. Επίσης δείχνει τον σεβασμό τον οποίο επιδεικνύει ο προμηθευτής στον καταναλωτή και συμβάλλει στην δημιουργία καλής σχέσης και συνεργασίας μεταξύ των δυο πλευρών. Ο συνδυασμός του στοιχείου της επικοινωνίας με την εδραίωση της συνεργασίας συμβάλλει στην ικανοποίηση των ασθενών. (Coulteretal, 1999).

Το υγειονομικό προσωπικό πρέπει να ακούει με προσοχή τον ασθενή και να δίνει σημασία στις ανησυχίες του, να δίνει διευκρινήσεις σε εκείνον και την οικογένειά του όπου χρειάζεται χωρίς να αποκρύπτει ενδεχόμενες επιπλοκές. Ο λόγος του γιατρού πρέπει να είναι καθησυχαστικός χωρίς να χρησιμοποιεί δυσνόητη ιατρική ορολογία. Ο ασθενής πρέπει να αποχωρεί αφού πρώτα έχει ξεκαθαρίσει τι του συμβαίνει ,πως μπορεί

να το αντιμετωπίσει και ότι ο γιατρός είναι με το μέρος του και θα τον στηρίξει. Δεν πρέπει να υπάρχουν ασάφειες και να απαντώνται όλες οι ερωτήσεις, χωρίς ο γιατρός να είναι απόλυτος και να μην δέχεται ερωτήσεις οι αντιρρήσεις καθώς μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες για την υγεία του ασθενούς αν δεν έχει κατανοήσει κρίσιμες πληροφορίες.

Για την επίτευξη διαλόγου πρέπει να υπάρχει όμως και επαρκής χρόνος. Δυστυχώς λόγω της έλλειψης προσωπικού στο σύστημα υγείας και στην Ελλάδα συχνά είναι δύσκολη ως ανέφικτη η διάθεση χρόνου για σωστή επικοινωνία. Παρόλα αυτά ,μελέτες υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ μεγαλύτερης διάρκειας επίσκεψης στον γιατρό και ικανοποίησης των ασθενών, καθώς δημιουργούνται οι προϋποθέσεις πιο ευχάριστης ατμόσφαιρας, η οποία διευκολύνει τελικά την ανταλλαγή των ιατρικών πληροφοριών. (Grossetal , 1998).

Υπάρχουν μελέτες οι οποίες δείχνουν υψηλά ποσοστά του πληθυσμού δυσαρέσκεια με τους ιατρούς διότι δεν επικοινωνούν αρκετά με τους ασθενείς τους. Γενικά , η αδυναμία του ιατρικού προσωπικού της πρωτοβάθμιας περίθαλψης να παράσχει επαρκείς πληροφορίες στους ασθενείς, αποτελεί λόγο δυσαρέσκειας των πολιτών από τέσσερις διαφορετικές χώρες που διενεργήθηκε μια έρευνα.(Calnanetal ,1994).

Το στοιχείο της επικοινωνίας δεν αναφέρεται αποκλειστικά στους ιατρούς αλλά και στο νοσηλευτικό προσωπικό και στο διοικητικό και σε όλους όσους έρχονται σε επαφή με τον ασθενή στα συστήματα υγείας. Εάν ήταν εφικτό να παίρνουν την θέση του ασθενούς θα ήταν πιο εύκολο να ακούσουν και να ενδιαφερθούν για τις απόψεις και τα ερωτήματα του.

B) Κατηγορία σχετική με τον προσανατολισμό του χρήστη στο σύστημα υγείας:

- ***Έγκαιρη προσοχή - ανταπόκριση.***

Η έννοια της έγκαιρης ενέργειας σημαίνει την επίτευξη της σχετικής ενέργειας στην κατάλληλη χρονική στιγμή. (Τεγόπουλος-Φυτράκης , 2002). Η έγκαιρη προσοχή είναι η άμεση παροχή φροντίδας ή η παροχή το συντομότερο δυνατό. Αυτό σημαίνει ότι σε περίπτωση επειγόντως περιστατικού τα άτομα θα έχουν την δυνατότερη έγκαιρη φροντίδα αλλά και στις μη επείγουσες καταστάσεις οι προγραμματισμένες ιατρικές

πράξεις θα γίνουν σε λογικό χρονικό διάστημα με όσο τον δυνατό λιγότερο χρόνο αναμονής κατά την πραγματοποίηση της ιατρικής επίσκεψης ή την διεξαγωγή εξετάσεων. (Valentineetal, 2003).

Οι ασθενείς θέλουν να αισθάνονται ότι το σύστημα υγείας μπορεί να ανταποκριθεί εγκαίρως στις ανάγκες τους, είτε αυτό αφορά θεραπευτικές παρεμβάσεις είτε υπηρεσίες δημόσιας υγείας ή υποστηρικτικές υπηρεσίες. Επίσης η γρήγορη λήψη των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων και η διάγνωση του προβλήματος υγείας συμβάλλουν στην αύξηση της ανταποκρισιμότητας του ασθενή.

Η έγκαιρη προσοχή δεν αφορά αποκλειστικά την ατομική παροχή φροντίδας, γιατί όταν οι διοικητικές υπηρεσίες του συστήματος υγείας δεν ανταποκρίνονται έγκαιρα στα αιτήματα των πολιτών αυτό έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους και μπορεί να προκαλέσει ανασφάλεια στα άτομα.

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας πρέπει να ενημερώνουν άμεσα τους πολίτες για προβλήματα δημόσιας υγείας όπως είναι οι εξάρσεις νοσημάτων ή επιδημίες πχ Covid, H1N1 κλπ. αλλά και για την λήψη απαραίτητων μέτρων προστασίας. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία η ικανοποίηση των πολιτών που ασθενούν προκύπτει πρωτίστως στο ότι θα υπάρξει άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τους ιατρούς σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης. Αυτό εκτός από το όφελος της ίδιας της θεραπείας τους δημιουργεί και ένα αίσθημα ευημερίας. (Valentineetal ,2003).

Μεγάλη βελτίωση της έγκαιρης προσοχής μπορεί να επιτευχθεί με προσλήψεις υγειονομικού προσωπικού, κατάλληλη οργάνωση του χρόνου εργασίας κάθε υγειονομικού στελέχους και πιστή εφαρμογή του προγράμματος, ώστε να υπάρχει ομαλή ροή εργασίας. (Valentineetal ,2003). Είναι σημαντικό να εξασφαλιστεί η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας σε όλη την χώρα. Υπάρχουν απομακρυσμένες περιοχές που δεν διαθέτουν μονάδες υγείας, γι' αυτό έχει προταθεί η χρήση κινητών κλινικών οι οποίες θα παρέχουν έγκαιρη ιατρική φροντίδα. (MendoxaAldana ,2001)

- **Επιλογή υγειονομικού προσωπικού ή υγειονομικής μονάδας.**

Είναι το δικαίωμα του κάθε ασθενή να επιλέγει τον γιατρό ή τον νοσηλευτή ή οποιοδήποτε άλλο υγειονομικό υπάλληλο από τους οποίους θα ζητήσει υγειονομικές υπηρεσίες αλλά και το δικαίωμά του να επιλέξει την μονάδα υγείας την οποία επιθυμεί να

χρησιμοποιήσει. Για να έχει αυτό το δικαίωμα επιλογής είναι κατανοητό ότι πρέπει να υπάρχουν περισσότερες από μια διαθέσιμες επιλογές. Όπως επίσης έχει το δικαίωμα για μια δεύτερη γνώμη εφόσον δεν πρόκειται για κάτι εξαιρετικά επείγον. Έχει φανεί από έρευνες ότι όταν ο ασθενής έχει δικαίωμα επιλογής υγειονομικού προσωπικού, ο ασθενής αισθάνεται πολύ καλύτερα.

Γενικώς όταν τα άτομα τα οποία χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας γνωρίσουν και μείνουν ευχαριστημένοι από κάποιο συγκεκριμένο γιατρό ή μια υγειονομική μονάδα, συνήθως επιθυμούν να επισκέπτονται τον ίδιο γιατρό ή την μονάδα. (Valentineetal ,2003). Έτσι εδραιώνεται καλύτερα η σχέση γιατρού ασθενή, ο ασθενής αισθάνεται ασφάλεια και εμπιστοσύνη και αυτό δίνει την δυνατότητα επιρροής του γιατρού όταν δίνει οδηγίες, συμβουλές ή τρόπους πρόληψης νόσων.

Αντιθέτως όταν ο ασθενής είναι απογοητευμένος με τον γιατρό η την μονάδα , παίζει σημαντικό ρόλο η δυνατότητα να επιλέξει διαφορετικό υγειονομικό προμηθευτή. Είναι σημαντικό λοιπόν το δικαίωμα των ατόμων για να διατηρήσουν η να διακόψουν την συνεργασία τους με κάποιο γιατρό ή μονάδα γιατί διαφορετικά θα νοιώθουν άσχημα και θα χάσουν την εμπιστοσύνη τους προς το σύστημα υγείας. Γνωρίζοντάς το αυτό οι γιατροί είναι πιθανότερο να συμπεριφερθούν με μεγαλύτερο σεβασμό στον ασθενή και να ενημερώνονται περισσότερο για τις εξελίξεις στον τομέα τους, να προσφέρουν σύγχρονες θεραπείες και έτσι να επιτευχθούν καλύτερα αποτελέσματα ως προς την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και τους δείκτες υγείας.

Το δικαίωμα λοιπόν ελεύθερης επιλογής των ατόμων έχει μεγάλη σημασία αφενός μεν για την ανταποκρισιμότητα και αφετέρου για την βελτίωση των άλλων δεικτών στο σύστημα υγείας, ώστε να οδηγήσει στην καλύτερη και κοινωνικά επιθυμητή κατανομή των περιορισμένων πόρων.

- **Πρόσβαση στην κοινωνική υποστήριξη.**

Ο ασθενής κατά την διάρκεια της νοσηλείας του στο νοσοκομείο εκτός από τις οργανικές επιπτώσεις στην υγεία του, επέρχονται αλλαγές στην ψυχολογία του όπως και στην οικογενείας του, και ίσως και στον τρόπο ζωής του, με μεταβολές στην εργασία του και τα εισοδήματά του. Όλο αυτό επιτείνει το άγχος και την άσχημη ψυχολογία του

ασθενή ο οποίος θα αναζητήσει υποστήριξη στον οικογενειακό και κοινωνικό του περίγυρο . Ο ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι μπορεί να λάβει φροντίδα, εκτίμηση και υποστήριξη από τα οικεία του πρόσωπα και αυτό συμβάλλει στην αίσθηση ευημερίας του ασχέτως από τα αποτελέσματα της υγείας του. Επίσης οι κανονισμοί των νοσοκομείων πρέπει να επιτρέπουν στους ασθενείς να δέχονται επισκέψεις συγγενών και φίλων.

Το σύστημα υγείας δεν ευθύνεται για το είδος των οικογενειακών δεσμών και το είδος της υποστήριξης που θα έχει ο ασθενής, του δίνει όμως την δυνατότητα πρόσβασης σε άλλες υποστηρικτικές δομές και σε δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης , σε συλλόγους ασθενών με παρόμοια πάθηση πχ σύλλογος καρκινοπαθών, άτομα με ψυχικές διαταραχές κλπ. Έχει διαπιστωθεί σε περιπτώσεις ασθενών που δεν λαμβάνουν υποστήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή δεν έχουν καθόλου συγγενείς ,η στροφή των ασθενών σε άλλες υποστηρικτικές δομές να βελτιώνει την ικανοποίησή τους. (Valentineetal , 2003). Επίσης ο ασθενής έχει το δικαίωμα να ακολουθήσει εναλλακτικές θεραπείες (βελονισμό, ρέικι κλπ) εφόσον δεν έρχονται σε αντίθεση με την αγωγή την οποία λαμβάνει.

- **Ποιότητα βασικών παροχών.**

Η ποιότητα των βασικών παροχών έχει σχέση με τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες της υγειονομικής μονάδας ,κατά πόσο αυτές είναι ικανοποιητικές ποσοτικά και ποιοτικά. Το περιβάλλον όπου παρέχονται οι ιατρικές υπηρεσίες είτε πρόκειται για εξωτερικούς ασθενείς είτε για νοσηλευόμενους, θα πρέπει να πληροί κάποιες βασικές προϋποθέσεις. Άσχετα αν πρόκειται για προληπτική ,θεραπευτική ή υπηρεσία αποκατάστασης.

Το πρώτο που αντικρίζει ο πολίτης κατά την επίσκεψή του στις υπηρεσίες υγείας είναι οι εξωτερικοί χώροι γι' αυτό και πρέπει να υπάρχει καθαριότητα και ένα όμορφο περιβάλλον. Επίσης θα πρέπει να υπάρχει η ύπαρξη οργανωμένου και ελεύθερου χώρου στάθμευσης. Πρέπει να υπάρχουν πινακίδες για ακριβή καθοδήγηση του ατόμου για την μετακίνηση του μέσα στο νοσοκομείο.

Στο εσωτερικό περιβάλλον, οι χώροι πρέπει να είναι επαρκής και καθαροί με διαθέσιμο καθαρό νερό,τουαλέτες,κατάλληλη θερμοκρασία και φωτισμό. Οι αίθουσες αναμονής πρέπει να είναι ευρύχωρες με πολλά καθίσματα και τα δωμάτια νοσηλείας να διαθέτουν καθαρό σεντόνια, μαξιλαροθήκες, κουβέρτες κλπ και τουαλέτες.

Η ανταποκρισιμότητα ως μέτρο της απόδοσης του συστήματος υγείας διαφοροποιείται από τα μέτρα σχετικά με την υγεία. Τα τελευταία εξετάζουν τις αλλαγές στους δείκτες υγείας ή κλινικές διαδικασίες, εκτιμούν την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρόληψης της νόσου και προαγωγή της υγείας. Επίσης η ανταποκρισιμότητα αφορά τις εμπειρίες τις οποίες βίωσε ο ασθενής μέσα στο σύστημα υγείας, από τις προσφερόμενες υπηρεσίες.

ν) Ικανοποίηση Συστημάτων Υγείας

Η ικανοποίηση αναφέρεται συνολικά στις ιατρικές και μη ιατρικές διαστάσεις της συναλλαγής των πολιτών. Σε έρευνα φάνηκε ότι κατάσταση της υγείας όπως το αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς, έχει μεγάλη σημασία στην αίσθηση ικανοποίησης σε διάφορες δραστηριότητες που έχουν σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των συστημάτων υγείας. Για τον λόγο αυτό τα γεγονότα τα οποία σχετίζονται με την εκτιμώμενη ποιότητα των συστημάτων θα πρέπει να συγκεντρώνονται ταυτοχρόνως με αυτά που έχουν να κάνουν με τον τρόπο που οι πολίτες αντιλαμβάνονται την κατάσταση της υγείας τους. Έτσι καταλαβαίνουμε καλύτερα την σχέση μεταξύ της αντίληψης της υγείας από τους ασθενείς και τους διάφορους τρόπους ικανοποίησης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν των διαφόρων επιπέδων ικανοποίησης σχετίζονται με τους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας.

Σύμφωνα με τους Parasuramanetal. (1990), οι ασθενείς για να είναι ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας, απαιτούν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Αξιοπιστία του φορέα και φήμη, ώστε να μπορεί να τον εμπιστευτεί για την προσωπική του υγεία
- Ασφάλεια από άποψη ύπαρξης κατάλληλου εξοπλισμού, φαγητού και κατάρτισης προσωπικού, ώστε να μην τίθεται σε κίνδυνο η υγεία του.
- Ευκολία πρόσβασης τόσο του νοσοκομείου όσο και του προσωπικού ώστε να μπορεί ο ασθενής να μεταβεί για εξέταση και να ικανοποιούνται άμεσα οι ανάγκες του.
- Άμεση επικοινωνία ώστε να μπορεί ο ασθενής να ενημερωθεί με συνοχή και ακρίβεια σχετικά με την κατάσταση της υγείας του .
- Κατανόηση και οικειότητα ώστε να νιώθει ο ασθενής ότι οι ανησυχίες του και τα προβλήματα του γίνονται κατανοητά.

