

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

ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ ΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ COVID -19**

ΑΓΑΠΗ ΝΟΜΙΚΟΥ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 20062

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΔΗΜΗΤΡΑ ΛΑΤΣΟΥ

Αθήνα, Απριλιος 2022

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION
SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

**THE ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN GREECE AND EUROPEAN
COUNTRIES DURING COVID -19**

AGAPI NOMIKOU

REGISTRATION NUMBER: 20062

SUPERVISOR NAME AND SURNAME:

DIMITRA LATSOU

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

**“Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές
χώρες κατά την διάρκεια του Covid-19”**

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
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια	ΔΗΜΗΤΡΑ ΛΑΤΣΟΥ	Συνεργαζόμενο επιστημονικό προσωπικό	
Μέλος	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	Καθηγητής	
Μέλος	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αγάπη Νομικού του Χρήστου, με αριθμό μητρώου 20062, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκησης Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών 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 τηνκαι έπειτα από αίτησή μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση της επιβλέπουσας καθηγήτριας.

Η Δηλούσα


ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η πανδημία που αντιμετωπίζει ο πλανήτης εδώ πάνω από ενάμιση χρόνο, πίεσε όλα τα Εθνικά Συστήματα Υγείας των χωρών ανά το κόσμο, αναδεικνύοντας προβλήματα, ελλείψεις και ατέλειες, καθώς όπως προκύπτει από τη μία δεν είχαν τον κατάλληλο σχεδιασμό για να αντιμετωπίσουν με τρόπο αποτελεσματικό την πανδημία και από την άλλη έπρεπε να λάβουν έκτακτα μέτρα λόγω της φύσης της πανδημίας.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό την βιβλιογραφική διερεύνηση του ρόλου της ΠΦΥ απέναντι στην πανδημία covid -19 και πως η δομή και η οργάνωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας τόσο της Ελλάδας όσο και άλλων ευρωπαϊκών χωρών, βοήθησε προς τη κατεύθυνση της πρόληψης και της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της πανδημίας με απώτερο στόχο τον περιορισμό της

Μεθοδολογία: Η μέθοδος που ακολουθήθηκε στη παρούσα έρευνα είναι αυτή της συστηματικής επισκόπησης, καθώς σύμφωνα με το σκοπό και το στόχο της έρευνας κρίθηκε η πιο κατάλληλη για την διεξοδική εξέταση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Σύμφωνα με τα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού, ακολουθήθηκαν τα εξής πέντε στάδια, η αναγνώριση του προβλήματος, ο προσδιορισμός της σχετικής έρευνας, η αξιολόγηση των δεδομένων που συλλέχθηκαν, σύνοψη στοιχείων με ομοιότητες και διαφορές και παρουσίαση αποτελεσμάτων και επιλέχθηκαν 34 άρθρα ως δείγμα της συστηματικής έρευνας.

Αποτελέσματα: Τα προβλήματα που αντιμετώπισαν η Ιταλία και η Ισπανία, όπου επλήγησαν όσο λίγες ευρωπαϊκές χώρες θρηνώντας χιλιάδες θύματα από την πανδημία covid-19 αποτέλεσαν έναυσμα έρθει πάλι στην επικαιρότητα η σημασία της ΠΦΥ και κατά πόσο είναι σημαντικό για το εκάστοτε σύστημα υγείας να υπάρχει ένα ορθά οργανωμένο και δομημένο σύστημα το οποίο είναι κατάλληλα διασυνδεδεμένο και αλληλοεξαρτώμενο από υποστηρικτικές υπηρεσίες υγείας. Η πανδημία COVID-19 επιτάχυνε τον μετασχηματισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) δείχνοντας ότι μπορεί να συμβάλει τόσο στην αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών όσο και να παρέχει βασικές υπηρεσίες.

Συμπεράσματα: Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει αλλάξει δραματικά λόγω του COVID-19, παγκοσμίως. Οι κατ' ιδίαν επισκέψεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σχεδόν εξαλείφθηκαν στις περισσότερες χώρες, ενώ έγινε μια μετακίνηση προς την τηλεϊατρική και ενισχύθηκε η ικανότητα των ασθενών να συμμετέχουν σε εικονική

φροντίδα. Οι εύλογες ανησυχίες σχετικά με την έκθεση στον COVID-19 απείλησαν τους στόχους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την παροχή προληπτικής διαχείρισης του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας για συνήθεις χρόνιες παθήσεις. Η πανδημία επαναπροσδιόρισε τις στρατηγικές φροντίδας που πρέπει να εφαρμοστούν για να αντιμετωπίσουν καλύτερα και οι ανισότητες που εμφανίζονται τον τομέα της υγείας οι οποίες επισημάνθηκαν ή ενισχύθηκαν από την πανδημία.

***Λέξεις Κλειδιά:** ΠΦΥ και covid-19, ο ρόλος του γενικού γιατρού, Συστήματα Υγείας και covid-19*

ABSTRACT

Introduction: The pandemic that the planet has been facing for more than a year and a half, has pushed all the National Health Systems of the countries around the world, highlighting problems, shortcomings and imperfections, as it appears on the one hand they did not have the proper planning to deal effectively the pandemic and on the other hand they had to take emergency measures due to the nature of the pandemic.

Aim: The purpose of this research is the bibliographic investigation of the role of PHC against the covid-19 pandemic and how the structure and organization of the Greek National Health System of both Greece and other European countries, helped in the direction of prevention and treatment of the symptoms of the pandemic with the ultimate goal of reducing it

Methodology: The method followed in the present research is that of the systematic review, as according to the purpose and the purpose of the research was considered the most suitable for the thorough examination of the existing literature. According to the inclusion and exclusion criteria, the following five steps were followed: the identification of the problem, the identification of the relevant research, the evaluation of the collected data, summary of data with similarities and differences and presentation of results and 34 articles were selected as a sample of systematic research .

Results: The problems faced by Italy and Spain, where as few European countries were affected by the mourning of thousands of victims of the covid-19 pandemic well-organized and structured system that is properly interconnected and interdependent with health support services. The COVID-19 pandemic has accelerated the transformation of primary health care (PHC) by showing that it can help both deal with emergencies and provide basic services.

Conclusions: The provision of primary care has changed dramatically due to COVID-19 worldwide. Individual visits to primary care have been virtually eliminated in most countries, while there has been a shift to telemedicine and patients' ability to participate in virtual care has been enhanced. Reasonable concerns about exposure to COVID-19 threatened primary care goals to provide preventive management of the population, including care for common chronic diseases. The pandemic redefined the care strategies that need to be implemented to better address the emerging health inequalities that have been identified or exacerbated by the pandemic.

Keywords: *PHC and covid-19, the role of general practitioners, Health systems and covid-19*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω ανθρώπους που συνέβαλλαν, ο καθένας με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο, στην ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια για τη συνεχή και ουσιαστική βοήθεια, καθοδήγηση και πολύτιμες συμβουλές και την κατανόηση που έδειξε κατά την διάρκεια εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου που υπήρξε ένα ανεκτίμητο στήριγμα για μένα καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	v
ABSTRACT.....	vii
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	ix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	6
1.1 Η έννοια της Υγείας.....	6
1.2 Η Υγεία ως Αγαθό.....	9
1.3 Τα Συστήματα Υγείας	11
1.3.1 Δομή, λειτουργία και στόχοι των Συστημάτων Υγείας	16
1.3.2 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	23
2.1 Βασικές Αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	23
2.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.....	26
2.2.1 Επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας την Ελλάδα	27
2.2.2 Ο ρόλος του ΕΟΔΥ.....	28
2.3 Τα δίκτυα ΠΦΥ στην Ελλάδα	29
2.3.1 Τα Κέντρα Υγείας & Τα Περιφερειακά Ιατρεία	29
2.3.2 Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων	29
2.3.4 Ο Θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού	32
2.3.5 Ο Ρόλος των ΤΟ.Μ.Υ.....	33
2.4 Έρευνες για την αξιολόγηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ.....	38
3.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες	38
3.1.1 Αγγλία	38
3.1.2 Γερμανία.....	43
3.1.3 Ιταλία.....	47
3.1.4 Γαλλία.....	51
3.1.5 Ισπανία	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19	57
4.1 Η Πανδημία της νόσου του κορονοϊού Covid -19.....	57

4.2 Τα Συστήματα Υγείας ένα καιρό πανδημίας	62
4.3 Οι 3 άξονες της πολιτικής της ΕΕ για ένα Αποτελεσματικό, Προσβάσιμο και Ανθεκτικό Σύστημα Υγείας	63
4.4 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση του covid στην Ε.Ε.....	65
4.5 Μέτρα για την ενδυνάμωση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη αντιμετώπιση της πανδημίας του κορονοϊού στην Ελλάδα.....	76
4.5.1 Εθνικό Μητρώο Ασθενών Covid -19.....	80
4.5.2 Ο ρόλος των ΚΟΜΥ κατά την πανδημία	87
4.5.3 Ημερήσια Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης Λοίμωξης από τον covid-19.....	90
4.5.4 Ειδικές κινητές μονάδες υγείας (ΚομΥ Νοσηλευτών) στα Δωδεκάνησα	99
4.5.5 Διαθέσιμα τεστ για τον κορωνοϊό covid -19.....	100
4.5.6 Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν ανά Υγειονομική Περιφέρεια	105
4.5.7 Το σχέδιο Υπηρεσιών Υγείας για τη Νησιωτική Χώρα	108
4.5.8 Εκστρατεία εμβολιασμού κατά του covid-19 στην Ελλάδα	111
4.5.9 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	111
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	113
5.1 Σκοπός της Έρευνας.....	113
5.2 Ερευνητικές Ερωτήσεις	113
5.3 Μεθοδολογία έρευνας	114
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	118
6.1 Αποτελέσματα Συστηματικής Έρευνας.....	118
6.2 Σύνθεση Αποτελεσμάτων	127
6.2.1 Ο Ανασχεδιασμός των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα κατά την πανδημία	127
6.2.2 Ο Ανασχεδιασμός των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις λοιπές Ε.Ε. κατά την πανδημία	138
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	153
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	159
8.1 Συμπεράσματα – Προτάσεις	159
8.3 Θέματα για περαιτέρω έρευνα	162
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ	163
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΗ	168
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	185

ΠΙΝΑΚΑΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1	66
Εικόνα 2	67
Εικόνα 3	68
Εικόνα 4	69
Εικόνα 5	71
Εικόνα 6	72
Εικόνα 7	77
Εικόνα 8	80
Εικόνα 9	81
Εικόνα 10	82
Εικόνα 11	83
Εικόνα 12	84
Εικόνα 13	84
Εικόνα 14	85
Εικόνα 15	86
Εικόνα 16	89
Εικόνα 17	90
Εικόνα 18	91
Εικόνα 19	91
Εικόνα 20	92
Εικόνα 21	92
Εικόνα 22	93
Εικόνα 23	94
Εικόνα 24	95
Εικόνα 25	96
Εικόνα 26	97
Εικόνα 27	98
Εικόνα 28	102
Εικόνα 29	103
Εικόνα 30	104
Εικόνα 31	105
Εικόνα 32	108
Εικόνα 33	109
Εικόνα 34	110
Εικόνα 35	110
Εικόνα 36	149

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι πολύ σημαντικό για κάθε προηγμένη χώρα, να έχει ένα Σύστημα Υγείας, ικανό να αντιμετωπίσει τις υγειονομικές προκλήσεις και έκτακτες ανάγκες που προκύπτουν τόσο από αλλαγές των συνθηκών ζωής, όσο και αυτές που προκύπτουν έκτακτα από μία πανδημία, όπως αυτή του covid-19. Η πρόκληση που αντιμετωπίζουν όλα τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο, είναι να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις ανάγκες που προκύπτουν από το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον και έχουν άμεση συσχέτιση με την κοινωνική πολιτική που ασκεί κάθε κράτος στο τομέα τόσο της υγείας, όσο και της πρόληψης, αλλά και τις δαπάνες για την υγεία που χρηματοδοτεί.

Η υγειονομική κρίση που αντιμετωπίζει ο πλανήτης λόγω της πανδημίας πάνω από δύο χρόνια τώρα, δοκίμασε όλα Εθνικά Συστήματα Υγείας των κρατών σε όλο το κόσμο, φτάνοντας στα όρια τους, γεγονός που ανάδειξε τόσο τις ελλείψεις όσο και τις αδυναμίες τους. Η αντιμετώπιση της πανδημίας χρειάστηκε κατάλληλο επανασχεδιασμό της ΠΦΥ και τη λήψη έκτακτων μέτρων τόσο για τον έλεγχο της διασποράς όσο και την κάλυψη των έκτακτων αναγκών του πληθυσμού.

Κρίνεται έτσι σκόπιμο να μελετήσουμε το σύστημα της ΠΦΥ στην Ελλάδα, την οργάνωσή του και την λειτουργία του πριν την εμφάνιση της πανδημίας αλλά και τις διορθωτικές αλλαγές που έγιναν για την αντιμετώπιση της πανδημίας και κατά πόσο αυτές συνείσφεραν στην προώθηση της υγείας των πολιτών.

Η παρούσα έρευνα θα αναπτυχθεί σε οκτώ κεφάλαια ως εξής.

Στο πρώτο κεφάλαιο, θα αναφερθούμε γενικά για την υγεία και τη δομή των Συστημάτων Υγείας, με ειδική αναφορά στην έννοια της υγείας, τα Συστήματα Υγείας που συναντάμε ανά τον κόσμο, τη δομή, τη λειτουργία και τους στόχους τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα προσεγγίσουμε την έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τόσο ως προς τις βασικές της αρχές, αλλά παρουσιάζοντας και τα δίκτυα παροχής της τόσο την Ελλάδα, όσο και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, κάνοντας στο τέλος μια σύγκριση και αξιολόγηση γενικά της Π.Φ.Υ στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Επίσης θα εμβαθύνουμε την μελέτη για της Π.Φ.Υ στην Ελλάδα, κάνοντας μια επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου που τη διέπει, τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας κλπ. Επιπλέον θα αναφερθούμε στις δομές παροχής ΠΦΥ, όπως τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά

Ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων, τον ΕΟΠΠΥ αλλά και την αναβίωση του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού, κάνοντας εν κατακλείδι μια αξιολόγηση των υπηρεσιών αυτών ως προς τους στόχους των Υ.Π.Φ.

Στο τρίτο κεφάλαιο θα αναπτύξουμε τα ζητήματα που προέκυψαν για τα Συστήματα Υγείας λόγω της πανδημίας, θα αναφερθούμε στο προτεινόμενο σύστημα της Ελλάδας ως προς τη Π.Φ. αλλά και άλλων Ευρωπαϊκών χωρών, όπως Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Ιταλία, για τον περιορισμό της διασποράς της νόσου και την πρόληψη, η προσφορά της ΠΦΥ ως προς το τομέα αυτό και τον ανασχεδιασμό των Υπηρεσιών Υγείας και στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες για την αντιμετώπιση της πανδημίας, με ειδική αναφορά στο ρόλο των ΤΟΜΥ.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, θα αναπτύξουμε το σκοπό της έρευνας και τη μεθοδολογία που ακολουθήσαμε ώστε η έρευνα να είναι αξιόπιστη και αντικειμενική, αλλά και τον τρόπο με τον οποίο συλλέχθηκαν τα δεδομένα και επεξεργάστηκαν. Η έρευνά μας είναι βιβλιογραφική, στηριζόμενη σε δημοσιευμένα άρθρα σε επίσημα επιστημονικά περιοδικά αλλά και σύγχρονη βιβλιογραφία Ελλήνων και ξένων συγγραφέων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, θα αναφέρουμε τη μεθοδολογία της έρευνας που ακολουθήθηκε, καθώς επίσης τη μεθοδολογία για την επιλογή του δείγματος από δημοσιευμένες έρευνες σε έγκαιρα επιστημονικά περιοδικά.

Στο έκτο κεφάλαιο θα παρουσιαστούν τα ευρήματα της έρευνας ενώ θα αναφερθούμε εκτενώς στο ρόλο της ΠΦΥ τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες Ε.Ε. κατά την περίοδο της πανδημίας.

Στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται κριτικός συσχετισμός των ευρημάτων, σύγκριση, κριτική θέση, κριτικός στοχασμός και αξιόπιστα πορίσματα βάση των πορισμάτων της έρευνας

Στο όγδοο κεφάλαιο θα αναφερθούν συμπεράσματα και οι προτάσεις από την επεξεργασία των δεδομένων και την κριτική συσχέτισή τους, καθώς επίσης και θέματα για περαιτέρω έρευνα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Η έννοια της Υγείας

Η έννοια της υγείας αποτελεί ένα θέμα πολυδιάστατο που για να το προσεγγίσει κάποιος θα πρέπει να αναφερθεί σε όλες τις διαστάσεις της ζωής που είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με τον άνθρωπο. Η υγεία δεν είναι μέρος του ανθρώπου ή λειτουργία, αλλά μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με το αντίθετό του την ασθένεια, η οποία περιέχει μια μερική άρνηση της ουσιαστικής φύσης του ανθρώπου. Κάποιος θα έλεγε ότι η έννοια της υγείας και της ασθένειας είναι υπαρξιακές έννοιες καθώς σχετίζονται με την ύπαρξη του ατόμου (Tillich 1961).

Οι ερευνητές συμφωνούν, ότι οι ιδέες των ατόμων, σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, έχουν άμεσο αντίκτυπο στις στάσεις τους και τη συμπεριφορά τους ως προς την υγεία αλλά και τις σκέψεις τους για την υγεία και την ασθένεια, διερευνώντας όλο και περισσότερο ζητήματα που σχετίζονται με αυτές (Boruchovitch and Mednick 2002)

Η λέξη «υγεία» από τις έρευνες φαίνεται ότι εμφανίστηκε ιστορικά περίπου το 1000μ.Χ., ενώ οι Dolfman (1973) και Balog (1978) μελέτησαν τις ρίζες της λέξης. Στα αρχαία αγγλικά, η λέξη σήμαινε την κατάσταση κατά την οποία κάποιος είναι ολόκληρος και συνδέθηκε όχι μόνο με τις φυσιολογικές λειτουργίες του ανθρώπου, αλλά και με τη νοητική, πνευματική και την ηθική ευρωστία του ατόμου. Παρόλου που η έννοια έχει θετικό ή αρνητικό προσδιορισμό, πχ φτωχή, κακή υγεία κλπ, πάντα θεωρείται μια έννοια θετική. Για τους αρχαίους Έλληνες, ήταν ένα χαρακτηριστικό υψίστης σημασίας. Οι απόψεις τους ότι η υγεία ήταν θεϊκή ευθύνη και οι θεοί ήταν υπεύθυνοι τόσο για αυτή όσο και για την ασθένεια, αντιμετωπίζοντάς τα ως υπερφυσικά φαινόμενα, αντικαταστάθηκαν από την αναγνώριση διαφόρων παραγόντων που σχετίζονται με τις προσωπικές συνήθειες ζωής του ατόμου και περιβαλλοντικούς παράγοντες που ευθύνονται για την υγεία των ανθρώπων. Οι απόψεις αυτές των Ελλήνων για την υγεία και την ασθένεια, έχουν επηρεάσει καθοριστικά τις απόψεις για την υγεία που υπάρχουν στο δυτικό κόσμο. Παρόλα αυτά με την πρόοδο της ιατρικής επιστήμης αλλά και άλλων επιστημών, όπως της κοινωνιολογία, της ψυχολογίας και της φιλοσοφίας για την υγεία, άρχισαν να αμφισβητούνται και να αντικαθίσταται από πιο επιστημονικά τεκμηριωμένες απόψεις. Σύμφωνα με τον Balog (1978) μπορούμε να διακρίνουμε τρεις κύριες αντιλήψεις που έχουν επικρατήσει για την υγεία, την παραδοσιακή ιατρική, αυτή που ορίζεται από τον

Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 1947) και την οικολογική έννοια. Η παραδοσιακή ιατρική αντίληψη είναι η αρχαιότερη έννοια της υγείας και βασίστηκε στην υπόθεση ότι η υγεία και η ασθένεια είναι αντικειμενικές έννοιες και παρατηρήσιμα φαινόμενα, καθώς οι εξελίξεις της ανατομίας της βιολογίας και τη φυσιολογίας συνέβαλλαν σε αυτή τη θέση. Έτσι η υγεία ορίστηκε αποκλειστικά με την έννοια της έλλειψης ασθένειας και συμπτωμάτων, ή προβλημάτων. Το αρνητικό σε αυτή την προσέγγιση είναι ότι αντιλαμβάνεται την υγεία δίνοντας έμφαση στην ασθένεια και μάλιστα σε ασθένειες σε συγκεκριμένα μέρη του σώματος, δημιουργώντας μια διχοτόμηση στην έννοια της υγείας και της ασθένειας, όπου σύμφωνα με τον Hinkle (1961) δεν ισχύει. Για να είναι υγιή τα άτομα, δεν πρέπει απαραίτητα να είναι κατάσταση πλήρως απαλλαγμένα από ασθένειες, καθώς μπορεί να έχουν λιγότερες ασθένειες από τους ανθρώπους που πραγματικά έχουν προβλήματα υγείας. Άρα η απουσία ασθένειας, δεν αποτελεί ασφαλές κριτήριο για να οριοθετήσουμε μια υγιή κατάσταση στο άτομο. Στα τέλη της δεκαετίας του 1940, ο ΠΟΥ ανέπτυξε μια ολιστική έννοια της υγείας, ως «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά ως απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας» (ΠΟΥ 1947) Με αυτό τον ορισμό, η υγεία δεν περιορίστηκε απλά στην απουσία της ασθένειας, αλλά συμπεριέλαβε περισσότερο όρους παρουσίας απόλυτων και θετικών ιδιοτήτων. Αποτελεί την ολιστική και την ουτοπική άποψη για την υγεία, η οποία συμπεριλαμβάνει την παραδοσιακή ιατρική άποψη για την υγεία αλλά επεκτείνεται καθώς θεωρεί την υγεία ως μια θετική κατάσταση ευεξίας όπου η σωματική υγεία αποτελεί μόνο μια από τις πτυχές της έννοιάς της. Στην έννοια αυτή, ενσωματώθηκαν κοινωνικές, ψυχολογικές, σωματικές, οικονομικές και πολιτικές πτυχές, στον ορισμό, συστατικά που θεωρούνται ως υψίστης σημασίας για την υγεία και την ευημερία. Ο ΠΟΥ, προσθέτοντας αυτά τα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά στον ορισμό της έννοιας της υγείας, αναγνώρισε ότι η υγεία και η ασθένεια είναι έννοιες πολυδιάστατες και μετατόπισε την εστίαση από την αυστηρά ιατρική προοπτική της απουσίας της ασθένειας ως μοναδικό κριτήριο αξιολόγησης της κατάστασης της υγείας του ατόμου. Παρόλα αυτά η νέα αυτή προσέγγιση για την υγεία, παρουσιάζει κάποια μειονεκτήματα, καθώς η έννοια της ευεξίας δεν έχει καθοριστεί με σαφήνεια. Σύμφωνα με τον Lewis (1953), η τόσο γενική και ευρεία έννοια που προσδιορίζεται από το ΠΟΥ, στερεί από την έννοια την ειδικότητα που χρειάζεται για να οριστεί λειτουργικά και να εφαρμοστεί στην πράξη. Επιπλέον ο ορισμός αυτός,

υπονοεί μια κατάσταση πλήρους τελειότητας που δεν είναι ρεαλιστική και εύκολα προσιτή (Segre and Ferraz 1997).

Η οικολογική προσέγγιση στον ορισμό της υγείας εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1960-1970 και σχετίζεται με μια προοπτική πολύ διαφορετική από την προηγούμενη ολιστική προσέγγιση για την υγεία και συνοψίζεται σε δυο άξονες, πρώτον, με τη αντίληψη της υγείας ως μιας έννοια λιγότερο σχετική και δεύτερον δίνοντας έμφαση στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του περιβάλλοντος και της ποιότητας ζωής του ατόμου, δίνοντας έμφαση στην αξιολόγηση του επιπέδου λειτουργικότητας και προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον. Έτσι η υγεία ορίστηκε ως η επαρκή λειτουργική ικανότητα που επιτρέπει στα άτομα να ανταποκρίνονται στα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις τους (Oberteuffer 1960) ή ως μια συγκεκριμένη ποιότητα η οποία επιτρέπει στα άτομα να ζουν ευτυχισμένα, επιτυχημένα, γόνιμα και δημιουργικά (Williams 1946; Bauer and Schaller 1955; Hoyman 1962. Ο Parson (1958) έκανε μια διάκριση ανάμεσα στην λειτουργία της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Ως ψυχική υγεία, ορίστηκε η ικανότητα σε όρους της ατομικής ικανότητα να φέρνει εις πέρας στους θεσμοθετημένους κοινωνικούς ρόλους όπου η αξιολόγηση τα σωματικής υγείας βασίζεται στην ικανότητα του ατόμου να ολοκληρώνει αποτελεσματικά σημαντικά καθήκοντα.

Σύμφωνα με την οικολογική προσέγγιση η κατάσταση της υγείας και της ασθένειας, είναι εκφράσεις τις επιτυχία και της αποτυχίας που βιώνει ο οργανισμός στην προσπάθειά τους να ανταποκριθεί στις περιβαλλοντικές αλλαγές (Dubos 1965). Στη προσέγγιση αυτή, εισάγονται στην έννοια της υγείας και η ευεξία, ως ενσωμάτωση της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί στο περιβάλλον του και να ανταποκρίνεται ή να προσαρμόζεται στις αλλαγές και τις πιέσεις του περιβάλλοντος. Σύμφωνα με το Lewis (1953) τα άτομα μπορούν να προσαρμοστούν επαρκώς στο περιβάλλον, αλλά δεν υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ του τι συνιστά μια υγιή ή μη υγιή προσαρμογή. Επίσης τα άτομα μπορούν να προσαρμοστούν σε μια άρρωστη, νοσηρή ή προκλητική κατάσταση αλλά από την άλλη τα άτομα μπορεί να είναι άρρωστα αλλά να είναι σε θέση να βγάλουν εις πέρας τις κοινωνικές τους ευθύνες. Θεωρείται ότι η κανονικότητα και η προσαρμογή του ατόμου, είναι κοινωνικό και πολιτισμικό κατασκεύασμα και κατά συνέπεια συμπεραίνουμε ότι αυτό που θεωρείται υγιές σε ένα κοινωνικό πλαίσιο μπορεί να ην θεωρείται σε ένα άλλα (Parsons 1958).

1.2 Η Υγεία ως Αγαθό

Σύμφωνα με τον ορισμό που έχει δώσει ο ίδιος ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ως υγεία θεωρείται « η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου» και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Είναι σημαντικό να παρατηρήσουμε ότι η υγεία δεν συμπεριλαμβάνει μόνο παράγοντες που αφορούν το σώμα του ανθρώπου αλλά και λοιπούς παράγοντες, ψυχοκοινωνικού, που συμβάλλουν στην ψυχική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, παρέχοντας τη λεγόμενη υγεία υψηλού επιπέδου (WHO 2006)

Η υγεία αποτελεί συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα των πολιτών, ανεξαρτήτου οικονομικής θέσης, μαζί με την μέριμνα του κράτους για τον προαγωγή της. Σύμφωνα με το άρθρο 21 του Συντάγματος της Ελλάδος, παράγραφος 3 ορίζεται ότι «Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». (Σύνταγμα της Ελλάδας 1986) Η υγεία λοιπόν θεωρείται δημόσιο αγαθό, όπου το κράτος έχει την άμεση υποχρέωση για τη λήψη των κατάλληλων θετικών μέτρων για την εξασφάλιση και την προστασία της υγείας κάθε πολίτη, χωρίς να αποκλείεται και η ιδιωτική πρωτοβουλία για την παροχή υπηρεσιών υγείας, αποκλείοντας ένα κρατικό μονοπωλιακό μοντέλο (Στε 1347 1997).

Καθώς το κράτος μεριμνά για την προαγωγή της υγείας, ο τρόπος με τον οποίο οργανώνει τις υπηρεσίες, τις χρηματοδοτεί, τις παράγει και της διανέμει, οδηγεί στη δημιουργία τριών βασικών μορφών συστημάτων υγείας, το δημόσιο, το ιδιωτικό και το μεικτό. Ως το πολυτιμότερο αγαθό η υγεία, δεν μπορεί να θεωρηθεί εμπορεύσιμη και στόχο το κέρδος και να τεθεί υπό το κανόνων που διέπουν οι αρχές της αγοράς. Το μοντέλο διαχείρισης που έχει επικρατήσει στις χώρες της Ε.Ε. είναι το μοντέλο της αντιμετώπισης της υγείας ως ένα κοινωνικό αγαθό, που σημαίνει ότι δεν μπορεί να αποκλείσει κάποιες κατηγορίες πολιτών από τη χρήση της, αλλά και ούτε μπορεί να ακολουθήσει τις αρχές του μηχανισμού της αγοράς, όπου υπάρχει διανομή υπηρεσιών, λήψη υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες και αντίστοιχη διαμόρφωση της τιμής που οι υπηρεσίες υγείας θα χρέωναν τους πολίτες, και αυτοί θα επέλεγαν τις υπηρεσίες με βάση τη τιμή. Δεν μπορεί να υπάρξει αγορά που θα καλύψει το κόστος της υγείας (Ιωακείμογλου 2011).

Το αγαθό της υγείας, έχει κάποιες ιδιαιτερότητες που οποίες περιλαμβάνουν την αβεβαιότητα, την ασύμμετρη πληροφόρηση, την προκλητή ζήτηση. Η αβεβαιότητα συμπεριλαμβάνει από τη μία την αβεβαιότητα ως προς τη χρήση των υπηρεσιών και από την άλλη την αβεβαιότητα ως προς το αποτέλεσμα από την χρήση τους. Η ζήτηση μιας υπηρεσίας υγείας είναι πάντα απρόβλεπτη και για αυτό οι πολίτες δεν μπορούν να προγραμματίζουν τα οικονομικά τους ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε ένα ξαφνικό γεγονός, ειδικά όταν η θεραπεία μπορεί να συνεπάγεται μια δαπάνη πολύ υψηλή. Ο κλασικός τρόπος αντιμετώπισης αυτού είναι η ασφάλιση, όμως και πάλι θα μπορεί να υπάρξει θέμα εξισορρόπησης, καθώς δεν μπορεί να προβλεφθεί ορθά το ύψος την ασφαλιστρών εξατομικευμένα στα άτομα που έχουν υψηλότερο κίνδυνο ή χαμηλό κίνδυνο και έτσι επιλέγεται ένα ενιαίο ποσό ασφαλιστρών ανάλογα με τον μέσο κίνδυνο. Επίσης κάποια άτομα χαμηλού κινδύνου μπορεί να θεωρήσουν ότι δεν τους συμφέρει η ασφάλιση και να αποσυρθούν με αποτέλεσμα η αναλογία των ατόμων υψηλού κινδύνου να αυξηθεί και έτσι τόσο η μέση δαπάνη και τα ασφάλιστρα να αυξηθούν (Ματσαγγάνης 2006). Για αυτό το λόγο, ο θεσμός της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης της υγείας, με κρατική παρέμβαση όπου συμμετέχουν όλοι με εισφορές ανάλογα του εισοδήματός τους, θεωρείται ως ένα κατάλληλο μέτρο για την ορθή κατανομή των δαπανών υγείας (Κυριόπουλος 2007).

Η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ των εμπλεκόμενων, επαγγελματιών υγείας και ασθενών, είναι ένα ακόμα χαρακτηριστικό της υγείας. Συνήθως για να επιλέξουν οι άνθρωποι με ορθολογικό τρόπο, πρέπει να βρίσκονται σε θέση να επιλέγουν, εφόσον έχουν πληροφορηθεί για όλες τις εναλλακτικές επιλογές, κάτι που δεν είναι εφικτό στη περίπτωση αυτή, καθώς ο πολίτης, δεν μπορεί να γνωρίζει επαρκώς την κατάσταση που βρίσκεται η υγεία του και να γνωρίζει όλες τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες, ή τις παρενέργειες κάθε θεραπείας και την αποτελεσματικότητά τους. Οπότε η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από τους παρόχους της, τους επαγγελματίες υγείας κάθε ειδικότητας, ώστε η βασική προϋπόθεση της ανεξαρτησίας για τη λειτουργία του συστήματος της αγοράς, να μην ισχύει. Οι επαγγελματίες υγείας, παρέχουν την κατάλληλη πληροφόρηση για την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή που θα πρέπει οι ασθενείς να ακολουθήσουν και ενεργούν ως εκπρόσωποι των ασθενών, επιλέγοντας αυτό που οι ίδιοι θεωρούν καλύτερο για αυτούς (Μαλλιαρού και συν 2011). Αυτή η ασυμμετρία στην πληροφόρηση είναι πιθανό να οδηγήσει σε μια προκλητή ζήτηση, καθώς οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας παίρνουν τις αποφάσεις για την θεραπεία που

θα ακολουθήσει ο ασθενής, οπότε υπάρχει περίπτωση και να επιλέξουν μεγαλύτερη ποσότητα από την αναγκαία και υψηλότερου κόστους από αυτή που πιθανόν θα διάλεγε ο ασθενής, εάν είχε τη δυνατότητα μέσω της πλήρης πληροφόρησής να επιλέξει. Αυτό είναι πιθανό να συμβεί στις περιπτώσεις που ο γιατρός αμείβεται σύμφωνα με την παρεχόμενη υπηρεσία ή το κόστος της θεραπείας καλύπτεται από κάποιον ασφαλιστικό φορέα και όχι άμεσα από τον ασθενή. Αυτή η τακτική μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική κατανάλωση, πέρα από το επίπεδο που θεωρείται κοινωνικά άριστο. Οι ερευνητές έχουν υπολογίσει ότι η αύξηση των ιατρών πχ κατά 10%, οδηγεί σε αύξηση των ιατρικών υπηρεσιών πχ των χειρουργών κατά 1% και αύξηση των εγχειρήσεων που γίνονται κατά 3% (Τούντας 2010).

Κάποιοι ερευνητές προσεγγίζουν το ζήτημα αυτό από την πλευρά του αλτρουισμού που θέλει να επιδείξει ο επαγγελματίας υγείας, με στόχο να παρέχει τη μέγιστη δυνατή φροντίδα στον ασθενή και την πιο επωφελή και όχι από την πλευρά της υπερεπάρκειας του ιατρικού δυναμικού (Stordeur and Roderfroid 2009). Ενώ κάποιοι άλλοι μελετώντας την στάση των γιατρών ως προς τη πρόκληση ζήτησης υπηρεσιών, βρήκαν ότι οι γιατροί που κουράρουν μικρότερο αριθμό ασθενών από ότι ιδανικά θα ήθελαν, έχουν και υψηλότερο εισόδημα και συχνότερο και μακροβιότερο ρυθμό επίσκεψης στα ιατρεία τους και μεγαλύτερο αριθμό από συνταγογραφούμενες εξετάσεις ανά ασθενή (Iversen 2004).

1.3 Τα Συστήματα Υγείας

Η υγεία των πολιτών αποτελεί ένα κύριο κοινωνικό αγαθό κάθε κοινωνίας και ένα από τους βασικούς τομείς δράσεις του κοινωνικού κράτους πρόνοιας. Η δημιουργία ενός συστήματος υγείας βοηθά τόσο στη εύκολη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας όσο και στην ορθότερη διαχείριση της ασθένειας και προστασίας της υγείας των πολιτών. Το εκάστοτε σύστημα υγείας, δημιουργείται εντός ενός συγκεκριμένου ιστορικού, κοινωνικού και οικονομικού και πολιτισμικού πλαισίου. Σε βάθος χρόνου τα συστήματα αλλάζουν και εξελίσσονται για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις εκάστοτε πολιτικές και νομοθετικές αλλαγές, αλλά και κοινωνικές, επιστημονικές και τεχνολογικές. Κάθε εποχή έχει διαφορετικό σύστημα υγείας για να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες που διαμορφώνονται και κάθε κράτος δικό του σύστημα υγείας για να μπορεί να ανταποκρίνεται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και τη κουλτούρα κάθε χώρας (Καλοκαιρινού και συν 2015).

Η εμπιστοσύνη στο σύστημα είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας. Σε εποχή οικονομικής κρίσης, όπου τα κρατικά κονδύλια μειώνονται ακόμα και για το κλάδο της υγείας, το αποτέλεσμα είναι μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρόλη την καθολικότητα στην πρόσβαση στην υγεία, λόγω των προβλημάτων που υπάρχουν στην στελέχωση των ιατρικών μονάδων με επαρκές σε αριθμό και γνώσεις προσωπικό, έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη ιδιωτικών μονάδων υγείας καθώς και ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών που παρέχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, όπου προσελκύουν άτομα που έχουν οικονομική δυνατότητα. Οι πολίτες δεν ανησυχούν μόνο για το ίδιο αγαθό της υγείας αλλά και για την ποιότητα, αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των διαθέσιμων υπηρεσιών (Κουρής, Σουλιώτης και Φιλαλήθης 2006). Εκ τούτου ένα σύστημα υγείας θα πρέπει να μπορεί να ανταποκριθεί τόσο στην παροχή ίσων ευκαιριών φροντίδας για όλους τους πολίτες χωρίς εξαιρέσεις αλλά να προσφέρει και το αίσθημα ασφάλειας των πολιτών προς αυτό (Τομαράς 2004).

Το σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο από υποσυστήματα που αλληλοσχετίζονται και αλληλοεπηρεάζονται τόσο μεταξύ τους, όσο και με το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον, με σκοπό να προάγουν την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού ενός κράτους (Χλέτσος 2008). Οι εξελίξεις στον τομέα της υγείας κάθε κράτους είναι στενά συνδεδεμένες με τις ευρύτερες οικονομικές, δημογραφικές, πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες αλλά και εξελίξεις σε αυτό. Κάθε κράτος έρχεται αντιμέτωπο με την πρόκληση το σύστημα υγείας να καλύπτει τις παρούσες ανάγκες του πληθυσμού αλλά και να μπορεί να προσαρμοστεί στις μελλοντικές εξελίξεις όπως η αύξηση του πληθυσμού, η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής και οι αλλαγές στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Το σύστημα υγείας αποτελεί έναν τομέα δημόσιας και ιδιωτικής δράσης (Αντωνοπούλου 2008).

Το ιδιωτικό σύστημα υγείας, λειτουργεί σε συνάρτηση με τις δυνάμεις της αγοράς, ως προς τη προσφορά και τη ζήτηση, με τη μικρότερη κρατική παρέμβαση. Σε αντίθεση το δημόσιο ιδιωτικό σύστημα υγείας, χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό του εκάστοτε κράτους, με στόχο την ισότιμη πρόσβαση και την δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας όλων των πολιτών. Συνδυασμός και των δύο αποτελεί το μικτό σύστημα υγείας, που συνδυάζει δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση και θεωρείται πιο ευέλικτο και ανθεκτικό σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Κύριος

γνώμονας όλων των ειδών των συστημάτων υγείας, είναι η πρόληψη καθώς μέσω της έγκαιρης διάγνωση μπορεί να προλάβει ή να αντιμετωπίσει στα αρχικά στάδια σημαντικές ασθένειες, συνεισφέροντας από την μία στην προστασία της υγείας των πολιτών και από την άλλη στην εξοικονόμηση πόρων σε χρήματα, ανθρώπινο δυναμικό, υποδομές κλπ του συστήματος υγείας (Μαζαράκη 2012).

Τα Συστήματα Υγείας που έχουν υιοθετήσει οι διάφορες χώρες της Ευρώπης, μπορούμε να τα ομαδοποιήσουμε σε δύο κύρια μοντέλα το Beveridge και το Bismarck (Roemer 1993).

Το σύστημα υγεία τύπου Beveridge, βασίζεται σε σύστημα κοινωνικής φροντίδας, όπου σύμφωνα με την αρχή της καθολικότητας γίνεται η παροχή των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος 2006) και το κράτος χρηματοδοτεί το σύστημα υγείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και οι πολίτες συμμετέχουν σε αυτό μέσω της φορολογίας. Το κράτος έχει ρόλο ελεγκτή της λειτουργίας του εκάστοτε Εθνικού Συστήματος Υγείας, όσο και ρόλο χρηματοδότη, όπως για παράδειγμα είναι το σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο και στις Σκανδιναβικές χώρες. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών γίνεται από το κράτος με καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας, στα πλαίσια μιας σχέσης που περιλαμβάνει τόσο υποχρεώσεις όσο και δικαιώματα ανάμεσα στους πολίτες και το κράτος (Χλέτσος 2008). Από την άλλη το μοντέλο τύπου Bismarck, διαφέρει καθώς τα ταμεία υγείας είναι αυτά που αναλαμβάνουν την χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και όχι απευθείας το κράτος. Τα ταμεία λειτουργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τα οποία λειτουργούν αυτόνομα, έχοντας αυτοτέλεια διοικητική αλλά και οικονομική. Σε αυτή τη περίπτωση η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται με άξονα αναφοράς την εργασία δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι. Ενώ υπάρχει και ένα τρίτο μοντέλο, το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, που εφαρμόζεται στις ΗΠΑ, που ο ρόλος του κράτους περιορίζεται στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στους πολίτες που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την ελεύθερη αγορά καθώς κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Χλέτσος 2008).

Κάθε εθνικό σύστημα υγείας, εκφράζει μια φιλοσοφία που διέπεται από την εκάστοτε πολιτική που θέλει να εφαρμόσει το πολιτικό σύστημα του κράτους. Το σύστημα υγείας, αποτελεί ένα υποσύστημα του εκάστοτε συστήματος κοινωνικής προστασίας

που αποτελεί γνώμονα κάθε αναπτυγμένου κράτους, και καθώς εκφράζει την πολιτική που εφαρμόζεται θα πρέπει να είναι κοινωνικά δίκαιο αλλά και οικονομικά αποτελεσματικό. Οικονομικά αποτελεσματικό σημαίνει να παράγει υπηρεσίες υγείας σε άριστο συνδυασμό ποιότητας και χαμηλού κόστους, ενώ κοινωνικά δίκαιο σημαίνει να εξασφαλίζει ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα (Χλέτσος 2008). Σύμφωνα με το Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως πολιτική υγείας, ορίζεται «το σύνολο των μέτρων και των και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση για την προώθηση και ανάπτυξη του τομέα υγείας της χώρας, με γνώμονα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και τους υπάρχοντες πολιτικούς περιορισμούς, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα του κυριότερους τρόπους επίτευξή τους» (Κουρής, Σουλιώτης και Φιλαλήθης 2006) .

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. ΤΑ ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ			
	Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας	Μοντέλο του Bismarck	Μοντέλο του Beveridge
Αρχές λειτουργίας	Υγεία ιδιωτικό αγαθό, προαιρετική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού	Υγεία δημόσιο αγαθό, καθολική – υποχρεωτική ασφάλιση του πληθυσμού ανά επαγγελματική κατηγορία	Υγεία δημόσιο αγαθό, ενιαία καθολική κάλυψη του πληθυσμού
	Νόμος προσφοράς και ζήτησης, μηχανισμός των τιμών	Μηχανισμός ελέγχου της αγοράς οι συλλογικές διαπραγματεύσεις	Παροχή υπηρεσιών υγείας με βάση την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής
Προσφορά υπηρεσιών	Αποκλειστικά από ιδιώτες	Δημόσιοι, ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί, ιδιωτικοί μη – κερδοσκοπικοί προμηθευτές	Παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος

	Το κράτος δεν παρεμβαίνει, αρχή του laissez faire	Κράτος πρωταγωνιστικό ρόλο στη χάραξη προγραμματικού πλαισίου, καθορισμό αμοιβών, περιφερειακοποίηση υποδομών	Κράτος διατηρεί τον κεντρικό σχεδιασμό και έλεγχο των υπηρεσιών
Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας	Ιδιωτική Κερδοσκοπική Ασφάλιση Υγείας	Εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία	Έμμεση και άμεση φορολογία (προοδευτικός φορολογικός συντελεστής)
	Ασφάλιστρα ανάλογα με κίνδυνο ασθευίας, ατυχήματος + συνεισφορά του ασφαλισμένου στο κόστος	Εισφορές με βάση την ικανότητα πληρωμής (προοδευτικός συντελεστής) + συνεισφορά (αναλογική) του ασφαλισμένου στο κόστος	Αρχή της μηδενικής τιμής

Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας είναι πολλαπλά. Οι μη μεταδοτικές ασθένειες θα συνεχίσουν να αυξάνονται και προβλέπεται ότι θα αντιπροσωπεύουν το 75% όλων των θανάτων ως το 2030, από 63% που ήταν το 2013. Μέσα σε αυτά, οι χρόνιες παθήσεις σχετίζονται με την εντατική χρήση πόρων υγειονομικής περίθαλψης, της τάξης του 70%. Από την συνολική χρηματοδότηση του συστήματος υγείας της Αγγλίας το 30% δαπανήθηκε για τον πληθυσμό που έχει μακροχρόνιες συνθήκες. Επιπλέον, η ψυχική υγεία αναμένεται να γίνει η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως μέχρι το 2030. Παράλληλα, η υπάρχουσα διαχείριση των μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού, θα συνεχίσει να αποτελεί επίκεντρο στον εθνικών πολιτικών σε επίπεδο κοινωνικής υγείας.