- Υπευθυνότητα ώστε να αναλαμβάνουν οι αρμόδιοι εργαζόμενοι τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις τους .
- Άμεση ανταπόκριση ώστε να υπάρχει ευελιξία σε κάθε αλλαγή της κατάστασης της υγείας του ασθενή.
- Ικανότητες και προσωπικά χαρακτηριστικά προσωπικού, γιατί ο ασθενής απαιτεί ικανό και εκπαιδευμένο προσωπικό για να παρέχεται η καλύτερη δυνατή υπηρεσία αλλά είναι απαραίτητη η φιλικότητα, η ευγένεια, η ψυχολογική υποστήριξη και η συμπάθεια μεταξύ εργαζομένου και ασθενή.

Άρα μετρώντας την ικανοποίηση των ασθενών, τοποθετούμε τον ασθενή στο επίκεντρο. Σε διεθνή έρευνα ικανοποίησης των πολιτών για το σύστημα υγείας, η Ελλάδα βρέθηκε στην 15^η θέση από τις 23 καθώς το 59% των ερωτηθέντων δήλωσε δυσαρεστημένο με το ΕΣΥ και το 34% ευχαριστημένο.

Σε μελέτη του Ινστιτούτου Πολιτικών, Οικονομικών και Κοινωνικών ερευνών (2000) προκύπτει ότι το ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών από τα δημόσια νοσοκομεία είναι πολύ χαμηλό αφού οι πολίτες βαθμολόγησαν τα νοσοκομεία με βαθμό πέντε στην κλίμακα του δέκα.

Από έρευνα που διενέργησαν οι Κυριακόπουλος και άλλοι (1994), και πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς δεκαεφτά νοσηλευτηρίων της επικράτειας, σχετικά με την ικανοποίηση τους από πλήθος παραμέτρων των υπηρεσιών υγείας (ποιότητα ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, οργανωτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες κλπ), διαπιστώθηκε η ικανοποίηση της πλειοψηφίας των χρηστών υγείας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αφού το 31% των ερωτηθέντων δήλωσε πολύ ικανοποιημένο και το 46% ικανοποιημένο από την παραμονή του στο νοσοκομείο.

Παρά το γεγονός ότι η ικανοποίηση του ασθενή οδηγεί σε μεγαλύτερη συμμόρφωση στην ακολουθούμενη θεραπεία και συμβάλει στην ευεξία του ασθενή, τα αποτελέσματα των ερευνών και μελετών ικανοποίησης των πολιτών που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή και σκεπτικισμό και πάντα σε συνδυασμό με πρόσθετα αποτελέσματα.

vi) Σύστημα υγείας λίγο πριν την κρίση

Όταν ξεκίνησε η παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε στο πλαίσιο μιας παρωχημένης οργανωτικής δομής, όπου κυριαρχούσαν η κλινική ιατρική και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες, χωρίς να έχει την στήριξη μιας ολοκληρωμένης μονάδας σχεδιασμού ή επαρκείς προ βάσιμες πληροφορίες αναφορικά με το επίπεδο υγείας, τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας ή το κόστος, το οποίο μπορεί να μην ήταν προοδευτικό ή προληπτικό ως προς την αντιμετώπιση των διαφόρων αναγκών του πληθυσμού μέσω πράξεων που αφορούσαν την δημόσια υγεία και την Πρωτοβάθμια φροντίδα.

Σίγουρο είναι ότι το σύστημα υγείας της χώρας υπέφερε από πολλές και διάφορες ανεπάρκειες οι οποίες συνοψίζονται στις εξής:

- υψηλός βαθμός συγκεντρωτισμού στους τρόπους που λαμβάνονταν οι αποφάσεις όπως και στις διοικητικές διαδικασίες
- Κακές διοικητικές δομές χωρίς σωστά συστήματα διαχείρισης πληροφοριών, στις οποίες πολύ συχνά διόριζαν προσωπικό το οποίο δεν είχε τις απαιτούμενες διοικητικές ικανότητες
- έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού και περιορισμένη διοικητική και διαχειριστική ικανότητα
- δυσανάλογη και αναποτελεσματική διανομή των ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων
- κομμάτιασμα της προστασίας του πληθυσμού
- ανυπαρξία τρόπου παραπομπής και δραστικών μέτρων ελέγχου στην Ελλάδα
- η προσέγγιση στις υπηρεσίες ήταν άνιση μεταξύ των πολιτών
- κάλυψη εξ ιδίων των διαφόρων εξόδων
- ο καταμερισμός των ανθρωπίνων πόρων και δομών υγείας στην επαρχία ήταν άνισος
- υπανάπτυξη των μηχανισμών αξιολόγησης των επιβαλλομένων πραγμάτων και οριοθέτηση των αναγκαιοτήτων
- οπισθοδρομικοί μηχανισμοί για την εξεύρεση χρημάτων
- παλιών εποχών σύστημα για την επιστροφή των αναδρομικών
- η τεχνολογία της υγείας ήταν κάτι άγνωστο και ως εκ τούτου ανεφάρμοστο.

Το παρελθόν σύστημα ασφάλισης συγκροτείτο από πολλά ταμεία, παρόχους με διαφορετικές δομές σε οργάνωση και διοίκηση, με αποτέλεσμα μεγάλος αποσυντονισμός στις προσφερόμενες υπηρεσίες. Ο πληθυσμός καλυπτόταν με μεγάλες διαφορές μεταξύ τους, με διαφορετικές εισφορές,, τα πακέτα παροχών δεν είχαν καμία συνοχή, ήταν δυσλειτουργικά και όλα αυτά κατέληξαν σε διόγκωση των χρεών πολλών ετών.

Το ΕΣΥ λόγω της γενικότερης οικονομικής κατάστασης δέχτηκε πολλές πιέσεις και η Τρόικα το εξανάγκασε σε μεταρρυθμίσεις θέτοντας το ως πρωταρχική επιταγή. Θα πρέπει, ωστόσο, να αναγνωρίσουμε ότι προϋπήρχαν οικονομικές πιέσεις και είχαν μαζευτεί πολλά προβλήματα τα τελευταία δέκα χρόνια. Η αποτυχία περιορισμού των δαπανών είναι εμφανής από τις τάσεις των δαπανών των τελευταίων ετών. Κατά τη δεκαετία του 2000, τόσο οι δημόσιες όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σταθερά. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 8,6% του ΑΕΠ το 2003 σε 9,9% το 2009, παρά το γεγονός ότι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕΠ) στην Ελλάδα ήταν ήδη πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (8,06% το 2003 και 8,92% το 2009) (Eurostat, 2013). Οι δαπάνες της γενικής κυβέρνησης αυξήθηκαν από 59,5% σε 70,3% σε όλα τα έξοδα για την υγεία, το ίδιο χρονικό διάστημα. Ο μεγάλος αριθμός εξόδων όσο αφορά την υγεία, περισσότερο από τις πληρωμές των πολιτών, ήταν από ανέκαθεν ένα διακριτό γνώρισμα για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και εξακολούθησε να ισχύει. Η φαρμακευτική δαπάνη εκτοξεύθηκε επίσης κατά 80% κατά τη διάρκεια της περιόδου, από 293 ευρώ κατά κεφαλήν το 2003 σε 528 ευρώ το 2010 (OECD, 2013), με περισσότερο από το 77% των δαπανών να καλύπτονται από δημόσιο χρήμα (OECD, 2013). Την ίδια στιγμή, η αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες ήταν σημαντικά μικρότερη (29%), με τη μέση κατά κεφαλήν δαπάνη να εκτιμάται σε 326 ευρώ το 2003 και 420 ευρώ το 2010 (OECD, 2013). Το ότι δεν υπήρξε έρευνα για την πληθώρα των εξόδων θα μπορούσε να εξηγηθεί από πολλές αιτίες, όπως η ελλιπής έρευνα για τις επενδύσεις και την σωστή διαίρεση των πόρων σε όλους τους τομείς, όπως βέβαια και οι επαναλαμβανόμενες παροχές χρημάτων από τον προϋπολογισμό του κράτους για την κάλυψη των ελλειμμάτων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Εξίσου σημαντικό ήταν η πληθώρα των ελλειμμάτων κάποιων ταμείων της Υγειονομικής Περίθαλψης (Οικονόμου, 2010).

vii) Οικονομική κρίση και σύστημα υγείας

Η εκκίνηση της παγκόσμιας κρίσης έγινε από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 2008, μεταφέρθηκε με γρήγορους ρυθμούς και στον υπόλοιπο κόσμο και έγινε πιο έντονα αντιληπτό στις νότιες χώρες της Ευρώπης και στην Ελλάδα καθώς η κυβέρνηση δεν είχε την δυνατότητα να δανειστεί με εύλογους τόκους για να αντιμετωπίσει τις οικονομικές της οφειλές. Σε αυτή την χρηματοπιστωτική κρίση η δανειοδότηση της χώρας μας έγινε από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την Ευρωπαϊκή τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, με χαμηλό επιτόκιο ώστε να καλυφθούν οι τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες και να αποφύγει η χώρα την στάση πληρωμών και να οδηγηθεί σε επίσημη χρεοκοπία.

Αναφορικά με το σύστημα υγείας, οι πρωταρχικές δεσμεύσεις, λόγω των μνημονίων, ήταν αφενός μεν τα δημόσια έξοδα για την υγεία να μειωθούν και να φτάσουν το 6% του ΑΕΠ από το 7% που ήταν το 2009 και αφετέρου να γίνουν οι απαραίτητες νομοθετικές αλλαγές έτσι ώστε το δημόσιο σύστημα υγείας να γίνει πιο παραγωγικό. Μεταξύ του 2009 και του 2012 όλα τα τρέχοντα έξοδα για την υγεία ελαττώθηκαν κατά 5,4 δισεκατομμύρια ευρώ (23,7 %). Επίσης το ίδιο χρονικό διάστημα τα δημόσια τρέχοντα έξοδα για την υγεία ελαττώθηκαν σε μεγάλο βαθμό κατά 25,2% ή 4 δισεκατομμύρια ευρώ.

Τα υπομνήματα και οι συμφωνίες δυστυχώς ζητούσαν μεγάλες μειώσεις στα νοσοκομειακά και φαρμακευτικά έξοδα. (νοσήλια, προμήθειες νοσοκομείων, ιατρικά είδη, φαρμακευτικά προϊόντα κλπ) και σημαντικές μειώσεις στους μισθούς και τις χορηγήσεις για το προσωπικό υγείας. Οι ρήτρες του μνημονίου σκοπό είχαν την μείωση αυτών των χρημάτων που έδινε το κράτος στο ταμείο για την ασφάλεια των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα. Τα κρατικά έξοδα για τις υπηρεσίες υγείας και την αποτροπή προβλημάτων στην υγεία ελαττώθηκαν κατά 13% αν και το τμήμα αυτό ήταν από πριν υποχρηματοδοτούμενο στην χώρα, με αποτέλεσμα οι πληρωμές από τους πολίτες να αυξηθούν κατά πολύ.

Οι πρώτες αλλαγές που τέθηκαν σε εφαρμογή είχαν να κάνουν με την χρηματοδότηση και λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας όπως και με το συνταξιοδοτικό.

Με τον νόμο 3863/2010 γίνεται διαίρεση στους τομείς της υγείας και τα ταμεία και το συνταξιοδοτικό σύστημα. Η επίβλεψη περνάει από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο νόμος προέβλεπε την δημιουργία και την έναρξη εργασίας σε ένα αδιαίρετο σχέδιο για όλες τις πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες μονάδες φροντίδας του ΕΣΥ και λοιπών φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης και την σύσταση ενός Συμβουλίου Συντονισμού που σκοπό θα είχε σχεδιασμό όλων των γενικών όρων που αφορούν την αγορά υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για των συγκροτημένων υπηρεσιών για την ασφάλεια των πολιτών και τον καθορισμό των κριτηρίων και των συμφωνιών που είχαν γίνει από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης σε όλους τους χορηγούς της υγείας, για τις καλύτερες επιδόσεις των συστημάτων και την μείωση των εξόδων . (Οικονόμου, 2012)

Με τον νόμο 3868/2010 γίνεται η καθιέρωση της λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ καθ'όλη την διάρκεια της ημέρας με επέκταση των εξωτερικών ιατρείων και την πραγματοποίηση εξετάσεων, επισκέψεων και χειρουργείων η μικροεπεμβάσεων πέρα από το πρωινό ωράριο και δίνοντας ο πολίτης τα ανάλογα χρήματα για τις υπηρεσίες που ζητά . (Οικονόμου ,2012)

Ακολουθεί ο νόμος 3892/2010 ο οποίος αφορά την ηλεκτρονική καταχώρηση και συνταγογράφηση φαρμάκων και ιατρικών εξετάσεων. Το ιατρικό προσωπικό του συνόλου των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και αυτοί που έχουν συμβάσεις με τους φορείς κοινωνικών ασφαλίσεων, όπως τα φαρμακεία και αυτοί που ανήκουν σε δημόσια νοσοκομεία ή έχουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία είναι δεσμευόμενοι να γραφτούν στα συστήματα για τις ηλεκτρονικές συνταγογραφήσεις. (Οικονόμου ,2012).

Το 2010 τον Ιούνιο, η τότε κυβερνώντες νομοθέτησαν υπέρ ενός νέου τρόπου κατανομής των δήμων και των περιφερειών το σχέδιο Καλλικράτης. Το σχέδιο αυτό έφτιαξε 13 περιφέρειες αντί για τις υπάρχουσες 76 νομαρχίες και 1034 δήμους που μειώθηκαν σε λιγότερους από 370.

Μέσω των διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων προστατεύονταν το 100% των πολιτών της χώρας, αυτό αντικαταστάθηκε το 2011 με την εφαρμογή ενός καινούριου Εθνικού Οργανισμού Υπηρεσιών Υγείας τον ΕΟΠΠΥ.

Ο νόμος 3918/2011 εισήγαγε διαθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας αναφορικά με τον τρόπο που προμηθευόντουσαν τα απαραίτητα υλικά, την εγκαθίδρυση του ΕΟΠΠΥ που επιτεύχθηκε με την είσοδο των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων (ΟΓΑ, ΙΚΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ καθώς επίσης ο Οίκος των ναυτικών και ΤΑΥΤΕΚΩ που προστατεύουν μισθωτούς, γεωργικούς εργάτες ,αυτούς που έχουν δικές τους εργασίες, όσους εργάζονται στους διάφορους τομείς του δημόσιου, ναυτικούς και εμποροναυτικούς και τους εργαζόμενους στις τράπεζες και στις επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας), την ένταξη των δομών και των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, καθώς επίσης και τα παρεχόμενα ιατρικά σκευάσματα. Με τα περιφερειακά προγράμματα προμηθειών και υπηρεσιών (ΠΠΠΥ) προγραμματίζονται οι προμήθειες υγείας σε περιφερειακό επίπεδο οι οποίες εν συνεχεία υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ).

Ο ΕΟΠΠΥ επιτυγχάνει την ίση προσφορά υγείας για όλους τους πολίτες με ασφάλεια υγείας και την δυνατότητα να επισκεφθούν οποιαδήποτε ιατρική υπηρεσία υγείας. Δυστυχώς πολλάκις εμφανίζεται μείωση τόσο στις χορηγήσεις επιδομάτων και λοιπών αναγκών και άνοδος των χρημάτων που συνεισφέρουν οι ασφαλιζόμενοι . Με την ενσωμάτωση των δομών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ ενώθηκε ο υγειονομικός τομέας οργανικά και έτσι επιτεύχθηκε καλύτερη οικονομία στην διαχείριση των εσόδων και διασφαλίστηκε η δυνατότητα καλύτερης προσέγγισης στο σύστημα υγείας από όλους τους πολίτες. Ύστερα από τις αλλαγές στα φάρμακα ήταν πιο αποδοτική η έκδοση τιμών, αποζημίωσης και έκδοσης άδειας για να κυκλοφορήσουν φάρμακα..

Σκοπός του ΕΟΠΠΥ ήταν να καλύψει την πλειοψηφία του πληθυσμού(εργατικό δυναμικό,εξαρτώμενοι, συνταξιούχοι) υπολογίζοντας την βραχυχρόνια ανεργία. Ωστόσο λόγω της μεγάλης κρίσης οι άνθρωποι χωρίς εργασία μεγάλωσαν σε αριθμό που ραγδαία και έφτασε το 27,3% το 2013 και δυστυχώς συνεχίζει την αυξητική τάση.

Τον Ιούλιο του 2011 το Υπουργείο Υγείας ανακοινώνει καινούρια μελέτη που αφορά τηνελάτωση των υπαρχουσών κρεββατιών των δημόσιων νοσοκομείων από 35.000 σε 33.000 και την ελάττωση των κλινικών και εξειδικευμένων μονάδων από 2000 σε

λιγότερες από 1700. Με ένωση 330 εξ αυτών και μεταφορά άλλων 40. Επίσης, ενώ θα έπρεπε τα 133 νοσοκομεία της εθνικής υπηρεσίας υγείας να έχουν συμβούλια που να ανήκουν στα δικά τους νοσοκομεία αντ' αυτού δημιουργήθηκαν 83 τα οποία είχαν την ευθύνη για την διακυβέρνηση όλων των δημόσιων νοσοκομείων και οι διευθυντές και υποδιευθυντές μειώθηκαν από 175 σε 145. (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011.)

Επιπλέον, ως μέτρο αύξησης των εσόδων, 500 κρεβάτια δημοσίων νοσοκομείων θα διατεθούν πρωτίστως σε ιδιωτικές εταιρίες ασφάλισης για τους πολίτες που εξυπηρετούν. Επιπλέον δεν έγιναν προσλήψεις καινούριου ιατρικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά οι ιδιώτες γιατροί που ήταν συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΠΥ μπορούσαν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα κρατικά ιδρύματα μια φορά την εβδομάδα.

Τον Μάρτιο του 2012 όταν η Ελλάδα υπέγραψε δεύτερη συμφωνία μνημόνιο με τους δανειστές της τότε ψηφίστηκε ο νόμος 4093/2012 ο οποίος αφορά τις φαρμακευτικές δαπάνες ενώ για τις δαπάνες για νοσήλια, φυσικοθεραπείες και διαγνωστικές εξετάσεις ο νόμος 4172/2013.

Το Σεπτέμβριο του 2013 το Υπουργείο Υγείας για να αντιμετωπίσει τον μεγάλο αριθμό ανασφάλιστων ατόμων θέσπισε ένα πρόγραμμα «healthvoucher» το οποίο αναφέρεται σε πολίτες που δεν έχουν ασφάλεια και στα προστατευόμενα μέλη της οικογένειας, το οποίο τους δίνει την δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (η παροχή υπηρεσιών από γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με το δημόσιο, εγκαταστάσεις της εθνικής υπηρεσίας υγείας και προσφορά διαγνωστικών εξετάσεων από κέντρα που έχουν συνάψει συμφωνία με το δημόσιο.) Τα κουπόνια αυτά έχουν ισχύ μέχρι και τέσσερις μήνες και δεν είναι ανανεώσιμα.

Το 2014 ψηφίστηκε ο νόμος 4238/2014 που έχει σχέση με το πρωτοβάθμιο εθνικό δίκτυο υγείας (ΠΕΔΥ) την αλλαγή στόχων του ΕΟΠΠΥ καθώς και διάφορους άλλους όρους. Το ΠΕΔΥ ασχολείται με τις διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών της χώρας όπως οι απομακρυσμένες δομές των κέντρων υγείας της Ελλάδας που έχει σαν σχέδιο να μπορούν να δοθούν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σε όλους τους

πολίτες χωρίς να μετράει το που μένουν, τι εργασία έχουν και η κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση.

Επίσης δημιουργείται ο οικογενειακός γιατρός για να προσφέρει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο λόγος δημιουργίας του ΕΟΠΠΥ είναι η εξασφάλιση των απαιτούμενων υποχρεώσεων προς τους συνταξιούχους, όλων των ατόμων που πληρούν τις προϋποθέσεις για ασφάλιση, καθώς και των προστατευμένων μελών, τα οποία ανήκουν στην οικογένεια, έτσι όπως έχει θεσπιστεί από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας. Επίσης θεσπίζονται κανόνες για την ποιότητα και την αξιολόγηση των παρεχόμενων εργασιών, δημιουργούνται πλάνα για καλύτερη ανάπτυξη, μέτρα για σωστότερη και ασφαλέστερη λειτουργία και ελέγχεται συστηματικά η όλη οικονομική διαχείριση και η αξιοποίηση των οικονομικών εσόδων με τις δέουσες μεθόδους. Ο τρόπος με τον οποίο συν ομολογούνται τα διάφορα συμβόλαια μεταξύ ιδιωτών και δημοσίου όπως και με γιατρούς οι οποίοι εργάζονται ως ιδιώτες αλλά και με το δημόσιο, οφείλει να εξασφαλίζει και να ξεκαθαρίζει τους όρους και τους τρόπους για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και ταυτοχρόνως να έχει την δυνατότητα αλλαγής των όρων αυτών όταν και όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο. Επίσης με τον καθορισμό της συμφωνίας ελέγχονται όλοι όσοι έχουν συμφωνήσει με τους όρους του κανονισμού για τις αμοιβές τους, τα φάρμακα και τα παρεχόμενα ιατρικά τεχνολογικά υλικά.(ΑΑΔΕ , 2014)

Το 2011 αυξάνει το εισιτήριο από 3 ευρώ σε 5 ευρώ για την προσέλευση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δημοσίων δομών υγείας. Το 2014 με τον νόμο 4093/2012 εισήχθη το ποσό των 25 ευρώ, ως φόρος ασθενούς για να εισαχθεί κάποιος σε δημόσιο νοσοκομείο και επιβλήθηκε επιβάρυνση ενός ευρώ σε κάθε φαρμακευτική οδηγία, η οποία εκδίδεται από την Εθνική Υπηρεσία Υγείας και την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων και των νοσοκομείων. Λόγω των έντονων αντιδράσεων επαγγελματιών και άλλων φορέων, ο φόρος εισαγωγής στα νοσοκομεία αναστέλλει και αντ' αυτού υπήρχαν σχέδια αναπλήρωσής τους με επιπλέον φορολόγηση του καπνού.

Στο νοσοκομειακό τομέα έχουν θεσπιστεί ή προσπαθούν να θεσπιστούν διάφορα μέτρα τα οποία περιλαμβάνουν διαθρωτικές αλλαγές, μεταρρυθμίσεις στο σύστημα πληρωμών των νοσοκομείων και μειώσεις στο κόστος των νοσοκομειακών προμηθειών.

Τον Αύγουστο 2015 υπεγράφη η Τρίτη συμφωνία με τους δανειστές και τον Δεκέμβριο του 2016 κοινοποιείται η Εθνική Στρατηγική που αφορά την υγεία και το

ΕΣΠΑ 2014-2020. Τότε για την πολιτική υγείας του κράτους, εμφανίστηκε πρόγραμμα μεταρρύθμισης της υγείας το οποίο αναφερόταν στα 100 σημεία δράσης. Η εθνική στρατηγική είναι μια δημόσια ανάληψη ευθύνης για την ιατρική φροντίδα και την εύκολη προσέγγιση όλων των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας με ποιοτικό και ανέξοδο τρόπο και ο συγχρονισμός όλων των λειτουργιών θα γίνεται από το Υπουργείο Υγείας με σύγχρονες μεθόδους ενημέρωσης.

Το 2016 με τον νόμο 4368/2016 θεσπίζεται αφενός για τα αδύναμα κοινωνικά σύνολα και αφετέρου για όσους στερούνται ασφάλισης για ποικίλα αίτια, το δικαίωμα της άνευ εμποδίων προσέγγισης σε όλα τα άτομα που χρήζουν βοήθειας, σε οποιαδήποτε δημόσια δομή ώστε να λάβουν την δέουσα νοσηλευτική, ιατρική και φαρμακευτική αγωγή, την οποία όλοι δικαιούνται ισότιμα.

Ο νόμος 4486/2017 δημοσιεύτηκε το 2017 και αφορούσε τις αλλαγές στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, άμεση διευθέτηση ζητημάτων που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και διάφορες άλλες διευθετήσεις.

Πριν από την κρίση αλλά και μέχρι σήμερα ακόμη, οι βαθμίδες πλήρωσης των αναγκών της υγείας, των νοσηλευτών καθώς και όλων όσων εργάζονται για την υγεία, εκτός του ιατρικού προσωπικού, ήταν και είναι πολύ χαμηλά στην Ελληνική επικράτεια. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα έχει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους στην Ευρώπη. (OECD, 2013). Επιτείνοντας το πρόβλημα αυτό πολλοί επαγγελματίες στον τομέα υγείας, μετά το μνημόνιο, αποφάσισαν να συνταξιοδοτηθούν προκειμένου να εξασφαλίσουν καλύτερες συντάξεις και κατά συνέπεια τα επίπεδα στελέχωσης επιδεινώθηκαν. Οι αμοιβές του υγειονομικού προσωπικού στην χώρας ήταν πάντα πολύ υποδεέστερες των αντιστοίχων της Ευρώπης ακόμα και πριν προκύψει η κρίση. Στην επίτευξη μείωσης του κόστους εισροών του συστήματος, το 2010 εφαρμόστηκαν μειώσεις, ύψους των 20%, των αμοιβών σε όλους τους υγειονομικούς, συμπεριλαμβανομένων του διοικητικού προσωπικού, των γιατρών, των νοσηλευτών, των φαρμακοποιών και του παραϊατρικού. Όλες οι κατακτηθείσες επιδοτήσεις προς τους υγειονομικούς εξαφανίσθηκαν. Τα επιπλέον υιοθετηθέντα μέτρα, έχουν σχέση με τον τρόπο άσκησης εξουσίας, την επιτήρηση και την παροχή χρημάτων στο σύστημα υγείας όπως και στα νοσηλευτικά ιδρύματα, αλλά και τον έλεγχο των φαρμακευτικώνσκευασμάτων. Η συνεργασία ανάμεσα στο Υπουργείο Υγείας και στην

Κοινωνική Αλληλεγγύη , της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) και του Κέντρου Διαχείρισης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών έγινε αιτία να εφαρμοστεί το 2013 το σύστημα Λογαριασμών Υγείας του ΟΟΣΑ στην χώρα δίνοντας οικονομικά στοιχεία για την υγεία, τα οποία για πρώτη φορά ήταν σύμφωνα με τον τρόπο χρησιμοποίησης της Eurostat και του ΟΟΣΑ.

Στο φαρμακευτικό τομέα ελήφθησαν διάφορα μέτρα με στόχο την χαλιναγώγηση του κόστους και ενίσχυση της δραστηριότητάς των φαρμάκων. Το κράτος δίνει ώθηση για χρήση φαρμάκων τα οποία κατασκευάζονται από ελληνικές εταιρίες, τα λεγόμενα γενόσημα και επιδιώκει να γράφονται τα φάρμακα με βάση την δραστική ουσία που περιέχουν. Η εφαρμοζόμενη πολιτική είναι ότι η ανώτερη τιμή των γενοσήμων δεν πρέπει να υπερβαίνει το 60% των αντίστοιχων εισαγμένων προϊόντων. Έχουμε αύξηση των ελληνικών παρασκευασμάτων στις δημόσιες δομές, γιατί αποφασίστηκε ένα ακόμα μέτρο, ότι το 50% των φαρμακευτικών σκευασμάτων, των οποίων γίνεται χρήση στα νοσοκομεία ή γράφονται για τους ασθενείς θα πρέπει να είναι γενόσημα.. Επίσης έχουν εκδοθεί κατευθυντήριες γραμμές συνταγογράφησης για τους γιατρούς με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές συνταγογράφησης. Η εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης μείωσε τα δαπανούμενα χρήματα για τα φάρμακα, ιδίως των δαπανών των σχετιζόμενων με την αλόγιστη συνταγογράφηση, δεδομένου ότι το αναβαθμισμένο πληροφοριακό σύστημα έχει την δυνατότητα να ελέγχει τα συνταγογραφούμενα άλλα και τον τρόπο χορήγησης από τους φαρμακοποιούς. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση λειτουργεί ως εργαλείο, βοηθώντας στην ευθυγράμμιση με τις κυβερνητικές οδηγίες, δίνοντας σαφείς οδηγίες για τον τρόπο της συνταγογράφησης. Παρέχει αποδείξεις για τον τρόπο συμπεριφοράς της φαρμακευτικής αγωγής των ατόμων, υποστηρίζει τον τρόπο της επιστροφής προϊόντων, ενισχύει τις φανερές διαδικασίες, με την διευκόλυνση της διαδικασίας υποβολής αιτήσεων συνταγογράφησης. Η μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης στα εξωτερικά ιατρεία επιδιώκεται με την μείωση του κόστους και με την εισαγωγή καινούριων και με καλύτερο αποτέλεσμα, τρόπων μοιράσματος των ακριβών φαρμάκων για τους χρόνιους πάσχοντες εξωτερικούς ασθενείς, κάνοντας χρήση των δημόσιων φαρμακείων στα οποία το κόστος των φαρμάκων είναι σαφώς μικρότερο από ότι στα κοινά φαρμακεία.

Το Ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν απροετοίμαστο να φέρει εις πέρας τη σωρεία προβλημάτων που προέκυψαν από την οικονομική κρίση, διότι ήδη

υπέφερε από πολλά διαρθρωτικά θέματα. Αυτές οι διαρθρωτικές ανεπάρκειες έκαναν το σύστημα υγείας εύκολα πληττόμενο από τις οικονομικές αυξομειώσεις και ανεπαρκές στο να ανταπεξέλθει στην υπερβολική ζήτηση από τους πολίτες. Λόγω της μείωσης των εισοδημάτων, οι ασθενείς στρέφονται όλο και περισσότερο στον δημόσιο τομέα, ακριβώς την στιγμή που οι κυβερνήσεις αισθάνονται την οικονομική ανάγκη για περικοπές. Έτσι λιγότεροι πόροι εισρέουν στα δημόσια ταμεία με αποτέλεσμα, η ποιότητα της περίθαλψης και η πρόσβαση στις υπηρεσίες να μην είναι η καλύτερη. Οι μειώσεις των συνολικών δαπανών έχουν αντίκτυπο στην σύνθεση των δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα την μείωση των μισθών, των υποδομών και του εξοπλισμού. Η γενική εικόνα που παρουσιάζεται στην έκθεση του ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης στον τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την Ελλάδα. Ωστόσο είναι σημαντικό να αναγνωριστεί το ότι υπήρξε θετική εξέλιξη τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή εργαλείων παρακολούθησης για τον έλεγχο της χρήσης των πόρων. Πραγματοποιήθηκε το σύστημα λογαριασμών του ΟΟΣΑ, έγινε καλύτερος σχεδιασμός και διαφάνεια του συστήματος για τις προμήθειες και την ανάπτυξη των εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης.

viii) Covid-19 και συστήματα υγείας.