1.3.1 Δομή, λειτουργία και στόχοι των Συστημάτων Υγείας

Βάση για τον επαναπροσδιορισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αποτέλεσε η διακήρυξη της Alma-Ata το 1978, όπου σύμφωνα με τις αρχές της δημιουργεί τη νέα φιλοσοφία, πάνω στην οποία βασίζεται η ολιστική προσέγγιση ότι η διατήρηση και η επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου υγείας, επιτυγχάνεται μέσω της ορθής λειτουργία της ΠΦΥ και ειδικά, μέσα από την λειτουργία υπηρεσιών πρόληψης και αγωγής της υγείας, οι οποίες λειτουργούν αποκεντρωτικά αλλά διασφαλίζουν την καθολική και ενεργητική συμμετοχή τόσο του πολίτη, όσο και της εκάστοτε κοινότητας που λειτουργούν.

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο παροχών υπηρεσιών υγείας, περιλαμβάνει τα κέντρα υγείας που υποδέχονται τον ασθενή και στην ουσία αποτελούν πύλες εισόδου του ασθενούς στο σύστημα υγείας, καθώς μέσω αυτών ο ασθενής έρχεται σε πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Αυτά περιλαμβάνουν επαγγελματίες υγείας, όπως γιατρούς και νοσηλευτές αλλά και επισκέπτες υγείας, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ.

Ο τρόπος που παρέχονται οι υπηρεσίες, αλλά και ο τόπος παροχής τους διαφέρουν καθώς μπορεί να είναι απλά ένα ιατρείο εξωτερικού ιατρού συνεργάτη του συστήματος υγείας, αλλά και μια οργανωμένη δομή του συστήματος, όπως ένα κέντρο υγείας, μιας πολυκλινική, ένα πολυιατρείο, αλλά και τα εξωτερικά ιατρεία ενός δημόσιου ή ιδιωτικού νοσοκομείου. εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ, παρέχονται τόσο στα Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, όπου παρέχεται τόσο διάγνωση όσο και θεραπεία, παρέχοντας πλήθος ιατρικών και νοσηλευτικών δραστηριοτήτων, αλλά και στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών που λειτουργούν και λειτουργούν στο πλαίσιο της προληπτική ιατρικής αλλά και των παροχών κοινωνική ιατρικής, περιλαμβάνοντας δράσεις που σχετίζονται με την αποκατάσταση του ασθενούς αλλά και την επανένταξή του ομαλά στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Δεν θα πρέπει να περιορίσουμε τις δράσεις της ΠΦΥ μόνο κατά την διάγνωση και θεραπεία που παρέχεται στις διάφορες δομές, αλλά θα πρέπει να αναγνωρίσουμε και τις δράσεις που δουν προληπτικά στα πλαίσια της ΠΦΥ και έχουν ως στόχο από την μία να ενημερώσουν τους πολίτες στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας τους και από την άλλη να λάβουν μέτρα περιβαλλοντικής φύσης που στοχεύουν στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, όπου κατά συνέπεια επηρεάζει την ποιότητα ζωής, μειώνοντας

την νοσηρότητα και παρέχοντας ποιότητα ζωής καθώς το άτομο υιοθετεί ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Ακριβώς αυτό το επίπεδο της ατομική συνειδητότητας των πολιτών με δράσεις σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, σχετίζεται με τις δράσεις της ΠΦΥ στα πλαίσια του σχεδιασμού και της υλοποίησης προγραμμάτων Αγωγής Υγείας.

Το να επιτευχθεί ένα ολοκληρωμένο, αποτελεσματικό και λειτουργικό σύστημα ΠΦΥ, είναι μια διαδικασία που απαιτεί στοχευμένες δράσεις επιτυγχάνοντας την κάθετη ολοκλήρωση, που σημαίνει την άμεση και στοχευμένη παροχή φροντίδας σε περιπτώσεις επειγουσών συνθηκών, αλλά και την οριζόντια ολοκλήρωση, που σημαίνει την ευρεία παροχή υπηρεσιών. Για την επίτευξη τόσο της οριζόντιας, όσο και της κάθετης ολοκλήρωσης, απαιτείται, συγκεκριμένη δράση και οργάνωση των υπηρεσιών ΠΦΥ, με στόχο την επίτευξη των θεμιτού αποτελέσματος που είναι η υγεία των πολιτών. Επίσης τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγάλη συζήτηση από Διεθνής Οργανισμούς για την ενσωμάτωση και της Ψυχικής Υγείας και της προαγωγής της στα πλαίσια των παροχών της ΠΦΥ.

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ένα ιδιαίτερο κλάδο στο χώρο των υπηρεσιών όπου η έννοια της ποιότητας και της αποδοτικότητας είναι ιδιαίτερα σημαντικές και είναι απαραίτητη η συνεχή βελτίωσή τους καθώς αποτελεί μια σημαντική παράμετρο της σύγχρονης υγείας. Ειδικά λόγω της πανδημίας και της αύξησης του κόστους ιατρικής περίθαλψης σε συνδυασμό με την ανάγκη διατήρησης υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, η μεταρρύθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κρίνεται ως βασική προτεραιότητα των σύγχρονων κοινωνιών (Καλογερόπουλος και Χαραλάμπους 2019).

1.3.2 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδας, η υγεία ορίζεται ως συνταγματικό και δημόσιο αγαθό, καθώς ορίζεται ως δικαίωμα του κάθε πολίτη (άρθρο 5) «Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας» Επίσης σύμφωνα με το άρθρου 1 του νόμου «*Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση*». (<https://www.hellenicparliament.gr>). Ενώ σύμφωνα με τον Ν. 4238/2014 για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Π.Υ. και λοιπές διατάξεις, ορίζεται « *Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες*

είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία». Όμως η πολυτάραχη κοινωνική, πολιτική και οικονομική ζωή της χώρας σε βάθος δεκαετιών δεν βοήθησε στην ραγδαία ανάπτυξη της δημόσιας υγείας, αλλά αντίθετα η ανάπτυξη έγινε με βραδύς ρυθμούς και δράσεις που δεν συντονίζονταν από την κεντρική διοίκηση, αλλά αρχικά βασίστηκαν στον εθελοντικό και στη συνέχεια σε δράσεις αποσπασματικές με τη λειτουργία των ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών ανά τη χώρα. Έτσι κάθε σημαντικό κοινωνικό και οικονομικό γεγονός, όπως η λήξη των Παγκοσμίων Πολέμων, η Μικρασιατική καταστροφή, το οικονομικό κράχ του 1929 αλλά και οι αγώνες των εργαζομένων και των συνδικάτων για το δικαίωμα στην εργασία, την βελτίωση των συνθηκών εργασίας και το δικαίωμα στην κοινωνική ασφάλιση, έχουν συνδεθεί με κάποιο νομοθετικό διάταγμα που αφορά και το σύστημα υγείας (Μανιού και Ιακωβίδου 2009).

Η πρώτη πραγματικά συλλογική και οργανωμένη προσπάθεια για την οργάνωση του συστήματος υγείας, σχετικά με την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών, στα πλαίσια των περιφερειών, αποτελεί ο Ν. 2592/1953 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» όπου για πρώτη φορά αναφέρθηκαν σημαντικές ρυθμίσεις, ριζοσπαστικές για τα μέχρι τότε δεδομένα που αφορούσαν τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος (Κουρής, Σουλιώτης και Φιλαλήτης 2006). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσμοθετήθηκε μόλις το 1983, με το Ν. 1397/1983, όπου αποτελεί την πρώτη και την πιο σημαντική νομοθετική ρύθμιση για το Υγειονομικό Σύστημα της Ελλάδας η οποία υιοθετηθεί μια κοινή πολιτική για το σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μπορεί να χαρακτηριστεί ως μικτό σύστημα υγείας, που σημαίνει ότι εμφανίζει χαρακτηριστικά τόσο του Bismarck όσο και του μοντέλου Beveridge. Το μοντέλο Bismarck, στηρίζεται στον ενεργό ρόλο που διαδραματίζει η κοινωνική ασφάλιση, ενώ το μοντέλο Beveridge στηρίζεται στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό. Το σύστημα υγείας στηρίζεται στους φορείς ασφάλισης όπου μέσω αυτών κατοχυρώνεται η ασφάλιση των πολιτών και παρέχεται ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας οι οποίες παρέχονται τόσο από τις μονάδες του ΕΣΥ που αφορούν τα δημόσια νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας αλλά και τις μονάδες των ασφαλιστικών ταμείων, που συμπεριλαμβάνουν ιατρεία, ειδικά κέντρα και πολύιατρεία και τις ιδιωτικές παροχές μέσω των ιδιωτών γιατρών, των κλινικών, των διαγνωστικών κέντρων και των

διαγνωστικών εργαστηρίων. Στα ασφαλιστικά ταμεία, ασφαλιζονται όσοι παρέχουν εργασία εντός της χώρας, ανεξάρτητα εάν είναι Έλληνες υπήκοοι ή αλλοδαποί, όσοι εργάζονται ως μισθωτοί, ως ελεύθεροι επαγγελματίες και οι συνταξιούχοι, αλλά κατά μέλη της οικογένειάς τους, όταν δεν έχουν δικαίωμα στην ασφάλιση, ενώ υπό κάποιες προϋποθέσεις καλύπτεται και ο άνεργος πληθυσμός. Το σύστημα χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω της εφαρμογής άμεσων ή έμμεσων φόρων, τα ασφαλιστικά ταμεία που συγκεντρώνουν εισφορές από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες, όπου καλύπτουν το κύριο κόστος λειτουργίας των δημοσίων νοσοκομείων, των Κέντρων Υγείας και των υπηρεσιών υγείας μέσω των δομών του ιδιωτικού τομέα, που είναι συμβεβλημένες με τα ασφαλιστικά ταμεία. Όμως ένα πολύ σημαντικό ποσοστό των δαπανών υγείας (40%) προέρχεται από πληρωμές ιδιωτικές. Οι ιδιωτικές τομές που συμπεριλαμβάνουν κυρίως, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία, λειτουργούν συμπληρωματικά ως προς τις υποδομές του ΕΣΥ αλλά και των δομών που παρέχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Παρέχουν υπηρεσίες στα πλαίσια συμβάσεων που έχουν με τα ασφαλιστικά ταμεία, καλύπτοντας ανάγκες ΠΦΥ αλλά προσφέρουν και υπηρεσίες ιδιωτικά, οι οποίες καλύπτονται είτε από τους ίδιους τους ασθενείς, είτε από ασφαλιστικές εταιρείες για τους ασθενείς έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας (<https://ec.europa.eu>).

Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα, λειτουργεί προαιρετικά και όχι υποχρεωτικά όπως σε άλλες χώρες και διαδραματίζει ρόλο συμπληρωματικό ως προς τις παροχές υγείας. Στη χώρα μας η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης, εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το εισόδημα των πολιτών, η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται από τις δημόσιες δομές υγείας, η ευκολία της πρόσβασης στις δομές ΠΦΥ, τα φορολογικά κίνητρα που παρέχει το κράτος σε όσους ασφαλιζονται ιδιωτικά αλλά και την επιθυμία του κάθε πολίτη, να έχει υγειονομική κάλυψη συμπληρωματική, παρέχοντας τους ευελιξία ως προς την πρόσβαση σε γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και κλινικές ιδιωτικά. Σύμφωνα με δεδομένα από άλλες ευρωπαϊκές χώρες, το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα, παραμένει χαμηλό σε σχέση με άλλες χώρες αλλά συνεχώς εμφανίζονται ανοδικές τάσεις την αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης (Δημουλάς και Οικονόμου 2020).

Ο διορισμός των γιατρών στο ΕΣΥ, ορίζεται με τον Ν. 1579/1985, όπου ορίστηκε και η εφαρμογή μιας ενιαίας πολιτικής όσο αφορά τις αμοιβές όλων των επαγγελματιών υγείας.

Με τον Ν.2071/ 1992 γίνεται η πρώτη προσπάθεια αποκέντρωσης του συστήματος υγείας, ώστε να διαχειρίζονται οι δομές περιφερειακά, και έτσι υπάγονται στις νομαρχίες, ενώ δόθηκε η δυνατότητα στους γιατρούς να επιλέξουν, εάν θέλουν να εργαστούν είτε με καθεστώς πλήρους απασχόλησης, είτε με καθεστώς μερικής απασχόλησης, αλλά και να επιλέξουν εάν επιθυμούν να διατηρήσουν παράλληλα το δικαίωμα άσκησης των υπηρεσιών τους σε δημόσιες δομές ή ιδιωτικά. Με τον ίδιο νόμο ορίζεται και η ίδρυση των ιδιωτικών νοσοκομείων καθώς και της συμμετοχής των ασφαλισμένων με ένα ποσοστό τόσο για την αγορά φαρμάκων όσο και κατά την επίσκεψή τους σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων (Μανιού και Ιακωβίδου 2009). Με την ίδια διάταξη ιδρύεται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) αλλά και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Σταδιακά το κράτος διατηρεί ένα ρόλο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας αλλά και εποπτείας σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας των δημόσιων και ιδιωτικών δομών υπηρεσιών υγείας (Κουρής, Σουλιώτης και Φιλαλήθης 2006).

Με τον Ν.1397/ 1983 επιτρέπεται η ίδρυση των ιδιωτικών νοσοκομείων και με το Π.Δ. 247/1991, επιτρέπεται και η δημιουργία διαγνωστικών μονάδων που να λειτουργούν ανεξάρτητα μέσα στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Αυτό συμβάλλει στην αύξηση δημιουργίας ιδιωτικών νοσοκομείων καθώς δεν επιτρεπόταν να χορηγηθούν νέες άδειες ή να επεκταθούν οι παλιές άδειες, με αποτέλεσμα την ενίσχυση του ΕΣΥ. Οι στατιστικές δείχνουν την ραγδαία αύξηση της δημιουργίας διαγνωστικό κέντρων και εκτός των νοσοκομειακών δομών κατά την πενταετία 1990-1995 (Μανιού και Ιακωβίδου 2009).

Με τον Ν.2519/1997 δημιουργείται ο Ενιαίος Φορέας Υγείας και νομοθετείται εάν σύνολο από μηχανισμούς με στόχο τον έλεγχο των δαπανών υγείας.

Συμπεραίνουμε ότι το νοσοκομειακό σύστημα της χώρας στηρίζεται τόσο την παροχή δωρεάν όσο και ελεύθερης πρόσβαση του συνόλου των πολιτών στην υγειονομική περίθαλψη (Αντωνοπούλου 2008) και για την επιτυχή λειτουργία τους και παροχή ικανοποιητικών υπηρεσιών διακρίνει τις δομές που παρέχουν υπηρεσίες υγείας σε τρία

επίπεδα την Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας, την Δευτεροβάθμια φροντίδα Υγείας και την Τριτοβάθμια (Ντάνου και Ντάνου 2008).

Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μπορούμε να διακρίνουμε δύο βαθμίδες υπηρεσιών, όπως την πρωτοβάθμια φροντίδα που αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας προληπτικών και την πρωτοβάθμια περίθαλψη, που σχετίζεται τόσο με τις διαγνωστικές όσο και τις θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα υπάρχει με τις παρακάτω τέσσερις δομές:

- Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.): Κέντρα Υγείας σε αγροτικές περιοχές, Κέντρα Υγείας αστικού και ημιαστικού τύπου και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων, τα οποία χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και λιγότερο από τους ασφαλιστικούς φορείς.
- Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης: Πολυϊατρεία και πολυκλινικές τα οποία λειτουργούν και χρηματοδοτούνται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων.
- Υπηρεσίες υγείας από τις τοπικές αρχές: δημοτικά ιατρεία χρηματοδοτούμενα από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Ιδιωτικός τομέας: ιδιώτες γιατροί, διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών τα οποία χρηματοδοτούνται από εισφορές ιδιωτών, εθελοντικές εισφορές ή άλλους πόρους που σχετίζονται με την ιδιωτική ασφάλιση

Στα πλαίσια της Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία στο πλαίσιο διάγνωσης ή θεραπείας της ασθένειας. Στη Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, συμπεριλαμβάνονται υπηρεσίες υγείας εξειδικευμένες, που αφορούν τη διάγνωση ή τη θεραπεία μέσω ερευνητικών υπηρεσιών ή υπηρεσιών εκπαιδευτικού χαρακτήρα, όπως είναι τα εργαστήρια, οι κλινικές ή τα ερευνητικά Ινστιτούτα (Ντάνου και Ντάνου 2008).

Ο υγειονομικός τομέας συνίσταται από τρεις αυτόνομους τομείς, το ΕΣΥ, τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ιδιωτικό τομέα, οι οποίοι συντονίζονται από τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.Π, Ν.2889/2.3.2001).

Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας στηρίζεται στην λειτουργία και ανάπτυξη της ΠΦΥ και συγκεκριμένα μέσω των Κέντρων Υγείας. Στόχος είναι η λειτουργία ενός πλαισίου λειτουργία των υπηρεσιών υγείας ενιαία, στα πλαίσια πρόληψη, διάγνωσης και θεραπείας με επίκεντρο τους επαγγελματίες υγείας (Ντάνου και Ντάνου 2008).

Κατά την αξιολόγηση του συστήματος, δυστυχώς δεν επιτεύχθηκε ο βαθμός αποτελεσματικότητας του συστήματος ΠΦΥ όπως είχε αρχικά σχεδιαστεί, καθώς δεν κατάφερε να επιτευχθεί η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ενώ η χαμηλή χρηματοδότηση και τα αυξημένα ελλείματα της δημοσιονομικής πολιτικής, οδήγησα στην αδυναμία του συστήματος να λειτουργήσει αποδοτικά και αποτελεσματικά (Καθαράκη και συν 2004).

Παρόλο που το ΕΣΥ κατά την δημιουργία του στηρίχθηκε στο μοντέλο τους Βρετανικού Συστήματος Υγείας (NHS) και οι υπηρεσίες υγείας να μπορούν να παρέχονται ισότιμα προς κάθε πολίτη, χωρίς διακρίσεις που οφείλονται σε λόγους οικονομικούς, κοινωνικού ή επαγγελματικούς και με έμφαση στο ότι η υγείας αποτελεί ένα κοινωνικό αγαθό. Στη πορεία όμως εξελίχθηκε ως ένα μεικτό σύστημα καθώς η κοινωνική ασφάλιση, στηρίζεται πέρα την χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, στις ιδιωτικές πληρωμές που αποτελούν επίσης πολύς σημαντικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Βασικές Αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η έννοια της «πρωτοβάθμιας περίθαλψης» εκφράζει μια φιλοδοξία κοινωνικής δικαιοσύνης που στοχεύει στην ίση πρόσβαση στη βασική ιατρική περίθαλψη για όλους. Η «πρωτοβάθμια περίθαλψη» αναφέρεται επίσης σε οργάνωση συστημάτων εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Στις ανεπτυγμένες χώρες, υπάρχουν τρία μοντέλα οργάνωσης πρωτοβάθμιας περίθαλψης: το ιεραρχικό κανονιστικό μοντέλο στο οποίο βρίσκεται το σύστημα υγείας οργανώνεται γύρω από την πρωτοβάθμια περίθαλψη και ρυθμίζεται από το κράτος (Ισπανία/Καταλονία, Φινλανδία, Σουηδία): το ιεραρχικό επαγγελματικό μοντέλο όπου ο γενικός γιατρός είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας (Αυστραλία, Νέα Ζηλανδία, Κάτω Χώρες και Ηνωμένο Βασίλειο) και το μη ιεραρχικό μοντέλο στο οποίο η οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης επαφίεται στην πρωτοβουλία των επαγγελματιών υγείας (Γερμανία, Καναδάς).

Η εξέλιξη των συστημάτων υγείας μαζί με τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν ήδη από τη δεκαετία του 1990 και μετά έτεινε να φέρει τα διάφορα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας πιο κοντά. Ο όρος πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι μια ευρεία έννοια που φιλοδοξεί προς την κοινωνική δικαιοσύνη, ενώ στόχος είναι να εγγυηθεί την παγκόσμια προσβασιμότητα στη βασική ιατρική περίθαλψη. Αυτή η αρχή ήταν διατηρήθηκε ως το κύριο αίτημα της πρωτοβάθμιας όπως αυτή ορίστηκε κατά τη διάρκεια της Άλμα-Ατα το 1978, το συνέδριο που διοργάνωσε η Παγκόσμια Υγεία Οργανισμού (ΠΟΥ) και τα αποτελέσματα της οποίας επιβεβαίωσε με την ετήσια έκθεσή του για το 2008 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO 2008).

Τα συστήματα υγείας έχουν να αντιμετωπίσει από το 1900-1950 λοιμώδη νοσήματα, από το 1950-2000 οξείες παθήσεις, από το 2000 και μετά χρόνιες παθήσεις (LTCs-long term care) και από το 2019 και μετά το πρόβλημα της πανδημίας covid-19.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία μπορούμε να εντοπίσουμε τρεις προσεγγίσεις όσο αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη, κυρίως από αγγλοσαξονικές και σκανδιναβικές πηγές. Το κοινό τους είναι να έρθει σε επαφή ο ασθενείς με έναν επαγγελματία υγείας κατά την πρώτη τους επαφή τους με το σύστημα υγείας. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη ορίζεται ως ένα επίπεδο φροντίδας, όπου σε αυτό το πλαίσιο, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρουσιάζεται πάντα ως η βάση της πυραμίδας διαφοροποιώντας την έτσι από την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο δεν

τμηματοποιείται κατά ηλικία, φύλο, πρόβλημα υγείας ή οικονομική κατάσταση του ασθενούς και θα πρέπει να μπορεί να αντιμετωπίσει το 90% των προβλημάτων υγείας. Αντίθετα τα επίπεδα δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης είναι πιο εξειδικευμένα και επομένως παρέχουν τμηματοποιημένες υπηρεσίες. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στην ειδική ιατρική με την ευρεία έννοια του όρου (στην πόλη, ή στο νοσοκομείο), και το τριτοβάθμιο επίπεδο σε υψηλό επίπεδο τεχνολογικής ιατρικής που παρέχεται στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία).

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη πρώτου επιπέδου είναι παρέχει την είσοδο στο σύστημα υγείας παρέχοντας ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα προσβάσιμη από όλο τον πληθυσμό στο σύνολό του, τον συντονισμό και την ενσωμάτωση των απαραίτητων υπηρεσιών για υψηλότερα επίπεδα φροντίδας. Ο ρόλος του «φύλακα» της εισόδου στο σύστημα υγείας, αποδίδεται στον γενικό ιατρό ή τον κοινοτικό κέντρο υγείας και αποτελεί ένα παράδειγμα της ιεραρχικής οργάνωσης της φροντίδας σε επίπεδα. (Boerma, Rico and Saltman 2006)

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη ορίζεται ως συνδυασμός από λειτουργίες και δραστηριότητες και μπορεί να αναλυθεί είτε από τα γενικά χαρακτηριστικά που αποδίδονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (προσβασιμότητα και πρώτη επαφή, συνεχή φροντίδα, πληρότητα και συντονισμός), είτε από το περιεχόμενο και το εύρος της φροντίδας που παρέχεται. Από πλευράς υπηρεσιών, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχει άμεση πρόσβαση στους ασθενείς, έχοντας διάσταση γενική, κοινωνική και επικεντρώνεται σε άτομα και την οικογένειά τους, μπορώντας να θεμελιώσει μια γκάμα παρεχόμενων υπηρεσιών που περιλαμβάνει τρία βασικά χαρακτηριστικά: φροντίδα για προβλήματα υγείας που λειτουργούν με συνδυασμό προληπτικών, θεραπευτικών και θεραπειών αποκατάστασης, «ολοκληρωμένη» φροντίδα όπου η ασθένεια εξετάζεται σε ένα ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο και οργάνωση και εξορθολογισμό των «ειδικών» πόρων.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη ορίζεται από επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες από διαφορετικές ειδικότητες και διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης που δεν είναι πάντα συγκρίσιμα από τη μία χώρα στην άλλη, πχ. γενικοί ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, φυσιοθεραπευτές, παιδίατροι, γυναικολόγοι κ.α. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παραδοσιακά εξομοιώνεται με την γενική ιατρική αφού οι γενικοί ιατροί αποτελούν πάντα την πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας. Ο όρος «εκτεταμένη

πρωτοβάθμια περίθαλψη» που χρησιμοποιείται από ορισμένους συγγραφείς, αναφέρεται γενικά στην πρώτη επαφή ενός ασθενούς με επαγγελματίας υγείας. Αυτός ο ενδιάμεσος ορισμός, μεταξύ πρωτοβάθμιας περίθαλψης με την έννοια της γενικής ιατρικής και της ευρύτερης άποψη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη συμπεριλαμβανομένης της αίσθησης για κοινωνική δικαιοσύνη και προσβασιμότητα για όλους, στοχεύει στην ενσωμάτωση των συνεχιζόμενων αλλαγών που απαιτούνται από τα συστήματα υγείας. Αυτές κυρίως αφορούν την αναγνώριση ενός πλήθους επαγγελματιών και ειδών παρέμβασης στο τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και απαιτούν διεπαγγελματική συνεργασία και συντονισμό των παρόχων φροντίδας και φροντίδας με γνώμονα τον ασθενή (Starfield 1998).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του όλου συστήματος υγείας καθώς και της ευρύτερης κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της κοινότητας, να εξασφαλίσει όσο γίνεται μεγαλύτερης κοινοτικής συμμετοχής, να λειτουργήσει ως το πρώτο σημείο επαφής για την υγεία και τις κοινωνικές ανάγκες, να είναι μια διαδικασία που παρέχει επίσης συνεχή φροντίδα, επιστημονικά αξιόπιστη, πρακτική και οικονομικά προσιτή (WHO 1978).

Οι χώρες των οποίων τα συστήματα υγείας είναι περισσότερο με προσανατολισμό στην πρωτοβάθμια περίθαλψη επιτυγχάνουν καλύτερα επίπεδα υγείας, υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, καλύτερα αποτελέσματα υγείας, υψηλότερη ικανοποίηση από την υγειονομική περίθαλψη στο πληθυσμό, χαμηλότερο συνολικό κόστος υγειονομικής περίθαλψης και χαμηλότερη χρήση φαρμάκων (Macinko, Starfield and Shi 2003).

Οι χώρες με ισχυρά συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν καλύτερα αποτελέσματα υγείας και υγιέστερο πληθυσμό. Τα συστήματα υγείας που βασίζονται στην αποτελεσματική πρωτοβάθμια περίθαλψη με άρτια καταρτισμένους γενικούς γιατρούς, που ασκούν το επάγγελμα τους στην κοινότητα παρέχουν πιο οικονομικά και κλινικά αποτελεσματική φροντίδα, ενώ όσο υψηλότερη είναι η αναλογία των οικογενειακών γιατρών προς το πληθυσμό, τόσο χαμηλότερα είναι τα ποσοστά νοσηλείας (Starfield 2003).

Βασικοί πυλώνες της πρωτοβάθμιας υγείας θα πρέπει να είναι και οι τρεις, προσιτότητα, εύκολη πρόσβαση και ποιότητα (Jarman et al 1999).

Τα προγράμματα πληρωμής για απόδοση αποτελούν πλέον μέρος πολλών διεθνών πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας που σχετίζονται με την υγεία. Μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι οι ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης καλωσορίζουν την επιπλέον αμοιβή για απόδοση ως μέρος των καθημερινών διαδικασιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Lester et al 2013).

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στις ΗΠΑ, την Ευρώπη, την Αυστραλία, την Κίνα και σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Magrath and Nichter 2012). Το Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων (QOF) για την πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Αγγλία είναι το πιο εκτενές παράδειγμα μιας σημαντικής μεταρρύθμισης σε όλο το σύστημα που περιλαμβάνει αμοιβή για απόδοση. Τα στοιχεία για τον αντίκτυπο της αμοιβής για απόδοση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη εξακολουθούν να είναι σχετικά περιορισμένα, (Doran et al 2008; Hammouche, Holland and Steel 2011) με αντικρουόμενα ευρήματα σχετικά με το εάν η πληρωμή για απόδοση είναι μια οικονομικά αποδοτική χρήση των πόρων. Η πληρωμή για απόδοση μπορεί να έχει οδηγήσει σε ανεπαίσθητες αλλαγές στον ιατρικό επαγγελματισμό, καθώς μια μειοψηφία οικογενειακών γιατρών να δίνει πλέον προτεραιότητα στη δική τους αμοιβή και όχι στα συμφέροντα των ασθενών.

Οι Checkland and Harrison (2010) ορίζουν την κλινική αυτονομία ως «την ικανότητα των μεμονωμένων γιατρών να καθορίζουν τις δικές τους κλινικές πρακτικές και να αξιολογούν τις δικές τους επιδόσεις».

2.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας έχει στηριχθεί στην παροχή δωρεάν και ίσης προς όλους τους πολίτες να έχουν δυνατότητα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (Αντωνοπούλου 2008) και διακρίνεται σε τρία επίπεδα, την Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας, την Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διακρίνεται στην παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και περιλαμβάνει τόσο διαγνωστικές, όσο και θεραπευτικές υπηρεσίες (Ντάνου και Ντάνου 2008).

2.2.1 Επισκόπηση του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας την Ελλάδα

Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μπορεί να διακριθεί σε τρεις μεγάλες περιόδους. Κατά την πρώτη περίοδο (1833-1922) δημιουργούνται τα πρώτα ασφαλιστικά ταμεία, τα πρώτα νοσοκομεία και η ιατρική σχολή, καθώς θεσμοθετούνται και οι βασικοί νόμοι για την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος. Την δεύτερη περίοδο (1922-1945) η εισροή προσφύγων από την Μ. Ασία δημιούργησε την ανάγκη δημιουργίας 35 νέων προσωρινών υγειονομικών δομών, ιδρύεται το ΙΚΑ (Ν.6298/1934), το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Αντίληψης (Ν.2882/1992) και τίθενται οι προϋποθέσεις για την οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων (ΑΝ, 965/37). Η τρίτη περίοδος (1945-1974) σηματοδοτείται από τη δημιουργία του ΟΓΑ (Ν.4169/1961), υιοθετείται μια πιο αποκεντρωτική πολιτική και πολιτική ελέγχου των υπηρεσιών υγείας (ΝΔ. 2592/1953) και καθιερώνεται η υπηρεσία στην ύπαιθρο για τους γιατρούς το λεγόμενο αγροτικό. (ΝΔ.67/1968). Η τέταρτη περίοδος (1974 ως σήμερα) μπορεί να διακριθεί σε δύο περιόδους: αυτή πριν τη δημιουργία του ΕΣΥ και αυτή μετά τη δημιουργία του. Με το Ν. 1287/1982, ιδρύεται το ΚΕΣΥ, αργότερα με το Ν.1316/1983 ιδρύεται ο ΕΟΦ και την ίδια χρονιά (Ν1397/1983) θεσπίζεται και το ΕΣΥ, όπου δίνεται έμφαση στην ΠΦΥ με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας, καθιερώνεται η ύπαρξη γιατρού αποκλειστικής απασχόλησης και ακολουθούνται πολιτικές για αποκέντρωση, κοινωνικό έλεγχο και ενιαίο προγραμματισμό. Σχεδόν δέκα χρόνια μετά με το Ν. 2071/1992 θεσπίζονται σημαντικές αλλαγές στο ΕΣΥ, καθώς τα Κέντρα Υγείας παύουν να χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους, αλλά από τις Νομαρχίες και έτσι διακόπτεται η οργανωτική και διοικητική σύνδεση που είχαν μέχρι τότε. Το κράτος παύει να εξασφαλίζει πρόσβαση σε όλους τους πολίτες σε όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες και επιτρέπεται η λειτουργία και ιδιωτικών φορέων υγείας. Με τον Ν. 2194/1994, γίνονται πάλι αλλαγές και θεωρείται ότι είναι η πρώτη ουσιαστική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ. Τίθενται οι βάσεις για την οργάνωση του ΕΚΑΒ (Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας), η Υγειονομική Σχολή Αθηνών μετονομάζεται σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και θεσπίζεται η ανάγκη για συστηματικής μετεκπαίδευση των γιατρών που εργάζονται στο ΕΣΥ. Με το Ν. 2889/2001, ιδρύθηκαν 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας σε κάθε περιφέρεια της Ελλάδας, ως ΝΠΔΔ, ορίζεται ο θεσμός του Διοικητικού στα νοσοκομεία και του αναπληρωτή Διευθυντή, για νοσοκομεία πάνω από 400 κλίνες (Θεοφίλου 2020).

Με τον ίδιο νόμο ξεκίνησε ο θεσμός των τακτικών εξωτερικών ιατρείων στα νοσοκομεία που ανήκουν στο ΕΣΥ . Ο Ν2889/2001, τροποποιήθηκε σε κάποια σημεία με τον Ν. 3868/ 2010. Σύμφωνα με το Ν. 3868 ΦΕΚ 129/Α/3.8.2010, γίνεται η αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και καθιερώνεται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ, ενώ επεκτείνεται η λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων και επιτρέπεται η διενέργεια διαγνωστικών και άλλων θεραπευτικών ή επεμβατικών πράξεων και σε ωράριο πέρα του τακτικού. Επίσης ορίζεται ότι σε όλα τα νοσοκομεία τα οποία ανήκουν στο ΕΣΥ, τα τακτικά ιατρεία θα λειτουργούν σε καθημερινή βάση, τουλάχιστον σε τετράωρο και πρωινό ωράριο, ενώ είναι υποχρεωτική και η παρουσία ειδικευμένων ιατρών (Ν.3868/ 2010). Προαιρετικά συμμετέχουν οι μόνιμοι ειδικευμένοι γιατροί του νοσοκομείου, κάθε βαθμίδας, όπως πανεπιστημιακοί ιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, παραϊατρικό, επιστημονικό, διοικητικό προσωπικό και μη ιατρικό (Κουφάκης 2020).

2.2.2 Ο ρόλος του ΕΟΔΥ

Ο ΕΟΔΥ (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας) αποτελεί ΝΠΙΔ (Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, το οποίο ιδρύθηκε με το Ν. 4633/2019 και λειτουργεί κάτω από την εποπτεία του Υπουργού Υγείας. Ο ΕΟΔΥ ήρθε να αντικαταστήσει το προηγούμενο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, το οποίο και καταργήθηκε με τον Ν.4600/9.3.2019. Σκοπός της λειτουργία τους είναι η παροχή υπηρεσιών, με γνώμονα τη προστασία αλλά και τη βελτίωση της υγείας κάθε πολίτη και στόχο την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Για αυτό το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμο να ενισχύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας να λειτουργούν αποτελεσματικά και αποδοτικά για να αντιμετωπιστεί κάθε απειλή απέναντι στην ανθρώπινη υγεία από διάφορα μεταδοτικά νοσήματα. Αυτό θα επιτευχθεί μόνο με την έγκαιρη ανίχνευση αλλά και συστηματική αξιολόγηση και παρακολούθηση των κινδύνων αυτών. Παράλληλα, προωθούνται δράσεις με στόχο την επιδημιολογική επιτήρηση αλλά και την εκτίμηση του κινδύνου, αλλά και την γνωμοδότηση για θέματα επιστημονικά, την παροχή πληροφορικών, αξιόπιστων και συγκρίσιμων, σχετικά με επιδημιολογικά στοιχεία, σε διάφορους φορείς σε επίπεδο εθνικό, ευρωπαϊκό αλλά και διεθνές επίπεδο. Επίσης ο ΕΟΔΥ, παρέχει εκπαίδευση, επιμόρφωση και κατάρτιση τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των πολιτών για τους σοβαρούς υγειονομικούς κινδύνους εγκυμονούν, αλλά και για την ευαισθητοποίηση των πολιτών και την ενημέρωσή τους για θέματα δημόσια υγείας. Ο ΕΟΔΥ, συνεργάζεται με τις άλλες

ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και τους διεθνείς οργανισμούς στα πλαίσια του επιχειρησιακού σχεδιασμού και υλοποίησης προληπτικών δράσεων ή δράσεις με χαρακτήρα παρεμβατικό αλλά και σχέδια ετοιμότητας για να αντιμετωπιστούν έκτακτοι κίνδυνοι. Ο ΕΟΔΥ έχει τρία κύρια όργανα διοίκησης:

- α) Το επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ).
- β) Τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου και
- γ) Δύο Αντιπροέδρους όπου ο ένας είναι αρμόδιος για τα μεταδοτικά νοσήματα και ο άλλος είναι υπεύθυνο για τα μη μεταδοτικά νοσήματα (<https://eody.gov.gr>).

2.3 Τα δίκτυα ΠΦΥ στην Ελλάδα

2.3.1 Τα Κέντρα Υγείας & Τα Περιφερειακά Ιατρεία

Τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία, ψηφίστηκαν με το Ν.1397/1983 και δημιουργούνται σε εκάστοτε νομό της Ελλάδας, όπου θεωρούνται ως οργανωτικές αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομειακών δομών της κάθε περιφέρειας. Ο ίδιος νόμος καθορίζει και τις περιοχές ευθύνης του κάθε Κ.Υ και Π.Ι., ενώ το προσωπικό που εργάζεται στις δομές αυτές, υπάγονται στη νοσοκομειακή δομή που υπάγεται και το αντίστοιχο Κ.Υ. και Π.Ι., καθώς οι δύο δομές διασυνδέονται οργανικά συνεργάζονται επιστημονικά. Τα Κ.Υ λειτουργούν με τακτικό καθημερινό ωράριο ενώ είναι σε εφημερία για το υπόλοιπο της ημέρας. Τα Π.Ι. παρέχουν και αυτά υπηρεσίες επί 24ώρου βάσεως ενώ κάποια άλλα κέντρα μπορεί να λειτουργούν με συγκεκριμένο ωράριο, προκαθορισμένων ημερών και ωρών.

Αργότερα ο Ν. 2889/2001 εισάγει την εφαρμογή του αποκεντρωτικού μοντέλου, διοίκησης, που αποτελεί κύρια καινοτομία στο χώρο της υγείας και την οποία ζητούσε και ο Έλληνας πολίτη, ως χρήστης των υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος αυτός επέφερε μια ριζική μεταρρυθμιστική αλλαγή, η οποία δημιούργησε ριζικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, καθώς οι αρμοδιότητες μεταφέρονται από τη κεντρική διοίκηση προς την περιφέρεια.

2.3.2 Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομειακών μονάδων

Τα τμήματα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων αποτελούν αυτόνομα οργανωμένα τμήματα, τα οποία παρέχουν ΠΦΥ και Δευτεροβάθμια Περίληψη, ενώ καλύπτουν την υποδοχή και εξυπηρέτηση ασθενών και με χρόνιες παθήσεις. Οι ανάγκες επείγουσας

ιατρικής περίθαλψης καλύπτονται από τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π) τα οποία εφημερεύουν όλο το 24ωρο όλες τις μέρες του χρόνου σε κάποια νοσοκομεία.

Τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία λειτουργούν από Δευτέρα ως Παρασκευή και η επίσκεψη σε αυτά γίνεται κατόπιν προγραμματισμένης επίσκεψης, ραντεβού που κλείνεται στη γραμματεία των εξωτερικών ιατρείων ή τηλεφωνικά στο 1535. Τα ραντεβού για κάθε μήνα ανοίγουν στις 25 κάθε μήνα και κανονίζονται τα ραντεβού για τον επόμενο μήνα, όπου εάν πέσει Σαββατοκύριακο ανοίγουν την επόμενη εργάσιμη μέρα. Στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία λειτουργούν τα αντίστοιχα ιατρεία: Διαβητολογικό, Δερματολογικό – Αφροδοσιακό, Εμβολιασμών, Γενικής Ιατρικής, Καρδιολογικό, Προληπτική Καρδιολογία, Μαιευτικό -Γυναικολογικό, Νευρολογικό, Οδοντιατρικό, Ορθοπεδικό, Ουρολογικό, Οφθαλμολογικό, Παιδιατρικό, Πνευμονολογικό, Χειρουργικό, Γαστρεντερολογικό, Ηπατολογικό, Ιδιοπαθών Φλεγμονωδών Παθήσεων Εντέρου, Φυσιολογικό, Νεφρολογικό, Παθολογικό, Υπερτασιολογικό, Αιματολογικό, Αγγειοχειρουργικό, Δερματολογικό και Χαρτογράφηση Σπίλων, ΩΡΛ, Γναθοχειρουργικό, Νευρολογικό, Ενδοκρινολογικό, Πόνου. Αλλά και εργαστήρια όπως Μικροβιολογικό – Βιοχημικό – Αιματολογικό και Ακτινοδιαγνωστικό (<https://ghsitia.gr>). Βέβαια στο κάθε νοσοκομείο, λειτουργούν διαφορετικά τμήματα.

Πολλές φορές στο τμήμα των Τ.Ε.Ι. λειτουργούν τμήματα επειγόντων περιστατικών, ανάλογα με τις εφημερίες που ορίζει το Υπουργείο Υγείας. Στόχος είναι η άμεση και εξειδικευμένη παροχή φροντίδας για επείγουσα νοσηλεία στους ασθενείς. Για αυτό λειτουργούν τμήματα Ω.Ρ.Λ., γναθοχειρουργικό, ενώ πραγματοποιούνται στα ιατρεία πραγματοποιούνται και μικροεπεμβάσεις πλαστικής χειρουργικής (<http://www.gnagennimatas.gr>). Αντίστοιχα τμήματα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων λειτουργούν και στα Νοσοκομεία Ψυχικής Υγείας, όπως Νευρολογικά Ιατρεία, Ψυχιατρικά Ιατρεία. Λειτουργούν επίσης πρωινά και απογευματινά ιατρεία, όπου λειτουργούν και σε ιδιωτική βάση, όπου ο ασθενής μπορεί να επιλέξει τον ιατρό του, επί πληρωμή. Μάλιστα στην ιστοσελίδα του Αιγινήτειου Νοσοκομείου είναι αναρτημένη λίστα με ιατρούς και τις αμοιβές τους (<https://eginitio.uoa.gr>).

2.3.3 ΕΟΠΠΥ

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) αποτελεί ΝΠΔΔ (Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου) που λειτουργεί υπό την εποπτεία του

Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Συστάθηκε με το Ν. 3918/ΦΕΚ2456/2011 ενώ ξεκίνησε τη λειτουργία του από την 1/1/2012. Στο ΕΟΠΥΥ εντάσσεται η πλειοψηφία των ασφαλιστικών ταμείων, καθώς η λειτουργία του προέκυψε από την συνένωση 7 ασφαλιστικών Ταμείων του:

- ΙΚΑ-ΕΤΑΜ – Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- ΟΓΑ – Οργανισμό Γεωργικής Ασφάλισης
- ΟΑΕΕ- Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
- ΟΠΑΔ – Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
- ΤΥΥΔΚΥ- Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων
- Οίκος Ναύτου και
- ΤΑΥΤΕΚΩ – Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας

όπου στόχος ήταν η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες από έναν ενιαίο εθνικό φορέα όπως ορίστηκε κατά τη σύστασή του, ενώ αποτελεί τον κύριο ασφαλιστικό φορέα, ως και αγοραστή υπηρεσιών υγείας (Ν. 4238/ΦΕΚ 38/2014).

Παράλληλα υπάρχει ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) ΦΕΚ 2456-3/11/2011 και το ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) που παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (<https://ec.europa.eu>). Ο ΕΟΠΠΥ έχει τον ρόλο του μεγαλύτερου αγοραστή παροχών υγείας και φορέα αποζημίωσης φαρμάκων. Παρόλο που σκοπός ήταν να είναι ο μεγαλύτερος ελεγκτής της ορθολογικότητας των πρακτικών συνταγογράφησης, ο έλεγχος που υλοποιεί σήμερα, δυστυχώς περιορίζεται σε ένα σύστημα στατιστικής εποπτείας, που σε βάθος χρόνου εμφανίζεται ως μια γραφειοκρατική διεκπεραίωση και νομικής υποχρέωσης, αντί να λειτουργεί ως ένα αποτελεσματικό σύστημα μελέτης, επεξεργασίας δεδομένων αλλά και διαλόγου με τους φορείς παρόχων των φαρμάκων και τους ιατρούς που συνταγογραφούν φάρμακα. Έτσι ο ρόλος του έχει περιοριστεί στην επιβολή μόνο προστίμων (Αγγελούδου 2020).

Οι δικαιούχοι του ΕΟΠΥΥ εξυπηρετούνται για ιατρικές υπηρεσίες είτε από συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς, είτε από μη συμβεβλημένους αλλά πιστοποιημένους γιατρούς για συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων. Επίσης μπορούν να εξυπηρετηθούν από τα πολυϊατρεία και τα ιατρεία του οργανισμού τις

Μονάδες Υγείας, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά και Αγροτικά Ιατρεία και τα Εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ (Εθνικού Συστήματος Υγείας) (<https://www.kounellas-iatriki.gr>).

Ο ΕΟΠΥΥ φιλοδοξεί να φέρει ξανά τον ασφαλισμένο στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας, ενώ στόχος του είναι να εξασφαλίσει ισότιμη πρόσβαση στο ενιαίο σύστημα παροχών υπηρεσιών υγείας, όλου του πληθυσμού, με απώτερο σκοπό την πρόληψη, τη προαγωγή, τη βελτίωση, την αποκατάσταση, τη διατήρηση και τη προστασία της υγείας όλων των πολιτών. Για να επιτευχθεί αυτό συντονίζει και ελέγχει τη λειτουργία των φορέων που συμμετέχουν σε αυτόν, με τη θέσπιση κατάλληλων κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικής λειτουργίας τους (Μαρκάκη, Μάρκατση και Σαρρή 2015).

Στα πλαίσια του περιορισμού της εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, ο ΕΟΠΥΥ έχει εντάξει τις έννοιες του clawback και του rebate) στις συμβάσεις που κάνει με τους παρόχους υγείας. Συγκεκριμένα, οι φαρμακευτικές εταιρείες αλλά και οι ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών υγείας, όπως είναι τα διαγνωστικά κέντρα, οι κλινικές, τα διαγνωστικά ιατρεία κλπ, επιστρέφουν ετησίως στο δημόσιο ένα χρηματικό ποσό, ίσο με την ετήσια υπέρβαση του προϋπολογισμού που έχει ο ΕΟΠΥΥ, γνωστό ως αυτόματη επιστροφή φαρμακευτικής δαπάνης, clawback. Επιπλέον οι φαρμακευτικές εταιρείες αλλά και οι κάτοχοι αδειών για κυκλοφορία φαρμάκων και τα φαρμακεία, καλούνται να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ, ένα χρηματικό ποσό ανάλογα τις πωλήσεις κάθε φαρμάκου που καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ, γνωστό ως rebate (Πάνου 2021).

2.3.4 Ο Θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού

Ήδη από το 1978, η διακήρυξη της Alma Ata, ο Παγκόσμιο Οργανισμός Υγείας τόνιζε ότι σε όλες τις χώρες θα έπρεπε να επαναπροσδιοριστεί η στρατηγική που ακολουθούν τα Συστήματα Υγείας, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγής Υγείας. Κεντρική θέση σε αυτή τη στρατηγική έχει ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος έχει υιοθετηθεί επιτυχώς από πολλές ευρωπαϊκές χώρες, αλλά στην Ελλάδα δεν έχει επιτευχθεί. Η επίσημη σελίδα του Υπουργείου Υγείας αναφέρει ότι «Ο οικογενειακός ιατρός είναι μια νέα, δωρεάν λειτουργία του ΕΣΥ. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής σας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και μεταξύ άλλων λειτουργεί ως σύμβουλος υγείας και πλοηγός σας σε αυτό. Μέσω της εφαρμογής μπορείτε να δηλώσετε τον οικογενειακό ιατρό της επιλογής σας» (<https://www.idika.gr>). Με το Ν 1397/1983, εισάγεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού στο

πλαίσιο της οργάνωσης των Κέντρων Υγείας. Στόχος ήταν να αναλάβει την φροντίδα ενός αριθμού ατόμων συγκεκριμένων σε λίστα, κατευθύνοντας τους ασθενείς προς εξειδικευμένους ιατρούς, τα εργαστήρια των Κέντρων Υγείας και τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων.

Αναφορά του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, προβάλλει το πρόβλημα που υπάρχει στη χώρα για την ανασυγκρότηση τους ΠΦΥ και συγκεκριμένα του ρόλου του οικογενειακού γιατρού τόσο στην πρόληψη, όσο και στην θεραπεία ασθενών, καθώς 8 στους 10 πολίτες δεν έχουν οικογενειακό γιατρό να απευθυνθούν (Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος 2020).

Ως Παγκόσμια Ημέρα Οικογενειακού Ιατρού (World Family Doctor Day) έχει οριστεί η 19^η Μαΐου, η οποία ανακηρύχθηκε για πρώτη φορά από τη WONCA το 2010 και έχει αποτελεί ημέρα ανάδειξης του ρόλου και της συμβολής των οικογενειακών γιατρών και των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο. Αυτή η γιορτή είναι αποτελεί αφορμή για να αναγνωριστεί ο κεντρικός ρόλος των Οικογενειακών Γιατρών στην παροχή προσωπικής, ολοκληρωμένης και συνεχούς υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους ασθενείς. Είναι επίσης μια ευκαιρία να γιορτάσουμε την πρόοδο που σημειώνεται στην οικογενειακή ιατρική και τις ειδικές συνεισφορές των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας παγκοσμίως (<https://www.globalfamilydoctor.com>).

2.3.5 Ο Ρόλος των ΤΟ.Μ.Υ

Οι ΤΟ.Μ.Υ (Τοπικές Μονάδες Υγείας), αποτελούν ομάδες παροχής ΠΦΥ, οι οποίες στελεχώνονται από μια ολιγομελή ομάδα που αποτελείται από επαγγελματίες υγείας και αποστολή τους είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό που είναι υπό την ευθύνη του. Μπορούμε να επισημάνουμε τρεις κύριους άξονες που επικεντρώνονται οι στόχοι των ΤΟ.Μ.Υ. Πρώτος είναι η διασφάλιση της προσβασιμότητας του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας αλλά και η αδιάλειπτη παροχή φροντίδας σύμφωνα με τις ανάγκες τους εκάστοτε πληθυσμού. Δεύτερον η παροχή ολιστικής, αποτελεσματικής, ασφαλή παροχή υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με ανθρωποκεντρικό μοντέλο που εστιάζεται στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Τρίτον την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής υπηρεσιών υγείας και στον υγιή πληθυσμό. Ειδικά όμως την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και για τους

νοσούντες, με έμφαση και στους χρόνιους νοσήσαντες και την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας, όπως είναι ο εμβολιασμός του πληθυσμού και οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας κλπ (<https://www.2dype.gov.gr>).

Η λειτουργία των Το.Μ.Υ. συμβάλλει στην καθολική αλλά και την δωρεάν πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες ΠΦΥ, χωρίς διακρίσεις, γεγονός που συμβάλλει στην μείωση των ανισοτήτων τόσο κατά την πρόσβαση όσο και κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με το Ν4461/2017, οι Το.Μ.Υ. συγκροτούνται ως αποκεντρωμένες μονάδες υγείας μετά από απόφαση του διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ) και στελεχώνονται από επαγγελματίες υγείας και διοικητικό προσωπικό (σε σύνολο 12 ατόμων) που στόχος τους είναι η ενίσχυση και η αναβάθμιση των παροχών υγείας που παρέχονται από τις λοιπές δομές ΠΦΥ. Έτσι απευθύνονται σε στο συγκεκριμένο πληθυσμό που είναι εγγεγραμμένος στην οικεία ΥΠΕ, λειτουργώντας ως μονάδες οικογενειακής ιατρικής. Έτσι οι στόχοι τους επικεντρώνονται τόσο στην προαγωγή όσο και την αγωγή υγείας όσο και στην ανάπτυξη δράσεων και την υλοποίηση ενεργειών προαγωγής της υγείας, σε όλο το φάσμα της κοινότητας (σχολικές μονάδες, εργασιακό περιβάλλον, οικογένεια) σε συνεργασία με λοιπές δομές παροχής κοινωνικής φροντίδας. Τέλος σε συνεργασία με τις υπηρεσίες υγείας, επικεντρώνονται στη πρόληψη, την εκτίμηση και την διαχείριση του κινδύνου τόσο για μεταδιδόμενα όσο και μη μεταδιδόμενα νοσήματα (<https://www.espa.gr>).

Ο ρόλος των Το.Μ.Υ. ήταν καθοριστικός για την αντιμετώπιση της πανδημίας καθώς υποστήριξε τις δράσεις της ΠΦΥ. Έτσι τον Απρίλιο του 2020, δημιουργούνται ειδικές κινητές ομάδες υγείας με σκοπό από τη μία να δημιουργηθεί ένα δίκτυο από νοσηλευτές που να μπορέσει να υποστηρίξει τις υπηρεσίες νοσηλευτικές φροντίδας που παρέχονται κατ' οίκον, ενώ στελεχώθηκαν κατάλληλα για να μπορέσουν να έχουν κινητά συνεργεία, που έφτασαν τα 500 για να μπορέσουν να καλύψουν τις ανάγκες σε όλη την Ελλάδα ως προς τον εντοπισμό των κρουσμάτων. Παράλληλα στελεχώθηκε και εξοπλίστηκε κατάλληλα ένα ειδικό τηλεφωνικό κέντρο το 1135 που λειτούργησε στα πλαίσια του ΕΟΔΥ, με στόχο να παρέχει κάθε είδους πληροφορίες σχετικά με την πανδημία, παράλληλα το κέντρο λειτούργησε για να διαχειριστεί διάφορες κλήσεις που αφορούν τη λήψη δείγματος από βιολογικό υλικό για διερεύνηση ύποπτου κρούσματος αλλά και την διενέργεια ελέγχων κατ' οίκον (<https://covid19.gov.gr>).

Οι Κ.Ο.Μ.Υ. Ειδικού Σκοπού ορίζονται ως πρωτοβάθμιες μονάδες παροχής φροντίδων υγείας, οι οποίες εντάσσονται λειτουργικά στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.), ενώ οι περιοχές που δραστηριοποιούνται στην Επικράτεια ορίζονται από τον ΕΟΔΥ σύμφωνα με την υλοποίηση της στρατηγική που ακολουθεί για τον έλεγχο του πληθυσμού, με γνώμονα την προτεραιότητα που πρέπει να δίνεται στους τοπικούς ελέγχους συγκεκριμένων γεωγραφικών περιοχών ανά την επικράτεια και ανάλογα τις ανάγκες που προκύπτουν κατά την εξέλιξη της πανδημίας.

Οι ειδικές κινητές αυτές μονάδες νοσηλευτών (Κο.Μ.Υ. νοσηλευτών) λειτούργησαν σε όλη την επικράτεια, ενώ συνεργάστηκαν στενά με άλλες μονάδες παροχής υγείας. Ο ιατρός θεωρείται επόπτης της κάθε Κο.Μ.Υ, ή ο γιατρός της οικείας Διεύθυνσης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ) όπου η Κο.Μ.Υ. δραστηριοποιείται, οπότε η δομή αποτελείται τουλάχιστον από δύο άτομα, που συμπεριλαμβάνουν και έναν νοσηλευτή και ένα οδηγό για τα οχήματα των δομών (<https://eody.gov.gr>).

Ο στόχος τους ήταν να ενισχύσουν την διάγνωση των κρουσμάτων και την επιτήρησή τους, ειδικά για την υλοποίησης διαγνωστικών εξετάσεων και τεστ για αντισώματα στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού αλλά και στους ενοίκους κλειστών δομών (κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων κλπ), στις μονάδες χρόνιων πασχόντων, σε ψυχιατρικές κλινικές, δομές που φιλοξενούν πρόσφυγες, στα κέντρα αιμοκάθαρσης κλπ (<https://eody.gov.gr>).

Ο ΕΟΔΥ, με τη χρήση των Κο.Μ.Υ. διασκορπισμένες ανά την Ελλάδα, εντατικοποίησε τους ελέγχους για την ανίχνευσή των κρουσμάτων και την άμεση προσπάθεια προστασίας της δημόσιας υγείας. Η επιτυχία της λειτουργίας των δομών αποτυπώνεται από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν ήδη από το πρώτο μήνα λειτουργίας τους όπου ελέγχθηκαν πάνω από 25.000 δείγματα σε πάνω από 1000 αποστολές που έγιναν και στις 30 Περιφερειακές Ενότητες της Ελλάδας (<https://eody.gov.gr>).

2.4 Έρευνες για την αξιολόγηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Τα χαρακτηριστικά της γενικής κοινωνικής πολιτικής που ασκείται σε επίπεδο δημόσιας υγείας και η άμεση εξάρτησή της από την εκάστοτε πολιτική εξουσία, που χαρακτηρίζουν το τρόπο ανάπτυξης τους συστήματος υγείας στην Ελλάδα, επηρεάζει τον τρόπο λειτουργίας των δομών της δημόσιας υγείας, καθώς δεν λειτουργούν

αυτοδύναμα και δεν μπορούν να αυτοδιοργανωθούν (Χλέτσος 2008). Το σύστημα υγείας αποτελεί μέρος ενός υποσυστήματος που σχετίζεται με την κοινωνική προστασία και με όρους οικονομικούς θα πρέπει να είναι αποτελεσματικό οικονομικά και με όρους κοινωνικούς να είναι δίκαιο κοινωνικά. Αποτελεσματικό σημαίνει ότι επιτυγχάνει να παράγει υπηρεσίες υγείας στο μέγιστο δυνατό αλλά με το μικρότερο κόστος και από την άλλη να μπορεί να παρέχει ίση πρόσβαση χωρίς διακρίσεις από όλους τους πολίτες προς τις υπηρεσίες υγείας.

Από το 1983 που ξεκίνησαν οι κύριες μεταρρυθμίσεις για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, παρατηρούμε την ανάγκη να δημιουργηθεί ένα σύστημα υγείας που θα κατάφερνε να καλύψει τις ανάγκες πρόσβαση στο σύστημα υγείας κάθε κατοίκου. Για αυτό και παρατηρούμε την δημιουργία κέντρων υγείας αγροτικών και νοσοκομείων πανεπιστημιακών, στις περιφέρειες και τις πιο απομακρυσμένες περιοχές (WHO 1996). Παρά την προσπάθεια της λειτουργία ενός αποκεντρωτικού μοντέλου, δεν έγινε εφικτό αυτό να λειτουργήσει αποτελεσματικά και σύμφωνα με τον αρχικό σχεδιασμό που εστίαζε στην αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας λόγω της οργάνωσης και διοίκησης τους κράτους που στηρίζεται στην ακαμψία και την γραφειοκρατία. Αυτή η δυσκολία των δομών υγείας και ειδικά των νοσοκομειακών μονάδων να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, οδήγησε σε συνεχή αύξηση του ελλείματος του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία, γεγονός που ενίσχυσε την οικονομική εξάρτηση του συστήματος από τις κρατικές επιχορηγήσεις (Καθαράκη και συν 2004)

Ο μέσος Έλληνας πολίτης δεν είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Υπάρχει ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ανισότητα στις παροχές. Πολίτες ασφαλισμένοι σε διαφορετικά ασφαλιστικά Ταμεία έχουν διαφορετικές ασφαλιστικές παροχές. Η διαφορετικότητα στις παροχές δεν οφείλεται τόσο στο ύψος των καταβαλλόμενων ασφαλιστικών εισφορών, αλλά κυρίως στη διαφορετικότητα των ασφαλιστικών Ταμείων. Αυτό έχει ως συνέπεια τη διόγκωση των ανισοτήτων και το διαχωρισμό των Ελλήνων πολιτών σε ασφαλισμένους πολλών και διαφορετικών ταχυτήτων. Επί σειρά ετών ο έντονος πελατειακός ρόλος του κράτους επίδρασε πάνω στον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί και οργανώνεται το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, για αυτό και οι μεταρρυθμίσεις που χρειάζονται να γίνουν, επικεντρώνονται τόσο στην μείωση των δαπανών για την υγεία, όσο και την

βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, που παραμένει χαμηλή με αποτέλεσμα το σύστημα να μην πετυχαίνει τους στόχους του.

Ταυτόχρονα το σύστημα υγείας εμφανίζει τεράστια δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν σημαντικά και τη συνολική δημοσιονομική κατάσταση της χώρας. Ως εκ τούτου σήμερα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι αντιμέτωπο με δύο σημαντικές προκλήσεις: να περιορίσει τα δημοσιονομικά ελλείμματα και να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το πρόβλημα επιδεινώθηκε ακόμα περισσότερο κατά την διάρκεια της παγκόσμιας αλλά και της ελληνικής οικονομικής κρίσης την τελευταία δεκαετία, καθώς υπήρξε περαιτέρω μείωση των δαπανών για την υγεία ενώ οι ανάγκες αυξάνονται (Kaitelidou and Kouli 2012) αλλά η δημόσια χρηματοδότηση συνεχώς περιορίζεται. Η αύξηση της ανεργίας, δυσχεραίνει την είσπραξη εσόδων από τα ασφαλιστικά ταμεία που και αυτά με τη σειρά τους εμφανίζουν ελλείμματα και αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες. Παρόλο που το σύστημα είναι μικτό και θεωρείται ότι είναι πιο ευέλικτο να αντιμετωπίσει τέτοιες δυσκολίες, παρόλο αυτά δυσκολεύεται να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών (Μαζαράκη 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

3.1 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες

3.1.1 Αγγλία

Το NHS (National Health System) δημιουργήθηκε το 1948 και από τότε ο πληθυσμός της χώρας έχει αυξηθεί και οι άνθρωποι ζουν περισσότερο. Πολλοί άνθρωποι ζουν με μακροχρόνιες παθήσεις όπως ο διαβήτης και οι καρδιακές παθήσεις ή υποφέρουν από προβλήματα ψυχικής υγείας και πιο συχνά μπορεί να χρειάζεται να έχουν πρόσβαση στις τοπικές υπηρεσίες υγείας. Για να καλύψουν αυτές τις ανάγκες, οι ιατρικές υπηρεσίες συνεργάζονται με την κοινότητα, τις δομές ψυχικής υγείας, κοινωνικής φροντίδας, το φαρμακείο, το νοσοκομείο και τις εθελοντικές υπηρεσίες που έχουν σχηματιστεί τοπικά ανά περιοχή, γνωστών ως δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Networks). Τα PCN βασίζονται στις υπάρχουσες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και δίνουν ευκαιρίες για παροχή ευρύτερης προληπτικής, εξατομικευμένης, συντονισμένης και πιο ολοκληρωμένης υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας για τα άτομα που βρίσκονται κοντά στις δομές. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχουν το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, λειτουργώντας ως σημείο εισόδου στο NHS. Για αυτό η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει υπηρεσίες γενικής ιατρικής, κοινοτικού φαρμακείου, οδοντιατρικής και οφθαλμολογίας (<https://www.england.nhs.uk>).

Οι κλινικοί γιατροί το περιγράφουν ως αλλαγή από την ενεργή παροχή ραντεβού στην προληπτική φροντίδα των ανθρώπων και των κοινοτήτων που εξυπηρετούν. Καθένα από τα 1.250 PCN σε όλη την Αγγλία βασίζεται σε λίστες εγγεγραμμένων ασθενών με GP και συνήθως εξυπηρετούν κοινότητες 30.000 έως 50.000 ατόμων, με κάποια ευελιξία. Οι γενικοί ιατροί (General Practice) θεραπεύουν όλες τις κοινές ιατρικές καταστάσεις και παραπέμπουν τους ασθενείς σε νοσοκομεία και άλλες ιατρικές υπηρεσίες για επείγουσα και εξειδικευμένη θεραπεία. Επικεντρώνονται στην υγεία ολόκληρου του ατόμου συνδυάζοντας σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές της φροντίδας. (<https://www.healthcareers.nhs.uk>) Τα PCN είναι αρκετά μικρά ώστε να παρέχουν την προσωπική φροντίδα που εκτιμούν τόσο οι άνθρωποι όσο και οι γιατροί, αλλά αρκετά μεγάλα ώστε να έχουν αντίκτυπο και οικονομίες κλίμακας μέσω της καλύτερης συνεργασίας μεταξύ των ιατρικών ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας στο τοπικό σύστημα υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Τα PCN καθοδηγούνται

από κλινικούς διευθυντές που μπορεί να είναι γενικός ιατρός, νοσηλευτής γενικής ιατρικής, κλινικός φαρμακοποιός ή άλλο κλινικό επάγγελμα που εργάζεται στη γενική ιατρική. Πάνω από το 99% των γενικών ιατρών αποτελούν μέρος ενός PCN, οι οποίοι εγγράφονται στο εθνικό δίκτυο Network Contacts DES οποίο αναφέρει λεπτομερώς τις βασικές απαιτήσεις και τα δικαιώματά τους (Xu et al 2020a)

Τα PCN παρέχουν ένα νέο τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας που επιτρέπει στις υπηρεσίες υγείας και σε άλλες υπηρεσίες να συνεργάζονται για να παρέχουν καλύτερη πρόσβαση στους ασθενείς (<https://www.england.nhs.uk>).

Τα γενικά ιατρεία είναι μικρές επιχειρήσεις που ανήκουν σε ιατρούς, αλλά έχουν σημειωθεί σημαντικές αλλαγές τα τελευταία 20 χρόνια. Παρουσιάστηκε αύξηση του μέσου όρου του αριθμού ασθενών που εξυπηρετούν ανά περιφέρεια. Από 5726 ασθενείς το 2000 σε 6610 ασθενείς το 2010, ενώ το ποσοστό των ατομικών ιατρείων μειώθηκε από 22,8% σε 14,5%. Ο μέσος αριθμός ασθενών που ανήκουν ανά γενικό ιατρό (GP, μειώθηκε από 1795 σε 1567 ασθενείς. Υπήρξε μια σταθερή αύξηση των νοσηλευτών που απασχολούνται από γενικούς ιατρούς και πιο πρόσφατα σε συνεργάτες τους που απασχολούν χαμηλότερα αμειβόμενους γιατρούς αντί να αποκτούν νέους εταίρους που να συμμετέχουν στα κέρδη. Οι νοσηλευτές είναι σε θέση να υποκαταστήσουν τους γενικούς ιατρούς σε πολλές πτυχές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης χωρίς απώλεια ποιότητας (Laurent et al 2005). Η αυξανόμενη χρήση νοσηλευτών στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών έχει συσχετιστεί με βελτιώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης (Griffiths et al 2010).

Μια τυπική ομάδα ιατρείου μπορεί να αποτελείται από 5 ή 6 γενικούς γιατρούς, ένα νοσηλευτή, 2 ή 3 νοσοκόμες και 6 με 10 άτομα ρεσεψιόν και διοικητικό προσωπικό. Τα ιατρεία αυτά συνεργάζονται στενά με μια ευρύτερη, συχνά συστεγαζόμενη ομάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που απασχολούνται και αναφέρονται απευθείας στο NHS. Αυτή η ευρύτερη ομάδα μπορεί να περιλαμβάνει νοσοκόμες περιφέρειας, οι οποίες παρέχουν κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, επισκέπτες υγείας, προσωπικό για φροντίδα σε παιδιά, μαίες, κοινοτικές ψυχιατρικές νοσοκόμες και συναφείς επαγγελματίες υγείας. Κάποιες φορές, τα ιατρεία έχουν ενσωματωμένους κοινωνικούς λειτουργούς στην ομάδα τους. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο παρέχεται κυρίως μέσω επίσκεψης του ασθενούς στο ιατρείο και με κατ' οίκον επισκέψεις για όσους δεν μπορούν να μετακινηθούν. Τα τελευταία 15 χρόνια

σημειώθηκε αύξηση στα ποσοστά συμβουλών, και των ασθενών που επισκέπτονται οι νοσηλευτές, αύξηση των τηλεφωνικών επισκέψεων και μείωση των αριθμών επισκέψεων στο σπίτι, ενώ σημειώθηκε αύξηση στη διάρκεια των επισκέψεων στους γενικούς ιατρούς (NHS 2007). Οι γενικοί ιατροί διατηρούν το ρόλο του ελέγχουν κατά την είσοδο του ασθενούς στο σύστημα υγείας, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τη μετέπειτα παραπομπή του ασθενούς σε άλλους ειδικούς. Ο ρυθμός σε ειδικούς έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια, όπου το 80% των ασθενών πλέον να πρέπει να επισκέπτεται έναν ειδικό μέσα σε 4 εβδομάδες σε σχέση με το 88% που ισχύει για τις Ηνωμένες Πολιτείες (Schoen et al 2011).

Το σύστημα υγείας υποστηρίζεται πλήρως από την τεχνολογία της πληροφορίας. Το NHS, για τον εκσυγχρονισμό των ιατρών, δημιούργησε ένα πλαίσιο το οποίο κάλυπτε το 50% του κόστους αγοράς μηχανολογικού εξοπλισμού εάν τα συστήματα πληρούσαν τα πρότυπα που καθορίζονται από την κυβέρνηση. Έτσι μέσα σε μια δεκαετία, οι περισσότεροι γενικοί γιατροί χρησιμοποιούσαν υπολογιστές για την εκτύπωση συνταγών και μια σημαντική μειοψηφία είχε κάνει το δικό της κλινικό αρχείο πλήρως ηλεκτρονικό. Το 2004, οι απαιτήσεις δεδομένων του συστήματος QOF P4P οδήγησαν τους περισσότερους γενικούς ιατρούς να μετακινηθούν σε πλήρη τήρηση ηλεκτρονικών κλινικών αρχείων. Το πρόγραμμα Quality an Outcomes Framework Pay for Performanc. (QOF P4P) είναι ένα πρόγραμμα που εισήχθη στην Αγγλία το 2004 για να επιβραβεύσει τους παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ήδη από την πρώτη εφαρμογή τους σε εθελοντικής βάση, συγκέντρωσε επαγγελματίες υγείας σχεδόν από όλες τις ειδικότητες (Roland, 2004). Αυτό το σύστημα κινήτρων παρέχει οικονομικά κίνητρα που ανταμείβουν τη συνολική απόδοση μιας πρακτικής και όχι την ατομική προσπάθεια. Η κυβέρνηση εκείνη την εποχή, κινήθηκε επίσης για να καλύψει το πλήρες κόστος των συστημάτων ηλεκτρονικών υπολογιστών των γενικών γιατρών. Τα κλινικά συστήματα υπολογιστών έχουν σχεδιαστεί για κλινικούς σκοπούς και για τη μέτρηση της ποιότητας και όχι για τιμολόγηση. Πολλές πρακτικές έχουν πλέον μετακινηθεί από το χειρόγραφο σύστημα στο μηχανογραφημένο, κάτι που είναι πολύ χρήσιμο γιατί τα αρχεία ακολουθούν τον ασθενή, οι γενικοί γιατροί ενημερώνουν τα αρχεία μετά από επίσκεψη ή εισαγωγή του ασθενούς με αποτέλεσμα τα αρχεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης να περιέχουν ένα ισόβιο αρχείο της ιατρικής φροντίδας του ασθενούς. Οι γενικοί ιατροί είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα που παρέχουν μέσω της σύμβασης που έχουν με το NHS. Οι τοπικοί διοικητικοί οργανισμοί του NHS, αποκαλούμενοι Primary Care Trusts στην Αγγλία και Health Boards στη Σκωτία, έχουν

την ευθύνη για την εφαρμογή της εθνικής πολιτικής, τις πρακτικές παρακολούθησης και την εφαρμογή τοπικών προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας και οικονομικών κινήτρων.

Η συνταγογράφηση είναι ένα παράδειγμα ενός τομέα στον οποίο υπήρξε μακροχρόνια δέσμευση μεταξύ των πρακτικών και των μεγαλύτερων οργανισμών του NHS, ξεκινώντας με την ανατροφοδότηση των συγκριτικών δεδομένων του κόστους συνταγογράφησης, η οποία εξελίχθηκε σε τακτικές επισκέψεις ενημέρωσης από συνταγογραφούντες συμβούλους και τη δημιουργία πρόσφατα κινήτρων σύμφωνα με τους τοπικούς δείκτες συνταγογράφησης (Smith, Walshe and Hunter 2001; Oxman et al 2005).

Η αλλαγή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη βασίζεται σε σημαντικό βαθμό στην επιχειρηματικότητα και τον επαγγελματισμό των γενικών ιατρών αλλά και με την υποστήριξη και την ηγεσία από επαγγελματικούς οργανισμούς όπως το Royal College of GPs, το οποίο ιστορικά ηγήθηκε των προτύπων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και των προγραμμάτων πιστοποίησης ποιότητας. Ωστόσο, η αλλαγή σε όλο το σύστημα συνήθως καθοδηγείται από την εθνική πολιτική. Παρά τα συνολικά υψηλά πρότυπα, το χάσμα μεταξύ των λιγότερο και των πιο προοδευτικών πρακτικών παραμένει μεγάλο. Υπάρχουν καλά παραδείγματα επιτυχούς βελτίωσης της ποιότητας, αλλά υπάρχουν και κάποιοι τομείς αποδεικνύονται επίμονα προβληματικοί είναι η φροντίδα εκτός ωραρίου (Out Of Hours) και η βελτίωση του συντονισμού φροντίδας. Μέχρι το 2004, οι γενικοί ιατροί είχαν 24ωρη ευθύνη για τη φροντίδα των εγγεγραμμένων ασθενών τους. Η περίθαλψη παρέχεται εκείνη την εποχή σε μεγάλο βαθμό από συνεταιρισμούς γενικών ιατρών με έδρα την περιοχή και οι οποίοι παρείχαν φροντίδα κυρίως μέσω επισκέψεων στο σπίτι. Το 2004, οι τοπικοί διοικητικοί οργανισμοί του NHS ανέλαβαν την ευθύνη για τη φροντίδα του ΟΟΗ. Συχνά ανέθεταν περίθαλψη σε έναν εμπορικό οργανισμό (μερικές φορές τον οποίο διευθύνουν τοπικοί γενικοί ιατροί) που απασχολούσε γιατρούς και έναν αυξανόμενο αριθμό νοσοκόμων και ο οποίος σταδιακά παρείχε περίθαλψη σε ειδικές εγκαταστάσεις και όχι στο σπίτι του ασθενούς. Υπήρξε σημαντική ανησυχία σχετικά με το πρότυπο της φροντίδας ΟΟΗ στο πλαίσιο αυτών των νέων ρυθμίσεων (Richards et al 2007). Επίσης οι γενικοί ιατροί είναι υπεύθυνοι για το συντονισμό της φροντίδας μεμονωμένων ασθενών, κάτι που διευκολύνεται από τον ρόλο του θυρωρού τους και από την κατοχή ενός

ολοκληρωμένου αρχείου ασθενών. Διεθνείς έρευνες υποδεικνύουν ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη στο Ηνωμένο Βασίλειο βαθμολογείται σε υψηλά επίπεδα από τους ασθενείς όσον αφορά τον συντονισμό (The Commonwealth Fund 2012) αλλά τα υπάρχοντα μοντέλα φροντίδας δεν ανταποκρίνονται πάντα στις ανάγκες του αυξανόμενου αριθμού ηλικιωμένων, συννοσηρών και ευπαθών ασθενών στην κοινότητα. Ως απάντηση, έχουν δημιουργηθεί νέες υπηρεσίες για ασθενείς που διατρέχουν ιδιαίτερα υψηλό κίνδυνο νοσηλείας, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης μοντέλων πρόβλεψης κινδύνου για τον εντοπισμό ασθενών για εντατική διαχείριση περιστατικών. Ωστόσο, οι ενδείξεις ότι αυτές οι νέες υπηρεσίες δεν είναι τόσο αποτελεσματικές και η συνέχεια της περίθαλψης γίνεται πιο δύσκολη καθώς οι ομάδες μεγαλώνουν (Middleton and Baker 2003) και υπάρχει ένταση μεταξύ της παροχής ταχείας πρόσβασης και της προσωπικής συνέχειας της περίθαλψης (Guthrie and Wyke 2006).

Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει αποτελέσματα υγείας που είναι σε γενικές γραμμές συγκρίσιμα με άλλα, πιο δαπανηρά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν, ωστόσο, ορισμένοι τομείς συνεχούς ανησυχίας, συμπεριλαμβανομένης της θνησιμότητας για καταστάσεις που θεωρούνται επιδεκτικές υγειονομικής περίθαλψης και για τις οποίες το Ηνωμένο Βασίλειο έχει χειρότερες επιδόσεις από πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες (αν και παρόμοιες με τις Ηνωμένες Πολιτείες) και τα αποτελέσματα της φροντίδας του καρκίνου (Nolte 2010).

Το NHS χαιρεί γενικά μεγάλης εκτίμησης από το βρετανικό κοινό, το οποίο αποδέχεται σε μεγάλο βαθμό τον ρόλο των γενικών ιατρών, που λειτουργούν ως GPs gatekeeping, δηλαδή «φύλακες» του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, όπου ο ασθενής θα πρέπει να δει πρώτα έναν πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης που αποφασίζει εάν είναι απαραίτητη η εξειδικευμένη φροντίδα. Αυτή η παραπομπή ρυθμίζει την πρόσβαση σε εξειδικευμένη περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη ή διαγνωστικές εξετάσεις. Επίσης το κοινό είναι εκπληκτικά ανεκτικό στις βλάβες του συστήματος όταν συμβαίνουν καθώς η πρωτοβάθμια περίθαλψη παραμένει στο επίκεντρο των διαδοχικών κυβερνητικών πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης. Τα βασικά πλεονεκτήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου είναι η καθολική εγγραφή σε γιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η σχετικά καλή πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη όσον αφορά τόσο την κατανομή των γιατρών όσο και την ταχύτητα πρόσβασης, η «φύλαξη» προς στην εξειδικευμένη περίθαλψη, τα αρχεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι κατά το τα περισσότερα ηλεκτρονικά και δια βίου ακολουθούν τον

ασθενή και φροντίδα που είναι ως επί το πλείστον δωρεάν στις μονάδες υγείας. Το γεγονός ότι οι επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης έχουν την ευθύνη για έναν καθορισμένο πληθυσμό τους επιτρέπει να λογοδοτούν για την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν βελτιώνει την ποιότητα της περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο. Ναι μεν το σύστημα βελτιώνεται συνέχεια αλλά όπως συμβαίνει με όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, εξακολουθούν να υπάρχουν πολλές προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένης της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας και της συνέχειας της περίθαλψης από ένα εργατικό δυναμικό που είναι όλο και περισσότερο μερικής απασχόλησης. Αυτό οφείλεται στην αύξηση του αριθμού των ανδρών και των γυναικών που εργάζονται με μερική απασχόληση και του αυξανόμενου μεγέθους των γενικών ιατρείων. Ταυτόχρονα, η ανάγκη για συνεχή ολοκληρωμένη φροντίδα αυξάνεται με έναν αυξανόμενο πληθυσμό ηλικιωμένων με πολλαπλές ιατρικές παθήσεις (Roland, Guthrie and Thomé 2012).

3.1.2 Γερμανία

Η Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, μαζί με την πρωτεύουσά της το Βερολίνο, αποτελείται από 16 πολιτείες, που αποτελούν τα κύρια διοικητικά τμήματα, τα οποία με τη σειρά τους διαρθρώνονται σε δήμους, που είναι η μικρότερη διοικητική διαίρεση. Περίπου το 90% του γερμανικού πληθυσμού είναι ασφαλισμένο μέσω των περίπου 190 νόμιμων ασφαλιστικών εταιρειών υγείας που λειτουργού στην χώρα. Μέχρι στιγμή τα ποσά που πληρώνονται ως προς τις ασφαλιστικές εταιρείες είναι ίδια για όλους και είναι το 15,5% του εισοδήματος προς φόρων. Ο εργοδότης και ο εργαζόμενος πληρώνουν περίπου το ήμισυ του ποσοστού αυτού, ενώ τα μέλη της οικογένειας χωρίς δικό τους εισόδημα ασφαλιζονται δωρεάν αφού η νόμιμη ασφάλιση υγείας βασίζεται στην αρχή της αλληλεγγύης. Περίπου το 10% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένοι σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το ποσοστό των εισφορών, υπολογίζεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου του ασφαλισμένου οι οποίοι δεν έχουν θεσμοθετημένα όρια και επηρεάζονται εκθετικά ανάλογα την ηλικία του ασφαλισμένου. Σύμφωνα με τον κάτω πίνακα σχετικά με τη σχέση του συστήματος υγείας της Γερμανίας σε σχέση με το μέσο όρο των υπολοίπων χωρών της Ε.Ε., παρατηρούμε ότι η συνολική κατανάλωση υγείας εκφρασμένη σε νοσοκομειακά κρεβάτια, διάρκεια παραμονής στα νοσοκομεία, εισαγωγές σε νοσοκομεία οξείας μορφής και επαφές με εξωτερικούς ασθενείς, είναι

αρκετά υψηλή σε σύγκριση με τους μέσους όρους της ΕΕ. Το 2008, το 10,5% του ΑΕΠ δαπανήθηκε για υγειονομική περίθαλψη, ενώ οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία είναι επίσης πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Παρόλο που η συνολική προσφορά γιατρών και νοσηλευτών είναι σχετικά υψηλή, το ποσοστό των γενικών ιατρών (18,4%) είναι κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (WHO 2010).

Table A10.1 Development of health care resources and utilization

	Total health expenditure as % of GDP		Total health expenditures per capita (in PPPS)		Hospital beds (per 100 000 population)		Physicians (per 100 000 population)		GPs as % of all% physicians	
	Germany	EU ¹	Germany	EU ¹	Germany	EU ¹	Germany	EU ¹	Germany	EU
1995	10.1	7.6	2267	1276	968.3	740.9	306.5	292.7	21.7	27.5 ⁶
2000	10.3	7.9	2669	1608	911.9	669.0	326.0	295.1	20.3	28.3 ⁵
2005	10.7	8.5	3353	2151	846.8	604.6	341.1	316.0	19.5	26.3 ⁴
2009	10.5 ⁷	8.8	3737 ⁷	2788	821.3 ⁷	564.8	355.7 ⁷	321.6	18.4 ⁷	25.5 ³
	Nurses (per 100 000 population)		Average length of stay (days) in all hospitals		Acute care hospital admissions (per 100 population)		Outpatient contacts per person (per year)			
	Germany	EU ²	Germany	EU ¹	Germany	EU ¹	Germany	EU ¹		
1995	n.a.	575.1	13.5	12.5	19.2	15.7	6.4	6.6		
2000	958.8	655.9	11.4	10.3	20.5	17.7	7.3	6.8		
2005	1022.3	682.7	10.2	9.5	19.9	16.2	7.5	6.8		
2009	1068.0 ⁷	745.5	9.9 ⁷	8.8	20.7 ⁷	15.6	7.8 ⁷	6.9		

Εικόνα 1

Δαπάνες Υγειονομικής Περίθαλψης στην Γερμανία σε σχέση με το μέσο όρο της Ε.Ε.

Πηγή: (WHO 2010)

Η μελέτη των Knieps, Amelung and Wolf (2012) χαρακτηρίζει υψηλή την πυκνότητα γιατρών και καλή πρόσβαση στην περίθαλψη ενώ η μελέτη των Krinke et al (2019) καταδεικνύει ότι λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, υπάρχει μια συνεχής συζήτηση για τις ελλείψεις γιατρών στις αγροτικές περιοχές της Γερμανίας. Η συζήτηση αυτή εστιάζει σε δύο παράγοντες, τις δημογραφικές αλλαγές που παρουσιάζονται και την άνιση περιφερειακή κατανομή των εξωτερικών ιατρών. Υπάρχει ένας αριθμός γενικών γιατρών που συνεχώς μειώνεται ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται ο αριθμός των ειδικών γιατρών (Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System 2014).

Η γερμανική πολιτική για την υγεία, φαίνεται ότι έχει εντοπίσει αυτό το πρόβλημα και εστιάζει, καθώς τα τελευταία χρόνια, υπήρχαν αρκετοί νόμοι που είχαν ως στόχο τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης των εξωτερικών ασθενών, όπως για παράδειγμα ο αποκαλούμενος νόμος «Versorgungsstärkungsgesetz» του 2015. Σκοπός του νόμου αυτού ήταν να ενθαρρύνει την εφαρμογή νέων και καινοτόμων μοντέλων περίθαλψης που συμπληρώνουν τις παραδοσιακές μορφές παροχής περίθαλψης αλλά

βασίζονται στην φροντίδα των ιατρών. Τέτοια νέα μοντέλα περίθαλψης θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν και άλλες πρακτικές όπως η τηλεϊατρική περίθαλψη, μοντέλα που έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία σε άλλες χώρες όπως στο ΗΒ και στις ΗΠΑ και η τηλεϊατρική στις αραιοκατοικημένες περιοχές της Φινλανδίας (Neumann, Gierling and Dietzel 2014).

Οι αρμοδιότητες για την πρωτοβάθμια περίθαλψη έχουν αποκεντρωθεί σε περιφερειακό επίπεδο. Οι περιφερειακές ενώσεις θεσμοθετημένων ιατρών ασφάλισης υγείας (Kassenärztliche Vereinigung) είναι υπεύθυνες για την ανάπτυξη ενός «σχεδίου τοποθεσίας» στο οποίο προσδιορίζεται ο αριθμός και η περιφερειακή κατανομή των αυτοαπασχολούμενων ιατρών. Το Περιφερειακό Διαρθρωτικό Σχέδιο για την Υγεία, του οποίου η ανάπτυξη και εφαρμογή είναι υποχρεωτική από το 1977 (αναθεωρήθηκε το 1993), περιλαμβάνει σχεδιασμό για την πρωτοβάθμια περίθαλψη σε κάθε ομοσπονδιακό κράτος (Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg 2009).

Ο νομοθέτης δημιουργεί το νομικό πλαίσιο αλλά υπάρχουν ιατρικά αυτοδιοικητικά όργανα, που συγκροτούνται από τις εθνικές ενώσεις γιατρών και οδοντιάτρων, τη γερμανική ομοσπονδία νοσοκομείων και τις ομοσπονδιακές ενώσεις ταμείων ασφάλισης υγείας, που διαμορφώνουν και ορίζουν λεπτομερώς ποιες υπηρεσίες θα παρέχονται και υπό ποιες προϋποθέσεις. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό στη ρύθμιση των ιατρικών υπηρεσιών του γερμανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, είναι ο σημαντικός ρόλος, που διαδραματίζουν τα αυτοδιοικητικά όργανα των παρόχων υπηρεσιών και τα ταμεία ασφάλισης υγείας, παράλληλα με τον ρόλο του νομοθέτη.

Από το 2004 οι εθνικές ομάδες που εκπροσωπούν ασθενείς έχουν το δικαίωμα να υποβάλλουν αιτήσεις και να συμμετέχουν στις διαβουλεύσεις της Ομοσπονδιακής Μικτής Επιτροπής (G-BA), η οποία είναι το κύριο όργανο λήψης αποφάσεων της αυτοδιοίκησης και έχει θεσμοθετηθεί ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Federal Ministry of Health 2011).