Προχωρώντας προς την έξοδο της οικονομικής κρίσης, η χώρα βρίσκεται αντιμέτωπη με μια ακόμα κρίση, την πανδημία του Covid-19 η οποία δοκιμάζει τις υγειονομικές δυνατότητες όχι μόνο της Ελλάδας αλλά παγκοσμίως, δημιουργώντας εκατομμύρια ασθενών και θανάτων. Η έξαρση του νέου κορωνοϊού SARS-CoV-2, που ξεκίνησε από την πόλη Ουχάν της επαρχίας Χουμπέιτης Κίνας, επεκτάθηκε γρήγορα σε πολλές χώρες του κόσμου, προσβάλλοντας εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Τον Μάρτιο του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακήρυξε σε πανδημία την λοίμωξη COVID-19 που προκαλεί ο SARS-COV-2 (World Health Organization, 2020). Μετά την καταστροφή που προκάλεσε η επιδημία του κορωνοϊού της νόσου Covid-19 στην γειτονική Ιταλία η Ελληνική κυβέρνηση έβαλε σε άμεση εφαρμογή τα σταδιακά μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης, ξεκινώντας με το κλείσιμο σχολείων και πανεπιστημίων και καταλήγοντας σε εθνικό lockdown στις 26 Φλεβάρη του

2020 μόλις 12 μέρες από το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα στην χώρα. Μέσω αυτών των μέτρων η Ελλάδα μπόρεσε να ανακόψει την ανοδική πορεία του πρώτου κύματος, απέτρεψε πολλούς θανάτους και προστάτεψε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο όμως παρέμεινε ιδιαίτερα ευάλωτο λόγω της οικονομικής κρίσης των προηγούμενων ετών και από τις χρόνιες ελλείψεις. Η Ελλάδα τον Φλεβάρη του 2020 πριν την έναρξη της πανδημίας διέθετε μόνο 565 κλίνες ΜΕΘ. Μέχρι τις 31 Μαρτίου ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε 870 με 703,137 και 30 κλίνες ΜΕΘ σε δημόσια, ιδιωτικά και στρατιωτικά νοσοκομεία αντίστοιχα. Λόγω της χαλάρωσης της τουριστικής περιόδου και με την έλευση του φθινοπώρου η χώρα βρέθηκε αντιμέτωπη με ένα μεγαλύτερο κύμα με καθυστέρηση μερικών εβδομάδων συγκριτικά με την υπόλοιπη Ευρώπη λόγω των κλιματολογικών συνθηκών και της γεωγραφίας της.

Στα τέλη Ιανουαρίου 2020 ορίστηκαν από το ελληνικό Υπουργείο Υγείας 13 βασικά και αναπληρωματικά νοσοκομεία αναφοράς ανά Υγειονομική Περιφέρεια εξοπλισμένα με θάλαμο αρνητικής πίεσης, για την αντιμετώπιση κρουσμάτων του ιού στη χώρα, ενώ στα τέλη Φεβρουαρίου αναστάλθηκαν και ανακλήθηκαν όλες οι κανονικές άδειες του προσωπικού των νοσοκομείων του ΕΣΥ, των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και όλων των υγειονομικών σχηματισμών της χώρας.

Τα δεκατρία νοσοκομεία ορίστηκαν ως τα βασικότερα για να ανταπεξέλθουν στον μεγάλο αριθμό κρουσμάτων του ιού. Πολλά τμήματα έκλεισαν και μεταφέρθηκαν οι ασθενείς σε άλλους θαλάμους. Ορισμένα από αυτά τα τμήματα ορίστηκαν για την φροντίδα των ασθενών από τον covid-19, ενώ άλλα μετατράπηκαν σε κρεβάτια ΜΕΘ για τον κορονοϊό. Τα προγραμματισμένα χειρουργεία επεμβάσεις και τα ραντεβού των εξωτερικών ιατρειών των ειδικών νοσοκομείων ακυρώθηκαν και μόνο τα επείγοντα περιστατικά εξυπηρετούνται. Το κράτος επικεντρώθηκε στο πως θα αντιμετωπίσει την πανδημία ως επί των πλείστον νοσοκομειακά και σε μονάδες εντατικής θεραπείας, καθώς η προσωρινή παύση της κανονικής λειτουργίας των νοσοκομείων δημιούργησε τον φόβο για μεγάλη αύξηση των μη καλυπτόμενων αναγκών υγείας. Η μερική διακοπή της κανονικής λειτουργίας του μη επαρκούς συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς και η αναγκαστική παύση λειτουργίας ορισμένων πρωτοβάθμιων ιατρειών λόγω ανεπαρκούς προστατευτικού εξοπλισμού για την συνέχιση της λειτουργίας τους, έφερε στο φώς προβλήματα και φόβους για την επαρκή προσέγγιση και διάρκεια

των ειδών περίθαλψης. Στις 4 Απριλίου, έγινε ανακοίνωση για την αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με μεθόδους οι οποίοι είναι σε θέση να στηρίζουν με ένα αποτελεσματικότερο τρόπο τα συστήματα υγείας. Ορίστηκαν σε έξι πόλεις της Ελλάδας, ειδικά κέντρα υγείας με μόνο αντικειμενικό σκοπό να ελέγχουν τους πολίτες που πάσχουν από λοιμώξεις του αναπνευστικού. Τα κέντρα αυτά για τον ιό σκοπό έχουν ανακαλύπτουν σε πρώιμο στάδιο τους πιθανόν νοσούντες να τους παρακολουθούν και να τους ενημερώνουν και όσο αφορά τα βεβαιωμένα κρούσματα τα οποία δεν χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής και παραμένουν σπίτι δημιουργήθηκε υπηρεσία τηλεσυμβουλευτικής ώστε να μπορούν να επικοινωνούν για τυχόν απορίες σχετικά με τον covid-19. Παρόλα αυτά λόγω των συσσωρευμένων και πολυετών αδυναμιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν επαρκώς τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως τους αστέγους, αυτούς που κάνουν χρήση ναρκωτικών, τους πρόσφυγες και τους μετανάστες και όλους όσους υφίστανται κοινωνικό αποκλεισμό, γι' αυτό πρέπει να υπάρξει συνεργασία με άλλους ευημερούντες φορείς. Επί του παρόντος, αυτό γίνεται από μια πληθώρα αστικών και θρησκευτικών ΜΚΟ και την τοπική διοίκηση χωρίς κανένα προγραμματισμό. Η κατάσταση επιδεινώνεται στους προσφυγικούς καταυλισμούς στα νησιά του αιγαίου εξαιτίας των άθλιων συνθηκών διαβίωσης οπότε και γίνεται ιδιαιτέρως δυσχερής η λήψη αναγκαίων μέτρων πρόνοιας για την εφαρμογή της σωστής υγιεινής και της αποστασιοποίησης της κοινωνίας, Ειδικευόμενο ιατρικό προσωπικό σύμφωνα με τις επικρατούσες ανάγκες ήρθαν σε επαφή με τους οργανισμούς και ανέλαβαν να φτιάξουν χώρους από απομόνωσης όπως επίσης να προβούν στον έλεγχο των ζωτικών λειτουργιών.

Πριν από την πανδημία η τηλεϊατρική ήταν διαθέσιμη μόνο σε λίγες νοσοκομειακές υπηρεσίες με δυνατότητα τηλεδιάσκεψης σε πραγματικό χρόνο μόνο με συνδεδεμένα κέντρα υγείας η επαρχιακά νοσοκομεία. Το Υπουργείο Υγείας δημιούργησε υπηρεσίες τηλεσυμβουλευτικής για ασθενείς με covid-19 . Αυτό είναι δυνητικά ένα διαρκές εργαλείο που επιτρέπει την εξ αποστάσεως παρακολούθηση στο σπίτι των ηλικιωμένων και των ατόμων με χρόνιες παθήσεις και ειδικές ανάγκες . Η πανδημία covid-19 ήταν μια ευκαιρία για την επέκταση του συστήματος τηλεϊατρικής για την προσέγγιση όσων βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές και νησιά και να παρέχει συμβουλές – κατευθύνσεις στους παρόχους. Γι αυτό και είναι απαραίτητο στην χώρας μας να ενισχυθεί η εκπαίδευση στις τεχνολογίες πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών, παράλληλα

με την ανάπτυξη πρωτοκόλλων και προτύπων ,καθώς και προγραμμάτων προαγωγής της υγείας.

Η πανδημία COVID-19 έφερε στο φως τις μακροχρόνιες ελλείψεις και τα κενά του υποχρηματοδοτούμενου συστήματος δημόσιας υγείας της Ελλάδας, λόγω της θεμελιώδους ανισορροπίας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών συμφερόντων (Tountasetal. 2020). Γίνονται έκτακτες προσλήψεις υγειονομικού επικουρικού προσωπικού λόγω της πανδημίας σε νοσοκομεία και δήμους. Στα τέλη Δεκέμβριου του 2020 ξεκινάνε οι εμβολιασμοί κατά του covid-19 με Pfizer&Biontech,Moderna, Johnson and Johnsonκαι AstraZeneca. Βρίσκονται υπό αξιολόγηση και άλλα εμβόλια που θα συμβάλλουν στην ανοσοποίηση του πληθυσμού. Έξω από κέντρα υγείας υπάρχουν μονάδες για rapid test,επίσης υπάρχουν κινητές μονάδες που πηγαίνουν από περιοχή σε περιοχή και διενεργούν τα τεστ μέσω του ΕΟΔΥ.

Σε αυτή την επέλαση της πανδημίας με χιλιάδες θανάτων επιβάλλεται η λήψη μέτρων το συντομότερο δυνατό,για να μειωθούν οι διαφορές μεταξύ του πληθυσμού ώστε να επιτευχθεί καλύτερη ιατρική περίθαλψη και έλεγχος με αποτέλεσμα την μείωση των θανάτων. Τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς τα οποία χρησιμοποιούν περισσότερο οι χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις ,γίνονται εστίες υπερμετάδοσης του ιού. Μέσω της τηλεργασίας και του διευρυμένου ωραρίου με βάρδιες μειώθηκε η μεταδοτικότητα καθώς δεν συγκεντρωνόταν μεγάλος αριθμός ατόμων στον ίδιο χώρο. Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι είναι στην πρώτη γραμμή γιατί τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο ευάλωτα στην πανδημία γι'αυτό και πρέπει να υποστηριχθείγια να ανταπεξέλθει στις αυξημένες απαιτήσεις γιατί εκτός από τον Covid-19 υπάρχουν και τα χρόνια νοσήματα και αναπηρίες που ήδη επιβαρύνουν τους πολίτες.

ix) Συστήματα υγείας και υγειονομικές ανισότητες εν μέσω covid-19

Η κρατική μέριμνα είναι η βάση για τον ακριβή καθορισμό των διαφόρων συστημάτων υγείας και για την επίλυση των διαφορών μεταξύ του πληθυσμού απέναντι στον covid-19.Μερικά εκ των μέτρων που ελήφθησαν, με σκοπό την αναχαίτιση αλλά και την αλλαγή προς το καλύτερο των συστημάτων, προκειμένου να μειωθούν οι διαφορές στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες λόγω του κορονοϊού, είναι τα εξής:

1. Αύξηση του προϋπολογισμού χρηματοδότησης του συστήματος υγείας για ίση πρόσβαση και παροχή όλων των κοινωνικών τάξεων ,χωρίς φυλετικές και εισοδηματικές διακρίσεις ιδιαιτέρως αυτών που μειονεκτούν περισσότερο όπως πχ άνεργοι, ηλικιωμένοι, ΑΜΕΑ, ρομάκλπ

2. Να δοθούν προνοϊακά επιδόματα στην κοινωνική υγεία για τους χαμηλόμισθους τα προβλήματα των οποίων διογκώνονται από την απώλεια θέσεων εργασίας λόγω καραντίνας. Αξιοπρεπείς συντάξεις γήρατος για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, ανασφάλειας και αντίστασης κατά των σοβαρών ασθενειών.

3. Περισσότερη μέριμνα για άτομα με πολλές και χρόνιες παθήσεις ,με περισσότερα προνοϊακά ιδρύματα και δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων προς απομάκρυνση πιθανότητας νόσησης από τον κορονοϊό και ενδυνάμωσης των σχεδίων για μελλοντική φροντίδα όπως το Βοήθεια στο σπίτι . Σημαντική είναι η κοινή συμμετοχή μεταξύ της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας για καλύτερα και πιο έγκαιρα αποτελέσματα.

4. Πραγματοποίηση δωρεάν απολυμαντικών παροχών σε εντοπισμένα περιστατικά του ιού covid-19 σε ειδικούς ατομικούς χώρουςστο πλαίσιο εξασφάλισης της υγειονομικής ισότητας.

5. Συστηματική ανίχνευση και καταγραφή των ομάδων υψηλότερου κινδύνου ώστε να έχουν καλύτερη πρόσβαση στις δημόσιες υγειονομικές δομές λόγω της δημιουργηθείσης ανεργίας από την καραντίνα και κατ' επέκταση της απώλειας κοινωνικής ασφάλειας.

6. Πρέπει να αντιμετωπισθεί η ομαλή λειτουργία των υπόλοιπων ασθενώνώστε να αποφευχθεί η επιδείνωσή τους και ο κλονισμός της υγείας τους από τον ιό covid-19. Δηλαδή το σύστημα υγείας να αντιμετωπίσει και τις υπόλοιπες ασθένειες των πολιτών με ισοτιμία όπως και τον covid-19.

7. Ενίσχυση άλλων μεθόδων επικοινωνίας με τους πολίτες ,όπως ψηφιακών τεχνολογιών και επικουρικών τηλεφωνικών επικοινωνιών προς αποφυγή ψυχοσυναισθηματικών επιβαρύνσεων που έρχονται σαν αποτέλεσμα της πανδημίας και εμπεριέχουν καταθλιπτικές διαταραχές, ενδοοικογενειακή βία, απομόνωση κλπ.

8. Απαιτείται μεγαλύτερη χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας για την αντιμετώπιση της κοινωνικής αποστασιοποίησης, με προτεραιότητα στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ώστε να γίνει δυνατή η εξασφάλιση ειδών πρώτης ανάγκης και να βοηθηθεί η ευεξία τους και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις μέσω της φροντίδας και ψυχαγωγίας τους.
9. Αυστηρά μέτρα τήρησης προδιαγραφών όπως είναι τα πρότυπα πιστοποίησης ISO (International Organization for Standardization-ISO) στον εργασιακό χώρο από τους εργοδότες για την καλύτερη αντιμετώπιση της πανδημίας.
10. Ανάπτυξη στρατηγικού σχεδιασμού για σωστή κατανομή του εμβολιασμού σε όλες τις κοινωνικές ομάδες με προτεραιότητα στις ευαίσθητες και ευπαθής ομάδες ώστε να αποκλειστούν όσο περισσότερο γίνεται οι υγειονομικές ανισότητες.

χ) Οι βασικοί άξονες των προμηθευτών υγείας

Οι βασικοί άξονες των προμηθευτών υγείας είναι ο γενικός οικογενειακός γιατρός, το κέντρο υγείας και το νοσοκομείο. Ο οικογενειακός γιατρός παίζει πρωταρχικό ρόλο για την πρωτοβάθμια περίθαλψη και είναι το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς που προσέρχεται στις υγειονομικές υπηρεσίες. Λειτουργεί ως διαμεσολαβητής για την πρόσβαση των ασθενών στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Το κέντρο υγείας αποτελεί και αυτό μετά τον οικογενειακό –γενικό ιατρό την βασική μονάδα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το κέντρο υγείας προσφέρει τις βασικές ιατρικές ειδικότητες και ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών καθώς και για επείγοντα περιστατικά και για διακομιδή σε νοσοκομεία. Προσφέρει επίσης υπηρεσίες πρόληψης του πληθυσμού όπως εμβολιασμοί, προ συμπτωματικοί έλεγχοι κλπ.

Το νοσοκομείο αποτελεί το επίκεντρο του συστήματος υγείας σήμερα. Γύρω του οργανώνονται οι υπόλοιπες δομές υγείας οι οποίες λειτουργούν συμπληρωματικά και έτσι το νοσοκομείο απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό των χρημάτων που δαπανώνται για την υγεία. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά, ειδικά ,οξείας

νοσηλείας, ανάλογα με την νομική τους μορφή σε κρατικά ,δημοτικά, κοινωφελή ιδρύματα, ιδιωτικά. Επίσης είναι τα τοπικά, νομαρχιακά και περιφερειακά ανάλογα την γεωγραφική τους εμβέλεια και τέλος πανεπιστημιακά αν έχουν και εκπαιδευτικό ρόλο.

8. Κοινωνικοί προσδιοριστές ως μέρος του συστήματος υγείας

Το επίπεδο υγείας του λαού, μαζί με την παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείαςαπαρτίζουν τα υποσυστήματα στα οποία θα μπορούσαμε να διαιρέσουμε το σύστημα υγείας.Το σύστημα αυτό ονομάζεται σύστημα πολλαπλών μεταβλητών και τα τρία υποσυστήματα είναι σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση είναι τα εξής:

- 1) το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του,
- 2) η παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών και αγαθών υγείας και
- 3) οι μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών υγείας.

Το πρώτο υποσύστημα είναι για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Η υγεία και η ασθένεια όπως έχει αναφερθεί εκτενώς σε προηγούμενο κεφάλαιο έχουν ένα ευρύ φάσμα προσδιοριστικών παραγόντων ,οι οποίοι έχουν να κάνουν με γενετικούς παράγοντες, Το εισόδημα, τη κοινωνική διαστρωμάτωση, το επίπεδο εκπαίδευσης, την εργασία και τις συνθήκες εργασίας, την ανεργία και τους λοιπούς παράγοντες (όπως το περιβάλλον κλπ)που επηρεάζουν τη υγεία. Είναι σημαντική η διερεύνηση όλων αυτών των παραγόντων για την προσαρμογή αναλόγως των ευρημάτων και την εξέλιξη των συστημάτων υγείας στην σύγχρονη εποχή και σε όλες τις κοινωνίες.

Το δεύτερο υποσύστημα έχει να κάνει με την παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Είναι το σύνολο των παραγωγών προμηθευτών υπηρεσιών υγείας οι οποίοι αλληλοεπιδρούν και συνεργάζονται για την προάσπιση της υγείας του πληθυσμού. Ως μια παραγωγική διαδικασία αποτελείται από τις εισροές (ανθρώπινο κεφάλαιο, κτίρια κλπ), τη διαδικασία(ο ασθενής που προσέρχεται στο νοσοκομείο και κάνει διαγνωστικές εξετάσεις για πρόληψη ή την θεραπεία του από την οποιαδήποτε ασθένεια, ατύχημα κλπ), τις εκροές (ο αριθμός των ημερών νοσηλείας,το είδος των εκάστοτε επεμβάσεων για τον κάθε ασθενή κλπ) και τα αποτελέσματα(δείκτες νοσηρότητας,θνησιμότητας κλπ για να φανεί αν είναι αποτελεσματικό ένα σύστημα

η χρήζει βελτίωσης). Έχει σχέση με την οικονομική ανάπτυξη, την οργάνωση της εργασίας, το εκπαιδευτικό σύστημα, τη χρησιμοποιούμενη τεχνολογία, το πολιτικό σύστημα και την δημόσια διοίκηση.

Το τρίτο υποσύστημα είναι ο μηχανισμός κάλυψης των δαπανών. Περιλαμβάνει την αύξηση των δαπανών η οποία αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς, τον χαρακτήρα του κοινωνικού αγαθού υγεία και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τα οποία αναδεικνύουν ιδιαίτερη σημασία στο υποσύστημα. (Θεοδώρου Μ. ,2001) Εξαρτάται από το ύψος του εισοδήματος μιας χώρας, το επίπεδο κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος, την μορφή κοινωνικής προστασίας την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας μια χώρας και γενικά από την άσκηση αναδιανεμητικής οικονομικής πολιτικής. (Σούλης Σ., 1999)

Το σύστημα υγείας μαζί με άλλους παράγοντες επηρεάζουν την κατάσταση υγείας του ατόμου. Σύμφωνα με εκτιμήσεις ,το σύστημα υγείας ευθύνεται για το 10%-15% της υγείας του πληθυσμού ενώ το 85%-90% καθορίζεται από τους υπόλοιπους παράγοντες προσδιοριστές υγείας.

9. Πολιτική της υγείας και κοινωνικής φροντίδας

Οι ασθένειες αφορούν διάφορους τομείς όσων αφορά το είδος κλπ και αφορούν όλο τον πληθυσμό μιας χώρας. Έτσι θα πρέπει ένα σύστημα υγείας να καλύπτει όλες τις ανάγκες των πολιτών. Το σύστημα αυτό θα πρέπει να χρησιμοποιεί συγκεκριμένες αρχές και επιστημονικά κριτήρια και να ασχολείται με τις εξελίξεις της ιατρικής, βιογενετικής, βιοτεχνολογίας, τις οικονομικές εξελίξεις καθώς και τις ανάγκες των πολιτών για την προστασία τους και την προαγωγή της υγείας τους. Το αγαθό της υγείας είναι πολυδιάστατο που περιλαμβάνει πολλούς παράγοντες και παίζει καθοριστικό ρόλο την ανθρώπινη ανάπτυξη σε όλους τους τομείς της ζωής του και στην καλύτερη υγεία του. Λόγω της παγκοσμιοποίησης και της εύκολης και γρήγορης μετάβασης από το ένα σημείο στο άλλο υπάρχουν πολλοί εξωτερικοί κίνδυνοι και απειλές που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία. Το αγαθό αυτό της υγείας είναι το βασικότερο και αναπτύσσει το ανθρώπινο κεφάλαιο.

Η πολιτική της υγείας έχει ως σκοπό να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών, δηλαδή στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας και να δημιουργήσει ένα σύστημα υγείας επαρκές, αποτελεσματικό και αποδοτικό. Η βασική αρχή της είναι η καθολική κάλυψη των πολιτών σε μια κοινωνία που φροντίζει και προστατεύει το σύνολο, η κοινωνική αλληλεγγύη. Το αγαθό της υγείας είναι δημόσιο και μέσω της αναδιανεμητικής πολιτικής πρέπει να παρέχεται σε όλους ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κάλυψη. Σημαντική είναι και η προστασία της δημόσιας υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Η συνεχής έρευνα για την κατάσταση υγείας των πολιτών είναι μέρος των εργαλείων που χρησιμοποιεί η πολιτική της υγείας για να δει ποιοτικά και ποσοτικά πως παράγονται οι υπηρεσίες και τα αγαθά που προσφέρονται. Η διανομή των αγαθών που προσφέρονται και των υπηρεσιών υγείας καθορίζονται από τις εξωτερικές επιδράσεις στην καθημερινότητα του πληθυσμού, τις ανισότητες στα έσοδα των πολιτών, την μορφή της κοινωνικής ασφάλισης και κατά πόσο καλύπτει τον πληθυσμό, τις περιφερειακές ανισότητες και τις μορφές αγοράς και τους περιορισμούς για τους ιδιώτες παρόχους μέσα σε μια οικονομία.

Οι κατευθύνσεις και οι άξονες πολιτικής υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση μέχρι το 2020 επικεντρώνονται στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού, στους κοινωνικό πολιτισμικούς προσδιοριστές υγείας, την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας και την ζήτηση και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι βασικές αρχές για τον σχεδιασμό των πολιτικών υγείας είναι η βιωσιμότητα, η επάρκεια, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, η προσβασιμότητα, η ασφάλεια και η ποιότητα, η πρόληψη και προαγωγή της υγείας και τέλος η ετοιμότητα.

Η θεμελιώδης αρχή των πολιτικών υγείας είναι η βελτίωση του συστήματος υγείας και κυριότερα η βελτίωση της κατάστασης υγείας των πολιτών της χώρας. Οι στόχοι των πολιτικών υγείας είναι η κάλυψη των αναγκών υγείας το να είναι επαρκείς και βιώσιμο το σύστημα υγείας, η μείωση των ανισοτήτων και η καλύτερη και ευκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η πρόληψη, προαγωγή και επιμήκυνση της διάρκειας υγιούς ζωής και η πληροφόρηση, ετοιμότητα και η προστασία από διασυννοριακές απειλές.

Τα δεδομένα και οι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τις πολιτικές υγείας είναι τα βασικά δημογραφικά δεδομένα, οι ανισότητες στην υγείας, η κατάσταση υγείας του πληθυσμού στην συγκεκριμένη περίπτωση του ελληνικού, η προσφορά των συστημάτων υγείας και η ζήτηση, το κόστος και οι δαπάνες, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, αποδοτικότητα η ικανοποίηση των ασθενών, τα φάρμακα.

Οι βασικές αρχές των πολιτικών κοινωνικής φροντίδας βασίζονται στον σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και στην ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Οι βασικές αρχές των πολιτικών κοινωνικής φροντίδας είναι η προσβασιμότητα στις δομές υγείας, η επικουρικότητα στις προνοϊακές παροχές, η διαθεσιμότητα υπηρεσιών, η προληπτική κοινωνική αρωγή και η αναδιανομή εισοδήματος και κοινωνική δικαιοσύνη.

Επίσης πρέπει να υπάρχει εξατομίκευση και συνέχεια στις παρεχόμενες υπηρεσίες, διατήρηση της αυτοδιάθεσης των πολιτών, ενδυνάμωσή τους και ενεργοποίηση τους με διάφορους τρόπους και να προσεγγίζεται μια ολιστική αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων ψάχνοντας τις βαθιές αιτίες των προβλημάτων του πληθυσμού.

10.Προτάσεις για αναμόρφωση των συστημάτων υγείας στην Ελλάδα

Τον Μάιο του 2019 το Εθνικό συμβούλιο δημόσιας υγείας του Υπουργείου υγείας εξέδωσε ένα εθνικό στρατηγικό σχέδιο για την δημόσια υγεία 2019-2022. Σε αυτό αναφερόταν στις πολλές και μεγάλες προκλήσεις για την υγεία και στο ότι αποτελεί προτεραιότητα η διασφάλιση ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του συστήματος υγείας έτσι ώστε να είναι καθολικό, ισότιμο, βιώσιμο και υψηλής ποιότητας.

Η διατήρηση της προαγωγής υγείας αναγνωρίζεται ως ανθρώπινο και κοινωνικό δικαίωμα για όλους. Ο στόχος της καθολικής υγειονομικής κάλυψης εναρμονίστηκε με το προτεινόμενο όραμα για την «Υγεία 2020» του ΠΟΥ και στους στόχους της «Βιώσιμης Ανάπτυξης το 2030» του ΟΗΕ τα οποία περιλαμβάνουν οικονομική ανάπτυξη και κοινωνική ευημερία.

Αναπτύχθηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την δημόσια Υγεία (ΕΣΔ-ΔΥ). Το ΕΣΔ-ΔΥ υιοθέτησε τις βασικές προτεραιότητες του ΠΟΥ για την επίτευξη βασικών στρατηγικών στόχων που αφορούν την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, στην βελτίωση της υγείας για όλους και στη συμμετοχική διακυβέρνηση για την υγεία. Μεταξύ άλλων αναγνωρίζει την αναγκαιότητα μεταρρύθμισης την Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την σύνδεσή της στην Δημόσια Υγεία και την διαχείριση σημαντικών παραγόντων κινδύνου που διαμορφώνουν το σύγχρονο νοσολογικό φάσμα όπως η ανεργία, η φτώχεια, ο κοινωνικός αποκλεισμός, συνθήκες εργασίας, φυσικό περιβάλλον και υγιεινή. Το ΕΣΥ-ΔΥ αναφέρεται στην αντιμετώπιση μειζόνων νοσολογικών καταστάσεων και σημαντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία και αποβλέπει στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ποιότητας ζωής του πληθυσμού και την προσέγγιση της ενιαίας υγείας. Ως εκ τούτου ανέπτυξε επτά άξονες δράσης οι οποίοι είναι :

1. Γεφύρωση της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τις δράσεις δημόσιας υγείας.
2. Πρόληψη και έλεγχος των μη μεταδιδόμενων χρόνιων νοσημάτων
3. Κοινωνικές ανισότητες και πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας-Οικονομία της Δημόσιας Υγείας

4. Στρατηγικές για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής και των λοιμώξεων που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη.
5. Διαχείριση εμβολίων και εμβολιασμών: πρόληψη και ανοσοποίηση
6. Καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας: Διεθνείς Κανονισμοί Υγείας, διασυνοριακές απειλές, μεταδοτικές ασθένειες.
7. Η αποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα:μεταρρύθμιση, αναδιοργάνωση και διακυβέρνηση των υπηρεσιών υγείας

Αυτό για να γίνει θα απαιτηθεί ανάπτυξη μηχανισμών για την ενσωμάτωση της υγείας σε όλες τις πολιτικές έτσι ώστε να εξασφαλιστεί ένα σύστημα διακυβέρνησης της υγείας χωρίς αποκλεισμούς.Για την επίτευξη του σκοπού αυτού οφείλουν να αντιμετωπιστούν οι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας και να αξιοποιηθούν οι δυνατότητες για την προαγωγή της υγείας και της ευζωίας σε όλους τους τομείς της κοινωνίας. Δηλαδή από την έμφαση στην θεραπευτική υγεία να δοθεί έμφαση στην πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας.

Αναγνωρίστηκαν σαν παράγοντες κινδύνου για την υγεία, ύστερα από πολυάριθμες μελέτες, η χρήση καπνού, η χρήση αλκοόλ, παχυσαρκία ενήλικη και παιδική, οι τροφές που καταναλώνουμε και η έλλειψη άσκησης, η περιβαλλοντική μόλυνση, τα τροχαία ατυχήματα. Οι αιτίες ανικανοποίησης των πολιτών από τα συστήματα υγείας, ήταν το κόστος των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και ο μεγάλος χρόνος αναμονής για εξετάσεις, επεμβάσεις και νοσηλεία. Οι ανισότητες που υπάρχουν ανάμεσα σε χαμηλά και υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και οι ανισότητες μεταξύ πόλεων και επαρχιών.

Τα κριτήρια του ΠΟΥ για την πρόσβαση και ποιότητα και την αποδοχή φροντίδας υγείας που παρέχεται σε όλους της πολίτες της χώρας, καθορίζουν την ίση κατανομή στην φροντίδα υγείας με ίσες ευκαιρίες στην φροντίδα υγείας που παρέχεται για την ισότητα των αναγκών, την ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και ισότητα στην ποιότητα φροντίδας για όλο τον πληθυσμό. Προτάθηκε η δημιουργία της παρατηρητηρίου με σκοπό την παρατήρηση των

ανισοτήτωντης υπηρεσίες υγείας. Δυστυχώς της αναφέρει ο Τούντας Γ. (2021) στο «Νέο ΕΣΥ»,της χρόνιας παθολογίες του ΕΣΥ οφείλεται και η αδυναμία του να ανταποκριθεί πλήρως στην πανδημία ,με έγκαιρο εμβολιασμό όλου του πληθυσμούκαι εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Η έλλειψη δυνατότητάς έγκειται κυρίως στην αποδιοργάνωση και ασθενή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της και στον υποανάπτυκτο τομέα της Δημόσιας Υγείας,παρόλο που της είπαμε κι πιο πάνω είναι ο πλέον ειδικός για τον συντονισμό τρόπων αντιμετώπισης των επιδημιών με της κεντρικές αλλά και της αποκεντρωμένες υπηρεσίες Πρόληψης, Προστασίας της Υγείας και Προαγωγή – Αγωγή Υγείας. Πλην της Πρωτοβάθμιάς Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας κενά υπάρχουν στο ΕΣΥ με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταπεξέλθειτης συνεχώς διογκούμενες ανάγκες και της σύγχρονες μεθόδους ένεκα των μακροχρόνιων θεμάτων στην χρηματοδότηση και την στελέχωση και την κακή διοίκηση. Της η ανισότιμη κατανομή των υφιστάμενων υλικών και ανθρωπίνων νοσοκομειακών πόρων διευρύνει την ανισότητα στην υγεία και την δυνατότητα ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών. Της στο ΕΣΥ επικρατούν παλιές ιδέες και τρόποι αντιμετώπισης των προβλημάτων , πεπαλαιωμένες μονάδες περίθαλψης οι οποίες δεν επαρκούν για της σημερινές ανάγκες της παρακολούθηση των ασθενών στο σπίτι, έλλειψη επαρκών κέντρων αποκατάστασης κλπ ,μειωμένη χρήση νέων τεχνολογιών ,παντελή απουσία μηχανισμών αξιολόγησης ελέγχου και ποιότητας, ύπαρξη σημαντικής παραοικονομίας , ηλικιακή γήρανση και εργασιακή κόπωση του υγειονομικού δυναμικού.