Ένας σημαντικός τομέας ευθύνης του G-BA είναι η αξιολόγηση νέων μεθόδων ιατρικής διάγνωσης και θεραπείας. Ειδικά στη εξωτερικής) περίθαλψης, το G-BA μεσολαβεί και αξιολογεί κατά πόσο μια νέα μέθοδος θεραπείας θα λάβει θετική αξιολόγηση σχετικά με το όφελος και την αποτελεσματικότητά της πριν καλυφθεί από τα νόμιμα ταμεία ασφάλισης υγείας. Επίσης το G-BA εκδίδει τις οδηγίες που είναι απαραίτητες για τη διασφάλιση της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, ώστε οι ιατρικές

υπηρεσίες να είναι επαρκείς για όσους έχουν νόμιμη ασφάλιση υγείας στη Γερμανία, είναι κατάλληλες και αποτελεσματικές. Το G-BA εκδίδει οδηγίες, για διάφορους τομείς όπως το προσυμπτωματικό έλεγχο, την οδοντιατρική θεραπεία, τη ψυχοθεραπεία και την αποκατάσταση. Ενώ έχει την κεντρική ευθύνη για τον τομέα της παροχής ιατρικών υπηρεσιών για όσους έχουν νόμιμη ασφάλιση υγείας, δεν ασχολείται με το ζήτημα της αδειοδότησης των φαρμακευτικών προϊόντων, όπου υπεύθυνο είναι το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμάκων και Ιατρικών Συσκευών (BfArM). Το G-BA ρυθμίζει μόνο τις εξαιρέσεις και τους περιορισμούς σχετικά με την αμοιβή από την παροχή των φαρμάκων.

Η γερμανική κυβέρνηση έχει εισαγάγει μια συμπληρωματική πληρωμή 10 ευρώ ανά ημερολογιακό τρίμηνο που καταβάλλεται από άτομα που καλύπτονται από τη νόμιμη ασφάλιση υγείας κατά την πρώτη τους επίσκεψη σε ιατρό ή οδοντίατρο και αυτά τα χρήματα πάνε στο ταμείο της νόμιμη ασφάλιση υγείας τους. Σε περίπτωση μεταγενέστερης επίσκεψης στον ίδιο γιατρό κατά τη διάρκεια του ίδιου τριμήνου δεν απαιτεί συμπληρωματική πληρωμή, όπως και οι επισκέψεις σε άλλους ιατρούς κατά το ίδιο τρίμηνο εάν ο ασθενής προσκομίσει παραπεμπτικό από τον πρώτο ιατρό. Ωστόσο, οι ασθενείς που επισκέπτονται άλλο γιατρό κατά το ίδιο τρίμηνο χωρίς παραπομπή από τον πρώτο ιατρό πρέπει να καταβάλουν επιπλέον συμπληρωματική συμμετοχή 10€. Έτσι, εάν ένας ασθενής προσκομίζει πάντα παραπεμπτικό από τον πρώτο ιατρό, η συνολική αμοιβή θα είναι 10€ ανά τρίμηνο. Εξαίρεση σε αυτό είναι οι περιπτώσεις που αφορούν προληπτικές επισκέψεις (έλεγχος υγείας, προσυμπτωματικός έλεγχος καρκίνου, εμβολιασμός). Επίσης εξαιρούνται από τη πληρωμή αυτή, όσοι έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, άτομα που υπάγονται σε κυβερνητικά προγράμματα, καθώς επίσης και παιδιά και έφηβοι έως 18 ετών που καλύπτονται από τη νόμιμη ασφάλιση υγείας. Προκειμένου να μειωθεί η οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυρών, δικαιούνται απαλλαγή και τα άτομα που καλύπτονται από νόμιμη ασφάλιση υγείας και έχουν ξοδέψει πάνω από το 2% του ακαθάριστου ετήσιου εισοδήματός του νοικοκυριού τους σε κάθε είδους συμπληρωματική αμοιβή γιατρού ή π.χ. για φαρμακευτικά προϊόντα. Η εξαίρεση αυτή ισχύει και για όσους έχουν δικαίωμα νόμιμης ασφάλισης υγείας και πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και έχουν ξοδέψει πάνω από το 1% του ακαθάριστου ετήσιου εισοδήματος του νοικοκυριού τους σε συμπληρωματικές πληρωμές κάθε είδους, ο λεγόμενος κανόνας του 1%. (Schreyögg and Grabka 2010).

Στη Γερμανία ο γενικός ιατρός έχει σημαντικό ρόλο και είναι το πρώτο άτομο με τον οποίο έρχονται σε επαφή οι ασθενείς, αλλά και το πρώτο άτομο στο οποίο θα επικοινωνήσουν κάποιο παράπονο καθώς οι ασθενείς έχουν εμπιστοσύνη στον ιατρό τους, λόγω των μακροχρόνιων σχέσεων που αναπτύσσουν (German Medical Association 2012). Παρόλα αυτά η μελέτη των Schlette, Lisac and Blum (2009) αναδεικνύει ότι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία είναι εξαιρετικά κατακερματισμένη, με αποτέλεσμα την κακή κάθετη και οριζόντια ολοκλήρωση και ένα σύστημα που επικεντρώνεται στη θεραπεία οξέων ασθενειών ή μεμονωμένων ασθενειών αντί της διαχείρισης ασθενών με πιο περίπλοκες ή χρόνιες παθήσεις ή στη διαχείριση της υγείας καθορισμένων πληθυσμών. Ένα ισχυρό σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση του συντονισμού και της ανταπόκρισης στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά στο γερμανικό σύστημα υγείας, η πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν έχει παίξει αυτόν τον ρόλο. Οι γιατροί της πρωτοβάθμιας περίθαλψης παραδοσιακά δεν έχουν καθήκοντα «θυρωρού» για το σύστημα υγείας καθώς οι ασθενείς μπορούν ελεύθερα να επιλέξουν και να έχουν άμεση πρόσβαση τόσο σε παρόχους πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, καθιστώντας δύσκολο τον συντονισμό και τη συνεργασία εντός και μεταξύ των τομέων.

3.1.3 Ιταλία

Η Ιταλία είναι η έκτη μεγαλύτερη χώρα στην Ευρώπη και έχει το δεύτερο υψηλότερο μέσο προσδόκιμο ζωής, φθάνοντας τα 79,4 χρόνια για τους άνδρες και τα 84,5 χρόνια για τις γυναίκες το 2011. Υπάρχουν έντονες περιφερειακές διαφορές τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες στους περισσότερους δείκτες υγείας, αντανακλώντας την οικονομική και κοινωνική ανισορροπία μεταξύ του Βορρά και νότου της χώρας. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Ιταλίας είναι μια περιφερειακή εθνική υπηρεσία υγείας που παρέχει καθολική κάλυψη σε μεγάλο βαθμό δωρεάν. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης είναι οι εθνικοί και περιφερειακοί φόροι και συμπληρωματικές πληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα και περίθαλψη εξωτερικών ασθενών (WHO 2014).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας καλύπτει αυτόματα όλους τους πολίτες και τους νόμιμους αλλοδαπούς κατοίκους. Χρηματοδοτείται από έσοδα που συλλέγονται από την κεντρική κυβέρνηση και διανέμονται στις περιφερειακές κυβερνήσεις, οι οποίες

είναι υπεύθυνες για την παροχή φροντίδας. Συγκεκριμένα από έναν εταιρικό φόρο που ονομάζεται IRAP. Οι κάτοικοι λαμβάνουν ως επί το πλείστον δωρεάν πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη και προληπτικούς ελέγχους υγείας. Άλλες θεσμοθετημένες παροχές περιλαμβάνουν φροντίδα μητρότητας, εξειδικευμένη φροντίδα, κατ' οίκον φροντίδα, περίθαλψη σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας, προληπτική ιατρική και φαρμακευτικά προϊόντα. Οι ασθενείς πραγματοποιούν συμπληρωματικές πληρωμές για επισκέψεις και εξειδικευμένες επεμβάσεις και ορισμένα φάρμακα εξωτερικών ασθενών. Εξαιρούνται από τον επιμερισμό του κόστους οι έγκυες γυναίκες, οι ασθενείς με HIV ή άλλες χρόνιες ασθένειες, τα μικρά παιδιά και οι ηλικιωμένοι σε νοικοκυριά με χαμηλότερο εισόδημα (Tikkanen et al 2020).

Η καθολική κάλυψη παρέχεται μέσω της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας της Ιταλίας (*Servizio sanitario nazionale*, ή SSN), που ιδρύθηκε με νομοθεσία το 1978. Το SSN καλύπτει αυτόματα όλους τους πολίτες και τους νόμιμους κατοίκους αλλοδαπής. Από το 1998, οι μετανάστες χωρίς έγγραφα είχαν πρόσβαση σε επείγουσες και βασικές υπηρεσίες. Οι προσωρινοί επισκέπτες είναι υπεύθυνοι για το κόστος των υπηρεσιών υγείας που λαμβάνουν. Η δημόσια χρηματοδότηση αντιπροσωπεύει το 74,2% των συνολικών δαπανών για την υγεία (2018) ενώ οι συνολικές δαπάνες ανέρχονται στο 8,8% του ΑΕΠ (ΟΟΣΑ 2019).

Η οργάνωση και η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι αποκεντρωμένη καθώς 19 περιφέρειες και 2 αυτόνομες επαρχίες είναι υπεύθυνες για την παροχή φροντίδας μέσω 100 τοπικών μονάδων υγείας, οι οποίες παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, εξειδικευμένη περίθαλψη εξωτερικών ασθενών, δημόσια υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες υγείας που σχετίζονται με την κοινωνική περίθαλψη. Οι περιφέρειες απολαμβάνουν σημαντική αυτονομία, ενώ οι τοπικές μονάδες υγείας έχουν η καθεμία από έναν γενικό διευθυντή, ο οποίος ορίζεται από τον περιφερειάρχη. Όπως ορίζεται στο Σύνταγμα της Ιταλίας, οι εθνικές πολιτικές και προτεραιότητες για την υγεία αποτελούν ευθύνη της κεντρικής κυβέρνησης. Η κεντρική κυβέρνηση καθορίζει επίσης την ετήσια χρηματοδότηση του SSN και ελέγχει την κατανομή των πόρων σε κάθε περιοχή (Ferré et al 2014).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει περιορισμένο ρόλο στο σύστημα υγειονομικής κάλυψη της Ιταλίας. Υπάρχουν δύο τύποι ιδιωτικής ασφάλισης της υγείας: εταιρική, όπου οι

εταιρείες καλύπτουν τους εργαζόμενους και μερικές φορές τις οικογένειές τους, και μη εταιρική, που αφορά άτομα να αγοράζουν ασφάλιση για τον εαυτό τους ή τις οικογένειές τους. Οι πολιτικές, είτε συλλογικές είτε ατομικές, παρέχονται από κερδοσκοπικούς και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η αγορά περιλαμβάνει εθελοντικούς οργανισμούς αλληλασφάλισης και εταιρικά και συλλογικά ταμεία που οργανώνονται από εργοδότες ή επαγγελματικές ενώσεις για τους υπαλλήλους ή τα μέλη τους. Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί καλύπτουν την πλειοψηφία των ασφαλισμένων (Sagan and Thompson 2016).

Η Ιταλία δεν έχει καμία εθνική υπηρεσία επιφορτισμένη με την παρακολούθηση των ανισοτήτων. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η παρακολούθηση των ανισοτήτων είναι ευθύνη κάθε περιφέρειας. Η διαπεριφερειακή ανισότητα είναι μια μακροχρόνια έγνοια τόσο για τους περιφερειακούς όσο και για τους εθνικούς φορείς χάραξης πολιτικής. Ο λιγότερο εύπορος νότος ακολουθεί τον βορρά ως προς τον αριθμό των κλινών και τη διαθεσιμότητα προηγμένου ιατρικού εξοπλισμού, έχει αναλογικά λιγότερες δημόσιες εγκαταστάσεις, έναντι των ιδιωτικών εγκαταστάσεων και έχει λιγότερο ανεπτυγμένες υπηρεσίες κοινοτικής φροντίδας. Αυτό το χάσμα στη διαθεσιμότητα πόρων αυξάνεται, ενώ οι ανισότητες που σχετίζονται με το εισόδημα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικές (Van Dorlaer and Koolman 2004).

Οι περιφέρειες λαμβάνουν ένα μέρος της χρηματοδότησης από ένα ταμείο εξισορρόπησης, το *Fondo Perequativo Nazionale*, το οποίο στοχεύει στη μείωση των ανισοτήτων. Η συνολική χρηματοδότηση για τις περιφέρειες ορίζεται από το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών και ο μηχανισμός κατανομής των πόρων βασίζεται σε κεφαλαιοποίηση προσαρμοσμένη για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ανά ηλικία και φύλο. Δεν υπάρχει συστηματική δημόσια αναφορά για τη διακύμανση της υγείας και της πρόσβασης στην υγεία, αν και αρκετοί δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς δημοσιεύουν περιστασιακά αναφορές με ανάλυση της διαφοροποίησης της υγειονομικής περίθαλψης.

Το Σύστημα Υγείας εκσυγχρονίζεται με τη χρήση ηλεκτρονικών αρχείων. Το Νέο Σύστημα Πληροφοριών Υγείας (*Nuovo sistema informativo sanitario* ή NSIS) εφαρμόζεται σταδιακά, με στόχο τη δημιουργία ενός καθολικού συστήματος ηλεκτρονικών αρχείων που θα συνδέει κάθε επίπεδο περίθαλψης. Επί του παρόντος παρέχει πληροφορίες για περίπου το 85% των υπηρεσιών. Δεν περιλαμβάνεται η

πρωτοβάθμια περίθαλψη, αλλά περιλαμβάνεται η νοσοκομειακή, η επείγουσα περίθαλψη, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εξωτερικών ασθενών, η οικιακή και η παρηγορητική φροντίδα, καθώς και τα φαρμακευτικά προϊόντα. Το NSIS καταγράφει επί του παρόντος διοικητικές πληροφορίες σχετικά με την παρεχόμενη περίθαλψη, αλλά φαίνεται ότι είναι πιο δύσκολο να συγκεντρωθούν ιατρικές πληροφορίες. Δεν υπάρχει μοναδικό αναγνωριστικό ασθενούς σε εθνικό επίπεδο, ενώ στις περισσότερες περιοχές τα διοικητικά αρχεία συνδέονται μεταξύ τους χρησιμοποιώντας μοναδικά αναγνωριστικά ασθενών που δημιουργούνται σε περιφερειακό επίπεδο. Η παρακολούθηση και η εφαρμογή του NSIS έχει ανατεθεί σε μια συντονιστική επιτροπή, η οποία περιλαμβάνει εκπροσώπους της κεντρικής κυβέρνησης, των περιφερειών και των επαγγελματιών σχολών. Η εθνική σύμβαση για γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και παιδίατρος απαιτεί από αυτούς να διαθέτουν ηλεκτρονικά συστήματα. Επιπλέον, οι γιατροί που εργάζονται σε ομάδες καλούνται να συνδέσουν όλους τους υπολογιστές τους για να παρέχουν κοινή πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενών. Ορισμένες περιοχές έχουν αναπτύξει ηλεκτρονικά δίκτυα για να διευκολύνουν την επικοινωνία μεταξύ ιατρών, παιδιάτρων, νοσοκομείων και περιφερειακών υπηρεσιών και να βελτιώσουν τη συνέχεια της περίθαλψης. Αυτά τα δίκτυα επιτρέπουν την αυτόματη μεταφορά μητρώων ασθενών και πληροφοριών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, συνταγές για ειδικές επισκέψεις και διαγνωστικά, καθώς και αποτελέσματα εργαστηριακών και ακτινολογικών εξετάσεων. Δεκατέσσερις περιφέρειες έχουν επίσης αναπτύξει έναν προσωπικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας, στον οποίο έχουν πρόσβαση οι ασθενείς, ο οποίος περιέχει όλες τις ιατρικές τους πληροφορίες, όπως αποτελέσματα εξειδικευμένης φροντίδας εξωτερικών ασθενών, ιατρικές συνταγές και οδηγίες εξιτηρίου. Το 20% των ανθρώπων σε αυτές τις περιοχές έχουν ενεργοποιήσει τους προσωπικούς τους φακέλους υγείας. Υπάρχει επίσης μια στροφή από τις έντυπες στις ηλεκτρονικές συνταγές στις ηλεκτρονικές. Το 86% όλων των συνταγών (για φάρμακα και εξειδικευμένη φροντίδα) εκδίδονται ηλεκτρονικά. Ωστόσο, σε μερικές περιπτώσεις το ποσοστό είναι κάτω του 50% ειδικά όσον αφορά τις συνταγές για ναρκωτικά (Donatini 2020).

Το 1978 όταν ιδρύθηκε η Ιταλική Εθνική Υπηρεσία Υγείας (Servizio Sanitario Nazionale) το Ιταλικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης κατατάχθηκε ως ένα από τα καλύτερα στο κόσμο και κατάφερε μέσα από μια σειρά πετυχημένων πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης και ένα πλήθος μέτρων πρόνοιας, να σημειώσει σημαντική αύξηση του

βιοτικού επιπέδου για όλους τους πολίτες, αυξάνοντας την ποιότητα ζωής (International Insurance, xx).

3.1.4 Γαλλία

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας βασίζεται κυρίως σε ένα κοινωνικό σύστημα ασφάλισης υγείας (SHI), όπου παραδοσιακά ισχυρό ρόλο διαδραματίζει για το κράτος. Η ΠΦΥ παρέχεται από τους γενικούς γιατρούς (médecins généraliste) οι οποίοι παραπέμπουν τους ασθενείς ή σε ειδικούς γιατρούς ή στα νοσοκομεία, λειτουργώντας ως “θεματοφύλακες” του συστήματος υγείας, ενώ βάση νόμου και σύμφωνα με ένα σύστημα περιοδικότητας που ορίζεται, είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν νυχτερινή υπηρεσία και Σαββατοκύριακο. Σε περίπτωση επείγουσας περίθαλψης, οι γενικοί γιατροί μπορεί να κληθούν και να επισκεφτούν τον ασθενή στο σπίτι, ειδικά για περιπτώσεις ασθενών που δεν μπορούν να κινηθούν, όπως ηλικιωμένοι ή παιδιά (<https://healthmanagement.org>).

Η χρηματοδότηση του συστήματος στηρίζεται όλο και περισσότερο σε φορολογικά έσοδα για να εξασφαλίσει την οικονομική βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων. Το σύστημα υγείας στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, όπου το κράτος διαδραματίζει πολύ ισχυρό ρόλο, σε σχέση με τα άλλα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck (Chevreul et al 2015).

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, το κράτος εμπλέκεται περισσότερο στον έλεγχο των χρηματοδοτούμενων δαπανών για την υγεία. Οι οργανισμοί έχουν διαδραματίσει διευρυμένο ρόλο στη διαχείριση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης σε τοπικό επίπεδο. Οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της τελευταία δεκαετία από 10,3 % το 2007 σε 11,3 % το 2017 και βρίσκεται υψηλότερα από το μέσο όρο της Ε.Ε. (9,8%) μαζί με τη Γερμανία. Ωστόσο, η Γαλλία βρίσκεται μόνο στην έκτη θέση όσον αφορά την κατά κεφαλήν δαπάνη (3.626 ευρώ το 2017) το οποίο είναι κατά 25% ψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ (2.884 ευρώ). Αρκετές άλλες χώρες (όπως η Γερμανία, η Αυστρία, η Σουηδία, η Ολλανδία και η Δανία) ξοδεύουν περισσότερα. Το γαλλικό σύστημα SHI καλύπτει σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού μέσω διαφόρων υποχρεωτικών συστημάτων. Το κύριο ταμείο (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, CNAM) καλύπτει το 92 % του πληθυσμού και το αντίστοιχο αγροτικό ταμείο καλύπτει το 7% του πληθυσμού,

ενώ τα άλλα ταμεία, καλύπτουν το υπόλοιπο 1%. Ο νόμος του 2000 για την καθολική κάλυψη υγείας άλλαξε τα κριτήρια ακαταλληλότητας για την ασφαλιστική κάλυψη υγείας για να καλύψει το μικρό αλλά αυξανόμενο μερίδιο ανασφάλιστων. Το 2016, το PUMa (Protection Universelle Maladie) αντικατέστησε τον νόμο του 2000 για να καταργήσει τα κενά που υπήρχαν στην ασφαλιστική κάλυψη λόγω αλλαγής του καθεστώτος και για τη διευκόλυνση των διοικητικών εργασιών. Επίσης υπάρχει ένα σύστημα που χρηματοδοτείται από το κράτος και παρέχει πρόσβαση σε ένα πρότυπο πακέτο παροχών για παράνομους μετανάστες. Το γαλλικό πακέτο παροχών υγειονομικής περίθαλψης παρέχει ένα ευρύ πλαίσιο από καλυπτόμενα αγαθά και υπηρεσίες υγείας, όπου συμπεριλαμβάνει όχι μόνο τη νοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και φαρμακευτικά προϊόντα, ιατροτεχνολογικά προϊόντα, ιατρική μεταφορά, ψυχική και οδοντιατρική φροντίδα. Η έκταση της κάλυψη ποικίλλει ανάλογα με τα αγαθά και τις υπηρεσίες και απαιτείται να καταβάλλονται συμπληρωματικές πληρωμές από τους πολίτες. Από τις συμπληρωματικές πληρωμές εξαιρούνται άτομα με χρόνια νοσήματα, έγκυες γυναίκες, θύματα εργατικών ατυχημάτων και άτομα με πολύ χαμηλά εισοδήματα (OECD 2019).

Η πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη περίθαλψη εκτός νοσοκομείων παρέχεται κυρίως από αυτοαπασχολούμενους γιατρούς, οδοντιάτρους και ιατρικούς βοηθούς (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκόμων και των φυσικοθεραπευτών) που εργάζονται στα δικά τους ιατρεία. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας αποτελούν συνήθως έμμισθο προσωπικό. Ο αριθμός των γιατρών ανά πληθυσμό παρέμεινε σχεδόν σταθερό την τελευταία δεκαετία, ενώ στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. έχει αυξηθεί με αποτέλεσμα ο αριθμός των γιατρών ανά κάτοικο είναι πλέον κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Το 2017, υπήρχαν 3,2 γιατροί ανά 1.000 κατοίκου, σε σχέση με το 3,6 που είναι ο μέσος όρος στην ΕΕ. Αντίθετα ο αριθμός των νοσηλευτών ανά πληθυσμό αυξήθηκε από 7,6 ανά 1.000 κατοίκους το 2007 σε 10,5 ανά 1.000 κατοίκους το 2017 και είναι πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ. Ωστόσο, παρουσιάζονται μεγάλες διαφορές στην πυκνότητα των επαγγελματιών υγείας στις περιφέρειες, καθώς κάποιες αντιμετωπίζουν ελλείψεις. Οι ανησυχίες αυξάνονται καθώς υπάρχει κίνδυνος οι ελλείψεις γιατρών να επιδεινωθούν στο άμεσο μέλλον, καθώς μεγάλο ποσοστό γιατρών θα συνταξιοδοτηθεί μέσα στην επόμενη δεκαετία. Υποστηρίζεται επίσης η βελτίωση της πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω της επέκτασης των ρόλων στο χώρο της υγείας σε επαγγελματίες που

εργάζονται με γενικούς ιατρούς και ενισχύουν πιο αποτελεσματικά τις δεξιότητές τους/ Πάνω από μια δεκαετία, έχει επιτραπεί στους νοσηλευτές να εμβολιάζουν τους ηλικιωμένους με το εμβόλιο της γρίπης και αυτό το δικαίωμα επεκτάθηκε και στους φαρμακοποιούς από το 2017. Από τον Φεβρουάριο του 2019, οι φαρμακοποιοί μπορούν επίσης να ανανεώσουν τα φαρμακευτικά προϊόντα που συνταγογραφούνται στους πολίτες για τουλάχιστον τρεις μήνες, ακόμη και όταν η συνταγή έχει λήξει (π.χ. θεραπείες για υπέρταση και διαβήτη ή αντισύλληψη). Η Εθνική Στρατηγική Υγείας της Γαλλίας για το 2018-22 προωθεί πιο προχωρημένους ρόλους για τη βελτίωση της πρόσβασης των νοσηλευτών στο χώρο της περίθαλψης και ιδιαίτερα σε περιοχές όπου υπάρχουν σχετικά λιγότεροι γιατροί. Το εξειδικευμένο νοσηλευτικό ιατρείο δημιουργήθηκε νόμιμα το 2018 και έτσι ενισχύεται ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού, το οποίο θα είναι σε θέση να παρέχει μεγαλύτερη υποστήριξη στη φροντίδα των χρόνιων ασθενών και όσων εμφανίζουν συνοσηρότητες. Το νοσηλευτικό προσωπικό εργάζεται σε συνεργασία με γενικούς ιατρούς και ειδικούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και με ομάδες σε άλλες εγκαταστάσεις υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας. Τα καθήκοντά τους περιλαμβάνουν την πρόληψη και τον έλεγχο των δραστηριοτήτων, τη συνταγογράφηση συμπληρωματικών εξετάσεων και την ανανέωση ή προσαρμογή των ιατρικών συνταγών (European Commission, 2019).

3.1.5 Ισπανία

Η ΠΦΥ στην Ισπανία, παρέχεται κατά το πλείστον από δημόσιους παρόχους. Εξειδικευμένοι οικογενειακοί γιατροί και νοσηλευτές συνθέτουν τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η βασική δομή φροντίδας του Συστήματος Υγείας. Ανάλογα με τα κριτήρια σχεδιασμού, μπορεί να πλαισιώνεται από παιδιάτρους, εξειδικευμένους παιδονοσοκόμους, φυσιοθεραπευτές, οδοντιάτρους, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς. Αυτό το μοντέλο, ορίστηκε από τον αντίστοιχο νόμο για την Υγεία που ψηφίστηκε το 1986, παραμένει αρκετά ομοιογενής κατά μήκος της χώρας, αλλά έχει ωστόσο υποστεί κάποιες διαφοροποιήσεις με τα χρόνια. Σήμερα συνυπάρχουν τρία διαφορετικά μοντέλα. άρα, α) το κλασικό μοντέλο που δημιουργήθηκε τη δεκαετία του 1990 όπου οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης εξαρτώνται ιεραρχικά από την περιφερειακή υπηρεσία, β) ολοκληρωμένη διαχείριση, όπου υπάρχει ενοποίηση των υπηρεσιών σε οποιοδήποτε επίπεδο, με έναν ενιαίο διαχειριστή και γ) την εξωτερίκευση της

πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω διαφορετικών μηχανισμών, όπως δημόσιες κοινοπραξίες, ετερόρρυθμες εταιρίες κλπ. Οι επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχουν μια ολοκληρωμένη σειρά από υπηρεσίες, είτε στο κέντρο υγείας είτε στο σπίτι ενός ασθενούς όταν η κατάσταση το απαιτεί. Και στις δύο περιπτώσεις, υπάρχουν τρεις πιθανοί τρόποι για ραντεβού: να έχει ζητήσει ο ασθενής, προγραμματισμένη επίσκεψη σε οποιοδήποτε από τους επαγγελματίες ή να γίνει επείγουσα επίσκεψη. Το 2016 οι δομές δημόσια πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δέχθηκαν 239,2 εκατομμύρια επισκέψεις στους γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης και 132,4 εκατομμύρια επισκέψεις στους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό αντιστοιχεί κατά μέσο όρο, 5,2 επισκέψεις ανά εγγεγραμμένο οικογενειακό γιατρό και 2,9 στην περίπτωση των νοσηλευτών και 5 επισκέψεις ανά εγγεγραμμένο παιδί στην περίπτωση παιδίατρων (MSSSI 2017).

Το σύστημα περιλαμβάνει τρία γενικά προγράμματα, την παιδική μέριμνα, τη γυναικεία υγεία, τη φροντίδα ενηλίκων και ηλικιωμένων. Η φροντίδα του παιδιού περιλαμβάνει το πρόγραμμα εμβολιασμού των παιδιών, την έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων υγείας, τη πρόληψη τερηδόνας και εκπαίδευση για την υγεία. Το πρόγραμμα για την υγεία των γυναικών περιλαμβάνει τον εμβολιασμό κατά της ερυθράς, την εγκυμοσύνη και παρακολούθηση μετά τον τοκετό, συμβουλευτική για αντισυλληπτικές μεθόδους, εμμηνόπαυση, συμβουλευτική και ευκαιριακή ανίχνευση καρκίνου. Όταν πρόκειται για τη φροντίδα για ενήλικες και ηλικιωμένους, το πρόγραμμα περιλαμβάνει φροντίδα για άτομα με χρόνιες παθήσεις, με ιδιαίτερη έμφαση στον διαβήτη, την καρδιακή ανεπάρκεια και τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τον εμβολιασμό ασθενών υψηλού κινδύνου (γρίπη, ηπατίτιδα Β και τέτανος), πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων, παρακολούθηση των ασθενών με HIV/AIDS, συμβουλευτική για το αλκοόλ και κατανάλωση καπνού, συμβουλευτική για χρόνιες παθήσεις, μικροχειρουργικές επεμβάσεις, εντοπισμός βοήθεια για όσους βρίσκονται σε καταστάσεις ενδοοικογενειακής βίας, παιδική κακοποίηση και οι δράσεις προσέγγισης της κοινότητας, οι οποίες περιορίζονται κυρίως στην εκπαίδευση υγείας στα σχολεία. Εκτός από αυτές τις δραστηριότητες, υπάρχουν και άλλες υπηρεσίες όπως αποκατάσταση σε κέντρα με φυσιοθεραπευτή ή βασική οδοντιατρική φροντίδα σε κέντρα με οδοντίατρο. Παρέχονται και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα, η έγκαιρη ανίχνευση και θεραπεία καταστάσεων ψυχικής υγείας (όπως εθιστική συμπεριφορά, ανορεξία, καταθλιπτικές διαταραχές) και

παρακολούθηση ασθενών στο τελικό στάδιο μιας ασθένειας. Στα πλαίσια της προσπάθειας για συντονισμό και συνέχεια της φροντίδας μεταξύ των διαφόρων επιπέδων, ενισχύεται ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε συγκεκριμένες καταστάσεις (για παράδειγμα, οξεία θεραπεία από ισχαιμικό εγκεφαλικό ή οξεία στεφανιαία νόσο), καθώς και στην εφαρμογή προγραμμάτων διαχείρισης περιπτώσεων που προορίζονται για την αντιμετώπιση πιο εύθραυστων ασθενών.

Ως πρώτο σημείο επαφής για το σύστημα υγείας είναι οι γενικοί γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αποτελούν την κύρια πηγή για τη συλλογή πληροφοριών για την αξιολόγηση της υγείας της κοινότητας και, ειδικότερα, κατά την επιδημιολογική επιτήρηση. Ο ρόλος τους είναι σημαντικό για την πληροφόρηση του συστήματος για την ύπαρξη μεταδοτικών ασθενειών και την παρακολούθηση συγκεκριμένων προβλημάτων δημόσιας υγείας που μπορεί να υπάρχουν, όπως επιδημίες γρίπης, παρακολούθηση ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών κλπ. Η ευρεία χρήση της ηλεκτρονικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει διευκολύνει την αύξηση της ανταλλαγής πληροφοριών με οποιονδήποτε από τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης του συστήματος. Σύμφωνα με διεθνή στοιχεία, η δύναμη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο Ισπανικό Σύστημα Υγείας (SNS) που βασίζεται στην ύπαρξη ενός δομημένου συστήματος που περιλαμβάνει ορθή, διακυβέρνηση, περιορισμένα εμπόδια, επαρκή χρηματοδότηση και ανάπτυξη εργατικού δυναμικού με ένα πλήρες πακέτο παροχών, παρέχοντας αποτελεσματική συνέχεια της φροντίδας σε όλα τα επίπεδα (Kringos et al 2015). Στοιχεία που ενισχύουν αυτή τη θέση, είναι τα σχετικά χαμηλά ποσοστά εισαγωγών που μπορούν να αποφευχθούν για χρόνιες παθήσεις, σε σχέση με άλλα κράτη μέλη της ΕΕ (ΟΟΣΑ/ΕΕ, 2016), ή η γενική ικανοποίηση των πολιτών όσο αφορά τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (86% των Ισπανών δηλώνουν ότι έχουν λάβει καλή ή πολύ καλή ποιότητα υπηρεσιών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (MSSSI 2016).

Ωστόσο, υπάρχουν και κάποια μειονεκτήματα που μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την επίτευξη καλών μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων.

Οι δημόσιες δαπάνες για νοσοκομειακές και εξειδικευμένες υπηρεσίες συνέχισαν να αυξάνονται ως ποσοστό των συνολικών δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη από 53,3% το 2002 σε 62,4% το 2015 (MSSSI 2017) Εν τω μεταξύ, οι δημόσιες δαπάνες για τη πρωτογενή φροντίδα (συμπεριλαμβανομένης της

φαρμακευτικής δαπάνης) μειώθηκε, από 38% το 2002 σε 31% το 2014, διευρύνοντας το χάσμα μεταξύ και των δύο.

Η διάθεση περισσότερων χρημάτων δεν σημαίνει απαραίτητα καλύτερη φροντίδα, καθώς υπάρχουν ενδείξεις ακατάλληλης χρήσης πόρων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Για παράδειγμα η Ισπανία κατέχει μεσαία θέση στην κατάταξη των 27 χωρών της Ε.Ε. όσο αφορά την ανεπαρκή χρήση αντιβιοτικών δεύτερης γραμμής (OECD 2016).

Όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρόλο την φαινομενική ευκολία, μόνο το 36% των ατόμων που απαιτούν περίθαλψη λαμβάνουν βοήθεια την ίδια μέρα. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι ένα υψηλό ποσοστό ασθενών επισκέπτονται επείγοντα νοσοκομεία. Η Ισπανία βρίσκεται λίγο κάτω από τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ των 26 ως προς αυτό το δείκτη (OECD 2016). Επιπλέον, παρά την προαναφερθείσα γενική ικανοποίηση με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το 31% των χρηστών το δηλώνει πως εάν μπορούσε να επιλέξει θα προτιμούσε έναν ιδιωτικό πάροχο υπηρεσιών υγείας. (MSSSI 2016). Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να σχετίζεται με τους αυξημένους χρόνους αναμονής που απαιτεί η επίσκεψη σε ένα γιατρό πρωτοβάθμιος γιατρός. Τέλος, όσον αφορά το εργατικό δυναμικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, υπάρχουν δύο βασικά προβλήματα. Το 2014, εντοπίστηκε ότι το ποσοστό των νοσηλευτών στην Ισπανία παρέμεινε κάτω από το μέσο όρο αναλογίας νοσηλευτών προς γιατρούς, που ισχύει στις λοιπές χώρες της ΕΕ. (OECD 2016) Επίσης οι νοσηλευτές έχουν κύριο ρόλο στην προαγωγή και πρόληψη της ΠΦΥ και στη συνεχή φροντίδα για του χρόνιους ασθενείς, με πολύ μικρή αναλογία μόλις 0,85 νοσηλευτές ανά γιατρό (MSSSI 2017).

Δεύτερον, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως ιατρική ειδικότητα δεν έχει καλή φήμη και δεν αποτελεί επιλογή προτίμησης των υποψηφίων αλλά είναι η τελευταία λύση όταν δεν έχουν καλύτερη επιλογή (Delgado-Bernal et al 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

4.1 Η Πανδημία της νόσου του κορονοϊού Covid -19

Η νέα ασθένεια του ανθρώπινου κοροναϊού 2019 (COVID-19) αναφέρθηκε για πρώτη φορά στη Γουχάν (Wuhan) της Κίνας τα τέλη του 2019 και στη συνέχεια εξαπλώθηκε παγκοσμίως για να γίνει η πέμπτη τεκμηριωμένη πανδημία από την πανδημία γρίπης του 1918. Η πρώτη ημερομηνία έναρξης των συμπτωμάτων ήταν η 1^η Δεκεμβρίου 2019. Η συμπτωματολογία των ασθενών, συμπεριλάμβανε πυρετό, κακουχία, ξηρό βήχας και δύσπνοια και διαγνώστηκε ως ιογενής πνευμονία (Zhu et al 2020). Αρχικά, η ασθένεια ονομαζόταν πνευμονία Wuhan λόγω της περιοχής και των συμπτωμάτων της πνευμονίας. Τα αποτελέσματα της αλληλουχίας ολόκληρου του γονιδιώματος έδειξαν ότι ο αιτιολογικός παράγοντας είναι ένας νέος κοροναϊός, ο οποίος είναι το έβδομο μέλος της οικογένειας των κοροναϊών που μολύνει ανθρώπους (Wu et. al., 2020a). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ονόμασε προσωρινά τον νέο ιό 2019 νέο κορονοϊό (2019-nCoV) στις 12 Ιανουαρίου 2020 και στη συνέχεια ονόμασε επίσημα αυτή τη μολυσματική ασθένεια κοροναϊό ασθένεια 2019 (COVID-19) στις 12 Φεβρουαρίου 2020 (WHO 2019). Αργότερα, η Διεθνής Επιτροπή Η Ταξινόμηση των Ιών (ICTV) όρισε επίσημα τον ιό ως SARS-CoV-2 με βάση τη φυλογένεση, την ταξινόμηση και την καθιερωμένη πρακτική (Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses 2020)

Οι ανθρώπινοι κοροναϊοί προκαλούν συνήθως ήπιες ασθένειες του ανώτερου αναπνευστικού. Ωστόσο, τις τελευταίες δύο δεκαετίες, δύο κοροναϊοί που μεταδόθηκαν από ζώα, ο SARS-CoV και ο MERS-CoV, έχουν προκαλέσει σοβαρή πνευμονία και θάνατο σε ανθρώπους (Liu, Kuo and Shih 2020). Επιπλέον, από τα τέλη Δεκεμβρίου 2019, η πανδημία COVID-19 εξαπλώθηκε παγκοσμίως και κατά συνέπεια είχε ως αποτέλεσμα τουλάχιστον 448.699.217 ανθρώπων να έχουν νοσήσει, 6.011.678 άνθρωποι έχουν πεθάνει ενώ 10.620.877.582 δόσεις εμβολιασμού έχουν γίνει έως τις αρχές Μαρτίου 2022 (8 Μαρτίου) (<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>). Λόγω της υψηλής ομολογίας αλληλουχίας με έναν κορονοϊό που έχει απομονωθεί από νυχτερίδες, ο SARS-CoV-2 θεωρείται κορονοϊός ζωνοσογόνου προέλευσης. Αναμφίβολα, ο SARS-CoV-2 έχει γίνει ο πέμπτος ανθρώπινος κορονοϊός

και είναι πιθανό ο ιός αυτός να κυκλοφορεί συνεχώς στον ανθρώπινο πληθυσμό στο μέλλον. Στη συνέχεια, η μετάδοση του COVID-19 από άνθρωπο σε άνθρωπο αποδείχτηκε και κλινικά που συμβαίνει εντός του Χονγκ Κονγκ έχει αποδειχθεί σε κλινικά δεδομένα (Gorbalenya, Lauber and Siddell 2019). Από τότε που εμφανίστηκε αρχικά το COVID-19 στην Κίνα, μέσα σε τέσσερις μήνες ο ιός εξελίχθηκε και εξαπλώθηκε γρήγορα σε άλλες χώρες παγκοσμίως ως παγκόσμια απειλή. Στις 11 Μαρτίου 2020, ο ΠΟΥ έκανε τελικά την εκτίμηση ότι ο COVID-19 μπορεί να χαρακτηριστεί ως πανδημία, μετά την ισπανική γρίπη του 1918 (H1N1), την ασιατική γρίπη του 1957 (H2N2), τη γρίπη του Χονγκ Κονγκ 1968 (H3N2) και την πανδημική γρίπη του 2009 (H1N1), που προκάλεσε περίπου 50 εκατομμύρια, 1,5 εκατομμύρια, 1 εκατομμύριο και 300.000 θανάτους ανθρώπων, αντίστοιχα (Cyranoski 2020).

Τους πρώτους μήνες του COVID-19, οι παγκόσμιες υγειονομικές αρχές, οι κυβερνητικές υπηρεσίες και το κοινό δεν ήταν σίγουροι για το πώς θα εξαπλωθεί η ασθένεια και πώς θα επηρεάσει την καθημερινή ζωή. Την 1η Μαρτίου 2020, τα Ηνωμένα Έθνη απελευθέρωσαν κεφάλαια 15 εκατομμυρίων δολαρίων για να υποστηρίξουν την παγκόσμια αντιμετώπιση του COVID-19. Μια εβδομάδα αργότερα, στις 7 Μαρτίου, τα κρούσματα COVID-19 έφτασαν τις 100.000. Αρκετές μέρες μετά, στις 11 Μαρτίου, ο COVID-19 κηρύχθηκε πανδημία από τον ΠΟΥ. Ο COVID-19 μετατράπηκε γρήγορα από ένα σοβαρό πρόβλημα που φαινομενικά περιοριζόταν στην Κίνα, σε μια παγκόσμια έκτακτη ανάγκη υγείας. Μέχρι εκείνη τη στιγμή, η κατάσταση στο Wuhan είχε εκτονωθεί μετά την εισαγωγή πρωτοφανών μέτρων για τον περιορισμό του ιού. Στην αρχή της επιδημίας, η Κίνα ανέφερε χιλιάδες νέα κρούσματα την ημέρα, τα οποία είχαν μειωθεί σε δεκάδες μέχρι τον Μάρτιο. Στην Ευρώπη, από την άλλη πλευρά, τα κρούσματα αυξάνονταν ραγδαία μέρα με τη μέρα, με την Ιταλία να καταγράφει τους άνευ προηγουμένου 250 θανάτους το 24ωρο μεταξύ 12ης Μαρτίου και 13ης Μαρτίου. Ως αποτέλεσμα, στις 13 Μαρτίου ο ΠΟΥ δήλωσε ότι η Ευρώπη είχε γίνει το επίκεντρο της πανδημίας. Την ίδια μέρα οι ΗΠΑ κήρυξαν κατάσταση έκτακτης ανάγκης (Liu, Kuo and Shih 2020).

Για την αντιμετώπιση της πανδημίας, ελήφθησαν αυστηρά μέτρα σε όλο τον κόσμο. Η κοινωνική απόσταση και οι ταξιδιωτικοί περιορισμοί άρχισαν να τίθενται σε ισχύ τον Μάρτιο, μαζί με συμβουλές για σωστές τεχνικές πλυσίματος των χεριών. Ωστόσο, αυτά τα μέτρα προβλεπόταν ότι θα επιβραδύνουν μόνο την εξάπλωση του ιού, οι

επιστήμονες κατάλαβαν ότι για να ξεπεραστεί η πανδημία, έπρεπε να αναπτυχθεί ένα εμβόλιο. Στις 17 Μαρτίου 2020, ξεκινούν οι πρώτες δοκιμές ανθρώπινων εμβολίων COVID-19 με το Moderna mRNA εμβόλιο. Ήταν σαφές ότι οι αρχικοί περιορισμοί δεν ήταν αρκετοί για να σταματήσουν την εξάπλωση του COVID-19. Γρήγορα, οι περιορισμοί στις περισσότερες περιοχές έγιναν σκληρότεροι, με το Ηνωμένο Βασίλειο να επιβάλλει τον κανόνα παραμονής στο σπίτι στις 26 Μαρτίου. Πολλές ευρωπαϊκές χώρες εφάρμοσαν το δικό τους εθνικό lockdown περίπου αυτή την περίοδο. Μέχρι τις 2 Απριλίου, οι συνολικές παγκόσμιες περιπτώσεις COVID-19 είχαν φτάσει στο 1 εκατομμύριο. Η πραγματική σοβαρότητα της πανδημίας ήρθε στο φως και οι κυβερνήσεις έκαναν ό,τι μπορούσαν για να αναβάλουν την εξάπλωση του ιού προτού ένα εμβόλιο κηρυχθεί ασφαλές για χρήση. Στις 6 Απριλίου, ο ΠΟΥ δημοσίευσε οδηγίες για τη χρήση μάσκας, καθώς περισσότερα στοιχεία άρχισαν να υπογραμμίζουν τον ρόλο των αερολυμάτων στην εξάπλωση της νόσου. Κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού, πολλές χώρες σημείωσαν μείωση των κρουσμάτων, των νοσηλειών και των θανάτων λόγω των περιορισμών που είχαν υποστεί οι πολίτες τους για να αποτρέψουν την εξάπλωση του ιού. Ωστόσο, προς το τέλος του καλοκαιριού, τον Αύγουστο του 2020, η παραλλαγή Lambda ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά στο Περού. Μέχρι σήμερα, αυτή η παραλλαγή έχει εξαπλωθεί από τότε σε τουλάχιστον 29 χώρες, σύμφωνα με τον ΠΟΥ. Ένα μήνα αργότερα, η παραλλαγή Alpha εντοπίστηκε για πρώτη φορά στο Ηνωμένο Βασίλειο τον Σεπτέμβριο του 2020. Η ανακάλυψη αυτών των παραλλαγών ήταν σημαντική, έδειξε ότι ο ιός εξελισσόταν. Ως αποτέλεσμα, τα συμπτώματα και τα αποτελέσματα της νόσου άλλαζαν. Τα στοιχεία έχουν δείξει, για παράδειγμα, ότι η παραλλαγή Alpha μπορεί να ενέχει αυξημένο κίνδυνο κακών αποτελεσμάτων COVID-19. Με την εμφάνιση αυτών των νέων παραλλαγών, τα κρούσματα COVID-19 άρχισαν να αυξάνονται ξανά σε πολλές χώρες και μέχρι τις 29 Σεπτεμβρίου 2020, είχαν σημειωθεί 1 εκατομμύριο θάνατοι από COVID-19. Οι εμβολιασμοί αναπτύχθηκαν σε χρόνο ρεκόρ. Στις 9 Νοεμβρίου, οι δοκιμές έδειξαν ότι τα εμβόλια Pfizer και BioNTech ήταν πάνω από 90% αποτελεσματικά και το εμβόλιο Moderna αποδείχθηκε επίσης αποτελεσματικό μόλις μια εβδομάδα αργότερα, στις 16 Νοεμβρίου. Μία ακόμη εβδομάδα αργότερα, στις 23 Νοεμβρίου, το Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης και η AstraZeneca COVID-19 αποδείχθηκαν επίσης αποτελεσματικά. Λίγο αργότερα, η παραλλαγή Delta ανακαλύφθηκε για πρώτη φορά τον Δεκέμβριο στην Ινδία (Moore, 2021).