Είναι προφανές ότι τα προβλήματα αυτά χρήζουν μεταρρυθμίσεων του συστήματος υγείας σε όλη την χώρα. Τα προβλήματα αυτά οξύνονταιιδιότι η χώρα προσπαθεί να εξέλθει από την κρίση γρήγορα, από την μεγάλη υπογεννητικότητα, από την άνοδο του αριθμού των ατόμων με χρόνιας ασθένειες, τη δυσκολία εφαρμογής πολιτικών Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας και την έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι της μεταρρυθμίσεις. Στο ελληνικό σύστημα υγείας κάποιες δομές χρησιμοποιούν αρκετούς πόρους για την φυσιολογική της λειτουργία και κάποιες της χρησιμοποιούν λιγότερους πόρους από της αναγκαίους. Σαν αποτέλεσμα έχουμε άνισο ως της την παραγωγή και απόδοσή περιβάλλον όσων αφορά το μοίρασμα των πόρων και εμφανίζεται ένα ανολοκλήρωτο και ασυντόνιστο και ακολούθως μη λειτουργικό και άδικο σύστημα υγείας.

Η πρόσβαση στο σύστημα υγείας σύμφωνα με έρευνες, έχει σχέση περισσότερο με τα ηλικιωμένα άτομα, με της που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και της έχοντες χαμηλό εισόδημα. Ο τρόπος που έχουν μοιραστεί τα νοσοκομεία και οι πρωτοβάθμιες μονάδες είναι ανεπαρκής για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών στο τομέα την υγείας και σε αυτά που εύχεται και περιμένει ο πολίτης από ένα σύστημα υγείας, γιατί δεν συγχρονίζεται και δεν ανταποκρίνεται της σημερινές ανάγκες του λαού και της σημερινές τεχνολογίες. Για αυτό τον λόγο χρειάζονται διαφοροποιήσεις των στόχων με λελογισμένο σχεδιασμό, στην αποσυγκέντρωση των δομών, στην αναδιαμόρφωση της διοίκησης σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα σε όλους της τομείς με αξιολόγηση για την λειτουργίας της και νέο σχέδιο για να συνεργάζονται ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας ακολουθώντας πρότυπα ανώτερων συστημάτων υγείας της σκανδιναβικές χώρες. Όσο αφορά το σύστημα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα κατανέμονται σε υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, και τα χρήματα τα οποία δαπανούνται για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Πρόληψης είναι σαφώς πολύ μικρότερα τα ποσά σε σχέση με τα νοσοκομεία και τα φαρμακευτικά σκευάσματα. Ο ΕΟΠΠΥ κατέληξε να μην καλύπτει όλο τον πληθυσμό και να υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον πληθυσμό, ενώ οι λανθασμένοι τρόποι αντιμετώπισης του ΠΕΔΥ είχαν σαν αποτέλεσμα την μείωση της δημόσιας εκδοχής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Το σύστημα υγείας στην χώρα επικεντρώνεται στα 124 δημόσια νοσοκομεία που έχουν σχετικά χαμηλή μέση διάρκεια παραμονής (5,2 ημέρες), ενώ η πληρότητα κλινών (74%) είναι παρόμοια με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Eurostat, 2017, Xenos et al., 2016, 2017) Τα δημόσια νοσοκομεία παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα ανισοκατανομής, με περισσότερα νοσοκομεία (34,6%) στην Αττική και στην Κεντρική Μακεδονία (16%), καθώς και κλινών και κλινικών, εργαστηρίων και ελλείψεις προσωπικού και αναχρονιστικές και αναποτελεσματικές μορφές διοίκησης. Για την καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων υπάρχουν υποδείξεις για αλλαγές του θεσμικού πλαισίου, ισχυροποίηση της αυτοδιοίκησης της, να γίνει πιο εύκολη η επικοινωνία με την περιφέρεια και ανακατανομή των απαραίτητων υλικών και του ανθρωπίνου δυναμικού σύμφωνα με της ανάγκες του πληθυσμού σε κάθε νοσοκομείο για κάθε περιφέρεια.

Οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι διαιρεμένες σε μικρότερα κομμάτια με την μορφή των κέντρων υγείας (ΚΥ) της αγροτικές περιοχές, των

ΠΕΔΥ και των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) της αστικής περιοχής της οποίες λειτουργούν αρκετά ιδιωτικά ιατρεία , ενώ έχουν αναπτυχθεί και αρκετές υπηρεσίες ενσωματωμένες σε Δήμους ή της οργανισμούς. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οι υπηρεσίες δεν είναι σχεδιασμένες για να ασχολούνται με τα θέλω και της πεποιθήσεις του ασθενούς. Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας δεν έχουν τύχει δυστυχώς της δέουσας αντικειμενικής προσοχής. Οι γιατροί εκτός από την εκπαίδευση και την ειδικότητα δεν έχουν εντυπώσει της διαπροσωπικές σχέσεις και δεξιότητες με αποτέλεσμα της φορές να απαξιώνεται ο κοινωνικός της ρόλος του γιατρού. Η απουσία οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας συμβάλλει στην βαθμιαία απαξίωση αυτών που προασπίζει η Δημόσια Υγείας και των υπηρεσιών , κατ' επέκταση στην μειωμένη δυνατότητα να ανταπεξέλθει στα θέματα που εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου, με πιο συγκεκριμένο παράδειγμα ο νόμος που αφορά το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους και ιδιωτικούς ο οποίος δεν τηρείται ,την άνοδο βάρους στον πληθυσμό της χώρας και προσφάτως με την αδυναμία της επαρκούς αντιμετώπισης της πανδημίας.

Η χώρα της όσο αφορά το ανθρώπινο δυναμικό διαθέτει μεγάλο ποσοστό γιατρών έναντι των νοσηλευτών ,το ποσοστό των οποίων είναι σαφώς μικρότερο ανά 1000 κατοίκους. Αυτοί βρίσκονται στην Αττική και Θεσσαλονίκη, σε περιφέρειες με πανεπιστημιακά ιδρύματα ενώ οι λοιπές περιφέρειες καλύπτονται με πολύ λιγότερους αναλογικά με τον αριθμό των κατοίκων της. Παρόλο που αντιμετωπίστηκαν μερικώς οι ελλείψεις σε νοσηλευτές συνεχίζονται οι ελλείψεις σε γιατρούς για την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Στην χώρα της παρουσιάζεται πληθώρα γιατρών με επαγγελματική ειδίκευση στην παθολογική ιατρική, γυναικολογική κλπ ενώ βλέπουμε ότι υπάρχει απουσία σε της ειδικότητες όπως των γενικών οικογενειακών ιατρών, της εξειδικεύσεις της εργασιακής ιατρικής και της δημόσιας και κοινωνικής ιατρικής, ενώ συγχρόνως δεν υπάρχουν αυτές της γηριατρικής και της αποκατάστασης. Στην χώρας της η εξειδίκευση του γενικού /οικογενειακού ιατρού έχει πολύ σημαντικό ρόλο για την αναμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την επικράτηση και λειτουργία του οικογενειακού ιατρού.

Για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας απαιτείται η δημιουργία κατάλληλου δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περισσότερο λειτουργική παρά διοικητική, το οποίο να παρέχει την δυνατότητα συμβολιακών αγορών και της να γίνονται μεμονωμένες συμβάσεις ανάμεσα σε προμηθευτές και αγοραστές, λαμβάνοντας υπόψιν στοιχεία που έχουν σχέση με το κόστος και την παρεχόμενη ποιότητα. (Souliotis&Lionis, 2004).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει στόχο την υποστήριξη των εξατομικευμένων αναγκών για την υγεία. Είναι αποφασιστικής σημασίας η περαιτέρω ανάπτυξη Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρέπει να ενισχυθούν οι Τοπικές Ομάδες Υγείας (TOMY), να ενημερωθούν εκτενέστερα οι πολίτες για την καλύτερη συνεργασία της με το προσωπικό φροντίδας υγείας. Να καταγραφούν οι τοπικές ανάγκες υγείας, να γίνουν μετρήσεις των ειδικών δεικτών ικανοποίησης και ποιότητας ζωής. Να γίνει αξιοποίηση των υφισταμένων δικτύων βοήθειας στο σπίτι και επέκτασής της με την εκπαίδευση εθελοντών φροντιστών. Να αξιοποιηθούν οι δυνατότητες της τεχνολογίας για την υποστήριξη των πολιτών σε θέματα υγείας και να γίνει σύνδεση με δράσεις κοινωνικής πρόνοιας, κοινωνικού αποκλεισμού, οικογενειακού και επαγγελματικού βίου και ανάδειξη της τοπικής οικονομίας. Είναι λοιπόν αναγκαία η οργανική και λειτουργική ενίσχυση Διεπιστημονικών Ομάδων σε επίπεδο Κέντρου Υγείας και η αυτονομία της σε χρηματοδότηση και Επιχειρησιακό Σχεδιασμό προκειμένου το δίκτυο αυτό να υλοποιηθεί. Ενίσχυσή των συνεργασιών με συμβάσεις με ιδιώτες παρόχους Υπηρεσιών Υγείας ιατρούς και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, επιτυγχάνοντας έτσι την προσέγγιση και αντιμετώπιση των πολιτών για την καλύτερη παροχή φροντίδας σε επίπεδο τοπικής κοινωνίας. Γι' αυτό προτείνεται να υπάρχουν υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, αποκατάστασης, και χρόνιας και ανακουφιστικής φροντίδας του Κέντρου Υγείας. (Πιερράκος Γ. , 2021)

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συμπεριλαμβάνεται ο οικογενειακός ιατρός ο οποίος περιστοιχίζεται από ομάδα επαγγελματιών υγείας και αποτελεί την βάση στην δομή της ΠΦΥ η οποία μετονομάζεται σε Δομή Οικογενειακής Ιατρικής. Αυτή δύναται να εξυπηρετήσει ένα συγκεκριμένο ποσοστό ανθρώπων, με αντιστοιχία ενός γιατρού ανά δυο χιλιάδες διακόσους πενήντα (2250) εγγεγραμμένους και ανάλογα

με τους καταγεγραμμένους στον δήμο πολίτες και όσα σχετίζονται με την υγεία και την φροντίδα .

Τα καθήκοντα του οικογενειακού ιατρού είναι η διάγνωση, διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, προαγωγή της υγείας, πρόληψη–εμβολιασμών, αντιμετώπισης έκτακτων περιστατικών,συμβουλευτικής και παρακολούθησης υγείας παιδιών και εφήβων και συμβουλευτική στην σεξουαλική υγεία και αντισύλληψη. Το συμβόλαιο του οικογενειακού ιατρού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας τον καθιστά υπεύθυνοεκτός των άλλων καθηκόντων του,στην επίβλεψη επιδημιολογικών στοιχείων, συνεργαζόμενος με της Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και τον ΕΟΔΥ καθώς και την υλοποίηση εμβολιασμού του πληθυσμού και τα εθνικά πρωτόκολλα.

Η ανάπτυξη διεπιστημονικών ομάδων,η ομαδικότητα και η καλή συνεργασία είναι από τα πιο σημαντικά δυνατά σημεία της λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), έτσι πολλοί επιστήμονες από διαφορετικές επαγγελματικές βάσεις συνεργάζονται δημιουργικά για το καλό των ασθενών. Προτείνεται της ομάδες αυτές να συμπεριληφθούν ειδικότητες της ψυχολόγοι, μαίες, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγοι κλπ για την μεγαλύτερη και καλύτερη αντιμετώπιση των σημερινών απαιτήσεων των ανθρώπων. Οι ομάδες αυτές καλό είναι να διατηρούν σχέσεις με της λειτουργούς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης και τηςτης παρακείμενες κοινωνικές υπηρεσίες. Η λειτουργία των ομάδων αυτών πρέπει να προσαρμόζεται με την μεταβαλλόμενη κατάσταση των ασθενών στην πάροδο του χρόνου και αναλόγως των κλινικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών των ασθενών. Οι ομάδες υγείας πρέπει να έχουν ενεργό ρόλο στην αναδιανομή και διαχείριση των πόρων,στην καταγραφή του νοσολογικού προφίλ την τοπικής κοινωνίας, και να συμμετέχουν ενεργά στην αναπροσαρμογή των στόχων των τοπικών σχεδίων υγείας. (Πιερράκος Γ. ,2021)

Για καλύτερο αποτέλεσμα θα πρέπει να συνεργαστούν οι κρατικές και οι υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα και εργαζόμενους στον τομέα της υγείας κάτω από συγκεκριμένουςόρους που θα διασφαλίζουν την ποιότητα των παρερχομένων φροντίδων και των προδιαγεγραμμένων διαδικασιών αποζημίωσης.

Θα πρέπει να δοθεί μεγάλη προσοχή στην εκπαίδευση των ομάδων και στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών υγείας, την δυνατότητα ανάληψης ευθύνης, εργασιών και υπευθυνοτήτων ανάμεσα στα μέλη της εκάστοτε ομάδας. Της χρειάζεται η ενίσχυση των χρηστών της τεχνολογίας των πληροφοριακών συστημάτων, δίνοντας έτσι την δυνατότητα, της εξ αποστάσεως εκπαίδευσης μέσω των ηλεκτρονικών υπολογιστών για να έχουν την δυνατότητα συμμετοχής περισσότεροι εκπαιδευόμενοι στην σύγχρονη εκπαίδευση με αποτέλεσμα την περαιτέρω εξέλιξή της γνωστικά και πρακτικά και εν κατακλείδι την επιμόρφωση των επαγγελματιών της υγείας της σύγχρονες ανάγκες της εποχής της.

Πρέπει της να γίνει σταδιακή χαρτογράφηση των αναγκών υγείας και τα TOMY είναι καθοριστικός παράγοντας. Μπορεί να αναπτυχθεί ένα μεγαλύτερο φάσμα προγραμμάτων υγείας για τον πληθυσμό, αναφορικά με την ενημέρωση προαγωγής της υγείας της και για την ατομική αγωγή υγείας με ανάπτυξη ατομικών δεξιοτήτων και συμπεριφορών. Ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας θα συντελούσε στην καλύτερη λήψη αποφάσεων και θα βοηθούσε στην διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας. Η Τμηματοποίηση του Πληθυσμού (population segmentation) δίνει την δυνατότητα σχεδίων υγείας σε τοπικό επίπεδο αναλόγως των αναγκών των πληθυσμών υγείας ανά περιοχή σε σχέση με τα εθνικά προγράμματα, της εμβολιαστική κάλυψη, προσυμπτωματικοί έλεγχοι κλπ.

Τα σημαντικότερα σημεία των TOMY και μάλιστα με μεγάλες προοπτικές ανάπτυξης είναι οι δράσεις Αγωγής Υγείας ως συνδετικός κρίκος των TOMY με την τοπική κοινωνία αλλά και η μεγαλύτερη αφύπνιση του κόσμου σε ότι αφορά την υγεία. Η αγωγή υγείας δεν είναι μόνο η μεταφορά της πληροφορίας σε στοχευόμενες ομάδες πληθυσμού ως υγειονομική ενημέρωση αλλά και η ενίσχυση των κινήτρων, των δεξιοτήτων και της αυτοφροντίδας που είναι απαραίτητα στοιχεία για την βελτίωση του επιπέδου υγείας της τοπικής κοινωνίας. Πρέπει να δοθούν κίνητρα για την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και για την ενίσχυση του έργου των λειτουργών. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη της αξιόπιστου συστήματος δεικτών ποιότητας που θα είναι και η βάση αξιολόγησης της απόδοσης του συστήματος.