Οι ανησυχίες σχετικά με την πιθανή αυξημένη μεταδοτικότητα των παραλλαγών, που τροφοδοτούνται από την αύξηση των κρουσμάτων σε ορισμένες κομητείες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, ανάγκασαν πολλές κυβερνήσεις να ενισχύσουν και πάλι τα μέτρα καραντίνας σε κάποιο βαθμό. Τέλος, στις 31 Δεκεμβρίου 2020, ο ΠΟΥ εξέδωσε την πρώτη επικύρωση χρήσης έκτακτης ανάγκης για ένα εμβόλιο COVID-19, καθιστώντας το εμβόλιο Pfizer/BioNTech το πρώτο που είναι διαθέσιμο για χρήση. Η επικύρωση έκτακτης ανάγκης θεωρήθηκε ως ένα θετικό βήμα προς τη διάθεση των εμβολίων κατά του COVID-19 παγκοσμίως - ένα απαραίτητο βήμα για τον τερματισμό της πανδημίας. Έκτοτε, το εμβόλιο Moderna και το εμβόλιο Oxford/AstraZeneca έχουν επίσης εγκριθεί για χρήση και οι εθνικές πρωτοβουλίες ανάπτυξης εμβολίων έχουν ξεκινήσει με πλήρη ισχύ. Από τις 27 Απριλίου 2021, έχουν χορηγηθεί 1 δισεκατομμύριο δόσεις εμβολίου COVID-19. Η συνεχής κυκλοφορία εμβολίων σε όλες τις χώρες είναι ζωτικής σημασίας για να τεθεί υπό έλεγχο η πανδημία και να αποτραπούν μελλοντικές εστίες μόλυνσης (Moore 2021).

Σήμερα, τρία χρόνια σχεδόν μετά την πρώτη εμφάνιση του ιού, βρισκόμαστε στην τέταρτη περίοδο της πανδημίας και μπορούμε να τη διακρίνουμε σε έξι φάσεις. Κάθε φάση συνδέεται και με την αντίστοιχη δράση του ΠΟΥ, για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Η πρώτη φάση, ξεκινά από το μεσοδιάστημα από την προηγούμενη περίοδο εμφάνισης μιας πανδημίας μέχρι την εμφάνιση της επόμενης, όπου το σύστημα υγείας οργανώνεται και στελεχώνεται για πιθανή ανίχνευση νέου στελέχους ενός ιού. Στη δεύτερη φάση αρχίζει να εμφανίζεται ένας μάλλον ύποπτος υπότυπος του ιού σε ζώα, γεγονός που φαίνεται να εγκυμονεί κίνδυνο για πιθανή νόσηση και των ανθρώπων. Στη τρίτη φάση, εμφανίζεται η λοίμωξη του ανθρώπου από το νέο στέλεχος του ιού αλλά ακόμα δεν έχει εμφανιστεί η μετάδοση ανάμεσα στους ανθρώπους. Στην τέταρτη φάση, εμφανίζεται η μετάδοση ανάμεσα στους ανθρώπους αλλά η εξάπλωση είναι τοπική που δίνει ότι δεν υπάρχει έντονη εξάπλωση του ιού. Στην επόμενη φάση, πέμπτη, έχει αρχίσει ο ιός να προσαρμόζεται όλο και περισσότερο και η μεταδοτικότητα μεταξύ των ανθρώπων αυξάνεται αλλά ακόμα δεν εμφανίζεται ο κίνδυνος της πανδημίας, δηλαδή της πλήρους μεταδοτικότητας στους ανθρώπους. Στη τελευταία φάση της πανδημίας, είναι το στάδιο όπου ο ιός πλέον εξαπλώνεται ταχύτατα ανάμεσα στους ανθρώπους και πλέον η διασπορά δεν περιορίζεται σε ένα μέρος ή μία χώρα αλλά επεκτείνεται σε παγκόσμιο επίπεδο (eur-lex.europa.eu).

Σε σύγκριση με το δεύτερο κύμα, το τρίτο κύμα χαρακτηρίστηκε από καθυστερημένη ενίσχυση των πολιτικών κοινωνικής αποστασιοποίησης (3 έναντι 15 ημερών), μεγαλύτερη διάρκεια (36 έναντι >56 ημέρες) και υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας (0,91% έναντι 1,26%). Υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις αλυσίδες μετάδοσης μεταξύ του δεύτερου και του τρίτου κύματος καθώς η αναλογία των τοπικών συστάδων ήταν χαμηλότερη (24,8% έναντι 45,7%) καθώς και η μετάδοση με προσωπική επαφή (38,5% έναντι 25,9%) αλλά οι άγνωστες διαδρομές μετάδοσης (23,5% έναντι 20,8%) ήταν υψηλότερα κατά το τρίτο κύμα (Seong et al 2021)

Σήμερα συγκεκριμένες αντικές θεραπείες και εμβόλια βρίσκονται ακόμη υπό ανάπτυξη, ενθαρρύνονται οι δοκιμές, ενώ έχει περιοριστεί η καραντίνα και ενθαρρύνεται η κοινωνική απόσταση για την πρόληψη της εξάπλωσης του ιού. Ωστόσο, δεδομένου ότι ο ιός συνεχίζει να μεταλλάσσεται και να εξελίσσεται κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι μελέτες σχετικά με την παθογονικότητα του ιού, τις θεραπείες και τα εμβόλια βρίσκονται ακόμα υπό συνεχή έρευνα και εξέλιξη.

Στην Ελλάδα, το πρώτο κρούσμα COVID-19 εντοπίστηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2020 (Maltezos et al 2021). Μετά από ένα μικρό κύμα τον Μάρτιο – Μάιο 2020, η Ελλάδα βίωσε δύο μεγάλα κύματα το Σεπτέμβριο – Δεκέμβριο 2020 και Φεβρουάριο – Ιούνιο 2021, αντίστοιχα (National Public Health Organization, 2021). Συνολικά, έως τις 9 Νοεμβρίου 2021, έχουν γνωστοποιηθεί στην Ελλάδα 801.208 κρούσματα και 16.414 θάνατοι. Ωστόσο, υπάρχουν πολύ περισσότερες λοιμώξεις από αυτές που τεκμηριώνονται επίσημα, καθώς πολλά μολυσμένα άτομα παραμένουν ασυμπτωματικά ή αναπτύσσουν ήπια συμπτώματα και ως εκ τούτου περνούν απαρατήρητα (He et al 2021; Stefanelli et al 2021). Οι μελέτες επιπολασμού μπορούν να καταγράψουν παλαιότερες λοιμώξεις σε έναν πληθυσμό σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, συμπεριλαμβανομένων ασυμπτωματικών ή ήπια συμπτωμάτων λοιμώξεων (Symanski et al 2021). Αυτές οι μελέτες μπορούν επίσης να ανιχνεύσουν την επαγόμενη από το εμβόλιο ανοσία και, ως εκ τούτου, μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση των συνολικών επιπέδων ανοσίας ενός πληθυσμού. Ωστόσο, από όσο γνωρίζουμε, η συντριπτική πλειονότητα των ερευνών οροθετικού επιπολασμού παγκοσμίως αφορούσε είτε το πρώτο κύμα πανδημίας είτε ειδικές ομάδες πληθυσμού όπως το υγειονομικό προσωπικό, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις βασίστηκαν σε υπολειμματικά κλινικά δείγματα (Bruno-Murtha et al 2021; Gidding et al 2021)

Αν και είναι πολύ πιθανό ο SARS-CoV-2 να γίνει ενδημικός τα επόμενα χρόνια, υπάρχουν αβεβαιότητες σχετικά με τη δυναμική μετάβασης από την πανδημία του COVID-19 στην ενδημικότητα, την εμφάνιση νέων παραλλαγών και την αναμενόμενη συνακόλουθη πίεση της εποχικής γρίπης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Maltezos, Theodoridou and Poland 2020; Lavine, Bjornstad and Antia 2021). Όσον αφορά την Ελλάδα, αυτό είναι κρίσιμο δεδομένου ότι από τις 11 Νοεμβρίου 2021, το 62% του γενικού πληθυσμού είναι πλήρως εμβολιασμένο, καθιστώντας τη χώρα αυτή 23η στην κατάταξη των ευρωπαϊκών χωρών.

4.2 Τα Συστήματα Υγείας ένα καιρό πανδημίας

Η πανδημία του covid -19 που αντιμετωπίζει ο πλανήτης από την αρχή του έτους σχεδόν ανάδειξε σε πρώτο επίπεδο όλα τα προϋπάρχοντα προβλήματα που είχε το κάθε συστήματα υγείας σε όλο το κόσμο, καθώς φαίνεται ότι δεν είχαν κατάλληλα σχεδιαστεί, ώστε να μπορούν να διευθετήσουν αποτελεσματικά ένα τέτοιο φαινόμενο πανδημίας.

Για πρώτη φορά στην σύγχρονη ιστορία, κατάφερε μια υγειονομική κρίση αν επιδράσει τόσο έντονα την παγκόσμια οικονομία, δείχνοντας με έναν σκληρό τρόπο, πόσο άμεσα συνδεδεμένες είναι η υγείας και η οικονομία, όχι σε τοπικό επίπεδο αλλά σε παγκόσμιο. Τα συστήματα υγείας ανά τον κόσμο και υγειονομικής περίθαλψης ήταν κατάλληλα σχεδιασμένα για να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά μια τόσο μεγάλη και πρωτοφανή υγειονομική κρίση. Η έκταση ήταν απρόβλεπτη, σε μεγάλη κλίμακα, επηρεάζοντας όλο τον πλανήτη και απαίτησε κινητοποίηση όλων των διαθεσίμων πόρων, ενώ επηρέασε τον πληθυσμό σε όλο το κόσμο. Η πανδημία του covid έδειξε ότι τα συστήματα υγείας δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένα για να αντιμετωπίσουν μια πανδημία.

Για αυτό και κατά την πρώτη φάση της πανδημίας αλλά και κατά τη δεύτερη, επιβλήθηκε στις περισσότερες χώρες το μέτρο της υποχρεωτικής καραντίνας και εγκλεισμού τους πληθυσμού, ως μέθοδο περιορισμού της μετάδοσης της νόσου. Παράλληλα όμως αυτό το χρονικό διάστημα ήταν απαραίτητο για να δοθεί χρόνος στο εκάστοτε σύστημα υγείας να οργανωθεί και να προμηθευτεί κάθε αναγκαίο εξοπλισμό, υγειονομικό υλικό, μέσα προστασίας, φάρμακα κλπ, για να επανδρώσει τις κλίνες ΜΕΘ για να ανταποκριθεί στην πανδημία. Πολλές χώρες της Ε.Ε, όπως για παράδειγμα

στην Κύπρο, ακολουθήθηκε μια τακτική, αναστολής της περίθαλψης και φροντίδας των περιστατικών που δεν θεωρούνταν επείγοντα, με απώτερο στόχο τόσο το προσωπικό όσο και οι λοιπές υλικοτεχνικές υποδομές, υλικά και λοιπός εξοπλισμός να είναι άμεσα διαθέσιμα για να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες ανάγκες λόγω της πανδημίας. Το μέγεθός των συνεπειών δεν έχει ακόμα πλήρως αποτιμηθεί (Διονυσίου, 2020) καθώς το σύστημα υγείας ακόμα πιέζεται εν μέσω του τρίτου κύματος της πανδημίας .

4.3 Οι 3 άξονες της πολιτικής της ΕΕ για ένα Αποτελεσματικό, Προσβάσιμο και Ανθεκτικό Σύστημα Υγείας

Οι άξονες που στηρίζεται η ατζέντα της Ε.Ε. για βελτίωση των συστημάτων υγείας των χωρών μελών της ώστε τα συστήματα υγείας να λειτουργούν αποτελεσματικά, να εξακολουθούν να είναι προσβάσιμα από όλους και ανθεκτικά σε συνθήκες κρίσης. Κάθε σύστημα υγείας δέχεται πιέσεις ώστε από την μία να ακολουθεί τις εξελίξεις, να εκσυγχρονίζεται και να προσαρμόζεται στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον και κατά επέκταση να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολιτών, διατηρώντας το κόστος για τις δαπάνες υγείας υπό έλεγχο. Θα πρέπει να ενισχυθεί και να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα αλλά και να ενισχυθεί και η ανθεκτικότητα στις προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν. Οι προκλήσεις αυτές σχετίζονται:

- Με τις δημογραφικές αλλαγές του πληθυσμού, τη γήρανση του πληθυσμού κλπ
- Αλλαγές στην επιδημιολογία, καθώς αυξάνεται όλο και περισσότερο η επιδημιολογική επιβάρυνση από τις χρόνιες ασθένειες
- Με την συνεχή εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και την ανάγκη τυποποίησής της και διαλειτουργικότητας
- Ενίσχυση των δικαιωμάτων που έχει ο ασθενής
- Μείωση του ενεργού εργατικού δυναμικού
- Μη ορθολογική και άνιση κατανομή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας
- Ανισότητες ως προς την πρόσβαση και γενικά των παροχών υγείας

Έτσι η ατζέντα της Ε.Ε. ήδη από το 2014, σχετικά με τα συστήματα υγείας εστιάζεται στην ανάπτυξη δράσεων συντονισμένων για να επιτευχθεί αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα και ανθεκτικότητα στα συστήματα υγείας.

Η ενίσχυση της αποτελεσματικότητας περιλαμβάνει:

- Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας
- Ασφάλεια ασθενών και ποιότητα περίθαλψης
- Ενοποίηση της περίθαλψης

Η αύξηση της προσβασιμότητας αφορά:

- Τον προγραμματισμό των αναγκών του εργατικού δυναμικού εντός της Ε.Ε στον τομέα της υγείας
- Την αποδοτική οικονομικά χρήση των φαρμάκων
- Τη βέλτιστη εφαρμογή της σχετικής οδηγίας 2011/24 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου «περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης».

Τέλος ο τρίτος άξονας της βελτίωσης της ανθεκτικότητας του συστήματος υγείας εμπεριέχει:

- Αξιολόγηση των τεχνολογιών της υγείας
- Σύστημα πληροφόρησης στον τομέα της υγείας
- Ηλεκτρονική Υγεία (eHealth) (<https://ec.europa.eu>)

Από την άλλη η Ε.Ε θα πρέπει προετοιμαστεί για να παρέχει τις κατάλληλες επιστημονικές συμβουλές οι οποίες θα πρέπει να ανταποκρίνονται στις συνθήκες που δημιουργούνται κατά την έκτακτη ανάγκη και οι οποίες θα πρέπει να ενσωματωθούν στην υφιστάμενη δομή και λειτουργία του συστήματος. Αυτό προϋποθέτει από τη μια τη σύσταση ομάδων, σε όλα τα επίπεδα και τους τομείς που θα στελεχώνονται από εμπειρογνώμονες ή επιτροπές εμπειρογνομόνων. Ενώ από την άλλη προϋποθέτουν διαβουλεύσεις σε ταχεία βάση για την αξιολόγηση του υφιστάμενου κινδύνου και επανεξέταση της επιστημονικής και της τεχνικής βάσης και τις επιλογές που δίνονται για την αντιμετώπιση της κρίσης. Σε διάφορες τομείς υπάρχουν τόσο μηχανισμοί όσο

και δομές που παρέχουν επιστημονικές συμβουλές σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Τέτοιοι είναι:

- Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος (ΕΟΠ)
- Ευρωπαϊκό κέντρο πρόληψης και ελέγχου νόσων (ΕΚΠΕΝ)
- Κοινό Κέντρο Ερευνών (ΚΚΕρ) (ΕΝ)
- Ευρωπαϊκός οργανισμός για την αξιολόγηση των φαρμάκων (ΕΜΕΑ)
- Ευρωπαϊκή Αρχή για την Ασφάλεια των Τροφίμων (ΕΑΑΤ)
- Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (ΕΟΑΥΕ)
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΝΤ) (<https://european-union.europa.eu>).

Αντίστοιχα και στο τομέα των μεταδοτικών νόσων αντίστοιχα δημιουργούνται και χρηματοδοτούνται προγράμματα και μέσα για την δημιουργία διαφόρων μοντέλων πρόβλεψης των κρίσεων σε επίπεδο Ε.Ε. σε χρόνο πραγματικό. Πρέπει να προσδιοριστούν οι κατάλληλες δράσεις ώστε να αντιμετωπιστεί η διάδοση της νόσου αλλά και να προσδιοριστούν οι παράγοντες που βοηθούν στην έγκαιρη πληροφόρηση καθώς και οι πολιτικές δράσεις που σχετίζονται με τον έγκαιρο ανασχεδιασμό τη δημόσιας υγείας.

4.4 Στρατηγικές για την αντιμετώπιση του covid στην Ε.Ε

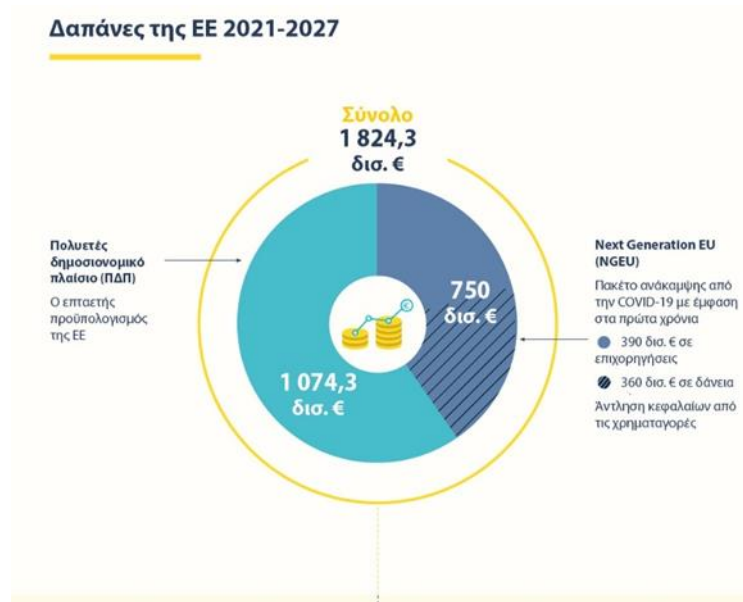
Σε καιρούς κρίσης, η ΕΕ και τα κράτη μέλη της εργάζονται από κοινού για την καταπολέμηση της πανδημίας και για να βοηθήσουν την Ευρώπη να σταθεί ξανά στα πόδια της μετά την οικονομική ύφεση.

1. Υποστήριξη της ανάκαμψης της ΕΕ

Για να βοηθήσουν την ΕΕ να ανακάμψει από τις οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας, οι ηγέτες της ΕΕ συμφώνησαν σε ένα έκτακτο ταμείο ανάκαμψης 750 δισεκατομμυρίων ευρώ που ονομάζεται «Επόμενη Γενιά ΕΕ». Το πακέτο ανάκαμψης θα δώσει προτεραιότητα στις επενδύσεις στην ψηφιακή και την πράσινη μετάβαση. Επιπλέον, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο συμφώνησε σε έναν μακροπρόθεσμο προϋπολογισμό της ΕΕ για την περίοδο 2021-2027, ο οποίος θα

τονώσει την ανάπτυξη και θα στηρίζει τους πολίτες, τις επιχειρήσεις και τις οικονομίες μας τα επόμενα χρόνια. Συνολικά, ο πολυετής προϋπολογισμός και το ταμείο ανάκαμψης ανέρχονται σε τουλάχιστον 1 074,3 δισεκατομμύρια ευρώ.

Μαζί με τα κονδύλια 540 δισεκατομμυρίων ευρώ που έχουν ήδη διατεθεί για τα τρία δίκτυα ασφαλείας (για εργαζόμενους, για επιχειρήσεις και για τα κράτη μέλη), το συνολικό πακέτο ανάκαμψης της ΕΕ ανέρχεται σε 2.364,3 δισεκατομμύρια ευρώ. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα παρέχει επιπλέον 1.350 δισεκατομμύρια ευρώ ως μέρος του προγράμματος αγοράς ομολόγων για να βοηθήσει τις κυβερνήσεις κατά τη διάρκεια της κρίσης.



ΕΙΚΟΝΑ 1

Ο προϋπολογισμός της Ε.Ε 2021-2027 για την υποστήριξη της ανάκαμψης

Πηγή: (<https://www.consilium.europa.eu>)

2. Συντονισμός ταξιδιωτικών μέτρων

Οι χώρες της ΕΕ καθιέρωσαν ένα κοινό πλαίσιο για ταξιδιωτικά μέτρα για τη διασφάλιση της ελεύθερης κυκλοφορίας στην ΕΕ κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Συμφώνησαν σε κοινά κριτήρια που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την εξέταση μέτρων και έναν κοινό ορισμό των ζωνών κινδύνου. Κάθε Πέμπτη

δημοσιεύεται από το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων ένας έγχρωμος χάρτης της ΕΕ που βασίζεται σε δεδομένα που παρέχονται από τα κράτη μέλη. Ο χάρτης βοηθά τις χώρες της ΕΕ να λαμβάνουν αποφάσεις για ταξιδιωτικά μέτρα με βάση την επιδημιολογική κατάσταση ανά περιοχή.

Οι χώρες της ΕΕ έχουν συμφωνήσει ότι οι πληροφορίες σχετικά με τα νέα ταξιδιωτικά μέτρα θα πρέπει να δημοσιεύονται 24 ώρες πριν από την εφαρμογή τους. Για να βοηθήσει τους ταξιδιώτες να προγραμματίσουν τα ταξίδια τους ενώ παραμένουν ασφαλείς και να βρίσκουν αξιόπιστες και ενημερωμένες πληροφορίες για τα ταξιδιωτικά μέτρα, η ΕΕ κυκλοφόρησε τον ιστότοπο Re-open EU, ο οποίος είναι διαθέσιμος και στις 24 γλώσσες της ΕΕ.



ΕΙΚΟΝΑ 2

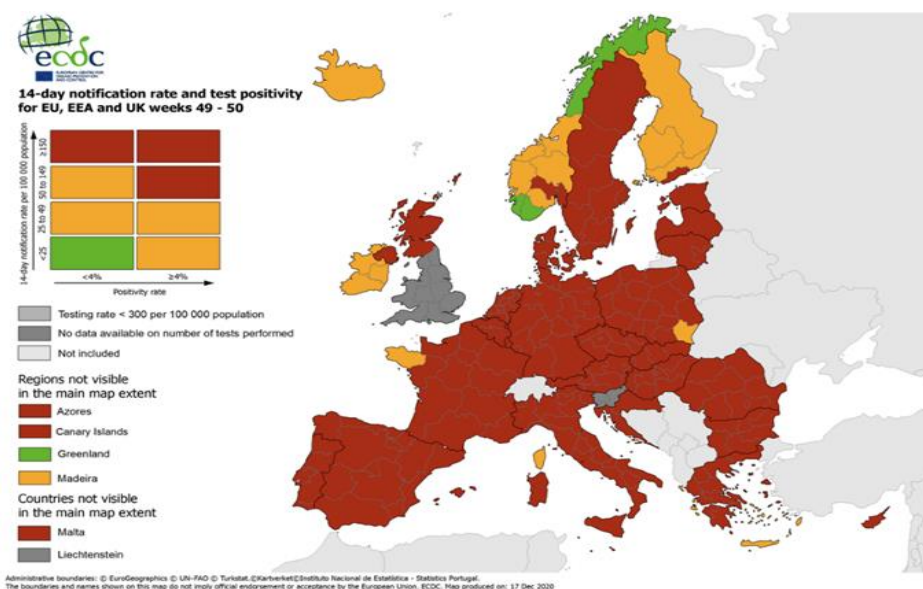
Αποτύπωση των περιοχών κινδύνου, όπου οι ζώνες διακρίνονται σε πράσινη, πορτοκαλί και κόκκινη ανάλογα την ένταση του κινδύνου

Πηγή: (<https://www.consilium.europa.eu>)

3. Μέτρα για την επιβράδυνση της εξάπλωσης του ιού

Για να συμβάλουν στον περιορισμό της μετάδοσης του ιού στην Ευρώπη και πέρα από αυτήν, οι χώρες της ΕΕ περιόρισαν προσωρινά τα μη απαραίτητα ταξίδια προς την ΕΕ. Οι ταξιδιωτικοί περιορισμοί για κατοίκους ορισμένων τρίτων χωρών καταργήθηκαν σταδιακά από την 1η Ιουλίου 2020 και μετά.

Η λίστα ταξιδιών αναθεωρείται τακτικά και μπορεί να ενημερώνεται όποτε είναι απαραίτητο. Τα κριτήρια για τον προσδιορισμό των τρίτων χωρών για τις οποίες πρέπει να αρθούν οι ταξιδιωτικοί περιορισμοί περιλαμβάνουν την επιδημιολογική κατάσταση και τα μέτρα περιορισμού, συμπεριλαμβανομένης της φυσικής απόστασης, καθώς και οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους. Στις 25 Ιανουαρίου 2022, το Συμβούλιο ενέκρινε νέα σύσταση σχετικά με μια συντονισμένη προσέγγιση για τη διευκόλυνση της ασφαλούς ελεύθερης κυκλοφορίας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Αυτή η σύσταση ανταποκρίνεται στη σημαντική αύξηση της πρόσληψης εμβολίων και στην ταχεία κυκλοφορία του ψηφιακού πιστοποιητικού της ΕΕ για τον COVID. Αντικαθιστά την προηγούμενη σύσταση. Σύμφωνα με τη νέα σύσταση, τα μέτρα για τον COVID-19 θα πρέπει να εφαρμόζονται λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση της υγείας του ατόμου και όχι την επιδημιολογική κατάσταση σε περιφερειακό επίπεδο, με εξαίρεση τις περιοχές όπου ο ιός κυκλοφορεί σε πολύ υψηλά επίπεδα (σκούρες κόκκινες περιοχές). Αυτό σημαίνει ότι το ψηφιακό πιστοποιητικό COVID ενός ταξιδιώτη στην ΕΕ θα πρέπει να είναι ο καθοριστικός παράγοντας.



ΕΙΚΟΝΑ 3

Απεικόνιση ανάλογα την επιδημιολογική κατάσταση της Ε.Ε

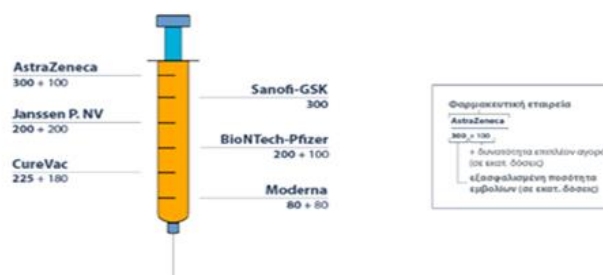
Πηγή: (<https://reopen.europa.eu>)

4. Παροχή ασφαλών και αποτελεσματικών εμβολίων COVID-19

Τέσσερα εμβόλια κατά του COVID-19 έχουν ήδη εγκριθεί στην ΕΕ και ο εμβολιασμός ξεκίνησε στις 27 Δεκεμβρίου 2020 σε ολόκληρη την Ένωση. Η ΕΕ συντόνισε μια κοινή προσπάθεια για να εξασφαλίσει την παραγωγή επαρκούς ποσότητας ασφαλών και αποτελεσματικών εμβολίων COVID-19 στην ΕΕ μέσω συμφωνιών προαγοράς με παραγωγούς εμβολίων. Για το σκοπό αυτό, η ΕΕ έχει υπογράψει οκτώ συμφωνίες με κατασκευαστές εμβολίων για να εξασφαλίσει ένα σταθερό χαρτοφυλάκιο εμβολίων για τις χώρες της ΕΕ. Συνολικά, έχουν εξασφαλιστεί έως και 4,6 δισεκατομμύρια δόσεις εμβολίων. Μαζί με τα κράτη μέλη και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ΕΕ συντονίζει μια παγκόσμια προσπάθεια για την καθολική πρόσβαση σε ένα εμβόλιο. Η ΕΕ θα είναι ασφαλής μόνο εάν ο υπόλοιπος κόσμος είναι ασφαλής. Η ανάπτυξη και η διανομή ενός αποτελεσματικού και ασφαλούς εμβολίου κατά του COVID-19 αντιπροσωπεύει μια μόνιμη λύση και έναν ακρογωνιαίο λίθο της απάντησης της ΕΕ στην πανδημία COVID-19. Ο εμβολιασμός κατά του COVID-19 ξεκίνησε στις 27 Δεκεμβρίου 2020 σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Έως τις 31 Αυγούστου 2021, η ΕΕ έφτασε στο σημαντικό ορόσημο του 70% του ενήλικου πληθυσμού της ΕΕ να εμβολιαστεί πλήρως. Από τον Οκτώβριο του 2021, τρεις στους τέσσερις ενήλικες στην ΕΕ έχουν εμβολιαστεί πλήρως.

1 965 εκατ. δόσεις πιθανών εμβολίων έχουν ήδη εξασφαλιστεί

Έχουν συναφθεί έξι συμφωνίες προαγοράς (APAs) για υποσχόμενα υποψήφια εμβόλια:



ΕΙΚΟΝΑ 4

Δόσεις πιθανών εμβολίων που έχουν εξασφαλιστεί ανάλογα την σύμβαση που έχει συναφθεί με την αντίστοιχη φαρμακευτική εταιρεία

Πηγή: (<https://reopen.europa.eu>)

Όλος ο κόσμος συμμετείχε στον αγώνα για την ανάπτυξη ενός ασφαλούς και αποτελεσματικού εμβολίου κατά του COVID-19. Παρά την πίεση, τα εμβόλια για τον COVID-19 αναπτύσσονται σύμφωνα με τα ίδια πρότυπα ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας όπως για όλα τα άλλα εμβόλια. Όπως όλα τα εμβόλια, τα αποτελέσματα των εμβολίων COVID-19 ελέγχονται πρώτα στο εργαστήριο, συμπεριλαμβανομένων των ζώων, και στη συνέχεια σε εθελοντές ανθρώπους.

Η ΕΕ συντονίζει την έγκριση για εμβόλια μέσω της ανεξάρτητης επιστημονικής συμβουλής του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA).

Η διαδικασία αξιολόγησης είναι συνήθως πολύ μεγάλη, αλλά λόγω της τρέχουσας παγκόσμιας έκτακτης ανάγκης, ο EMA αξιολογεί αιτήσεις από προγραμματιστές εμβολίων για τον COVID-19 στο συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα:

- παροχή έγκαιρης καθοδήγησης για να βοηθήσει τους προγραμματιστές εμβολίων COVID-19 να προετοιμαστούν να υποβάλουν αίτηση για έγκριση
- θέσπιση διαδικασιών ταχείας κυλιόμενης επανεξέτασης
- την αξιολόγηση βασικών δεδομένων για τα εμβόλια κατά του COVID-19 μόλις καταστούν διαθέσιμα

Μόνο εάν τα επιστημονικά στοιχεία αξιολογήσουν τα υψηλότερα πρότυπα για την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα του εμβολίου, ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων θα εκδώσει θετική σύσταση στην ΕΕ για άδεια κυκλοφορίας υπό όρους.



ΕΙΚΟΝΑ 5

Η διαδικασία με τα 7 βήματα που αφορά την έγκριση και διάθεση ενός εμβολίου εντός της Ε.Ε.

Πηγή: (<https://www.consilium.europa.eu>)

Μέχρι στιγμής, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει χορηγήσει άδεια κυκλοφορίας υπό όρους για πέντε εμβόλια κατά του COVID-19, μετά από θετικές αξιολογήσεις του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων:

- το εμβόλιο BioNTech/Pfizer εγκρίθηκε στις 21 Δεκεμβρίου 2020
- το εμβόλιο Moderna εγκρίθηκε στις 6 Ιανουαρίου 2021
- το εμβόλιο AstraZeneca εγκρίθηκε στις 29 Ιανουαρίου 2021
- το εμβόλιο Janssen (Johnson & Johnson) εγκρίθηκε στις 11 Μαρτίου 2021
- το εμβόλιο Novavax εγκρίθηκε στις 20 Δεκεμβρίου 2021

Επιπλέον, η ΕΕ κάνει χρήση όλης της υπάρχουσας ευελιξίας για να επιταχύνει την έγκριση άλλων πιθανών εμβολίων για χρήση σε ολόκληρη την ΕΕ. Τα εμβόλια κατά του COVID-19 εγκρίνονται για χρήση στην ΕΕ μόνο εάν τα επιστημονικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι τα οφέλη τους είναι μεγαλύτερα από τυχόν κινδύνους.

5. Υποστήριξη των συστημάτων υγείας της ΕΕ

Η ΕΕ έχει εξασφαλίσει τη διαχείριση κρίσεων και τον συντονισμό καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 μέσω της συνεχούς επαφής μεταξύ των κρατών μελών και των θεσμικών οργάνων της ΕΕ. Η ΕΕ έχει επίσης διαθέσει ιατρικό εξοπλισμό δημιουργώντας ένα κοινό ευρωπαϊκό απόθεμα ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού και αναπνευστήρων στο πλαίσιο του rescEU. Συντονίζει επίσης κοινές δημόσιες προμήθειες και έχει ρυθμίσει τις εξαγωγές βασικού εξοπλισμού για να εξασφαλίσει σταθερό εφοδιασμό εντός της ΕΕ.

Για να βοηθήσει την Ευρώπη να αντιμετωπίσει μελλοντικές απειλές για τη δημόσια υγεία, η ΕΕ πρότεινε ένα νέο, ενισχυμένο πρόγραμμα EU4Health, το οποίο θα βελτιώσει την υποστήριξη στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης των κρατών μελών. Το EU4Health έχει σχεδιαστεί για να συνεισφέρει σημαντικά στην ανάκαμψη μετά τον COVID-19, με έμφαση στο να γίνουν τα συστήματα υγείας πιο ανθεκτικά και στην προώθηση της καινοτομίας στον τομέα της υγείας.



ΕΙΚΟΝΑ 6

Μοντέλο για την εξασφάλιση της παροχής ιατρικού εξοπλισμού στην Ε.Ε.

Πηγή: (<https://www.consilium.europa.eu>)

6. Προστασία θέσεων εργασίας

Για να βοηθήσει τους εργαζόμενους να διατηρήσουν τις θέσεις εργασίας τους κατά τη διάρκεια της κρίσης, η ΕΕ έχει δημιουργήσει ένα μέσο που παρέχει προσωρινή υποστήριξη προκειμένου να μετριάσει τους κινδύνους ανεργίας σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης (SURE). Το πρόγραμμα παρέχει έως και 100 δισεκατομμύρια ευρώ σε δάνεια που χορηγούνται στα κράτη μέλη με ευνοϊκούς όρους για να βοηθήσουν στην κάλυψη του κόστους των εθνικών προγραμμάτων εργασίας μικρής διάρκειας. Το φθινόπωρο του 2020, οι πρώτες δόσεις εκταμιεύτηκαν στις χώρες της Ε.Ε. Η συνολική οικονομική στήριξη της SURE ανέρχεται σε 94,3 δισ. ευρώ για 19 κράτη μέλη.

7. Βοηθώντας τις χώρες της ΕΕ να χρηματοδοτήσουν την απόκρισή τους στον COVID-19

Η ΕΕ υποστηρίζει τα κράτη μέλη στη χρηματοδότηση της απόκρισής τους σε κρίσεις μέσω της Επενδυτικής Πρωτοβουλίας για την Αντιμετώπιση του Κορωνοϊού, διοχετεύοντας περίπου 37 δισεκατομμύρια ευρώ από τα διαρθρωτικά ταμεία της ΕΕ στις χώρες της ΕΕ. Η ΕΕ εφαρμόζει επίσης την πλήρη ευελιξία των δημοσιονομικών κανόνων της ΕΕ για να βοηθήσει τις χώρες της ΕΕ να υποστηρίξουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τις επιχειρήσεις προκειμένου να διατηρήσουν τους ανθρώπους στην απασχόληση κατά τη διάρκεια της κρίσης. Οι κανόνες της ΕΕ για τις κρατικές ενισχύσεις έχουν χαλαρώσει, ώστε οι κυβερνήσεις να μπορούν να παρέχουν ρευστότητα στην οικονομία για να στηρίξουν τους πολίτες και τις εταιρείες και με αυτόν τον τρόπο να σώσουν θέσεις εργασίας.

8. Ενίσχυση της ευρωπαϊκής αλληλεγγύης

Η ΕΕ διευκολύνει την αποστολή ιατρικών ομάδων μέσω του Ιατρικού Σώματος της ΕΕ, έτσι ώστε ομάδες από διαφορετικά κράτη μέλη να μπορούν να υποστηρίξουν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση. Σε πνεύμα αλληλεγγύης, οι χώρες της ΕΕ έχουν έρθει σε βοήθεια η μία την άλλη. Για παράδειγμα: η Αυστρία, η Γερμανία και το Λουξεμβούργο έχουν διαθέσει τις μονάδες εντατικής τους θεραπείας σε Βέλγους, Ολλανδούς, Γάλλους και Ιταλούς ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση. Η Πολωνία, η Ρουμανία και η Γερμανία έχουν στείλει ομάδες

γιατρών για να βοηθήσουν στη θεραπεία ασθενών σε νοσοκομεία στην Ιταλία. Η Ουγγαρία και η Ολλανδία έχουν στείλει αναπνευστήρες στην Τσεχία. Η Γαλλία έχει μοιραστεί δόσεις εμβολίων με την Τσεχία και τη Σλοβακία.

Η ΕΕ ενέκρινε επίσης νέους κανόνες που επιτρέπουν στα κράτη μέλη να ζητούν οικονομική βοήθεια από το Ταμείο Αλληλεγγύης της ΕΕ για την κάλυψη έκτακτων περιστατικών υγείας. Με το πρόσφατα διευρυμένο πεδίο εφαρμογής του ταμείου, έως και 800 εκατομμύρια ευρώ διατέθηκαν στα κράτη μέλη το 2020 για την καταπολέμηση της πανδημίας του κορωνοϊού.

9. Στήριξη των οικονομικών τομέων που επλήγησαν περισσότερο

Για να προστατεύσουμε την αλυσίδα εφοδιασμού τροφίμων μας και να αποφύγουμε τις ελλείψεις τροφίμων, η ΕΕ ενέκρινε έκτακτα μέτρα για τη στήριξη του τομέα της γεωργίας και της αλιείας που έχει πληγεί από την πανδημία. Τα μέτρα περιλαμβάνουν άμεση στήριξη στους αγρότες και τους αλιείς και αυξημένη ευελιξία στη χρηματοδότηση της ΕΕ. Επιπλέον, η ΕΕ δημιούργησε «πράσινους δρόμους» για να επιτρέψει τη ροή τροφίμων σε όλη την Ευρώπη και αναγνώρισε τους εποχικούς εργαζόμενους ως «κρίσιμους εργαζόμενους». Εισήχθησαν επίσης έκτακτα μέτρα αγοράς για τη στήριξη των παραγωγών οίνου, φρούτων και λαχανικών της ΕΕ.

10. Μια συνεργασία για την υποστήριξη των συνεργατών μας σε όλο τον κόσμο

Η κρίση του COVID-19 είναι μια παγκόσμια πρόκληση που απαιτεί παγκόσμιες λύσεις. Η ΕΕ και τα κράτη μέλη της υποστηρίζουν τις προσπάθειες των χωρών εταίρων για την καταπολέμηση του ιού παρέχοντας οικονομική υποστήριξη για την αντιμετώπιση της άμεσης κρίσης υγείας και των ανθρωπιστικών αναγκών. Η συνολική προσπάθεια της Team Europe ανέρχεται σε 46 δισεκατομμύρια ευρώ. Η ΕΕ έχει επίσης ενεργοποιήσει μια ανθρωπιστική αεροπορική γέφυρα της ΕΕ για την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας σε χώρες που έχουν ανάγκη.

Η ΕΕ είναι ο παγκόσμιος ηγέτης στις εξαγωγές και τις δωρεές εμβολίων. Για να διασφαλίσει την πρόσβαση στα εμβόλια κατά του COVID-19 και για χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος σε όλο τον κόσμο, η ΕΕ, σε μια προσέγγιση Team Europe, υποστήριξε την παγκόσμια πρωτοβουλία εμβολίων COVAX (<https://www.consilium.europa.eu>).

Σχεδόν 2 χρόνια μετά την εμφάνιση του σοβαρού οξέος αναπνευστικού συνδρόμου του κορωνοϊού 2 (SARS-CoV-2) και την κήρυξη της πανδημίας της νόσου του κορωνοϊού 2019 (COVID-19), η ανθρωπότητα συνεχίζει να αντιμετωπίζει τις σημαντικές επιπτώσεις της στην υγεία, την κοινωνία και την οικονομία (Garber 2021). Από τις 9 Νοεμβρίου 2021, περισσότερα από 249 εκατομμύρια εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα και περισσότεροι από 5 εκατομμύρια θάνατοι έχουν αναφερθεί παγκοσμίως (WHO 2021).

Οι πανδημίες είναι συχνά ετερογενείς ως προς τη χωρική και χρονική εξέλιξη και μπορεί να εμφανιστούν μεγάλες διαφορές μεταξύ και εντός των πληθυσμών (Miller et al 2009). Αυτές οι διαφορές οφείλονται κυρίως σε διαφορετικά επίπεδα πληθυσμιακής ανοσίας στο πλαίσιο διαδοχικών κυμάτων πανδημίας, αλλά και από την πυκνότητα του πληθυσμού, τα δίκτυα ανθρώπινης κινητικότητας και το μείγμα και το μέγεθος των αντιμετρώων που εφαρμόζονται που μπορεί να μετατοπίσουν τα χαρακτηριστικά της πανδημίας (Maltezou, Katerelos and Mavrouli 2011). Ο μαζικός εμβολιασμός είναι το βασικό αντίμετρο για τον περιορισμό της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που σχετίζεται με τον COVID-19 και για την επιτάχυνση της επιστροφής στην κανονικότητα (Russell 2021). Τα πρώτα εμβόλια για τον COVID-19 αναπτύχθηκαν και έλαβαν άδεια χρήσης έκτακτης ανάγκης μέσα σε λιγότερο από ένα χρόνο μετά την κήρυξη της πανδημίας (Puthumana et al 2021). Επί του παρόντος, υπάρχουν πολλά εμβόλια κατά του COVID-19 που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως.

Τα προγράμματα πληρωμής για απόδοση αποτελούν πλέον μέρος πολλών διεθνών πρωτοβουλιών βελτίωσης της ποιότητας που σχετίζονται με την υγεία. Μελέτες που έχουν γίνει δείχνουν ότι οι ομάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης καλωσορίζουν την επιπλέον αμοιβή για απόδοση ως μέρος των καθημερινών διαδικασιών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Lester et al 2013). Υπάρχουν πολλά παραδείγματα προγραμμάτων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης στις ΗΠΑ, την Ευρώπη, την Αυστραλία, την Κίνα και σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος (Magrath and Nichter 2012). Το Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων (QOF) για την πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Αγγλία είναι το πιο εκτενές παράδειγμα μιας σημαντικής μεταρρύθμισης σε όλο το σύστημα που περιλαμβάνει αμοιβή για απόδοση. Τα στοιχεία για τον αντίκτυπο της αμοιβής για απόδοση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη εξακολουθούν να είναι σχετικά περιορισμένα, (Doran et al 2008; Hammouche, Holland and Steel 2011) με αντικρουόμενα ευρήματα σχετικά με το εάν

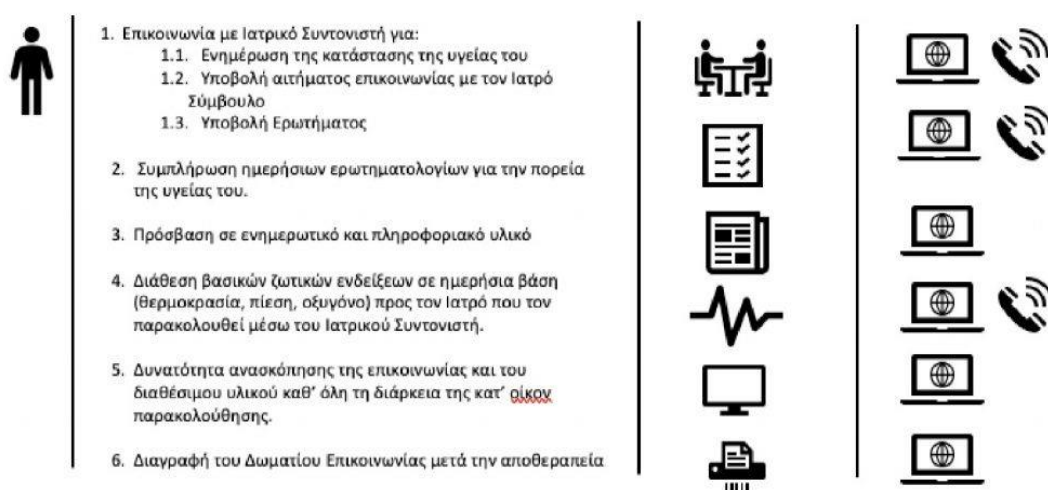
η πληρωμή για απόδοση είναι μια οικονομικά αποδοτική χρήση των πόρων. Η πληρωμή για απόδοση μπορεί να έχει οδηγήσει σε ανεπαίσθητες αλλαγές στον ιατρικό επαγγελματισμό, καθώς μια μειοψηφία οικογενειακών γιατρών να δίνει πλέον προτεραιότητα στη δική τους αμοιβή και όχι στα συμφέροντα των ασθενών.

4.5 Μέτρα για την ενδυνάμωση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη αντιμετώπιση της πανδημίας του κορονοϊού στην Ελλάδα

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, λήφθηκαν διάφορα μέτρα για την ενδυνάμωση του ρόλου της ΠΦΥ για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Τα μέτρα αυτά ληφθήκαν στηριζόμενα στις δομές της ΠΦΥ που λειτουργούν σε όλη την Ελλάδα και παρέχουν τις αναγκαίες υπηρεσίες ΠΦΥ στους πολίτες. Το δίκτυο αυτό συμπεριλαμβάνει ένα δίκτυο τόσο από γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΠΥ, αλλά και ιατρικά εργαστήρια. Λόγω της πανδημίας χρειάστηκε να ανασχεδιαστούν οι υπηρεσίες με στόχο να ενδυναμωθεί ο ρόλος των Κ.Υ ώστε να μπορούν να διαχειριστούν τα περιστατικά ασθενών που νοσούν, με τρόπο τέτοιο ώστε από τη μία να μειωθεί ο κίνδυνος εξάπλωσης του ιού και από την άλλη να προστατευτούν πολίτες και ιατρονοσηλευτικό προσωπικό αλλά και λοιπό βοηθητικό προσωπικό από τους κινδύνους που εγκυμονεί η έκθεσή τους στον ιό. Το ζήτημα γίνεται πιο σημαντικό καθώς στον ίδιο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας, είτε είναι Κ.Υ, είτε νοσοκομειακές δομές, συνυπάρχουν τόσο ασθενείς covid όσο και ασθενείς με άλλες ασθένειες. Επίσης, χρειαζόταν να ληφθούν μέτρα ώστε να μπορούν να ανιχνευτούν όσο πιο έγκαιρα γινόταν πιθανά κρούσματα και να μπορούν να διαχωριστούν και να αντιμετωπιστούν διαφορετικά τα περιστατικά που νοσούν αλλά με ήπια συμπτώματα με αποτέλεσμα να μην χρειάζονται νοσηλεία. Οπότε χρειάζεται να διαχειριστούν κατάλληλα τα κρούσματα ώστε τα περιστατικά που χρίζουν νοσηλεία να παραπεμφθούν στις αντίστοιχες νοσοκομειακές δομές, ενώ οι λοιποί ασθενείς που δεν χρήζουν νοσηλείας να τους παραχθούν οι υπηρεσίες υγείας κατ'οίκον.

Σε αυτό το πλαίσιο το σχέδιο δράσης που δημιουργήθηκε στηρίχθηκε σε 2 άξονες. Ο πρώτος άξονας στηρίζεται στη δημιουργία μονάδων covid σε Κ.Υ, που θα λειτουργούν σε 24 ωρη βάση, για να εξυπηρετούν μόνο ασθενείς με covid που δεν κρίνεται απαραίτητο να νοσηλευτούν. Τα Κ.Υ που επιλέχθηκαν λειτούργησαν υποστηρικτικά τόσο ως προς τις μεγάλες πόλεις όσο και προς τις περιφέρειες. Για να μπορέσουν να

λειτουργήσουν τα κέντρα αυτά αποτελεσματικά χρειάστηκε και να εφοδιαστούν με τα κατάλληλα υλικά και το προσωπικό εκπαιδεύτηκε σχετικά. Παράλληλα στα Κ.Υ, ειδικά για covid, οργανώθηκε να λειτουργεί ειδική γραμμή τηλεφωνική με σκοπό να υποστηρίξει τον πληθυσμό που χρήζει βοήθεια. Ο δεύτερος άξονας στηρίζεται στο τρόπο λειτουργίας των Κ.Υ. που δεν είναι μόνο covid και εξυπηρετούν και τις λοιπές περιπτώσεις ασθενών, πχ με χρόνια νοσήματα, κλπ. Σημαντικό αναφοράς είναι ο τρόπος επικοινωνίας με τους ασθενείς η οποία στηρίχθηκε στη χρήση της τηλεσυμβουλευτικής για ασθενείς covid, και δίνει τη δυνατότητα στους ασθενείς να επικοινωνήσουν με τον ιατρικό συντονιστή, να συμπληρώσουν το σχετικό ερωτηματολόγιο για την πορεία της υγείας τους και να έχουν πρόσβαση στο αντίστοιχο πληροφοριακό και ενημερωτικό υλικό, καθώς και να είναι στη διάθεση του ιατρού ενδείξεις ζωτικών οργάνων και τη δυνατότητα ανασκόπησης της επικοινωνίας με τον ιατρό, κατά την κατ' οίκον παρακολούθηση του ασθενούς.



ΕΙΚΟΝΑ 7

Τρόποι επικοινωνίας ασθενή covid με τηλεσυμβουλευτική

Πηγή: (<https://www.consilium.europa.eu>)

Για την αντιμετώπιση των αναγκών, δεκατρία νοσοκομεία ορίστηκαν ως νοσοκομεία αναφοράς για την αντιμετώπιση κρουσμάτων COVID-19. Ορισμένα από αυτά προορίστηκαν για τη φροντίδα των μολυσμένων ασθενών, ενώ άλλα μετατράπηκαν περιλαμβάνοντας κρεβάτια ΜΕΘ COVID-19. Οι προγραμματισμένες χειρουργικές

επεμβάσεις και τα ραντεβού σε εξειδικευμένα νοσοκομεία εξωτερικών ασθενών κατά τη πρώτη φάση της πανδημίας ακυρώθηκαν για να μπορούν δια διαχειρίζονται μόνο τα έκτακτα περιστατικά. Η εστίαση της προσοχής της πολιτείας στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19, κυρίως σε επίπεδο νοσοκομείων και κλινών ΜΕΘ, καθώς και η προσωρινή διακοπή των «τακτικών» υπηρεσιών που παρέχονταν από τα νοσοκομεία, έντεινε τον κίνδυνο σημαντικής αύξησης των ακάλυπτων ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, η μερική αναστολή της τακτικής λειτουργίας του μάλλον ανεπαρκούς συστήματος ΠΦΥ, μαζί με μια σειρά από ιδιωτικά ιατρεία που αναγκάστηκαν να κλείσουν λόγω ανεπαρκούς προστατευτικού εξοπλισμού για να συνεχίσουν να λειτουργούν, έγειρε σοβαρές ανησυχίες για την πρόσβαση και τη συνέχεια της περίθαλψης. Στις 4 Απριλίου ανακοινώθηκε η «αναδιάρθρωση» των υπηρεσιών ΠΦΥ, με τρόπους που θα υποστηρίξουν ένα πιο αποτελεσματικά στοχευμένο σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικά Κέντρα Υγείας σε έξι μεγάλες αστικές περιοχές (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα και Ηράκλειο) καθορίστηκαν αποκλειστικά για τον έλεγχο ασθενών με λοίμωξη του αναπνευστικού. Αυτά τα Κέντρα Υγείας COVID-19 συμμετείχαν στην έγκαιρη ανίχνευση, παρακολούθηση και διαχείριση πιθανών και επιβεβαιωμένων περιπτώσεων με ήπια συμπτώματα που δεν απαιτούν νοσηλεία στο σπίτι, και θα λειτουργούσε υπηρεσία τηλεσυμβουλευτικής για αυτούς τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με COVID-19. Ωστόσο, Οι μακροχρόνιες ελλείψεις του συστήματος ΠΦΥ δημιούργησαν σημαντικές προκλήσεις για την κάλυψη των αναγκών ευάλωτων πληθυσμών, για παράδειγμα, αστέγων, τοξικομανών, Ρομά, προσφύγων και άλλων κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων, με τρόπο που απαιτούσε τον συντονισμό με φορείς πρόνοιας. Φαίνεται ότι οι ανάγκες αυτούς του πληθυσμού καλύφθηκε από τη δράση πλήθους αστικών οργανώσεων, θρησκευτικών και ΜΚΟ αλλά και από την την τοπική διοίκηση με έναν κάπως τυχαίο τρόπο και όχι τόσο συστηματικό.

Ψυχική Υγεία

Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των μακροχρόνιων αυστηρών μέτρων περιορισμού και οι κίνδυνοι που συνδέονται με την απομόνωση ίσως υποδηλώνουν μια άλλη παράπλευρη απειλή από τον ίδιο αόρατο εχθρό της σωματικής μας υγείας. Το μήνυμα της εκστρατείας «Μένουμε σπίτι αναμφίβολα έχει ανατρέψει την καθημερινότητα όλων. Τι σημαίνει όμως αυτό το μήνυμα για τα παιδιά και τους γονείς; Όπως σε κάθε κρίση, η

«επαναδιαπραγματεύση», η «αναδιοργάνωση» και η «επαναπόδοση νοσημάτων» είναι οι νέες προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπίσουμε όλοι. Η ψυχολογική δυσφορία που προκαλέστηκε από το παρατεταμένο lockdown, μαζί με την εξελισσόμενη αίσθηση αδράνειας, πλήξης, απογοήτευσης και αβεβαιότητας μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοσωματικά ή ψυχολογικά προβλήματα, κατανάλωση αλκοόλ, δυσλειτουργικές προσωπικές και οικογενειακές στρατηγικές αντιμετώπισης, αύξηση των αναποτελεσματικών προτύπων επικοινωνίας γονέα-παιδιού. Η παραμονή στο σπίτι είχε θέσει ορισμένα παιδιά και ενήλικες σε αυξημένο κίνδυνο ενδοοικογενειακής βίας, όπως αποδεικνύεται από τον αυξημένο αριθμό των αναφερόμενων περιστατικών. Ωστόσο, ορισμένες οικογένειες μπόρεσαν να κινητοποιήσουν στρατηγικές ανθεκτικότητας και λειτουργικής αντιμετώπισης για να διαχειριστούν το άγχος που προκαλείται από τον περιορισμό στο σπίτι και να δουν θετικές αλλαγές στη ζωή τους (π.χ. περνούν περισσότερο ποιοτικό χρόνο με τα παιδιά τους). Ο Ελληνικός Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), οι Δημόσιες Αρχές και διάφορες ενώσεις πολιτών έχουν δημιουργήσει τηλεφωνικές γραμμές αντιμετώπισης κρίσεων COVID-19. Η παροχή υπηρεσιών σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας και τις οικογένειές τους έχει επηρεαστεί σημαντικά. Οι κοινοτικές υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων και Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων λειτούργησαν με μειωμένο προσωπικό και παρέχουν ως επί το πλείστον τηλεφωνική συνεννόηση ή συμβουλευτική, ενώ λίγες μόνο αντικατέστησαν την κλινική εργασία πρόσωπο με πρόσωπο με το Skype. Τα επείγοντα περιστατικά κατευθύνονται σε νοσοκομεία. Η λειτουργία του Ημερήσιου Νοσοκομείου/Μονάδων έχει ανασταλεί. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας που βασιζόνταν σε νοσοκομεία είχαν περιορισμένη πρόσβαση σε εξωτερικές κλινικές, αλλά συνέχιζαν να παρέχουν τις απαραίτητες θεραπείες (π.χ. κλινική αποθήκης) και υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης. Επιπλέον, οι ψυχολόγοι παρείχαν υποστήριξη στους συναδέλφους στην πρώτη γραμμή. Τα παραπάνω μέτρα, σε συνδυασμό με τον φόβο των ανθρώπων για μετάδοση, οδήγησε σε σημαντική μείωση του αριθμού των παραπομπών ή των αιτημάτων για αξιολόγηση, ακόμη και εντός της υπηρεσίας διασύνδεσης ψυχιατρικής. Οι υπηρεσίες τηλεψυχικής υγείας διαφημίζονται και παρέχονται από μεγάλο αριθμό διαφόρων επαγγελματικών ομάδων, συχνά χωρίς επίβλεψη ή χρήση συστήματος συμβατό με τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) (Giannopoulou and Tsobanoglou 2020).

Θετικές συνέπειες της πανδημίας θεωρήθηκαν η αναγνώριση της σημασίας ενός ενδυναμωμένου συστήματος δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης από τους πολίτες και η πολύτιμη διορατικότητα, γνώση και εμπειρία που απέκτησαν οι επαγγελματίες σε περιόδους κρίσης.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη μπόρεσε να διαδραματίσει βασικό ρόλο κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία, χρησιμοποιώντας την πληροφοριακή της υποδομή για τον εντοπισμό ομάδων κινδύνου, τον εντοπισμό νέων κρουσμάτων COVID-19, την παροχή περίθαλψης σύμφωνα με τις ανάγκες και την εκτέλεση προγραμμάτων εμβολιασμού. Ο κεντρικός συντονισμός και η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αύξησε την αποτελεσματικότητά της, μέσω της ευαισθητοποίησης του κοινού, της ολιστικής διαχείρισης των ασθενών και της αποφόρτισης των νοσοκομείων (Smyrnakis et al 2021).

4.5.1 Εθνικό Μητρώο Ασθενών Covid -19

Σημαντική ήταν και η συμβουλή της δημιουργίας του Εθνικού Μητρώου Ασθενών από τον Covid -19, που δημιουργήθηκε για την διαχείριση των περιστατικών covid. Είναι μια ηλεκτρονική πλατφόρμα στην οποία καταγράφονταν ψηφιακά όλα τα θετικά επιβεβαιωμένα κρούσματα με αποτέλεσμα να μπορούν έτσι να παρακολουθείται η διαδικασία εξάπλωσης της πανδημίας και να λαμβάνονται χρήσιμες πληροφορίες για να χαρακτηί η αντίστοιχη πολιτικής υγείας.

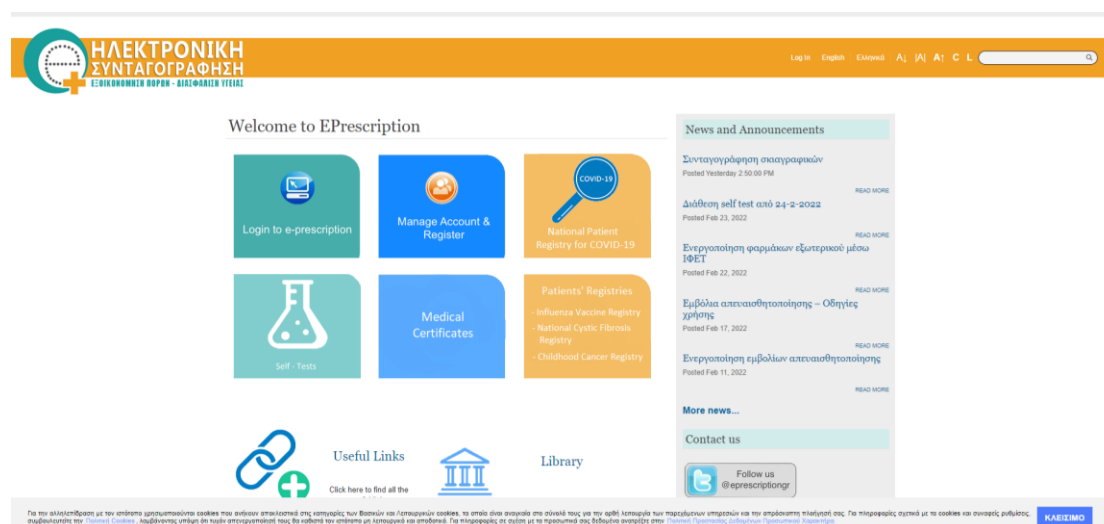


ΕΙΚΟΝΑ 8

Δομή και Ροή πληροφορίας για τα τυχαία τεστ

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Η πλατφόρμα λειτουργεί μαζί με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (<https://www.e-prescription.gr>) με ειδικό μενού για τον covid.



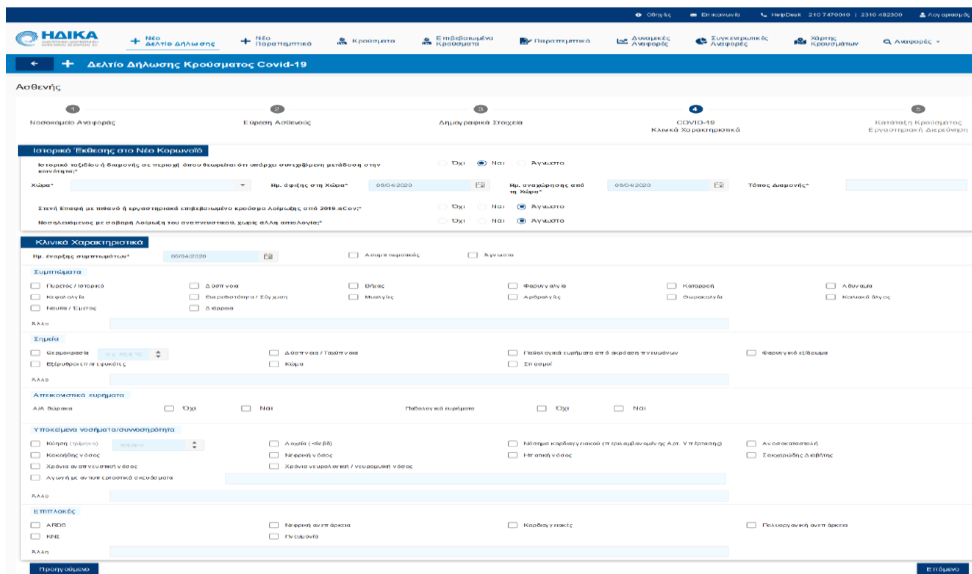
ΕΙΚΟΝΑ 9

Το portal της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης

Πηγή: (<https://www.e-prescription.gr>)

Η πλατφόρμα υποστηρίζει όλες τις μονάδες υγείας, ανεξάρτητα εάν είναι ιδιωτικό ιατρείο, δημόσιο ή ιδιωτικό νοσοκομείο, Κ.Υ. ή Περιφερειακό Ιατρείο, ή άλλη μονάδα ΠΦΥ. Ο χρήστης εισάγεται στο σύστημα, δηλώνει την μονάδα του και την ειδικότητα του και στη συνέχεια συμπληρώνει πλήθος στοιχείων σχετικών είτε με τη μονάδα είτε με τον ασθενή (πχ ονοματεπώνυμο, φύλο, υπηκοότητα, ημερομηνία γέννησης, ΑΜΚΑ, στοιχεία ταυτότητας, διεύθυνση, τηλέφωνο επικοινωνίας κλπ). Η συμπλήρωση των στοιχείων του πιθανού συνοδού είναι προαιρετική. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι ο χρήστης, που είναι υγειονομικός υπάλληλος, καταχωρεί λεπτομερώς στοιχεία που αφορούν τα κλινικά χαρακτηριστικά του κρούσματος, χρήσιμα για την παρακολούθηση της πορείας του ασθενούς αλλά και την συγκέντρωση ιατρικών

στατιστικών στοιχείων για την πορεία της πανδημίας, της ενδείξεις και τα κλινικά χαρακτηριστικά της πανδημίας τον πληθυσμό (<https://www.2dype.gr>).

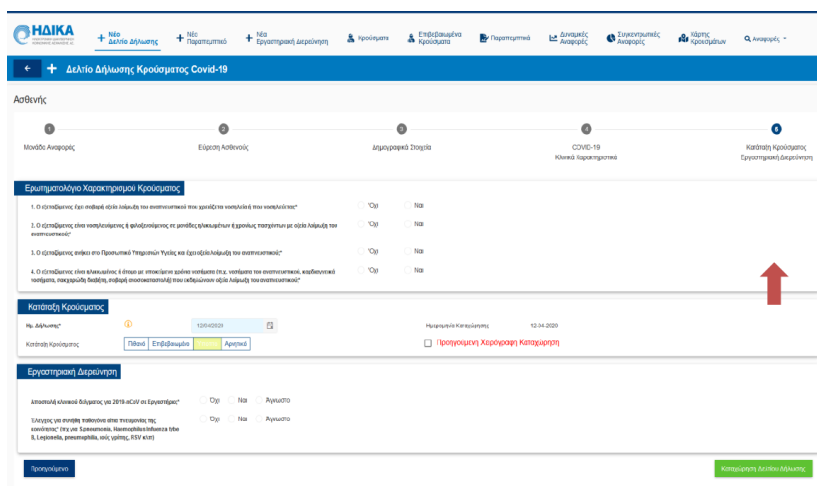


ΕΙΚΟΝΑ 10

Η Ηλεκτρονική Πλατφόρμα για το Εθνικό Μητρώο Ασθενών covid

Πηγή: (<https://www.2dype.gr>).

Παράλληλα δηλώνουν διάφορα στοιχεία για να μπορέσει να χαρακτηριστεί και να κατηγοριοποιηθεί το κρούσμα, τόσο εάν είναι ύποπτο, αρνητικό ή θετικό αλλά και για να γίνει η αντίστοιχη εργαστηριακή διερεύνησή του.



Ερωτηματολόγιο Χαρακτηρισμού Κρούσματος

1. Ο εξεταζόμενος έχει σοβαρή οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού που χρειάζεται νοσηλεία ή που νοσηλεύονται* Όχι Ναι

2. Ο εξεταζόμενος είναι νοσηλευόμενος ή φιλοξενούμενος σε μονάδες ηλικιωμένων ή χρονίως πασχόντων με οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού* Όχι Ναι

3. Ο εξεταζόμενος ανήκει στο Προσωπικό Υπηρεσιών Υγείας και έχει οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού* Όχι Ναι

4. Ο εξεταζόμενος είναι ηλικιωμένος ή άτομο με υποκείμενα χρόνια νοσήματα (π.χ. νοσήματα του αναπνευστικού, καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδη διαβήτη, σοβαρή ανοσοκαταστολή) που εκδηλώνουν οξεία λοίμωξη του αναπνευστικού.* Όχι Ναι

ΕΙΚΟΝΑ 11

Επιλογές για τον χαρακτηρισμό του κρούσματος στην πλατφόρμα του ΕΟΔΔΥ.

Πηγή: (<https://www.2dype.gr>).

Επιπλέον συμπληρώνονται και λοιπά στοιχεία, όπως το εργαστήριο που λήφθηκε το δείγμα, τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε για την διάγνωση, την ημερομηνία του πορίσματος, όπως λοιπές πληροφορίες όπως εάν υπήρξε έλεγχος για την ύπαρξη κάποιων συνηθισμένων παθογόνων αιτιών, όπως ιό της γρίπης, S. pneumonia, κλπ. Στη συνέχεια τα κρούσματα ομαδοποιούνται και είναι εύκολο να αναζητηθούν ανάλογα την κατηγορίας, ύποπτο, αρνητικό, πιθανό ή επιβεβαιωμένο.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ρινοφαρυγγικό και στοματοφαρυγγικό επίχρισμα | <input type="checkbox"/> Βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα | <input type="checkbox"/> Ενδοτραχειακή αναρρόφηση | <input type="checkbox"/> Ρινοφαρυγγική αναρρόφηση |
| <input type="checkbox"/> Ρινική έκπλυση | <input type="checkbox"/> Πτύελο | <input type="checkbox"/> Πνευμονικός ιστός | <input type="checkbox"/> Ουρός |
| <input type="checkbox"/> Ολικό αίμα | <input type="checkbox"/> Ούρα | <input type="checkbox"/> Κόπρανα | <input type="checkbox"/> Άλλο |

ΕΙΚΟΝΑ 12

Διαθέσιμες επιλογές της πλατφόρμας

Πηγή: (<https://www.2dype.gr>).

Εάν τυχόν το δείγμα έχει ληφθεί μεταθανάτια δηλώνεται αντίστοιχα. Στη πλατφόρμα συγκεντρώνονται και λοιπές πληροφορίες μη ιατρικές, όπως εάν υπάρχει ιστορικό έκθεση του ασθενούς να περιοχή ενδημική, ποιες χώρες είχε πρόσφατα επισκεφτεί ειδικά εάν είναι θετικό κρούσμα, ή εάν έχει έρθει σε επαφή με κάποιο άλλο θετικό κρούσμα και πόσο διάστημα πριν. Τέλος μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των στοιχείων στην κύρια καρτέλα, ο χρήστης μπορεί να επιλέξει από ένα αντίστοιχο μενού ανάλογα το περιστατικό το αντίστοιχο δελτίο ανά περίπτωση: «Δελτίο Covid-19», «Κατ' οίκον περιορισμός», «Έκβαση Νόσου» ή «Νοσηλεία Εντός Νοσοκομείου».

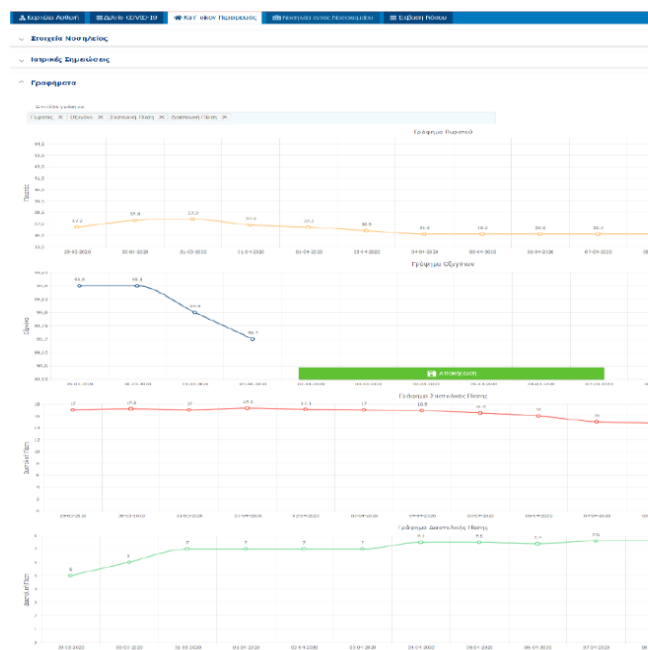
Συμπτώματα/Ημέρα	29-03-2020	30-03-2020	31-03-2020	01-04-2020	02-04-2020	03-04-2020	04-04-2020	05-04-2020	06-04-2020	07-04-2020	08-04-2020	09-04-2020	10-04-2020
Κανένα Σύνπτωμα													
Παρετός (C)	07.2	07.8	07.9	07.4	07.2	06.9	06.6	06.6	06.6	06.6	06.6	06.6	06.6
Ρίγος	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Βήχας	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Αναπνευστική Δυσχέρεια	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Κεφαλαλγία	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Μυαλγίες	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Κούραση/Πόνος													
Εμετοί													
Διάρροια / ημέρα													
Οξυγόνο (καρδιακός αμμοσφαιρίτης)	99,9%	99,9%	99,8%	99,7%									
Συστολική πίεση	17	17.2	17	17.3	17.1	17	16.9	16.5	16	15	14.8	14	13
Διαστολική πίεση	8	6	7	7	7	7	7.8	7.6	7.4	7.6	7.6	7.6	7.6

ΕΙΚΟΝΑ 13

Παρακολούθηση του ασθενούς και των συμπτωμάτων του

Πηγή: (<https://www.2dype.gr>).

Σε επόμενο στάδιο το σύστημα παρέχει δυνατότητες για γραφήματα και στατιστικές απεικονίσεις σχετικά με τα συμπτώματα της νόσου και τα κρούσματα που έχουν δηλωθεί .



ΕΙΚΟΝΑ 14

Στατιστικό Γράφημα από την πλατφόρμα του Εθνικού Μητρώου Covid

Πηγή: (<https://www.2dype.gr>).

Εάν το περιστατικό έχει λάβει νοσηλεία τότε δηλώνεται μέρα εισαγωγής και εξαγωγής του ασθενούς καθώς και στοιχεία από το εξιτηρίο του, ενώ εάν υπήρξε νοσηλεία σε ΜΕΘ, πάλι αντίστοιχα συμπληρώνονται στοιχεία, καθώς και εάν χρειάστηκε να διακομιστεί σε άλλο νοσοκομείο για να του παραχθεί η απαραίτητη νοσοκομειακή φροντίδα.

Περιστατικά

Αναπνευστική απομόνωση

Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ

Μπήκε σε αναπνευστήρα

Σύνδεση σε ECMO

Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο

Περιστατικά

<input checked="" type="checkbox"/> Αναπνευστική απομόνωση	Ημ. αναπνευστικής απομόνωσης	28/03/2020	Ημ. λήξης αναπνευστικής απομόνωσης	31/03/2020
<input checked="" type="checkbox"/> Νοσηλεύτηκε σε ΜΕΘ	Ημ. εισόδου	01/04/2020	Ημ. εξόδου	ημ. έξι μηνών/έτος
<input type="checkbox"/> Μπήκε σε αναπνευστήρα	Ημ. διασωλήνωσης	ημ. έξι μηνών/έτος	Ημ. αποσωλήνωσης	ημ. έξι μηνών/έτος
<input type="checkbox"/> Σύνδεση σε ECMO	Ημ. σύνδεσης	ημ. έξι μηνών/έτος	Ημ. αποσύνδεσης	ημ. έξι μηνών/έτος
<input type="checkbox"/> Μεταφορά σε άλλο νοσοκομείο	Νοσοκομείο		Ημ. μεταφοράς	ημ. έξι μηνών/έτος

ΕΙΚΟΝΑ 15

Στοιχεία από την πλατφόρμα για την πορεία του περιστατικού

Πηγή: (<https://www.2dype.gr>).

Για να μπορέσει να μεταφερθεί ένα δείγμα κατά τη πρώτη φάση της πανδημίας όπου οι έλεγχοι θα έπρεπε να αποσταλούν σε ειδικά εργαστήρια, η διαδικασία μεταφοράς ακολουθούσε επτά βήματα:

1. Λήψη Δείγματος: Λαμβάνεται από τον ασθενή το δείγμα από τον γιατρό που εργάζεται είτε στο Κ.Υ. ή στο Π.Ι. ή είναι ιδιώτης γιατρός.
2. Συλλογή – Αποθήκευση: Αποθηκεύεται το δείγμα σε κατάλληλο χώρο, ακολουθώντας τα προβλεπόμενα πρωτόκολλα του ΕΟΔΥ,
3. Πρόσκληση για μεταφορά: Ο υπεύθυνός της εκάστοτε δομής έρχεται σε επαφή με το τμήμα μεταφοράς και ειδοποιεί για την ανάγκη μεταφοράς.
4. Παραλλαγή από εξουσιοδοτημένο φορέα / ανάδοχο: Ο εξουσιοδοτημένος φορέας λαμβάνει το δείγμα και συμπληρώνει το αντίστοιχο

5. Μεταφορά: Το δείγμα μεταφέρεται και παραλαμβάνεται από τον υπεύθυνο του εργαστηρίου,
6. Παραλαβή: από το αεροδρόμιο, το πλοίο του τόπου υποδοχής.
7. Παραλαβή από τον φορέα υποδοχής/ εργαστήριο: Το δείγμα παραλαμβάνεται σε προκαθορισμένη ώρα και τόπο υποδοχής όπου και μεταφέρεται στο ειδικό εργαστήριο όπου και συμπληρώνεται και το αντίστοιχο έντυπο



ΕΙΚΟΝΑ 14.

Τα 7 βήματα της διαδικασίας μεταφοράς δείγματος για έλεγχο

Πηγή: (<https://www.2dype.gr>).

4.5.2 Ο ρόλος των ΚΟΜΥ κατά την πανδημία

Οι Κινητές Ομάδες Υγείας (ΚΟΜΥ) που εφαρμόστηκαν από το Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας είναι ευρωπαϊκή πρωτοτυπία όπου δεν συναντάται αλλού στην Ευρώπη. Με τη χρηματοδότηση από κονδύλια του ΕΣΠΑ, δημιουργήθηκαν κινητές ομάδες, οι οποίες μπορούν να προσεγγίσουν κάθε απομακρυσμένη περιοχή της Ελλάδας από τα μεγάλα αστικά κέντρα είτε στην ηπειρωτική Ελλάδα είτε στη νησιωτική όπου διενεργούσαν τεστ ιχνηλάτησης του ιού, για πιθανά θετικά κρούσματα. Το καλοκαίρι χρειάστηκε να ενισχυθούν τα υγειονομικά πρωτόκολλα στα

νησιά και για αυτό το λόγω τα κέντρα και οι δομές υγείας λειτουργούσαν επί 24ώρου συγκεκριμένα τα:

- Νοσοκομεία σε Σαντορίνη, Μυτιλήνη, Ρόδο, Σάμο, Σύρο, Χίο, Ικαρία, Κάλυμνο, Κύθηρα, Κως, Λήμνο, Νάξο, Λέρο, Χαλκίδα, Κάρυστο, Κύμη, Ζάκυνθο, Κέρκυρα, Κεφαλονιά, Λευκάδα, Ληξούρι, Άγιο Νικόλαο, Ηράκλειο, Ρέθυμνο, Χανιά, Ιεράπετρα και Νεάπολη Σητείας.
- Νοσοκομεία με ΜΕΘ, στη Μυτιλήνη, Ρόδο, Σάμο, Σύρο, Χίο, Ζάκυνθο, Κέρκυρα, Άγιο Νικόλαο, Ηράκλειο και Χανιά
- Κέντρα Υγείας σε Αίγινα, Άνδρο, Ίο, Κάρπαθο, Μύκονο, Πάρο, Πάτμο, Μήλο, Αμοργό, Σαμοθράκη, Θάσο, Σκιάθο, Σκόπελο, Ιθάκη, Παξοί, Τήνο και Σαλαμίνα
- Τα Πολυδύναμα Ιατρεία σε Αγκίστρι, Ύδρα, Πόρο, Ανάφη, Σίκινο, Φολέγανδρο, Αστυπάλαια, Λειψοί, Κάσο, Νίσυρο, Κίμωλο, Σέριφο, Κέα, Κύθνο, Σίφνο, Αντίπαρο, Κουφονήσια, Καστελόριζο, Σύμη, Τήλο, Άγιο Ευστράτιο, Αγαθονήσι, Δονούσα, Θύμιανα, Ηρακλειά, Θηρασιά, Οινούσες, Σχοινούσια, Φούρνοι, Χάλκη, Ψαρρά, Αλόνησο, Σκύρο και Σπέτσες

Κατά το πρώτο διάστημα στα νησιά του Αιγαίου λειτουργούν μόνο 9 Κο.Μ.Υ. όπως για παράδειγμα στη Κρήτη (Χανιά, Ρέθυμνο και Ηράκλειο) και στη Θάσο, ενώ σταδιακά δημιουργήθηκαν οι υποδομές για να λειτουργήσουν και σε άλλα νησιά. Σήμερα λειτουργούν περίπου 500 κινητές μονάδες Κο.Μ.Υ σε διάφορα νησιά στο Αιγαίο πλην της Κρήτης, όπως στην Αίγινα και το Αγκρίστρι, Άνδρο, Ζάκυνθο, Ικαρία, Κέρκυρα, Λευκάδα, Κύθηρα, Κεφαλονιά, Κάρπαθο, Κάλυμνο, Κω, Κέα, Λήμνο, Λέσβο, Μήλο, Μυτιλήνη, Μύκονο, Πόρο, Νάξο, Πάρο, Ρόδο, Σαλαμίνα, Σκιάθο, Σάμο, Σύρο, Σαντορίνη, Σπέτσες, Τήνο, Τροιζηνία, Ύδρα και Χίο. Στη πρώτη φάση της πανδημίας η διαδικασία για τη μεταφορά των δειγμάτων που λάμβαναν από τους πολίτες, ακολουθούσε τη διαδικασία της λήψης του δείγματος, της αποθήκευσής του, στη συνέχεια την παραλαβή από άλλο πιστοποιημένο φορέα ο οποίος μέσω εναέριας ή πλωτής μεταφοράς θα το πήγαινε προς ανάλυση στο εργαστήριο. Ενώ οι διακομιδές των ασθενών γίνονται με ειδικές κάψουλες θαλάμου αρνητικής πίεσης, που χρησιμοποιούνται τόσο για τις εναέριες όσο και για τις πλωτές διακομιδές. (<https://www.lesvosnews.net>)



ΕΙΚΟΝΑ 16

Κάψουλα διακομιδής των ασθενών με εναέρια ή πλωτά μέσα

Πηγή: (<https://www.lesvosnews.net>)

Ο ρόλος τους ήταν πολύ σημαντικός κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, καθώς με τη στατιστική που δημοσιεύθηκε τον Νοέμβριο του 2020, αναφέρθηκε ότι από τον Μαΐο μέχρι τον Νοέμβριο είχαν πραγματοποιήσει 13.500 ενώ είχαν κάνει πάνω από 450.000 τεστ. Όταν ξεκίνησαν τον Μάιο είχαν συγκεντρώσει 22.711 δείγματα από 986 αποστολές, ενώ τον Αύγουστο κατάφεραν να συγκεντρώσουν 109.858 δείγματα από 2.621 αποστολές, ενώ τον Οκτώβριο τα δείγματα που είχαν ληφθεί έφτασαν τα 130.847 δείγματα σε 3.560 αποστολές. Φαίνεται πόσο σημαντική ήταν η συνεισφορά τους στη ΠΦΥ στηρίζοντας δήμους, περιφέρειες και χωριά κατά την έξαρση της πανδημίας (<https://eody.gov.gr>).

Ο ρόλος των ΚΟΜΥ ήταν πολύ σημαντικός ιδιαίτερα για τους πρώτους καλοκαιρινούς μήνες κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, όπου ξεκίνησαν οι πρώτες Κινητές Ομάδες του ΕΟΔΥ πραγματοποιώντας πάνω από 2.449 αποστολές μέσα σε διάστημα λιγότερο των 2 μηνών έχοντας λάβει 41.785 δείγματα για να ελεγχθούν (<https://eody.gov.gr>). Τότε δεν ήταν εφικτή η ταχεία ανίχνευση αντιγόνου οπότε το δείγμα έπρεπε να μεταβεί σε ειδικό εργαστήριο για έλεγχο. Στη συνέχεια όμως επιτεύχθηκε η δυνατότητα ταχεία ανίχνευση του αντιγόνου με τη χρήση των rapid test, οπότε και ειδικά κλιμάκια του ΕΟΔΥ που αποτελούνται από τις Κινητές Ομάδες Υγείας (ΚΟΜΥ) υλοποιούσαν σε

καθημερινή βάση, ελέγχους με rapid test, σε κεντρικά σημεία στη πόλη, όπως πλατείες κλπ αλλά ακόμα και μέσα στα αυτοκίνητα των πολιτών με τη γενικά αποκαλούμενη μέθοδο drive through. (<https://www.capital.gr>)



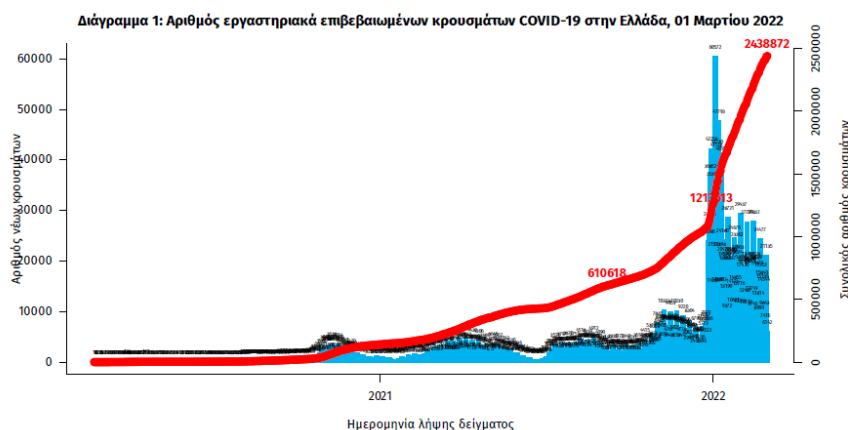
ΕΙΚΟΝΑ 17

Εργαζόμενοι των ΚΟΜΥ διενεργούν drive through τεστ για τη διάγνωση του ιού

Πηγή: (<https://www.ertnews.gr>)

4.5.3 Ημερήσια Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης Λοίμωξης από τον covid-19

Παράλληλα για την πληροφόρηση των αρμοδίων και του κοινού, ο ΕΟΔΥ από τον Μάρτιο του 2019 ξεκίνησε να δημοσιεύει σε ημερήσια βάση μια έκθεση αναλυτική με τα ευρήματα που προκύπτουν από την προηγούμενη μέρα σχετικά με την εξάπλωση της επιδημίας Ελλάδα. Η έκθεση περιγράφει στοιχεία σχετικά με τα περιστατικά κατά την επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου από τον COVID19, σύμφωνα με τα δεδομένα που έχουν καταγραφεί και δηλωθεί στον ΕΟΔΥ μέχρι την προηγούμενη μέρα, ενώ αναφέρεται αναλυτικά η ημέρα και η ώρα. Αναφέρονται αναλυτικά τα νέα εργαστηριακά επιβεβαιωμένα κρούσματα της νόσου που καταγράφηκαν τις τελευταίες 24 ώρες και αναλυτικά που έγιναν οι έλεγχοι και που εντοπίστηκαν. Αναφέρεται ο συνολικός αριθμός των κρουσμάτων καθώς και η ημερήσια μεταβολή θετική ή αρνητική που μπορεί να έχει επέλθει, επίσης αναφέρονται στοιχεία ανά φύλο και εάν τα επιβεβαιωμένα κρούσματα είναι σχετιζόμενα ή όχι με κάποιο ταξίδι από και προς το εξωτερικό. Η ημερήσια εξέλιξη της πανδημίας, απεικονίζεται με κατανομή ανά ΥΠΕ και με στατιστική απεικόνιση των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων με μια γραμμή που παριστάνει την συνολική, αθροιστική κατανομή των κρουσμάτων (<https://eody.gov.gr>)

**ΕΙΚΟΝΑ 18**

Αριθμός νέων κρουσμάτων με βάση την ημερομηνία λήψης του εργαστηριακού δείγματος από την Ημερήσια Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης Λοίμωξης από τον covid -19 - 1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Επίσης αναφέρονται οι νέοι θάνατοι ασθενών, καθώς και το σύνολό τους από την έναρξη της πανδημίας και ποιο ποσοστό από αυτούς είχαν υποκείμενο νόσημα ή ήταν ηλικίας πάνω από 70 ετών.