Οι ευάλωτες ομάδες υγείας του πληθυσμού συναντούν πολλά εμπόδια στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς απευθύνονται στα επείγοντα των νοσοκομείων αντί για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, δημιουργώντας πραγματική συμφόρηση, με αποτέλεσμα την μειωμένη ευχαρίστηση των πολιτών και την υπερεργασία των επαγγελματιών υγείας στα νοσοκομεία. Γι' αυτό είναι ανάγκη να ενισχυθεί η συμμετοχή του οικογενειακού γιατρού με απώτερο σκοπό μπορεί να σταθμίσει της εκάστοτε ανάγκες των ασθενών για να νοσοκομειακή περίθαλψη. Η ενίσχυση των Τοπικών Ομάδων Υγείας στην τοπική κοινωνία πρέπει να έχει ως στόχο την εμπιστοσύνη των πολιτών της υπηρεσίες πρωτοβάθμια υγείας, ιδιαίτερα για της χρονίως πάσχοντες οι οποίοι θα ωφεληθούν από της παρεχόμενες υπηρεσίες με την ανάπτυξη της κατ'οίκον φροντίδας. Είναι απαραίτητη η στελέχωση της ΠΦΥ από επαρκή προσωπικό με την καλύτερη δυνατή κατάρτιση ώστε να περιληφθούν σε μεγαλύτερο βαθμό οι ανάγκες των πολιτών.

Για την ανασυγκρότηση Εθνικού Συστήματος Υγείας και την βελτίωση της οργάνωσης /διοίκησης του είναι αναγκαίο να χρησιμοποιηθούν τεχνολογίες αιχμής και ηλεκτρονικές υπηρεσίες για την βελτίωση των υπηρεσιών που δίνονται και απλούστευση των διαδικασιών για την πιο εύκολη χρήση των υπηρεσιών από της πολίτες. Λόγω της πανδημίας που έχει πλήξει παγκόσμιά και ειδικά την χώρα της πρέπει άμεσα να προωθηθούν προγράμματα για την αντιμετώπιση των επιδημικών λοιμώξεων της:

- 1) Προγράμματα για την Πρόληψη και Προαγωγή υγείας και ευεξίας του πληθυσμού μέσα από ειδικές πλατφόρμες αξιολόγησης υγείας εξ αποστάσεως καθώς της συμβουλευτικές υπηρεσίες και προγράμματα αγωγής υγείας της την καλύτερη πραγματοποίηση εμβολιαστικών πρωτοκόλλων και διαχείριση νοσημάτων ειδικά των χρόνιων. Αυτό έχει αποδειχθεί παγκοσμίως ότι βελτιώνει τον χρόνο διάρκειας ζωής του ανθρώπου με καλύτερους όρους διαβίωσης και ελαττώνει παρεχόμενα ιατρικά έξοδα.
- 2) Για την αντιμετώπιση επιδημιών και άλλων νόσων σημαίνοντα ρόλο έχουν την δυνατότητα να παίζουν τα εικονικά ΚΕΠ υγείας για την εξυπηρέτηση των πολιτών όλο το 24ωρο για την εξυπηρέτηση των

αιτημάτων των πολιτών της την δυνατότητα να κλείνουν ραντεβού χωρίς επιπλέον κόστος από το τηλέφωνο και με την παροχή κοινών ή πιο σύνθετων πληροφοριών.

- 3) Δημιουργία Μονάδων Τηλεϊατρικής, για όλα τα νοσοκομεία , τα οποία θα παρέχουν φροντίδα τόσο πριν όσο και μετά την νοσοκομειακή περίθαλψη της σε επείγουσες καταστάσεις που χρήζουν ιατρού εξ αποστάσεως με της συνδεδεμένες περιφερειακές μονάδες, ιδίως μικρών νοσοκομείων και κέντρων υγείας τα οποία βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές.

- 4) Αναφορικά με την κατάρτιση του αναγκαίου υγειονομικού προσωπικού άμεση προτεραιότητα έχει η στήριξη για απόκτηση ιατρικής ειδικότητας της κοινωνικής ιατρικής- δημόσιας υγείας η οποία παρόλο που έχει νομοθετηθεί από το 1988 τώρα τελευταία έχει αρχίσει η ισχύ της. Είναι ανάγκη να οργανωθούν περισσότερα μεταπτυχιακά προγράμματα σπουδών σε ότι έχει σχέση με την δημόσια υγεία ειδικώς στην επιδημιολογία, την πρόληψη και προαγωγή υγείας για να καλυφθούν οι νέες αυξημένες ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.(Τούντας Γ., 2021)

11. Προς Συζήτηση

Η διακήρυξη του Τόκυο τοποθετεί την ασφάλεια των ασθενών ως βασική και ύψιστη σημασίαόσο αφορά την καθολική κάλυψη υγείας σε παγκόσμια κλίμακα.(FlottK. etal , 2018).

Οι εργαζόμενοι στο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα εργάζονται κάτω από δύσκολες συνθήκες λόγω έλλειψης προσωπικού είναι πιθανό να υποπέσει σε λάθη. Επίσης επηρεάζεται από την αξιόπιστη λειτουργία ηλεκτρικών συσκευών , την τη σαφήνεια των οδηγιών των υπευθύνων , από τον φόρτο της εργασίας και από την ατομική συμπεριφορά του καθενός. Σύμφωνα με το ειδικό άρθρο στο Βήμα του Ασκληπιού από την Ζωή Χριστίνα και άλλους (2021)Θα ήταν καλό να συζητηθούν στην Εθνική Ατζέντα για την Ασφάλεια των Ασθενών στην Ελλάδα τα εξής:

1. Συνεργασία ανάμεσα στον αρμόδιο υπουργό υγείας και τους υπευθύνους της διοίκησης των νοσοκομείων,έχοντας τον ίδιο σκοπό για την επίτευξη καλύτερης προστασίας των ασθενών, ταυτόχρονη ενημέρωση από παγκόσμιους φορείς υγείας σχετικά με την καλύτερη διασφάλιση των ασθενών, με νέες οδηγίες και εργαλεία για την εφαρμογή ασφαλών ιατρικών πρακτικών.
2. Ψυχολογική ασφάλεια του προσωπικού, τόσο σε προσωπικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο με την διαβεβαίωση ότι σε κάθε περίπτωση θα αντιμετωπιστεί δίκαια από την ομάδα και την διοίκηση.
3. Εφαρμογή συστημάτων για λάθη και σφάλματα ώστε να αναζητηθούν οι αιτίες για να σχεδιαστούν νέοι τρόποι πρόληψης στο μέλλον.
4. Δίκαιη κατανομή καθηκόντων στο προσωπικό ώστε ο καθένας να γνωρίζει τι πρέπει να κάνει.
5. Τακτική ανανέωση του εξοπλισμού, φαρμακευτικού και υγειονομικού, για να καλύπτονται σωστά οι διαγνωστικές και φαρμακευτικές απαιτήσεις των ασθενών.
6. Αναλυτική καταγραφή όλων των ενεργειών που έγιναν στον εκάστοτε ασθενή από την στιγμή που εισήχθη στο νοσοκομείο μέχρι την έξοδό του.

7. Αναθεώρηση πρωτοκόλλων σύμφωνα με τα νέα δεδομένα στην επιστημονική κοινότητα σε όλο τον πλανήτη ώστε να αντιμετωπισθούν τα θέματα υγείας των πολιτών.

8. Μέτρηση εθνικών δεικτών για την ποιότητα της παρερχομένης φροντίδας και εφαρμογή διορθωτικών δράσεων όπου χρειάζεται.

9. Συνεχιζόμενη υποχρεωτική εκπαίδευση όλου του προσωπικού των συστημάτων υγείας σε νέα επιστημονικά δεδομένα και τεχνολογίες για καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

10. Συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους ασθενείς αναφορικά με τα παράπονα η τις προτάσεις βελτίωσης παροχής υπηρεσιών.

Όλες οι προτάσεις είναι αξία και επίκαιρα θέματα προς συζήτηση για όλες τις δομές υγείας για την αναβάθμιση του και την εφαρμογή προληπτικών και διορθωτικών παρεμβάσεων.

12. Επίλογος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2007) ,ένα σύστημα υγείας αποτελείται από δράσεις των οποίων πρωταρχικός στόχος είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας, με την χρήση διαφόρων πολιτικών και μεθόδων. Όλα τα συστήματα υγείας έχουν ένα κοινό στόχο την προώθηση της υγείας του πληθυσμού.

Ο τρόπος αντιμετώπισης της υγείας των πολιτών της χώρας αντικατοπτρίζει την προστασία της κοινωνίας ενός έθνους. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες διαβιώνει μια ολόκληρη κοινωνία έχουν μεγάλη βαρύτητα τόσο στην υγεία όσο και γενικά στην υγειονομική φροντίδα, είναι αναγκαίο δε να τροποποιείται με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτει επαρκώς όλα όσα χρειάζονται οι πολίτες από τα συστήματα υγείας. Οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες επηρεάζουν άμεσα την υγεία και την ασθένεια του πληθυσμού. Η υγεία δεν διαχωρίζεται από τις πεποιθήσεις, τα στερεότυπα και την καθημερινότητα του ανθρώπου. Η προστασία της υγείας εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων όπως κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς, πολιτικούς, περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς, όλοι τους σε αλληλεξάρτηση με την κοινωνία.

Το ζήτημα των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας αποτελεί σημαντικό θέμα στην διεθνή κοινότητα των επαγγελματιών υγείας. Πρέπει να αναλάβει η πολιτεία πρωτοβουλίες και να οργανώσει δράσεις για την εκτίμηση και βελτίωση των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία των πολιτών. Να δοθεί μέριμνα σε άτομα ηλικιωμένα, άνεργα και γενικότερα στις ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας για να μειωθούν οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες. Να καταπολεμηθεί η προκατάληψη, η αδικία και οι διακρίσεις ανάμεσα στον πληθυσμό και να δοθούν ίσες ευκαιρίες στην υγεία και στους πόρους της. Να μειωθεί το χάσμα μεταξύ φτωχών και πλούσιων νοικοκυριών καθώς η υγεία αποτελεί αναντικατάστατη προϋπόθεση για εξέλιξη του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του.

Πρέπει να γίνουν μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας και να σχεδιαστούν με βάση τις ανάγκες των πολιτών χωρίς να αποκλείονται από αυτές οι ανασφάλιστοι πολίτες και να είναι καθολικές και να λαμβάνουν υπόψιν τους διαθέσιμους πόρους.

Η Ελλάδα με την οικονομική κρίση του 2009 είχε απότομη επιδείνωση των δεικτών υγείας λόγω των απειλών για ανεργία, την ανεργία καθαυτή, την αύξηση των τιμών σε όλα τα αγαθά, την μείωση μισθών και την επιβολή επιπλέον φόρων και συνολική οικονομική και ψυχολογική αφαίμαξη των πολιτών με αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό σε μεγάλη μερίδα του πληθυσμού. Σαν επακόλουθο είχε την αύξηση των αυτοκτονιών, εντόνων καταθλιπτικών διαταραχών, να προστεθούν στους ήδη πολλούς επιβαρυνμένους παράγοντες της υγείας.

Η πανδημία του Covid -19 ήρθε σε μια περίοδο που οι κοινωνικο οικονομικές ανισότητες ήταν ήδη επιβαρυνμένες και ως εκ τούτου τις επιτάχυνε και δημιούργησε και νέες. Έπληξε περισσότερο τους οικονομικά ασθενέστερους και η νοσηρότητα και θνησιμότητα ήταν μεγαλύτερη σε εκείνους όπως και στους χρόνια πάσχοντες και ηλικιωμένους. Υπήρξε έξαρση των ψυχικών ασθενειών ακόμα μια φορά σε ήδη παθόντες αλλά και σε άλλο μέρος του πληθυσμού λόγω της καραντίνας και των υπόλοιπων μέτρων της περιόδου. Πάρθηκαν μέτρα για την πανδημία αλλά για ακόμα μια φορά επλήχθει η εργασία με πολλούς ανέργους, με αναστολή εργασίας και δίνοντας κάποια επιδόματα. Πάρθηκαν επίσης μέτρα όπως η τηλεργασία, κοινωνικά προγράμματα για ανέργους και ανασφάλιστους κλπ.

Διαρκούσης της οικονομικής κρίσης, οι δομές παροχής υπηρεσιών υγείας υπέστησαν πολλές περικοπές με μείωση προσωπικού, μισθών, κλείσιμο νοσοκομείων. Ερχόμενη η πανδημία σε ένα ήδη επιβαρυνμένο σύστημα υγείας το γονάτισε με υπερεργασία για το προσωπικό των νοσοκομείων, κατακλυσμένες ΜΕΘ και τεράστιο αριθμό ασθενών χρονίως πασχόντων αλλά και με covid-19 και ελλείψεις υγειονομικού υλικού. Μειονεκτήματα που παρατηρούνται και χρήζουν διόρθωσης είναι, η μεγάλη λίστα αναμονής, η δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων, η ασυντόνιστη παροχή υπηρεσιών μεγάλος αριθμός του ιατρικού προσωπικού, ο μικρός αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού, η έλλειψη θεσμών διασφάλισης ποιότητας, η τεράστια γραφειοκρατία κλπ.

Παρόλα τα προβλήματά του ΕΣΥ που με την μείωση του κόστους ήρθε και η μείωση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, όμως θα ήταν σωστό να αναφέρουμε ότι φροντίζει 2.200.000 πολίτες κάθε χρόνο και ότι στην περίοδο της κρίσης ο αριθμός είχε άνοδο κατά 320.000 και έτσι τριπλασίασε τον αριθμό ασθενών από το 1980. Επίσης μείωσε την Μέση διάρκεια νοσηλείας από δώδεκα μέρες σε τέσσερις. Οι χειρουργικές επεμβάσεις φτάνουν τις 450.000 τον χρόνο και εξυπηρετεί 4.500.000 στα επείγοντα και 6.500.000 στα τακτικά ιατρεία.

Η προστασία της υγείας του πληθυσμού μπορεί να επιτευχθεί εάν είναι αποτελεσματική και αποδοτική η λειτουργία των συστημάτων υγείας. Το σύστημα υγείας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κοινωνικό προσδιοριστή της ισότητας και δικαιοσύνης στην υγεία και είναι υψίστης σημασίας να εστιαστεί το κράτος στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στόχος πρέπει να είναι η διεύρυνση των τομέων της υγείας και η εναρμόνισή τους με προνομιακές κοινωνικές πολιτικές.

Η υγεία θα έπρεπε να είναι η πρωταρχική επένδυση κάθε χώρας διότι ένα υγιές άτομο βοηθάει στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας και στην ομαλή κοινωνική ζωή. Η επένδυση στην υγεία είναι μια παραγωγική δαπάνη με μεγάλη ανταποδοτικότητα στις συνθήκες παραγωγής της εργασίας και στην αύξηση του ορίου ζωής.

Είναι σημαντικό να τεθούν σε εφαρμογή κατάλληλα μοντέλα των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και πολιτικών στοχευμένων δράσεων και παρεμβάσεων τόσο σε εθνικό αλλά και σε ατομικό επίπεδο για την βελτίωση τους καθώς έχει αποδειχθεί ότι οι μισοί θάνατοι σχετίζονται με στάσεις και συμπεριφορές. Σύμφωνα με τον Morris Seyetal (2015) μπορούν και χώρες με χαμηλότερο εισόδημα να επενδύουν στην υγεία με οικονομικές λύσεις και να είναι αποδοτικές και να καινοτομούν στην υγεία. Στόχο των πολιτικών υγείας θα πρέπει να είναι η μείωση των υγειονομικών δαπανών για να μην επιβαρύνεται τόσο πολύ η τσέπη των καταναλωτών υγείας και να εξασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

Μέσω της πανδημίας δόθηκε η ευκαιρία για χάραξη νέας πολιτικής για την υγεία. Πολίτες και πολιτεία συνειδητοποίησαν την ανάγκη στήριξης και αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και εν γένει της δημόσιας υγείας. Τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν, να είναι ενιαία και όχι αποσπασματικά, να αναδεικνύουν ένα καινούριο εφικτό τρόπο αντιμετώπισης στην οργάνωση του

συστήματος υγείας της χώρας που θα αντιστοιχεί στις σημερινές ανάγκες της υγείας του πληθυσμού σε κάθε μεριά της Ελληνικής Επικράτειας. Η επένδυση στην υγεία δεν πρέπει να θεωρηθεί ως κόστος αλλά ως κοινωνική προτεραιότητα.