	Νέοι θάνατοι ασθενών με COVID-19 (%)
0-9 ετών	0 (0.0%)
10-19 ετών	0 (0.0%)
20-29 ετών	0 (0.0%)
30-39 ετών	0 (0.0%)
40-49 ετών	3 (5.8%)
50-59 ετών	1 (1.9%)
60-69 ετών	7 (13.5%)
70-79 ετών	16 (30.8%)
80-89 ετών	19 (36.5%)
90+ ετών	6 (11.5%)
Σύνολο	52 (100.0%)

ΕΙΚΟΝΑ 19

Ηλικιακή κατανομή των νέων θανάτων ασθενών με covid και ποσοστό επί του συνόλου των νέων θανάτων 1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Αλλά και ηλικιακή κατανομή όλων των περιστατικών ανεξάρτητα εάν κατέληξαν σε θάνατο ή οι ασθενείς είναι νοσηλευόμενοι και διασωληνωμένοι .

	Σύνολο κρουσμάτων COVID-19*	Θάνατοι ασθενών με COVID-19	Νοσηλευόμενοι διασωληνωθέντες
Σύνολο			
0 – 17 ετών	551022 (22.6%)	7 (0.0%)	0 (0.0%)
18 – 39 ετών	840963 (34.5%)	202 (0.8%)	9 (2.2%)
40 – 64 ετών	809005 (33.2%)	4174 (16.1%)	160 (39.2%)
65 και άνω	233313 (9.6%)	21531 (83.1%)	239 (58.6%)
Ανδρες			
0 – 17 ετών	286344 (23.8%)	3 (0.0%)	0 (0.0%)
18 – 39 ετών	418066 (34.7%)	152 (1.1%)	5 (1.9%)
40 – 64 ετών	389210 (32.3%)	2749 (19.3%)	113 (43.0%)
65 και άνω	111498 (9.3%)	11354 (79.6%)	145 (55.1%)
Γυναίκες			
0 – 17 ετών	264677 (21.5%)	4 (0.0%)	0 (0.0%)
18 – 39 ετών	422891 (34.4%)	50 (0.4%)	4 (2.8%)
40 – 64 ετών	419780 (34.2%)	1425 (12.2%)	47 (32.4%)
65 και άνω	121809 (9.9%)	10177 (87.3%)	94 (64.8%)

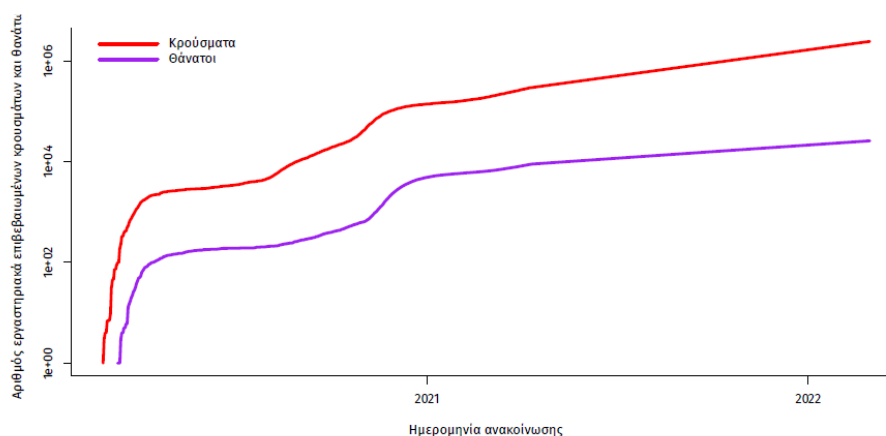
* Τα στοιχεία αφορούν τα κρούσματα εκείνα για τα οποία είναι γνωστή και επιβεβαιωμένη η ηλικία τους

ΕΙΚΟΝΑ 20

Ηλικιακή κατανομή επιβεβαιωμένων κρουσμάτων covid- 19 1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Όπως επίσης παρουσιάζεται και σε διάγραμμα η εξέλιξη των εργαστηριακά επιβεβαιωμένων κρουσμάτων και θανάτων

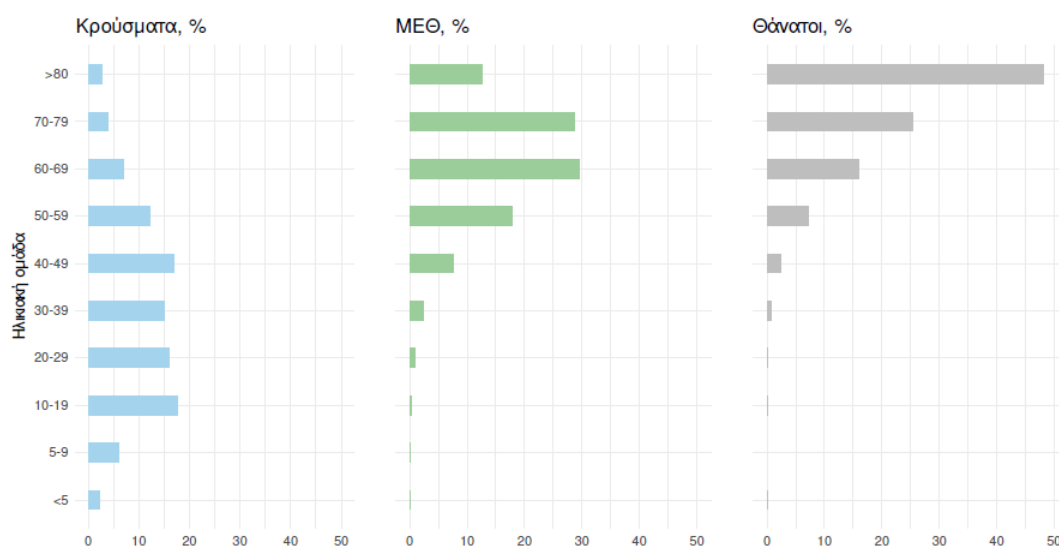


ΕΙΚΟΝΑ 21

Διαχρονική εξέλιξη του συνόλου των κρουσμάτων και του αριθμού των θανάτων ασθενών covid19 -1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Στο δελτίο αναφέρεται ο αριθμός των ασθενών που νοσηλεύονται διασωληνωμένοι, η μέση τους, το ποσοστό που έχει υποκείμενο νόσημα ή και είναι ηλικίας 70 ετών και άνω. Μεταξύ των ασθενών που νοσηλεύονται διασωληνωμένοι, αναφέρονται πόσοι είναι ανεμβολίαστοι ή μερικώς εμβολιασμένοι ή πλήρως εμβολιασμένοι. Επίσης πόσοι ασθενείς από την αρχή της πανδημίας έχουν εισαχθεί στις ΜΕΘ, αλλά και οι νέες εισαγωγές ασθενών Covid-19 στα νοσοκομεία της επικράτειας, και η μέση ημερήσια μεταβολή, ο μέσος όρος των εισαγωγών σε 1 βδομάδα, η διάμεση ηλικία των κρουσμάτων ή των θανόντων.



ΕΙΚΟΝΑ 22

Ηλικιακή Κατανομή κρουσμάτων, νοσηλευόμενων στις ΜΕΘ και ασθενών που απεβίωσαν από την αρχή της πανδημίας – 1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Επίσης κατανέμονται τα ανακοινωθέντα εγχώρια κρούσματα ανά Περιφερειακή Ενότητα της χώρας σε αναλυτικό πίνακα:

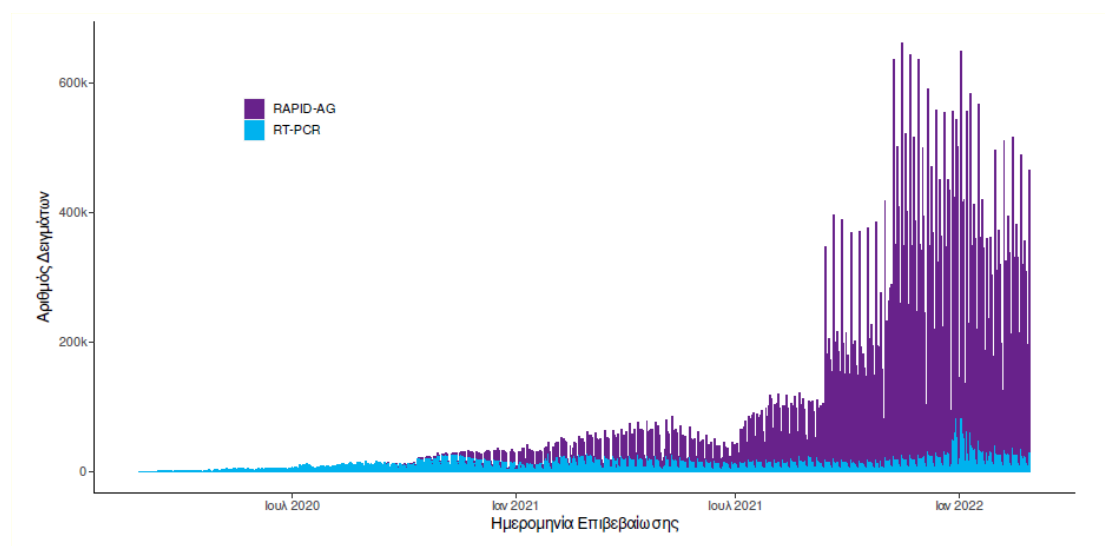
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ	ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΑΝΑ 100000 ΠΛΗΘΥΣΜΟ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ	ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΩΝ 7 ΗΜΕΡΩΝ	ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΑΝΑ 100000 ΠΛΗΘΥΣΜΟ
ΑΓΙΟ ΟΡΟΣ	1	1,71	55,22	ΚΟΖΑΝΗΣ	238	162,43	158,46
ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	258	211,14	122,39	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	190	153,43	130,98
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	766	579,43	152,48	ΚΩ	91	84,00	284,57
ΑΝΔΡΟΥ	17	9,71	184,36	ΛΑΚΩΝΙΑΣ	105	67,71	117,79
ΑΡΓΟΛΙΑΣ	152	91,29	136,02	ΛΑΡΙΣΙΑΣ	450	291,71	156,27
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	81	87,29	93,44	ΛΑΪΩΝΟΥ	138	101,00	183,07
ΑΡΤΑΣ	63	61,86	92,81	ΛΕΣΒΟΥ	125	122,00	144,82
ΑΧΑΪΑΣ	526	394,43	169,51	ΛΕΥΚΑΔΑΣ	35	29,29	147,72
ΒΟΙΩΤΙΑΣ	171	136,57	145,01	ΛΗΜΝΟΥ	20	17,00	115,88
ΒΟΡΕΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	1053	793,00	177,97	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	259	221,86	136,31
ΓΡΕΒΕΝΩΝ	22	18,29	89,28	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	223	196,71	139,42
ΔΡΑΜΑΣ	114	73,71	115,99	ΜΗΛΟΥ	11	7,14	110,75
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	273	173,57	189,84	ΜΥΚΟΝΟΥ	13	16,29	126,26
ΔΥΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	882	630,29	180,12	ΝΑΣΟΥ	24	26,14	115,18
ΕΒΡΟΥ	152	121,71	102,74	ΝΗΣΩΝ	120	101,57	180,75
ΕΥΒΟΙΑΣ	385	282,57	182,82	ΝΟΤΙΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	704	520,57	132,87
ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	31	23,29	154,37	ΞΑΝΘΗΣ	140	102,00	125,87
ΖΑΚΥΝΘΟΥ	64	50,43	157,02	ΠΑΡΟΥ	28	27,43	187,59
ΗΛΕΙΑΣ	168	138,29	118,02	ΠΕΙΡΑΙΩΣ	708	552,43	157,88
ΗΜΑΘΙΑΣ	119	93,86	84,83	ΠΕΛΛΗΣ	143	112,71	102,38
ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	1052	703,86	344,36	ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	94	73,86	74,19
ΘΑΣΟΥ	19	12,00	137,98	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	81	66,00	140,89
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	37	30,14	84,89	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	187	121,57	218,43
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	1809	1339,00	182,93	ΡΟΔΟΠΗΣ	85	75,57	75,87
ΘΗΡΑΣ	32	23,86	189,48	ΡΟΔΟΥ	191	152,86	159,39
ΙΩΑΚΗΝ	8	6,57	247,6	ΣΑΜΟΥ	76	75,43	230,48
ΙΚΑΡΙΑΣ	19	14,00	192,27	ΣΕΡΡΩΝ	173	124,29	98,08
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	312	260,43	165,82	ΣΠΟΡΑΔΩΝ	6	4,29	43,48
ΚΑΒΑΛΑΣ	167	138,29	133,89	ΣΥΡΟΥ	22	22,57	102,29
ΚΑΛΥΜΝΟΥ	28	30,29	95,07	ΤΗΝΟΥ	6	4,71	69,44
ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	109	90,57	98	ΤΡΙΚΛΑΔΩΝ	141	130,43	107,56
ΚΑΡΠΑΘΟΥ	28	19,00	383,04	ΦΘΙΩΤΙΑΣ	209	149,29	132,09
ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	69	52,71	137,12	ΦΛΩΡΙΝΑΣ	76	49,43	147,82
ΚΕΑΣ - ΚΥΘΟΥ	17	10,29	434,87	ΦΩΚΙΑΣ	28	33,57	89,4
ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΑΘΗΝΩΝ	1777	1267,29	172,6	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	150	102,00	141,83
ΚΕΡΚΥΡΑΣ	130	109,26	124,58	ΧΑΝΙΩΝ	238	200,43	151,99
ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ	61	42,71	170,39	ΧΙΟΥ	77	61,57	146,18
ΚΙΛΙΚΙΑΣ	93	70,43	115,84	ΥΠΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ	453		

ΕΙΚΟΝΑ 23

Ημερήσιος Αριθμός Κρουσμάτων ανά 100.000 πληθυσμό και ανά Περιφερειακή Ενότητα –
1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

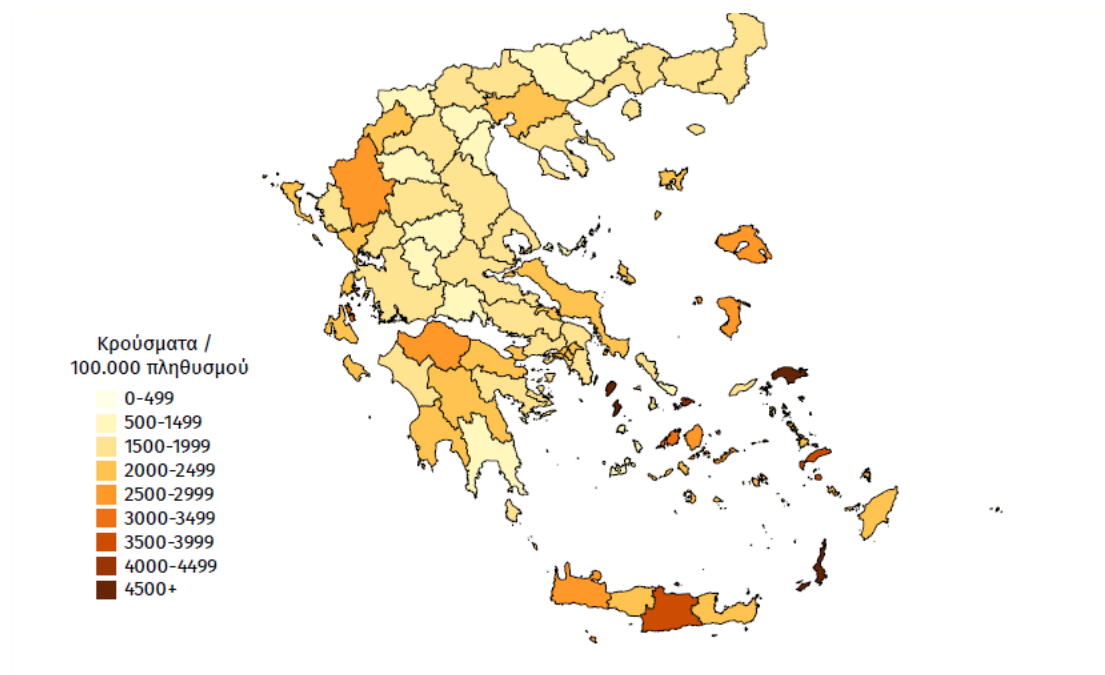
Στατιστικές επίσης παρουσιάζονται και για τα δείγματα που έχουν ελεγχθεί μέχρι τη μέρα σύνταξης του δελτίου, στα εργαστήρια που διενεργούν ελέγχους για τον κορωνοϊό (SARS-CoV-2) και δηλώνουν με τρόπο συστηματικό το σύνολο των δειγμάτων που ελέγχουν, που μπορεί να αφορούν είτε Μονάδες Υγείας είτε Κλιμάκια του ΕΟΔΥ που διενεργούν ελέγχους με τη διαδικασία Rapid Ag είτε διάγνωση από RT-PCR τεστ, είτε από αυτοδιαγνωστικά τεστ (self test) είτε από δράσεις δειγματοληπτικών ελέγχων από τις Κινητές Ομάδες Υγείας (KOMY).

**ΕΙΚΟΝΑ 24**

Ελεγχθέντα Δείγματα Covid-19 -1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

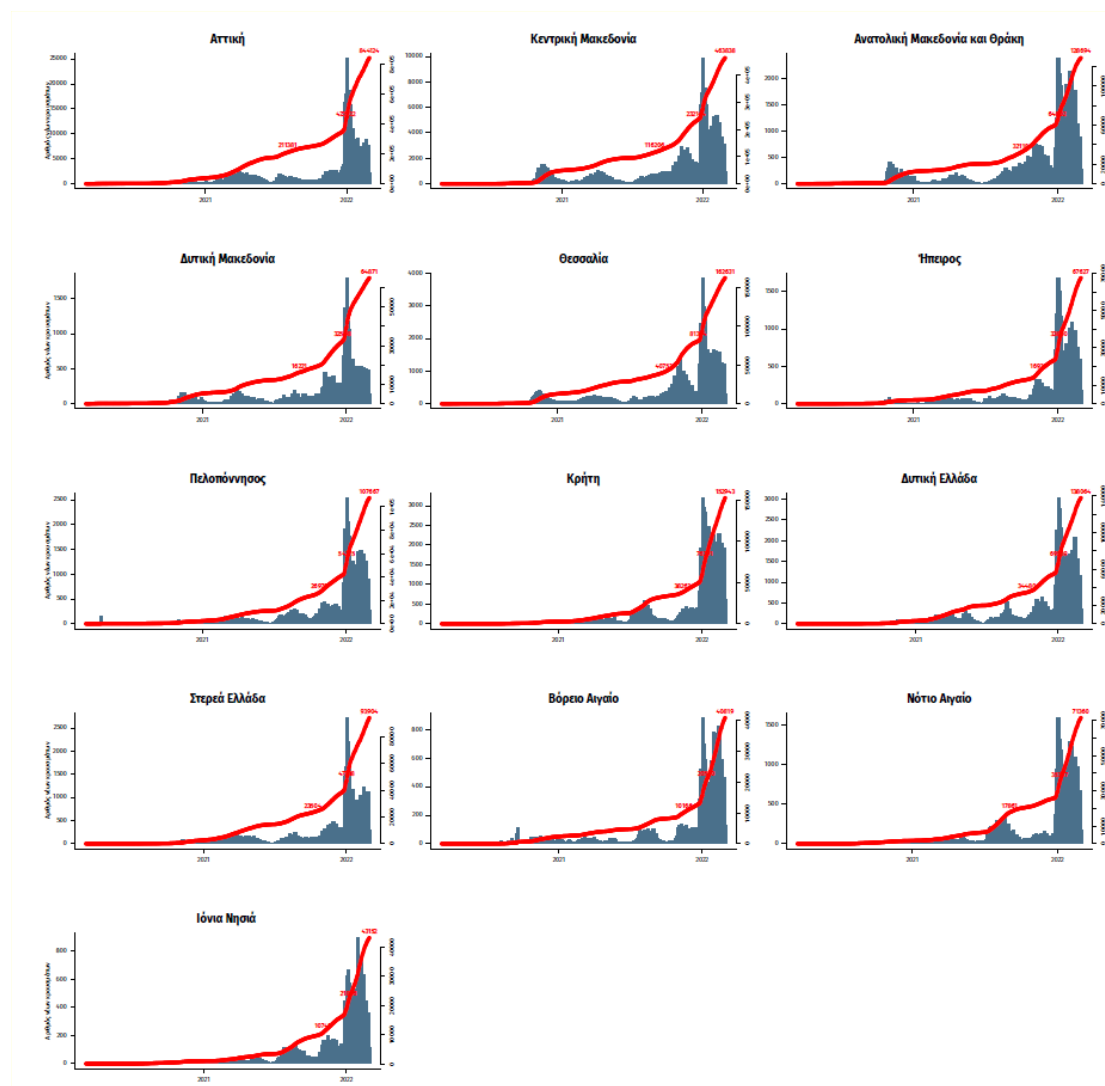
Απεικονίζεται επίσης και η γεωγραφική διασπορά με την παρουσίαση ενός χάρτη που αποτυπώνει τη γεωγραφική κατανομή των συνολικών κρουσμάτων COVID-19 (από την αρχή της επιδημίας) ανά Περιφερειακή Ενότητα της χώρας, με βάση την δηλωθείσα διεύθυνση μόνιμης κατοικίας του ασθενούς, ή τη διεύθυνση προσωρινής διαμονής για τους τουρίστες και άλλους προσωρινά διαμένοντες στην Ελλάδα. Συμπεριλαμβάνονται τόσο κρούσματα με ιστορικό ταξιδιού (“εισαγόμενα”) όσο και κρούσματα με πιθανή εγχώρια μετάδοση.

**ΕΙΚΟΝΑ 25**

Χάρτης επίπτωσης τελευταίων 14 ημερών βάση επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19, με βάση τον τόπο μόνιμης κατοικίας, ή προσωρινής διαμονής (για τους προσωρινά διαμένοντες) – 1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Στις στατιστικές συμπεριλαμβάνονται και πίνακες με τις επιδημικές καμπύλες των κρουσμάτων COVID-19 με βάση την δηλωθείσα διεύθυνση μόνιμης κατοικίας του κρούσματος ή τη διεύθυνση προσωρινής διαμονής για τους τουρίστες και άλλους προσωρινά διαμένοντες στην Ελλάδα. Συμπεριλαμβάνονται και τα κρούσματα ανάλογα με το ιστορικό ταξιδιού όσο και κρούσματα με ενδεχόμενη εγχώρια μετάδοση, ανά Υγειονομική Περιφέρεια.



ΕΙΚΟΝΑ 26

Αριθμός νέων κρουσμάτων με βάση την ημερομηνία λήψης του εργαστηριακού δείγματος
ανά Υγειονομική Περιφέρεια – 1^η Μαρτίου 2022

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Σημαντική πληροφόρηση που παρέχεται είναι τα αποτελέσματα από τους εργαστηριακούς ελέγχους που διενεργεί το Εθνικό Δίκτυο Επιδημιολογίας Λυμάτων κατά την επιδημιολογική επιτήρηση του ιού SARS-CoV-2 σε αστικά λύματα, το οποίο λειτουργεί υπό το συντονισμό του ΕΟΔΥ. Τα δείγματα λαμβάνονται τόσο από την Περιφέρεια Αττικής αλλά και πόλεις όπως η Θεσσαλονίκη, η Λάρισα, ο Βόλος, το Ηράκλειο, τα Χανιά, το Ρέθυμνο, και τον Άγιο Νικόλαο Κρήτης, την Πάτρα, την Ξάνθη, την Αλεξανδρούπολη, τα Ιωάννινα και την Κέρκυρα. Το δείγμα λαμβάνεται από

τις τόπους Μονάδων Επεξεργασίας Λυμάτων (ΜΕΛ) και αντιστοιχούν στον πληθυσμό που εξυπηρετείται από αυτές.

Περιφέρεια – Πόλη	Ποσοστιαία μεταβολή του μέσου εβδομαδιαίου φορτίου*
Αττική	-16%
Θεσσαλονίκη	-22%
Λάρισα	-8%
Βόλος	+40%
Ξάνθη	-7%
Αλεξανδρούπολη	+7%
Πάτρα	-52%
Ηράκλειο	-53%
Χανιά	-56%
Ρέθυμνο	+43%
Άγιος Νικόλαος	+63%
Ιωάννινα	-36%
Κέρκυρα	+36%

* Μεταβολές της τάξης +/- 30% είναι κοντά στα όρια της εργαστηριακής αβεβαιότητας.

ΕΙΚΟΝΑ 27

Ποσοστιαία μεταβολή στη μέση συγκέντρωση του ιικού φορτίου του SARS-CoV-2 στα αστικά λύματα ανά 100.000 κατοίκους για την περίοδο 21-27/02/22) σε σχέση με την περίοδο (14-20/02/22)

Πηγή: (<https://eody.gov.gr>)

Οι μετρήσεις γίνονται με εργαστήρια που συμμετέχουν στο δίκτυο, όπως είναι το Εργαστήριο Αναλυτικής Χημείας του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών, η Διεπιστημονική Εργαστηριακή Ομάδα Επιδημιολογίας Λυμάτων του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, το Περιφερειακό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας Κρήτης, το Περιφερειακό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας Θεσσαλίας, και το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων (<https://eody.gov.gr>).

4.5.4 Ειδικές κινητές μονάδες υγείας (ΚομΥ Νοσηλευτών) στα Δωδεκάνησα

Ο ρόλος των Ειδικών Κινητών Μονάδων Υγείας (Κο.Μ.Υ) είναι πολύ σημαντικό για την νησιωτική Ελλάδα. Ειδικά τα Δωδεκάνησα υπάγονται στη 2η Υ.ΠΕ.. Η Υ.ΠΕ. αυτή έχει υπό την εποπτεία της 23 Νοσοκομειακές μονάδες του ΕΣΥ, περίπου 26 δομές ΠΦΥ οι οποίες συμπεριλαμβάνουν Κέντρα Υγείας (25 δομές Κ.Υ.) Κέντρα Ψυχικής Υγείας (5 δομές Κ.Ψ.Υ.), Μονάδες Υγείας (24 δομές Μ.Υ), Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (37 δομές Π.Ι.Ι), Περιφερειακά Ιατρεία (130 δομές Π.Ι) Τοπικά Ιατρεία (15 Τ.Ι), Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (8 δομές από Ε.Π.Ι) αλλά και την ειδική δομή που είναι για παιδιά την Παιδική Πολυκλινική του Πειραιά (<https://www.2dype.gr>).

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι Δωδεκάνησα αποτελούν ένα σύμπλεγμα από πολλά νησιά με κύρια τα εξής 15: το Αγαθονήσι, την Αστυπάλαια, την Κάλυμνο, την Κάρπαθο, τη Κω, την Κάσο, το Καστελόριζο, τη Λέρο, τους Λειψούς, την Νίσυρο, τη Πάτμο, τη Ρόδο, τη Σύμη, τη Τήλο και τη Χάλκη. Επίσης συμπεριλαμβάνονται και πιο μικρά νησιά όπως η Αλιμιά, οι Αρκοί, το Γυαλί, η Κίναρος, η Λέβιθα, η Νίμος, ο Μάραθος, η Στρογγυλή, η Σαρία, η Σύρνα, η Τέλενδος, το Φαρμακονήσι και η Ψέριμος (<https://www.factsinbrief.com>).

Δυστυχώς δεν υπάρχει πρόσφατος απολογισμός της διοίκησης της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας, αλλά από τον τελευταίο απολογισμό που δημοσιεύθηκε τον Μάρτιο του 2018 και αφορούσε το 2017 μπορούμε να εκτιμήσουμε τα έργα που είχαν γίνει για τις υποδομές των νησιών που αφορά η Υγειονομική Περιφέρεια. Καθώς η Υγειονομική Περιφέρεια καλύπτει και περιοχές της Αττικής υπάγονται την Περιφέρεια του Πειραιά, όπως είναι η Νίκαια, το Περιστερί, τα Καμίνια, η Αγία Βαρβάρα, ο Κορυδαλλός, το Αιγάλεω, το Μοσχάτο, ο Ασπρόπυργος, το Πέραμα, η Φυλή, το Ρέντη, δήμοι μεγάλοι με αυξημένες ανάγκες υγειονομικές. Τα έργα που ολοκληρώθηκαν ήταν η ψηφιοποίηση των ακτινολογικών δομών ΠΕΔΥ του Ν. Αιγαίου, το Ψυχιατρικό Τμήμα Ενηλίκων στο Γ.Ν. – Κ.Υ. Λήμνου, ο εκσυγχρονισμός και η αναβάθμιση του εξοπλισμού του Περιφερειακού Κέντρου Δεδομένων (ΠΚΔ) του ΟΠΣΥ «Δήλος» στη Νάξο, Προμήθεια ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού στο Γ.Ν Λήμνου και προμήθεια αξονικού τομογράφου 16 τομών στην Ικαρία, προμήθεια εξοπλισμού αιμοδοσίας και ΜΕΘ στη Σύρο, προμήθεια εξοπλισμού σε μονάδες ΠΦΥ της Περιφέρειας του Βορείου

Αιγαίου, επισκευές στο κτίριο του νοσοκομείου της Χίου και προμήθεια εξοπλισμού για την στέγαση της Ψυχιατρικής Κλινικής του, προμήθεια εξοπλισμού για το Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο», εξοπλισμός νοσοκομείου Καρπάθου, αγορά ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για τα νοσοκομεία Σύρου, Ρόδου και Κω. Παράλληλα όσο αφορά το προσφυγικό λειτουργούν δομές φιλοξενίας Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΚΥΤ) στη Μυτιλήνη, τη Λέσβο, τη Χίο, τη Σάμο τη Λέρο και τη Κω, όπου σε συνεργασία με τις κατά τόπου υγειονομικές μονάδες και τις ΜΚΟ (Γιατροί του κόσμου, MSF , Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και Praksis) γίνονται εμβολιασμοί (<https://cyclades24.gr>).

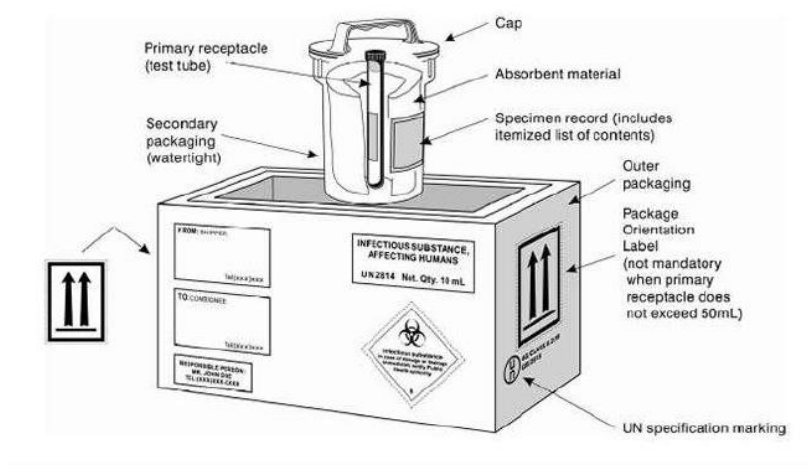
Τέλος δεν παρέχονται πληροφορίες από τον ΕΟΔΥ ο αριθμός των τεστ που διενεργούνται στην κάθε Περιφέρεια παρά μόνο τα θετικά κρούσματα που δημοσιεύονται ανά ημέρα σύμφωνα με την Ημερήσια Έκθεση Επιδημιολογικής Επιτήρησης.

Η επιτυχία των Κο.Μ.Υ, είναι αποτέλεσμα πολυπαραγοντικό και συλλογικό καθώς δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι πίσω από τις δομές βρίσκονται άνθρωποι υγειονομικό προσωπικό και βοηθητικό προσωπικό που σε καθημερινή βάση εδώ και σχεδόν τρία χρόνια δίνει καθημερινή μάχη με την πανδημία.

4.5.5 Διαθέσιμα τεστ για τον κορωνοϊό covid -19

Το πρώτο σημαντικό βήμα στην επιστημονική κοινότητα για τον έλεγχο της διασποράς του ιού, ήταν τα διαγνωστικά τεστ, όπου βοήθησαν στην άμεση διάγνωση κρουσμάτων ή μη. Σύμφωνα με το ινστιτούτο Johns Hopkins τα τεστ που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την διάγνωση από τον ιό είναι εξετάσεις με βάση το αίμα, όπου ελέγχεται κατά πόσο ο οργανισμός έχει εκτεθεί στο συγκεκριμένο παθογόνο (Hopkins, 2020). Τα PR-PRC τεστ που χρησιμοποιούνται ανά τον κόσμο, μπορούν να ανιχνεύσουν εάν υπάρχει ιικό φορτίο μόνο κατά την στιγμή που το άτομο νοσεί και δεν μπορούν να δείξουν εάν το άτομο έχει ήδη μολυνθεί και έχει αναρρώσει. Αυτός ο τύπος εξέτασης ονομάζεται «ιογενής» καθώς μέσα από την εξέταση αναζητάμε την ιογενή λοίμωξη. Οι Δοκιμές Ενίσχυσης Αντιγόνου ή Νουκλεϊκού Οξύ (NAATs) είναι ικές δοκιμές. Επίσης οι εξετάσεις για αντισώματα μπορεί να μας δείξουν εάν το άτομο έχει νοσήσει στο παρελθόν από τον ιό, καθώς το σώμα δημιουργεί αντισώματα μόλις μολυνθεί από τον SARS-CoV-2 ή μετά τον εμβολιασμό κατά του COVID-19. Αυτές οι

εξετάσεις ονομάζονται εξετάσεις «αντισώματος» ή «ορολογικές». Οι δοκιμές είναι πολύ σημαντικές για τη μείωση της εξάπλωσης του COVID-19. Σήμερα τα τεστ μπορεί να λαμβάνουν δείγματα που προέρχονται και από τη μύτη ή το στόμα, κατατάσσοντας τις δοκιμές σε δύο τύπους, τις εργαστηριακές εξετάσεις και τις γρήγορες δοκιμές. Τα τεστ για τον COVID-19 είναι ένα από τα πολλά μέτρα μείωσης του κινδύνου, μαζί με τον εμβολιασμό, την κάλυψη και τη φυσική απόσταση, πρωτεύοντας τον πληθυσμός μειώνοντας τις πιθανότητες εξάπλωσης του COVID-19. Οι δοκιμές Rapid Point of Care από άλλο άτομο, πριν το άτομο που εξετάζεται σε διαγνωστικά κέντρα ή σε ειδικούς χώρους των νοσοκομείων ή σε χώρους που έχουν στήσει οι κινητές ομάδες Ko.MY. οι οποίες πραγματοποιούνται εντός λίγων λεπτών και αντίστοιχα τα αποτελέσματα είναι άμεσα και είναι δοκιμές ενίσχυσης αντιγόνου ή Νουκλεικού Οξύ (NAATs). Αντίθετα οι αυτοδιαγνωστικές εξετάσεις γίνονται από το ίδιο το άτομο, στο σπίτι ή σε οποιοδήποτε χώρο, είναι εύχρηστες και παράγουν γρήγορα αποτελέσματα (self test). Τέλος οι εργαστηριακές εξετάσεις μπορεί να χρειαστούν μέρες για να διεξάγουν τα αποτελέσματα PCR test. Έτσι οι εξετάσεις διάγνωσης κατηγοριοποιούνται στις εξετάσεις και περιλαμβάνουν μεθόδους όπου αναζητούν άμεσα την ανίχνευση του αντιγόνου του ιού (π.χ PCR τεστ) ή έμμεσα (Σπυρόπουλος, 2020) Το PCR (Polymerase Chain Reaction) αποτελεί μια μοριακή μέθοδο που στηρίζεται στην αλυσιδωτή αντίδραση πολυμερισμού, όπου χρησιμοποιούνται ένζυμα και κατά την διαδικασία της απομόνωσης αλλά και του πολλαπλασιασμού μιας συγκεκριμένης δομής DNA γίνεται η ανίχνευση του ιού για αυτό αποκαλείται και ως ανίχνευση του ιικού RNA. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για σκοπούς διαγνωστικούς, τόσο προς το ευρύ κοινό όσο και για ερευνητικούς σκοπούς. Υπάρχει μια έκθεση από το Κέντρο Υγείας του Hopkins, η οποία αναφέρει με λεπτομέρειες για τις έρευνες που γίνονται σε όλο το κόσμο και ποιες έρευνες είναι υπό ανάπτυξη ή υπάρχουν και έχουν λάβει την αντίστοιχη έγκριση είτε για διαγνωστικό εργαλείο με δυνατότητα ευρείας δημόσιας χρήσης είτε για ερευνητικούς σκοπούς (<https://www.centerforhealthsecurity.org>).



ΕΙΚΟΝΑ 28

Κουτί για τη μεταφορά και φύλαξη του τεστ ανίχνευσης ιικού RNA

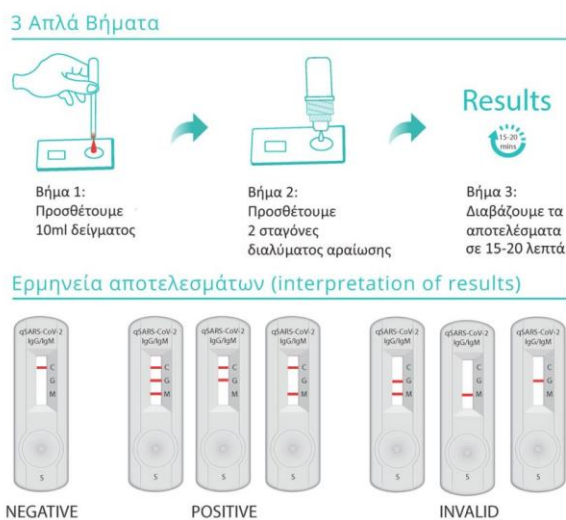
Πηγή: (Νικολάου 2020)

Το Real Time Test (PRC) πραγματικού χρόνου που χρησιμοποιείται για την θεωρείται μια μέθοδος αξιόπιστη για να ελεγχθεί εάν υπάρχει ενεργή λοίμωξη, επιβεβαιώνοντας την ύπαρξη του ιού στον οργανισμό. Η λήψη του δείγματος μπορεί να γίνει να είναι ρινοφαρυγγικό και τα αποτελέσματα είναι διαθέσιμα μέσα σε λίγες ώρες. Το τεστ έχει υψηλή αξιοπιστία, αλλά παρόλο αυτό μπορεί να είναι αρνητικό μερικές μέρες μετά τη νόσηση του ατόμου (μετά την 7^η ημέρα) όπου ο ιός προχωρά από το ανώτερο αναπνευστικό σύστημα προς τους πνεύμονες. Τέλος το μοριακό τεστ έχει τη δυνατότητα να μας δείξει και εάν κάποιος νοσεί τώρα αλλά όχι εάν έχει νοσήσει στο παρελθόν και έχει εμφανίσει αντισώματα.

Μία άλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται είναι αυτή για την ανίχνευση αντισωμάτων. Η μέθοδος αυτή διακρίνεται σε δοκιμασίες ανοσοχρωματογραφίας ποιοτικές (RDTs, Rapid Diagnostic Tests), και ανοσοχρωματογραφίας με φθορισμό και χρήση ποσοτικών και ανοσοενζυματικών ποιοτικών μεθόδων (ELISA) (Νικολάου 2020).

Τα αντισώματα, γνωστά και ως ανοσοσφαιρίνες είναι τα IgG, IgM και IgA είναι από τα πιο βασικά αντισώματα που παράγει ο ανθρώπινος οργανισμός. Η εξέταση

για τα αντισώματα γίνεται με λήψη αίματος ενώ υπάρχουν διαθέσιμα τεστ στην αγορά όπου μπορούν να πραγματοποιήσουν το τεστ μόνο με μια σταγόνα αίμα. Το τεστ αυτό εμφανίζει πιο μικρή ευαισθησία και άρα είναι πιο πιθανό να εμφανιστεί ψευδές αποτέλεσμα πιθανόν στα αρχικά στάδια της λοίμωξης. Η εμφάνιση στον οργανισμό αντισωμάτων IgG δείχνουν ότι το ανοσοποιητικό αντιδρά ως προς τον ιό. Τα αντισώματα αυτά είναι σημαντικά για να αποκτήσει ο οργανισμός μακροχρόνια ανοσία και ανοσολογική μνήμη. Η ύπαρξη αντισωμάτων IgM δείχνουν την πρώτη άμυνα του οργανισμού απέναντι τον ιό ενώ η εμφάνιση των αντισωμάτων IgA δείχνουν πρόσφατα έχει υπάρξει λοίμωξη από τον ιό. Αυτή η μέθοδος διάγνωσης ενδείκνυται τόσο για τη χρήση σε μελέτες επιδημιολογίας και για συμπληρωματικό έλεγχο σε αυτούς που έχουν ήδη νοσήσει ή έχουν εμφανίσει αρνητικό μοριακό τεστ. Δεν είναι χρήσιμο για κύρια διάγνωση, αλλά ιδιαίτερα χρήσιμο για να εντοπιστούν περιπτώσεις που έχουν ήδη νοσήσει αλλά δεν εμφανίζουν συμπτώματα.



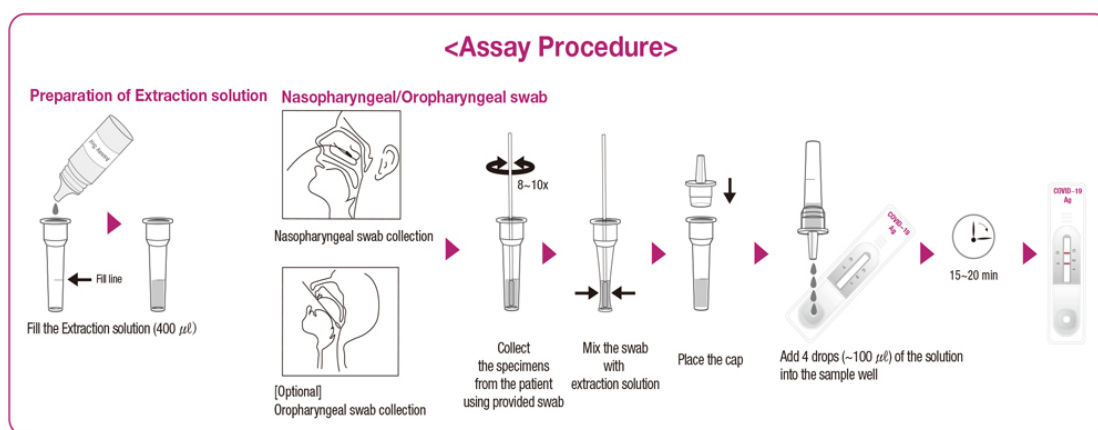
ΕΙΚΟΝΑ 29

Διαγνωστικό τεστ για τον covid 19 με τον εντοπισμό αντισωμάτων IgG & IgM

Πηγή: (<https://paronclub.gr>)

Τελευταία μέθοδος για την ανίχνευση του αντιγόνου στηρίζεται στη μέθοδο της ταχείας δοκιμασίας ανίχνευσης αντιγόνου, πρωτεΐνης. Τα πιο πολλά τεστ Ag-RDT στηρίζονται στη μέθοδο της ανοσοχρωματογραφίας, μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο και άλλων ιών πχ HIV, ελονοσία αλλά και γρίπης. Το δείγμα τα λαμβάνουμε από το αναπνευστικό σύστημα χρησιμοποιώντας μια κασέτα και το αποτέλεσμα είναι διαθέσιμο σε βάθος 10 με 30 λεπτών.

Όπως είδαμε τα τεστ αυτά παρουσιάζουν μεγάλη ευχρηστία και ταχύτητα στην έκδοση αποτελεσμάτων, αλλά είναι φυσικό να είναι λιγότερο ευαίσθητα από το μοριακό τεστ. Για αυτό το λόγο παρόλο που έχουν κυκλοφορήσει πολλά, μόνο πολύ περιορισμένες εταιρείες έχουν πάρει έγκριση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για κατασκευή και διάθεσή τους (Agency PaMD, 2020).



ΕΙΚΟΝΑ 30

Διαγνωστικό τεστ με Ag- RDT και διαδικασία λήψης του δείγματος

Πηγή: (<https://discoveryhealthofca.com>)

Στην Ελλάδα είναι γνωστό ως rapid test και βάση των οδηγιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, χρησιμοποιείται για πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις όπως όταν δεν είναι εφικτή η χρήση μοριακού ελέγχου rt-PCR ή χρειάζεται να ελέγχουμε ένα ύποπτο κρούσμα σε ένα οργανισμό, σε μια κλειστή κοινότητα ή σε απομακρυσμένες περιοχές (<https://www.mylab.gr>). Είναι πλέον ευρέως διαδεδομένη η χρήση του για τον έλεγχο πιθανών κρουσμάτων στα σχολεία, τα γηροκομεία, τι φυλακές αλλά και τα κρουαζιερόπλοια. Τα τεστ αυτά

χρησιμοποιούνται ώστε να εντοπιστούν πιθανά θετικά κρούσματα και μετά να απομακρυνθούν και να γίνουν περαιτέρω τεστ και αναλύσεις για την επιβεβαίωση του αποτελέσματος (Weitzel et al 2020).