Είναι τέλος σημαντικό να συμμετέχουμε όλοι στην τεράστια προσπάθεια που δίνει το σύστημα υγείας κατά την διάρκεια της κρίσης αλλά και τώρα της πανδημίας, αλλά και στην προσπάθεια να βελτιωθεί η ποιότητα του και των υπηρεσιών του. Είναι θεμιτοί στόχοι αλλά και υποχρέωσή μας για να επιτευχθούν αυτοί για μια καλύτερη κοινωνία χωρίς ανισότητες και αδικίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αντεριώτη Παρασκευή, Αντωνίου Γεώργιος (2014) Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας
(https://www.spnj.gr/articlefiles/volume3_issue1/316.pdf)
2. Δανηλίδου, Αναστασία (2009) Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα
(<https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/27241>)
3. ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2019-2022 (2019)
(<https://www.moh.gov.gr/ethnika-sxedia-drashs>)
4. Έλληνα Παναγίωτα, Χριστιάννα Κούτα, Νίκος Μίτλεττον (2013) Έννοιες και αρχές στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία – Εξίσωση προς τα άνω (Μέρος Α)(https://www.researchgate.net/publication/266255925_Ennoies_kai_arches_sten_a_nitimetopise_ton_koinonikon_anisoteton_sten_ugeia_-_Exisose_pros_ta_ano_Meros_A)
5. Ευκαρπίδης Απόστολος (2011) Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας και οι προτεινόμενες πολιτικές υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο
(http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2012/01/i_epidrasi_tis_oikonomikis_krisis_sta_sistimata_igeias.pdf)
6. Ζώη Χριστίνα, Αποστολάκης Ιωάννης, Σαράφης Παύλος (2021) Ποιότητα στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα-Πρόταση λειτουργίας Εθνικού Φορέα διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας Εθνική Ατζέντα για την ασφάλεια των ασθενών στην Ελλάδα
(<https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/8585678221609233697fHbbwQr9ZeB3ujptOW4lY1XaGjEn8585604005739268668.pdf>)
7. Θεοδώρου Μάμας, (2001) Συστήματα υγείας.
8. Ιωάννου, Αλέξανδρος Ι., Χαΐτα Σταυρούλα (2021) Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
(https://www.spnj.gr/articlefiles/files/volume10_issue4/pnoct1042d.pdf)
9. Κλώνος Παναγιώτης (2018) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και το θεσμικό πλαίσιο
(<https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/11279>)
10. Καυκία Θεοδώρα (2020) Covid-19 και επαγγελματίες υγείας.
(http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2020/12/editorial_13_2.pdf)

11. Κυριόπουλος Γ. (2020) Η αναζήτηση ομοφωνίαςγια τις μεταρρυθμίσειςστην υγεία και στην ιατρικήπερίθαλψη
(<https://www.mednet.gr/archives/2020-1/pdf/7.pdf>)
12. Λιαρόπουλος, Λ. Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α΄ τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα.
13. Λιονής Χ. (2020), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Astana Ένα κείμενο θέσεων
(<https://www.mednet.gr/archives/2020-2/pdf/151.pdf>)
14. Μαλάμου Θεοδώρα (2015) Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας
(https://www.researchgate.net/profile/Theodora-Malamou/publication/319349844_Social_determinants_of_health/links/5c6f1326299bf1268d1b8fec/Social-determinants-of-health.pdf)
15. Μακράκης Αθανάσιος (2021) Η επίδραση του COVID-19 στους κοινωνικο-οικονομικούς καθοριστές υγείας και ο ανισοτικός κοινωνικός αντίκτυπος
(<http://ejournals.uniwa.gr/index.php/tovima/article/view/4476>)
16. Μάντη Π., Τσελέπη Χ. (2000) «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων-Υπηρεσιών Υγείας» (Κοινωνικές και Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας) Τόμος Α, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
17. Μαργώνη Νικολέττα (2019) Δημογραφία της υγείας: βασικές αρχές και ποσοτικές προσεγγίσεις
(<https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/12123>)
18. Μπιτσώρη Ζωή , Μπαλάσκα Δήμητρα (2016) Υπηρεσίες υγείας και χρηματοδότηση τους
(https://www.spnj.gr/articlefiles/volume5_issue2/pn_may_5_113_124.pdf)
19. Μαδιανός ΜΓ, Ζάρναρη Ο. και συν. (1988) Υγεία και Ελληνική Κοινωνία. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
20. Μπουρσανιδης Χρήστος (2020) Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας
(https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/file.php/KST_BEID_PDY_Y120/%CE%9C%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CF%83%CE%B1%CE%BD%CE%AF%CE%B4%CE%B7%CF%82%20%CE%A7.%20-

[%20%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%26%20%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82%20%28%CE%9A%CE%A3%CE%A4%CE%84%20%CE%A3%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%AC%29.pdf\)](#)

21. Μπριόλα Κωνσταντίνα (2019) Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας: μια θεωρητική προσέγγιση
([HTTPS://THESAFIABLOG.COM/2019/06/11/BRIOLA-ANALYSIS/KOINΩNIKAKAIANΘPΩΠIΣTIKAZHTHMATA](https://thesafiablog.com/2019/06/11/briola-analysis-koινωνika-kai-anthropipistikazhithmata))

22. Νιάκας Δημήτρης (2014) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας
(https://www.researchgate.net/profile/Dimitris-Niakas/publication/281148778_Greek_financial_crisis_and_the_effects_on_health_care_system/links/55d88aaf08ae9d65948f911b/Greek-financial-crisis-and-the-effects-on-health-care-system.pdf)

23. Οικονόμου Χ. (2005) Κοινωνιολογία της υγείας. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις. Αθήνα: Διόνικος

24. ΟΟΣΑ Προφίλ Υγείας 2021
(<https://www.federationrare diseases.gr/%CE%95%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CE%BD%CE%AD%CE%B1/%CE%9F%CE%9F%CE%A3%CE%91-%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%A6%CE%99%CE%9B-%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91%CE%A3-2021-3>)

25. Πανουσάκης Αθανάσιος (2016), Κλινικός Έλεγχος Και Κλινική Διακυβέρνηση Στις Υπηρεσίες Υγείας
(https://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/10072/Panousakis_Athanasios.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

26. Πανιδης Ιωάννης ,(2016), Το σημερινό επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού και η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους δείκτες υγείας

27. Παπαγεωργίου Γεωργία, Μπίζας Λάμπρος (2013) , Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας
(http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/11/alileksartisi_igeias_koinonias.pdf)

28. Παπαζήση Σταρδέλη Θωμαή (2014) Η σύγχρονη οικονομική κρίση και οι ανισότητες στην υγεία: διαχρονική ανάλυση των δεδομένων στη Ελλάδα
(<http://ikee.lib.auth.gr/record/136138?ln=el>)

29. Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Πατρινα (2013) , Το Δημόσιο Δίκαιο Της Υγείας

Οργάνωση Των Δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας - Δικαιώματα Του Χρήστη -
Δημοσιά Υγεία, Νομική Βιβλιοθήκη εκδόσεις

30. Πετρέλης Ματθαίος , Δομάγερ Φίλιππος Ριχάρδος (2016)
Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού
προσυμπτωματικού ελέγχου
(<https://www.vima-asklipiou.gr/articles/259/>)
31. Πετρέλης Ματθαίος, Δομάγερ Φίλιππος – Ριχάρδος (2016)
Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη
σταχρόνια της οικονομικής κρίσης
(<https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/8585857069314557177ruKq5ITjaAU DtZMyeEeb2Bd48585921390099866596.pdf>)
32. Πιερράκος Γιώργος (2021) Διαπιστώσεις και προτάσεις για την ΠΦΥ
στην Ελλάδα.
33. Σούλης Σωτήρης (1999) Οικονομική της Υγείας Εκδόσεις
34. Σούλης Σωτήρης (2015) Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική
35. Σούλης Σωτήρης (2020) Αφιέρωμα, Ο ρόλος των ΜΜΕ και του
Διαδικτύου στην ανάπτυξη εφαρμοσμένης και άμεσης πολιτικής υγείας Sars-coV-2.
Οι παρεμβάσεις στο χρονικό της πανδημικής κρίσης.
36. Σταματοπούλου Αθανασία, Σταματοπούλου Ελένη, Χανιώτης
Δημήτριος, Παπαγεωργίου Ευσταθία, Χανιωτης Φραγκίσκος (2021)
Προσδιοριστές υγείας και τρόπος ζωής
(http://ejst.uniwa.gr/issues/issue_68/Stamatopoulou_68.pdf)
37. Σταχτέας Παναγιώτης, Σταχτέας Φώτης (2020) Η πανδημία Covid-19
ως παράγοντας επιδείνωσης των ανισοτήτων υγείας
(https://www.researchgate.net/publication/346368326_E_pandemia_Covid-19_os_paragontas_epideinosis_ton_anisoteton_ygeias)
38. Τούντας Γ. (2000) Κοινωνία και υγεία. Αθήνα: Οδύσσεια
39. Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α (2007) Αξιολόγηση υπηρεσιών και
συστημάτων Υγείας
(<http://www.mednet.gr/archives/2007-1/pdf/7.pdf>)
40. Τούντας Γιάννης(2021) Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού
Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας
(https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/11/PP_to-neo-ESY_final.pdf)

41. Τσαμπαλάς, Ευάγγελος (2015) Συστήματα υγείας σε κρίση
(<https://amitos.library.uop.gr/xmlui/handle/123456789/2288>)
42. Τσίγκου Βασιλική , Αποστολάκης Ιωάννης , Σαράφης Παύλος(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
(<https://www.vima-asklipiou.gr/articles/H-ekseliksh-ths-protovathmias-frontidas-ugeias-sthn-Ellada-apo-thn-idrush-tou-ESU-eos-shmera-H-diakhruksh-ths-Astana-kai-oi-sugxrones-proklhseis-gia-thn-protovathmia-frontida-ugeias/>)
43. Χλέτσος Μ.,(2016)ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ : Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΔΙΑΦΑΙΝΟΜΕΝΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ
ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
(<https://docplayer.gr/890773-Kefalaio-deytero-i-domi-toy-systimatos-ygeias-stin-ellada-diafainomenes-taseis-kai-politikes.html>)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

44. Burström Bo Tao Wenjing(2020)Social determinants of health and inequalities in COVID-19
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454505/>)
45. ConstantinosSiettos, Cleo Anastassopoulou , ConstantinosTsiamis , Georgia Vrioni , AthanasiosTsakris (2021) A bulletin from Greece: a health system under the pressure of the second COVID-19 wave
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33533705/>)
46. Donkin Angela et al (2017)Global action on the social determinants of health
(https://gh.bmj.com/content/bmjgh/3/Suppl_1/e000603.full.pdf)
47. EconomouCharalampos(2015)Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece
(https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf)
48. EconomouCharalampos, Daphne Kaitelidou, Marina Karanikolos, Anna Maresso (2017) Greece: health system review 2017
(<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/greece-health-system-review-2017>)
49. EconomouCharalampos,KaitelidouDaphne,Kentikelenis,AlexanderSissourasAris,MaressoAnna (2014) The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece
(https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)
50. EconomouMarina , Angelopoulos E , Peppou Lily Evangelia, SouliotisKyriakos, Stefanis Costas (2016)Major depression amid financial crisis in Greece: Will unemployment narrow existing gender differences in the prevalence of the disorder in Greece?
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27294800/>)
51. GiannopoulouIoanna, and Tsobanoglou George O. (2020) COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7287301/>)
52. Hill-Briggs Felicia et al (2020) Social Determinants of Health and Diabetes: A Scientific Review
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33139407/>)

53. Kelsey Flott, Mike Durkin, Ara Darzi (2018) ,The Tokyo Declaration on patient safety
(<https://www.bmj.com/content/362/bmj.k3424>)
54. Paula Braveman et al, (2014)The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3863696/>)
55. Poulimas Michalis, Kondilis Elias (2021) Κοινωνικός προσδιορισμός της υγείας και ανισότητες στην πανδημία COVID-19
(https://www.academia.edu/50291629/%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CE%B4%CE%B9%CE%BF%CF%81%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82_%CF%84%CE%B7%CF%82_%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_%CE%BA%CE%B1%CE%B9_%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CF%83%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B5%CF%82_%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD_%CF%80%CE%B1%CE%BD%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CE%AF%CE%B1_COVID_19)
56. Kontodimopoulos Nikolaos (2020) Socioeconomic determinants of health: A worldwide study
(https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/46431/1/std115939_KONTODIMOPOULOS_NIKOLAOS.pdf)
57. Majid Ezzatiet al (2002) Selected major risk factors and global and regional burden of disease
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12423980/>)
58. Marmot Michael (2005), Social determinants of health inequalities
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15781105/>)
59. Maynou Laia , Saez Marc (2016) Economic crisis and health inequalities: evidence from the European Union
(<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0425-6>)
60. Morrissey Stephen, Blumenthal David, Osborn Robin, Curfman Gregory D, Debra Malina, (2015), International health care systems
(<https://read.qxmd.com/read/25551529/international-health-care-systems>)

61. Michael Marmot (2017)The health gap: Doctors and the social determinants of health
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29162019/>)
62. Nicole B. Valentine, et al (2003) Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3393001/>)
63. Sagan Anna (2020) Covid-19 and health systems resilience: lessons going forwards(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336290/Eurohealth-26-2-20-24-eng.pdf>)
64. . Stamatopoulou, E., Stamatiou, K., Voulioti, S., Christopoulos, G., Pantza, E.,
Stamatopoulou, A. & Giannopoulos, D. (2014). Smoking Behavior Among Nurses in Rural Greece. American Association of Occupational Health Nurses, Inc Workplace Health &Safety,
65. Stringhini Silvia (2010)Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20332401/>)
66. Tallinn Charter (2008), Health systems for health and wealth
(<https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>)
67. West Michael,Eckert Regina,Collins Ben,ChowlaRachna(2017) Caring to change ,How compassionate leadership can stimulate innovation in health care
(http://www.nhscompassion.org/compassion/wp-content/uploads/2016/02/Caring_to_change_Kings_Fund_May_2017-1.pdf)
68. WHO(2003)The solid facts
(https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf)
69. XenosP. , YfantopoulosJ., NektariosM. , PolyzosN. , TiniosP. and ConstantopoulosA. (2017)Efcency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012
(<https://resource-allocation.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12962-017-0068-5.pdf>)

70. Xenos P, Nektarios M, Constantopoulos A, Yfantopoulos J (2016) ,Two-stage hospital efficiency analysis including qualitative evidence: A Greek case

(https://www.researchgate.net/publication/292073564_Two-stage_hospital_efficiency_analysis_including_qualitative_evidence_A_Greek_case)

71. ZavrasDimitris, TsiantouVasiliki, PaviElpida, Mylona Katerina, Kyriopoulos John (2012) Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece

(https://www.researchgate.net/publication/232649212_Impact_of_economic_crisis_and_other_demographic_and_socio-economic_factors_on_self-rated_health_in_Greece)

72. Ziglio, E., Currie, C. and Rasmussen, V.B. (2004) The WHO Cross-National Study of Health Behavior in School-Aged Children from 35 Countries: Findings from 2001-2002. Journal of School Health, 74, 204-206. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1746-1561.2004.tb07933.x>

73. Zavras D., et al ,(2016) Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27460938/>)