ΕΙΚΟΝΑ 31

Το test Lurica με λήψη δείγματος από τη μύτη

Πηγή: (<https://www.flash.gr>)

Η μέθοδος της ανίχνευσης pooling επιτρέπει την ταυτόχρονη ανίχνευση του ιού από σύγκριση πέντε τουλάχιστον δειγμάτων μαζί, μετά από ανάμιξή τους και χρησιμοποιείται κυρίως για επιδημιολογικές έρευνες. Εάν το δείγμα έχει χαμηλό ιικό φορτίο, τότε το τεστ θα βγει αρνητικό, δίνοντας ψευδή αποτελέσματα, ενώ εάν το δείγμα είναι θετικό θα πρέπει να γίνει δεύτερη ανάλυση των δειγμάτων σε ατομικό επίπεδο ώστε να γίνει διάκριση των πασχόντων. Είναι μια μέθοδος χρήσιμη όταν υπάρχει έλλειψη τεστ καθώς μπορεί να γίνει μεγάλη εξοικονόμηση τεστ και επίσης είναι και πιο οικονομική μέθοδος σε σχέση με τα μεμονωμένα διαγνωστικά τεστ (<https://bioiatriki.gr>).

4.5.6 Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν ανά Υγειονομική Περιφέρεια

Σύμφωνα με τον Ν. 3527/2007 όλη η ελληνική επικράτεια έχει διαιρεθεί σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.ΠΕ.) Περιφέρειες (Υ.ΠΕ.) οι οποίες προέκυψαν από την συγχώνευση 17 παλαιότερων Υγειονομικών Περιφερειών (Ν. 3329/2205):

- 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής
- 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου
- 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας

- 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης
- 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας
- 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και
- την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης

Η 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου έχει προκύψει μετά την συγχώνευση της Υγειονομικής Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, της Α΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου και της Β΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου, από την Γ΄ Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής. Εδρεύει στον Πειραιά όπου και ασκεί όλο το σύνολο από τις αρμοδιότητες των πρώην Υγειονομικών Περιφερειών Γ΄ Αττικής, Βορείου Αιγαίου, Α΄ Νοτίου Αιγαίου και Β΄ Νοτίου Αιγαίου (<https://www.2dype.gr>).

Στην 1η Υγειονομική Περιφέρεια, Περιφέρεια Αττικής λειτουργούν 8 Κέντρα Υγείας σε Αλεξάνδρα, Μαρούσι, Καλλιθέα, Ηλιούπολη, Ζωγράφου, Ραφήνα, Καλύβια, και Πατήσια.

Στη 2η Υγειονομική Περιφέρεια, Περιφέρεια Πειραιώς & Αιγαίου, λειτουργούν 33 Κέντρα Υγείας (10 Περιστερίου, Καμινίων, Δραπετσώνας, 1ο & 2ο Ελευσίνας, 10 Σαλαμίνας, Βάρης, Καλλονής, Πυργί (Χίος), Αμοργού και Ίλιο, Αντίσσα, Γαλατάς, Καρλόβασι, Μήλος, Μύκονος, Πλωμάρι, Τήνος, Πάτμος, Χίος, Ερμούπολη, Κως, Μυτιλήνη, Ρόδος, Σάμος, Πολιχνίτη (Λέσβος) Αίγινα, Έμπρωνας (Ρόδο) Εύδηλος, Ύτος, Αρχάγγελος (Ρόδος) και Πάρος. Και 40 Περιφερειακά Ιατρεία (Αμοργός (Αιγιάλη), Σχοινούσα, Δονούσα, Ηρακλεία, Κουφονήσια, Φιλοτίου (Νάξος) Κορώνου (Νάξος) Κέα, Δρυοπίδας (Κύθνος). Σίφνο, Σέριφο, Βολισσό (Χίος), Καρδάμυλα (Χίος), Οινουσσών, Ψαρρών, Ύδρας, Θηρασιάς, Φολέγανδρου, Ανάφη, Σίκινου, Κάσου, Όλυμπου, Κιμώλου, Λειψών, Αγαθονησίου, Νίσυρου, Πόρου, Αγιάσου, Φούρνων, Θύμαινας, Αγίου Ευστρατίου, Μούδρου, Σύμης, Μεγίστης (Καστελόριζο), Τήλος, Χάλκη, Γενναδίου, Αντίπαρου, Αστυπάλαιας, και Ραχών.

Στη 3η Υγειονομική Περιφέρεια, Περιφέρεια Μακεδονίας, λειτουργούν 22 Κέντρα Υγείας (Εύοσμος, Χαλάστρας, Αμπελοκήπων, Διαβατών, Λαγκαδά, Κατερίνης, Αιγινιού, Λιτόχωρου, Βέροιας, Αλεξάνδριας, Γιαννιτσών, Αρνίσσας, Αριδαίας, Κρύας

Βρύσης, Κοζάνης, Σερβίων, Τσοτυλίου, Σιάτιστας, Αμύνταιου, Άργους Ορεστικού και Δεσκάτης.

Στη 4η Υγειονομική Περιφέρεια, Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης λειτουργούν 19 Κέντρα Υγείας (Τούμπα, Μηχανιώνας, Πολυκάστρου, Σιδηροκάστρου, Νιγρίτας, Καλλικράτειας, Μουδανιών, Σαμοθράκης, Ορεστιάδας, Αλεξανδρούπολης, Εχίνου, Αβδήρων, Σταυρούπολης, Ελευθερούπολης, Πρίνου και Προσοτσάνης (Δράμα)

Στη 5η Υγειονομική Περιφέρεια, Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, λειτουργούν 37 Κέντρα Υγείας (Αγιάς, Γόννων, Ελασσόνας, Τυρνάβου, Φαρσάλων, Αλμυρού, Αργαλαστής, Βελεστίου, Ζαγόρας, Σκιάθου, Μουζακίου, Παλαμά, Σοφάδων, Καλαμπάκας, Πύλης, Φαρκαδόνας, Ιτέας, Λιδορικού, Σχηματαρίου, Ερυθρών, Αλίου, Διστόμου, Αμφίκλειας, Αταλάτης, Δομοκού, Μακρακώμης, Καμένων Βούρλων, Στυλίδας, Αλιβερίου, Ιστιαίας, Μαντουδίου, Ψαχνών, Δυτ. Φραγκίστας, Βόλου, Λαμίας και Οινοφύτων. και 2 Περιφερειακά Ιατρεία (Αλόνησο & Σκύρο) .

Στη 6η Υγειονομική Περιφέρεια, Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, λειτουργούν 28 Κέντρα Υγείας (Αμφιλοχίας Χαλανδρίτσας, Άρτας, Ιωαννίνων, κ. Αχαΐας, Γαστούνης, Τρίπολης, Ηγουμενίτσας, Κιάτου, Ιθάκης, Κέρκυρας, Πύργου, Ζαχάρας, Αγρινίου, Πρέβεζας, Άργους, Ναυπλίου, Καλαμάτας, Μελιγαλά, Ξυλόκαστρο, Αρεόπολης, Κεφαλλονιάς και Ζακύνθου.

Στην 7η Υγειονομική Περιφέρεια, Περιφέρεια Κρήτης λειτουργούν 14 Κέντρα Υγείας (Ηρακλείου, Αγίας Βαρβάρας, Άνω Βιαννού, Αρκαλοχωρίου, Μοίρων, Χάρακα, Ανωγείων, Περάματος, Σπηλίου, Βάμου, Κάνδανου. Κίσσαμου και 2ο Χανίων)

Από τον Οκτώβριο του 2020, λειτουργούν σε σύνολο ανά την επικράτεια 161 Κ. Υ (Κέντρα Υγείας), 42 Π.Ι. (Περιφερειακά Ιατρεία), όπου το μεγαλύτερο ποσοστό, τα 40 ιατρεία είναι σε λειτουργία στην περιφέρεια του Αιγαίου εξαιτίας της κατανομής λόγω γεωγραφικής θέσης των νησιών. Στόχος η ΠΦΥ με γνώμονα την αντιμετώπιση του κορωνοϊού, όπου επανεργοποιείται λειτουργία των Κ.Υ και έτσι επιτυγχάνεται η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς, με συνεχή παρακολούθηση και καθοδήγησή τους, ώστε οι νοσοκομειακές μονάδες από αποφορτώνονται από αυτή την παροχή. Κάθε πολίτες που εμφανίζει κάποιο σύμπτωμα που είναι συμβατό με τα συμπτώματα

του ιού, θα πρέπει να απευθύνονται στα κατόπιν Κέντρα Υγείας που υπάγονται οι πολίτες αλλά και με ραντεβού στα Περιφερειακά Ιατρεία. (<https://covid19.gov.gr>)

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία
1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής	8	
2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς & Αιγαίου	33	40
3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας	22	
4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης	19	
5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας	37	2
6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας	28	
7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης	14	
Σύνολα	161	42

ΕΙΚΟΝΑ 32

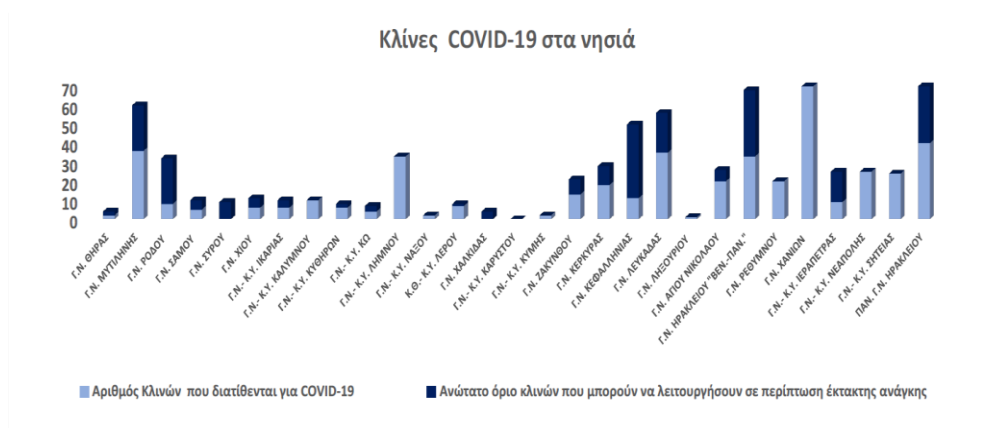
Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία ανά Υγειονομική Περιφέρεια

Πηγή: (<https://covid19.gov.gr>)

4.5.7 Το σχέδιο Υπηρεσιών Υγείας για τη Νησιωτική Χώρα

Το σχέδιο που σχεδιάστηκε και τα πρωτόκολλα που εφαρμόστηκαν για την υγειονομική κάλυψη των αναγκών των νησιών λόγω της πανδημίας, συμπεριλαμβάνει τόσο την ενίσχυση των δομών υγείας, με ανθρώπινο δυναμικό, μέσα ατομικής προστασίας, διασύνδεση με τα νοσοκομεία covid 19, ενίσχυση του συστήματος

διακομιδών των ασθενών αλλά και διασύνδεσή τους με άλλες υπηρεσίες υγείας για τον έλεγχο και την ανίχνευση του ιού. Στο παρακάτω διάγραμμα διακρίνεται μέρος της πολιτικής αυτής, καθώς δεσμεύτηκαν 446 κλίνες στις νοσοκομειακές δομές των νησιών για να είναι προς διάθεση για κλίνες νοσηλείας covid 19 με τη δυνατότητα αυτές να αυξηθούν περαιτέρω και να φτάσουν τις 694 εάν αυτό κριθεί αναγκαίο.



ΕΙΚΟΝΑ 33

Οι κλίνες covid 19 στα νησιά, ανά Γ.Ν. και Κ.Υ.

Πηγή: (<https://covid19.gov.gr>)

Υπήρχε επιτακτική ανάγκη να διασυνδεθούν τα νησιά με τις κύριες νοσοκομειακές δομές για να μπορεί να διακινηθεί τόσο αναγκαίο υλικό όσο και ανθρώπινο δυναμικό προς αυτές για την κατάλληλη επάνδρωσή τους. Έτσι όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, το νοσοκομείο Τζάνειο συνδέθηκε με τις δομές στη Σάμο, στη Σαντορίνη και στη Τήνο. Το νοσοκομείο Αττικόν με τη Νάξο, το Γενικό Κρατικό Νίκαιας με την Τήνο, τη Σάμο και τη Μήλο, ενώ το Θριάσιο με τη Σάμο και αυτό ενώ το Γ.Ν. της Λιβαδειάς με τη Μήλο.

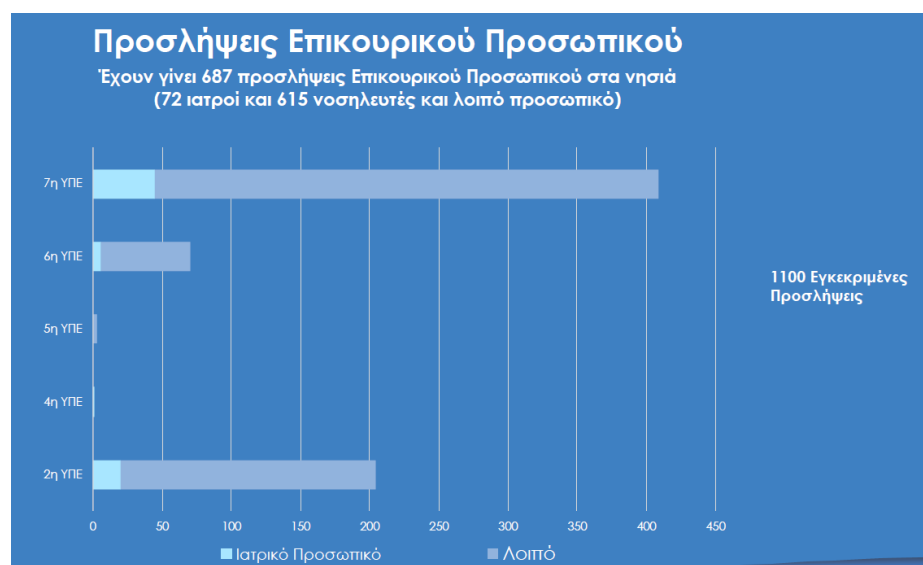


ΕΙΚΟΝΑ 34

Τρόπος διασύνδεσης κεντρικών Γ.Ν με τις δομές στα νησιά του Αιγαίου

Πηγή: (<https://covid19.gov.gr>)

Επίσης για την ενίσχυση του προσωπικού έχει γίνει πρόσληψη 687 ατόμων επικουρικού προσωπικού, από τα οποία 72 είναι ιατροί και 615 νοσηλευτές και λοιπό βοηθητικό προσωπικό)



ΕΙΚΟΝΑ 35

Προσωπικό που έχει προσληφθεί ανά ΥΠΕ

Πηγή: . (<https://covid19.gov.gr>)

4.5.8 Εκστρατεία εμβολιασμού κατά του covid-19 στην Ελλάδα

Η εκστρατεία εμβολιασμού κατά του COVID-19 ξεκίνησε στις 28 Δεκεμβρίου 2020. Προτεραιότητα δόθηκε στο υγειονομικό προσωπικό και ακολούθησαν οι ηλικιωμένοι (>80 ετών και >70–79 ετών), τα άτομα με συννοσηρότητες και οι νεότερες ηλικιακές ομάδες. Χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εμβόλια: Comirnaty (εμβόλιο Pfizer-BioNTech messenger RNA [mRNA] BNT162b2) από τα τέλη Δεκεμβρίου 2020, Spikevax (εμβόλιο Moderna mRNA-1273) από τον Ιανουάριο του 2021, Vaxzevria (Oxford/Astra Zeneca από Φεβρουάριος 1-SAd) , και Janssen (εμβόλιο αδενοϊού ανασυνδυασμένου ιού φορέα της Johnson & Johnson) από τον Μάιο του 2021. Οι περισσότεροι εμβολιασμοί πραγματοποιήθηκαν με τα δύο εμβόλια mRNA (Maltezos et al 2021).

4.5.9 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Στα πλαίσια λειτουργίας μέτρων για τον περιορισμό της διάδοσης του ιού, εφαρμόστηκε και εάν άλλο πολύ σημαντικό μέτρο για την αποσυμφόρηση των ιατρικών των γενικών γιατρών από τους πολίτες που χρειάζονται μόνο συνταγογράφηση για χρόνιες παθήσεις. Έτσι από τις 28 Μαρτίου του 2020, οι πολίτες που χρειάζονται ιατρική συνταγή δεν απαιτείται να κάνουν επίσκεψη στον γιατρό, τουλάχιστον κατά τη διάρκεια της επιδημίας του κορωνοϊού. Τα ελληνικά υπουργεία Ψηφιακής Διακυβέρνησης και Υγείας εγκαινίασαν την ηλεκτρονική συνταγή «e-prescription» όπου πολίτες/ασθενείς, γιατροί και φαρμακοποιοί κάνουν χρήση σύγχρονων τεχνολογιών και μιας πλατφόρμας που έχει δημιουργηθεί για το σκοπό αυτό. Η διαδικασία είναι απλή: ο γιατρός εκδίδει την ηλεκτρονική συνταγή, στέλνει έναν κωδικό στο κινητό τηλέφωνο ή στο e-mail του ασθενούς. ο ασθενής πηγαίνει στο φαρμακείο με τον κωδικό, ο φαρμακοποιός χρησιμοποιεί τον κωδικό για να αναζητήσει τη συνταγή στην ηλεκτρονική πλατφόρμα που ορίζουν τα υπουργεία. Για να ενεργοποιηθεί ο πολίτης την ηλεκτρονική συνταγή και για να του επιτραπεί να λάβουν τον κωδικό, θα πρέπει να πάει στο «gov.gr», να επιλέξει την κατηγορία «Υγεία και Πρόνοια» και στη συνέχεια την υποκατηγορία «Φάκελος Υγείας» (Φάκελος Υγείας) και να βρει την κατηγορία «άυλη συνταγογράφηση» (άυλη συνταγή). Ο πολίτης εισέρχεται χρησιμοποιώντας κωδικούς TAXISNET και τον αριθμό ΑΜΚΑ του, ενώ καλείται να συμπληρώσει το κινητό του τηλέφωνο ή και το e-mail του. Στη συνέχεια λαμβάνουν ένα μήνυμα που επιβεβαιώνει τα δεδομένα.

Αντίστοιχα οι γιατροί εισέρχονται στην πλατφόρμα «e-prescription.gr» όπου καταχωρούν τη συνταγή με τον ίδιο τρόπο που έκαναν μέχρι τώρα. Ωστόσο, όταν πρόκειται για πολίτες που έχουν επιλέξει την άυλη συνταγή, αντί να την εκτυπώνουν επιλέγουν να στέλνουν τον κωδικό της με SMS ή και με e-mail. Ταυτόχρονα, η συνταγή συνδέεται με τον ΑΜΚΑ του ασθενούς. Στη συνέχεια ο φαρμακοποιός μπορεί να εκτελέσει τη συνταγή μέσω της πλατφόρμας “e-prescription.gr” μόνο με τον κωδικό που αποστέλλει ο ιατρός στον ασθενή. Εάν, ωστόσο, το μήνυμα χαθεί ή για οποιονδήποτε λόγο ο ασθενής δεν έχει πρόσβαση σε αυτό, η συνταγή θα μπορεί να εντοπιστεί και να εκτελεστεί μέσω του ΑΜΚΑ. Μόλις ολοκληρωθεί επιτυχώς η διαδικασία, ο πολίτης θα ενημερωθεί με SMS ή και e-mail. Σε περίπτωση που υπάρχουν επαναλαμβανόμενες συνταγές για χρόνιες παθήσεις και ευπαθείς ομάδες μπορούν να εκδίδονται ηλεκτρονικά κατ' επιλογήν, ώστε οι ομάδες αυτές να μην χρειάζεται να κάνουν επίσκεψη στον γιατρό και μετά την επιδημική κρίση. Ειδικά για τους ηλικιωμένους ασθενείς δίνεται η δυνατότητα όταν οι πολίτες εγγράφονται στην πλατφόρμα να μπορούν να προσθέσουν τον αριθμό του κινητού ή το e-mail κάποιου οικείου τρίτου ατόμου που θα τους εξυπηρετεί (<https://www.keeptalkinggreece.com>).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός της Έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως σκοπό την βιβλιογραφική διερεύνηση του ρόλου της ΠΦΥ απέναντι στην πανδημία covid -19 και πως η δομή και η οργάνωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας τόσο της Ελλάδας όσο και άλλων ευρωπαϊκών χωρών, βοήθησε προς τη κατεύθυνση της πρόληψης και της αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της πανδημίας με απώτερο στόχο τον περιορισμό της. Στόχος είναι μέσω της μελέτης επίσημων ερευνών και άρθρων δημοσιευμένων σε ελληνικά και ξένα επιστημονικά περιοδικά, αναμένεται να γίνει μια εμπειριστατωμένη μελέτη για τον ρόλο της ΠΦΥ σήμερα. Μέσα από την διερεύνηση των πολιτικών που ασκήθηκαν στο τομέα της υγείας εν όψη της πανδημίας και επί την εξέλιξή της καθώς και των μέτρων που λήφθηκαν, θα μπορέσουμε να δούμε κατά πόσο αυτά ήταν αποτελεσματικά, τις αδυναμίες των Συστημάτων Υγείας ανά τον κόσμο και τις διορθωτικές κινήσεις που έπρεπε να γίνουν αλλά και τι κρίνεται αναγκαίο να γίνει για το μέλλον, με τη χάραξη της κατάλληλης πολιτικής στο χώρο της Υγείας.

5.2 Ερευνητικές Ερωτήσεις

Σύμφωνα με τα ευρήματα της αρθρογραφίας, είναι χρήσιμο να ερευνήσουμε:

1. Πως ήταν το Σύστημα Υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών πριν την εμφάνιση της πανδημίας, υπήρχαν τρωτά σημεία;
2. Ποιες ομοιότητες και διαφορές παρουσιάζονται ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές Χώρες; Ποια είναι η θέση της Ελλάδας έναντι των άλλων χωρών;
3. Πως ήταν δομημένη η ΠΦΥ στην Ελλάδα πριν την εμφάνιση της πανδημίας;
4. Ποιο ήταν το σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση της πανδημίας και ποιος ο ρόλος της ΠΦΥ τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες;
5. Τι μοντέλο αντιμετώπισης της πανδημίας ακολούθησαν άλλες ευρωπαϊκές χώρες;
6. Είναι αποδοτικός ο τρόπος παροχής της ΠΦΥ εν καιρώ πανδημίας;

5.3 Μεθοδολογία έρευνας

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε στη παρούσα έρευνα είναι αυτή της συστηματικής επισκόπησης, καθώς σύμφωνα με το σκοπό και το στόχο της έρευνας κρίθηκε η πιο κατάλληλη για την διεξοδική εξέταση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας

Οι συστηματικές ανασκοπήσεις είναι ένα λογικό και κατάλληλο ερευνητικό εργαλείο που δίνει τη δυνατότητα τα ευρήματα χωριστών αξιολογήσεων να συγκριθούν και να βρεθούν ομοιότητες και διαφορές επιτρέποντας στους λήπτες κλινικών αποφάσεων να λάβουν τα στοιχεία που χρειάζονται. Η μέθοδος που χρησιμοποιείται για τον συστηματικό εντοπισμό και αξιολόγηση ορθών πρακτικών κατά τη διεξαγωγή και την αναφορά συστηματικών ανασκοπήσεων. Η διαδικασία αναγνώρισης και αξιολόγησης όλων των δημοσιευμένων άρθρων επιτρέπει στους ερευνητές να περιγράψουν την ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων, να συνοψίσουν και να συγκρίνουν τα συμπεράσματα της ανασκόπησης και να συζητήσουν την ισχύ αυτών των συμπερασμάτων (Smith et al 2011). Σύμφωνα και με την Καρασσά (2006) οι συστηματικές ανασκοπήσεις θεωρούνται ως μια πιο αντικειμενικοί προσέγγισης της βιβλιογραφικής έρευνας σε σχέση με άλλες συμβατικές πιο αφηγηματικές ανασκοπήσεις. Διότι με αυτό το τρόπο συμβάλλουν στην περαιτέρω ανάλυση θεμάτων που διακατέχονται από αβεβαιότητα ή η έρευνα μπορεί να είναι ελλιπής. Σε κάποιες περιπτώσεις δίνει τη δυνατότητα μετα-ανάλυσης και αυτό αυξάνει την αξιοπιστία του αποτελέσματος και περιορίζει την πιθανότητα λανθασμένων αποτελεσμάτων. (Καρασσά 2006) Η συστηματική ανασκόπηση αποτελεί τη μοναδική αξιόπιστη επιλογή για έγκυρα και έγκαιρα αποτελέσματα σε θέματα δημόσιας υγείας (Γαλάνης, 2009) Αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο αντικειμενικής προσέγγισης της βιβλιογραφίας, όπου επιτυγχάνεται σύνθεση και κριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από πρωτογενείς μελέτες, ενώ παράλληλα συμβάλει στην αποσαφήνιση θεμάτων και διεξαγωγή νέων ερευνητικών κατευθυντηρίων γραμμών (Πατελάρου και Μπροκαλάκη 2010)

Η συστηματική ανασκόπηση ακολουθεί τα εξής πέντε στάδια:

Βήμα 1: Αναγνώριση των προβλημάτων, και προσδιορισμός τους με σαφείς και δομημένες ερωτήσεις.

Βήμα 2: Προσδιορισμός της σχετικής έρευνας με εκτεταμένη αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφία με χρήση πολλαπλών πόρων, ηλεκτρονικών επίσημων δημοσιευμένων

άρθρων, αναρτήσεις από επίσημους φορείς αλλά και χάρτινα έντυπα, βιβλία κλπ. Επίσης ορίζονται τα κριτήρια επιλογής της βιβλιογραφίας προς μελέτη, με συγκεκριμένους λόγους ένταξης και αποκλεισμού.

Βήμα 3: Αξιολόγηση της ποιότητας των δεδομένων που συλλέγονται και έλεγχος ώστε να είναι σχετικά με το θέμα της Η αξιολόγηση είναι σύμφωνη με τη διατύπωση των ερωτήσεων που έχουν προηγηθεί στο βήμα 1, τα κριτήρια επιλογής όπως αυτά ορίστηκαν στο βήμα 2 με στόχο να περιγράψουν το ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο σχεδιασμού και να υπόκεινται σε πιο εκλεπτυσμένη ποιότητα βάσει σχεδίου.

Οι αξιολογήσεις της ποιότητας των δεδομένων χρησιμεύουν για την διερεύνηση της ετερογένειας αυτών και την καταλληλότητα της μετα-ανάλυσης που θα γίνει στο βήμα 4 και θα βοηθήσουν στην αξιολόγηση των συμπερασμάτων και των προτάσεων για μελλοντική έρευνα, στο 5ο βήμα.

Βήμα 4: Συνοψίζοντας τα στοιχεία, συνδέονται σε πίνακα και αναφέρεται η ποιότητα των αποτελεσμάτων καθώς και η χρήση των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των διάφορων μελετών και τον ομοιοτήτων τους και την επίδραση που έχει αυτό στα υπο διερεύνηση θέματα.

Βήμα 5: Τέλος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα και ερμηνεύονται τα ευρήματα και η αξιοπιστία αυτών ώστε να δημιουργηθούν συμπεράσματα και να παρουσιαστούν εκτιμώντας τα δυνατά και αδύναμα σημεία των δεδομένων (Khan et al 2003).

Σύμφωνα με τα παραπάνω ακολουθήσαμε την εξής μεθοδολογία για την διεξαγωγή της έρευνάς μας.

A) Αναζήτηση Στρατηγικής

Αρχικά σχεδιάστηκε μια συστηματική στρατηγική για την καθοδήγηση της αναζήτησης για να μπορέσουμε να καθοδηγηθούμε για την ηλεκτρονικές πηγές και συγκεκριμένα στις γνωστές ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων, Google Scholar, CINAHL, MEDLINE, PubMed, Scopus, Elsevier, Sciverse, Research Gate, και Web of Science. Στη συνέχεια ορίστηκαν οι βασικές λέξεις -κλειδιά αναζήτησης «ΠΦΥ», «Μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας», «ΠΦΥ και covid 19».

Η παραπάνω αναζήτηση περιοριζόταν σε ελληνικά και αγγλικά δημοσιευμένα άρθρα, αξιολογώντας άρθρα και δημοσιεύσεις που αφορούν πρωτότυπες έρευνες. Λόγων του

εύρους του θέματος της ΠΦΥ, εξετάστηκαν άρθρα παλιότερων εκδόσεων για να μπορέσουμε να στοιχειοθετήσουμε την έννοια της ΠΦΥ και το ρόλο της στα συστήματα υγείας, αλλά για την διερεύνηση των θεμάτων σχετικά με το ρόλο της ΠΦΥ με την διαχείριση της πανδημίας του covid -19 άρθρα από το 2019 έως το 2021.

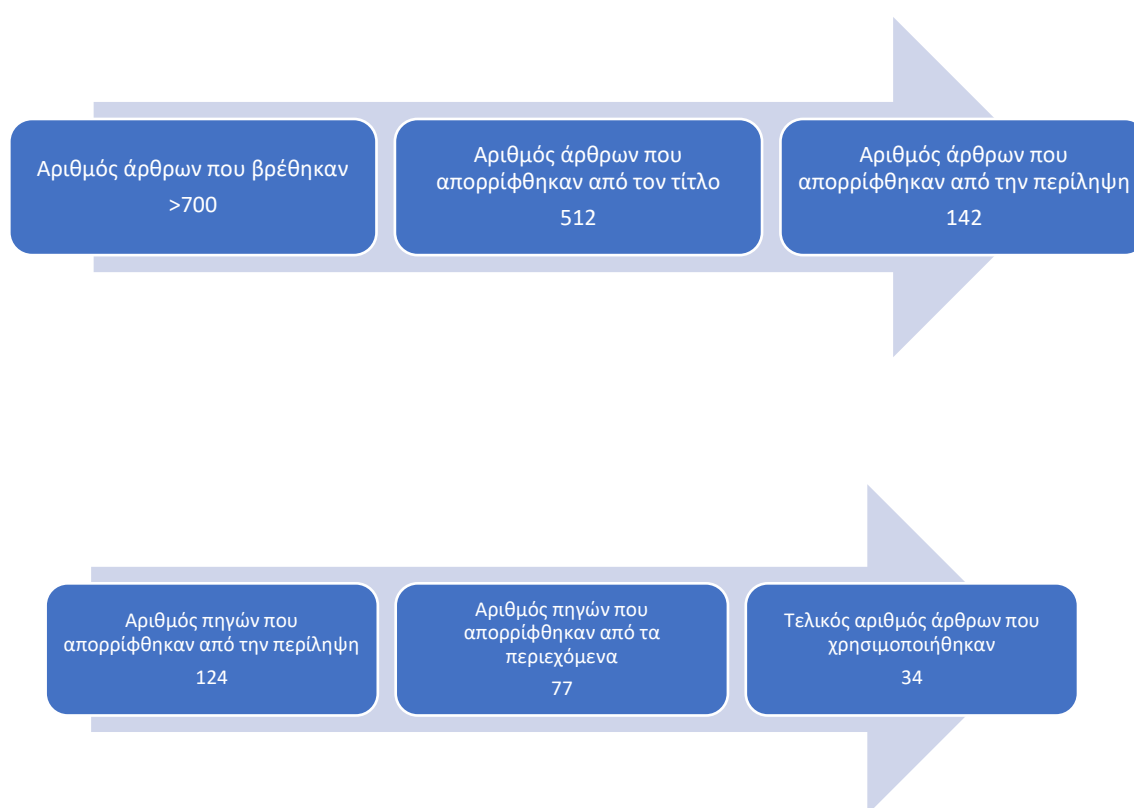
B) Κριτήρια ένταξης η αποκλεισμού

Στον παρακάτω πίνακα περιγράφεται λεπτομερώς τα κριτήρια που ορίστηκαν ένταξης και αποκλεισμούς από την συστηματική ανασκόπηση. Οι μελέτες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν αυτές που είχαν να κάνουν με την ΠΦΥ και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν για την αναχαίτηση της πανδημίας σε επίπεδο πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης με γνώμονα τον περιορισμό της διασποράς του ιού. Ενώ αποκλείστηκαν άρθρα που είχαν να κάνουν με την Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και μέτρα που λήφθηκαν για να μπορέσουν οι υγειονομικές δομές να ανταποκριθούν και να ενισχυθούν κατά την διάρκεια της πανδημίας του covid-19. Επίσης αποκλείστηκαν έρευνες σχετικά με το υγειονομικό προσωπικό και τις συνέπειες της πανδημίας σε αυτό.

Κριτήρια Ένταξης	Κριτήρια Αποκλεισμού
Δημοσιευμένες έρευνες 2019-2021	Δημοσιεύσεις που αφορούσαν τα μέτρα που λήφθηκαν στα νοσοκομεία
Δημοσιεύσεις που αφορούσαν τα μέτρα για την ενίσχυση ΠΦΥ στην Ελλάδα	Συζητήσεις, αναρτήσεις σε προσωπικά blog, διπλωματικές και διατριβές
Δημοσιεύσεις που αφορούσαν τα μέτρα για την ενίσχυση ΠΦΥ στην E.E.	Συζητήσεις, αναρτήσεις σε προσωπικά blog, διπλωματικές και διατριβές, δημοσιεύσεις σε εφημερίδες και δημοσιεύσεις που αφορούσαν τα μέτρα που λήφθηκαν στα νοσοκομεία
Δημοσιεύσεις που αφορούσαν τα μέτρα για την ενίσχυση ΠΦΥ σε χώρες της E.E.. (Αγγλία, Ισπανία, Ιταλία, Κύπρο, Γερμανία, Γαλλία)	Συζητήσεις, αναρτήσεις σε προσωπικά blog, διπλωματικές και διατριβές, δημοσιεύσεις σε εφημερίδες και δημοσιεύσεις που αφορούσαν τα μέτρα που λήφθηκαν στα νοσοκομεία

Επιλογή Μελετών

Μετά την αφαίρεση των παραπομπών των ερευνητικών άρθρων, υπήρξαν 322 άρθρα που προήλθαν από την αναζήτηση. Αυτή η διαδικασία διαπίστωσε ότι τα 210 άρθρα δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, αφήνοντας τα 112 άρθρα οπού ανακτήθηκε το πλήρες κείμενο. Από αυτά τα 77 δεν πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψής στην ερευνά και αποκλειστήκαν. Συνεπώς χρησιμοποιήθηκαν 34 άρθρα σαν δείγμα τις συστηματικής ερευνάς. Συγκεκριμένα:



Καθώς η έρευνα είναι βιβλιογραφική, δεν προκύπτουν άμεσα ηθικά ζητήματα καθώς δεν θα χρησιμοποιηθούν προσωπικά δεδομένα. Παρόλο αυτό όμως, η ερευνήτρια θα τηρήσει όλους του κανόνες ηθικής και δεοντολογία που προβλέπονται για την υλοποίηση μιας επιστημονική έρευνας, με στόχο τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν για την άντληση των δεδομένων και ο τρόπος με τον οποίο θα αναλυθούν, να τηρεί τους κανόνες δεοντολογίας, ώστε να είναι έγκυρα και αξιόπιστα, προσφέροντας επιστημονική γνώση στην ακαδημαϊκή κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**6.1 Αποτελέσματα Συστηματικής Έρευνας**

Στην παρούσα ενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη συστηματική έρευνα. Στον κάτωθι πίνακα συγκεντρώνονται τα άρθρα που επιλέχθηκαν για να πλαισιώσουν την έρευνά μας, όπου καταγράφεται ο αύξων αριθμός τους, ο συγγραφές ή οι συγγραφείς, ο σκοπός της έρευνας συνοπτικά, η χώρα υλοποίησης της έρευνας, εάν η έρευνα στηρίχθηκε στην έρευνα με δείγμα, το πλήθος του δείγματος, η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε και τέλος επιγραμματικά τα αποτελέσματα.

A/A	Συγγραφείς	Σκοπός	Χώρα	Δείγμα	Μέθοδος	Αποτελέσματα
1	Γιανασμίδη και Τσιαούση 2012	Αφορά το θεσμικό πλαίσιο στις ΠΦΥ στην Ελλάδα από το 1980 ως το 2008 κατέδειξε ότι η Ελλάδα, σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες ανάλογων Συστημάτων Υγείας	Ελλάδα	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Έδειξε ότι ΠΦΥ στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες ανάλογων Συστημάτων Υγείας, έχει ένα σύστημα κατακερματισμένο και αδύναμο να ικανοποιήσει αποτελεσματικά τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
2	Καρακόλια et al 2021	Αφορά το θεσμικό πλαίσιο στις ΠΦΥ στην Ελλάδα	Ελλάδα	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Έδειξε ότι ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού στην Ελλάδα υπολειτουργούσε, ενώ παρουσιάζοταν ανεπάρκεια ιατρών, υπήρχε η ορθή γεωγραφική κατανομή και απαιτούταν μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις ώστε να δοθούν κίνητρα στους οικογενειακούς ιατρούς αλλά και να ενοποιηθούν και να οργανωθούν οι δομές ΠΦΥ, εκμεταλλευόμενες τις παροχές των σύγχρονων τεχνολογιών Πληροφορικής.

3	Φιλαλήθης 2021	ΠΦΥ στην Ελλάδα	Ελλάδα	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Προσπάθειες για τη δημιουργία ενός ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ βασισμένο στις υπηρεσίες των γιατρών γενικής ή οικογενειακής ιατρικής απέβηκαν άκαρπες καθώς το 1987 ανακόπηκε η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ
5	Langins et al 2020	Πανδημία covid-19 και μακροχρόνια φροντίδα	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Η οργάνωση, διοίκηση και χρηματοδότηση των Κ.Φ. για τη διαχείριση του covid-19 διαφέρουν ανά χώρα στην E.E.
6	Halpin et al 2021	Μελέτη στο Η.Β. για τα συμπτώματα μετά το εξιτήριο ασθενών με covid-19	U.K	100	Έρευνα	Συνίσταται προγραμματισμός των υπηρεσιών αποκατάστασης για τη σωστή διαχείριση των συμπτωμάτων και της λειτουργικής επιστροφής των επιζώντων από covid-19
7	Bo et al 2021	Συμπτώματα μεταταυματικού στρες μεταξύ την ανάρρωση ασθενών από covid - 19	Κίνα	714	Έρευνα	Οι περισσότεροι ασθενείς με COVID-19 υπέφεραν από σημαντικά συμπτώματα μετατραυματικού στρες που σχετίζονται με τη νόσο πριν από το εξιτήριο και αυτά τα συμπτώματα μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα, όπως χαμηλότερη ποιότητα ζωής και μειωμένη εργασιακή απόδοση.

8	Paz et al 2020	Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με COVID-19	N. Αμερική - Εκουαδόρ	759	Έρευνα	Επιπολασμός της κατάθλιψης, υψηλά επίπεδα άγχους, λόγω εγκλεισμού, απώλειας αγαπημένων προσώπων, συμπτωμάτων από το covid-19, έλλειψη κατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης
9	Gennaro et al 2020	Άγχος και κατάθλιψη σε επιστόμους του COVID-19	Ιταλία	402	Έρευνα	Η διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος που προκαλείται τον covid-19 μπορεί να προκαλέσει ψυχοπαθολογία και παρατηρήθηκαν ψυχιατρικά επακόλουθα μετά από τη νόσηση ατόμων που είχαν προηγούμενη ψυχιατρική διάγνωση
10	Nalleballe et al 2020	Φάσμα νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων στον COVID-19	Αμερική	40469	Έρευνα στη βάση δεδομένων TriNetX	Παρατηρήθηκε ότι το 22,5% των ασθενών που είχαν covid-19 είχαν ταυτόχρονα και μια νευροψυχιατρική διάγνωση
11	Rogers et al 2020	Ψυχιατρικές και νευροψυχιατρικές παρουσιάσεις που σχετίζονται με σοβαρές λοιμώξεις από κορωνοϊό	E.E.	-	Μετανάλυση	Ατομα με κρούσματα του αναπνευστικού συνδρόμου και η λοίμωξη από αυτόν τον κορωνοϊό covid-19, μπορεί να οδηγήσουν σε παραλήρημα, άγχος, κατάθλιψη, μανιακά συμπτώματα, κακή μνήμη και αιπνία
12	Taquet et al 2021	Αμφίδρομες συσχετίσεις μεταξύ COVID-19 και ψυχιατρικής διαταραχής	Αμερική	62354	Έρευνα στη βάση δεδομένων TriNetX	Η έρευνα έδειξε ότι ασθενείς χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, κατά τη διάγνωση τους με covid-19

		περιπτώσεων COVID-19				συσχετίστηκαν με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μιας πρώτης ψυχιατρικής διάγνωσης (95%) κατά τις επόμενες 14-90 ημέρες μετά τη νόσηση
13	Μπακόλα et al 2018	Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης	Ελλάδα	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Αδυναμία στην εφαρμογή των διατάξεων και στον έλεγχο της αποτελεσματικότητάς τους στο χώρο της υγείας
14	Clark et al 2020	Παγκόσμιες, περιφερειακές και εθνικές εκτιμήσεις του πληθυσμού σε αυξημένο κίνδυνο σοβαρού COVID-19 λόγω υποκείμενων συνθηκών υγείας το 2020	E.E.	-	Ανάλυση δεδομένων από Global Burden of Diseases, Injuries, Risk Factors Study (GBD) και UN εκτιμήσεις για το 2020.	Περίπου 1 στα 5 άτομα παγκοσμίως μπορεί να διατρέχει αυξημένο κίνδυνο από τον covid-19 εάν προσληφθεί, σύμφωνα με εκτιμήσεις σε υποκείμενες συνθήκες, ενώ άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η εθνικότητα, η οικονομική στενότητα, η παχυσαρκία κλπ δεν μπορούν ακόμα να εκτιμηθούν
15	Τζαναβάρης και Αποστολάκης 2014	m-Health και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Ελλάδα	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Οι ανάγκες που προέκυψαν λόγω της πανδημίας φέραν στο προσκήνιο θέματα αναδιοργάνωσης του ελληνικού συστήματος υγείας, όπως το e-health και το m-health
16	Herrera et al 2020	Θνησιμότητα που σχετίζεται με κρούσματα COVID-19 σε οικους φροντίδας: πρώιμα διεθνή στοιχεία	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Στα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων στην E.E. και παγκόσμια, οι θάνατοι από covid-19 ποικίλουν και

						είναι μεταξύ 24% με 82%
17	Wanat et al 2021	Μετασχηματισμός της ΠΦΥ σε 8 Ευρωπαϊκές Χώρες	Ε.Ε.	80	Συνεντεύξεις με γενικούς γιατρούς (PCP)	Μετασχηματισμός της ΠΦΥ σύμφωνα με τις εμπειρίες των PCP (Αγγλίας, Βέλγιο, Ολλανδία, Ιρλανδία, Γερμανία, Πολωνία, Σουηδία, Ελλάδα)
18	Toth 2014	Περιφερειοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ιταλία	Ιταλία	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Για να κατανοήσουμε καλύτερα τη στρατηγική πρωτοβάθμιας περίθαλψης που εκπονήθηκε για τη διαχείριση της έκτακτης ανάγκης Covid-19 σε εθνικό επίπεδο πρέπει να αναφέρουμε ότι σύμφωνα με το Ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (SSN) οι γενικοί στόχοι και οι θεμελιώδεις αρχές της προστασίας και προαγωγής της υγείας καθαρίζονται σε κυβερνητικό επίπεδο, ενώ η οργάνωση, η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών υγείας πραγματοποιούνται σε περιφερειακό επίπεδο
19	Burki 2020	Παγκόσμια έλλειψη εξοπλισμού ατομικής προστασίας	Ιταλία	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Στην Ιταλία η υγεία χορηγείται κυρίως σε περιφερειακή βάση και αυτό είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ετοιμότητα και την ανταπόκριση στον Covid-19. Οι περιφέρειες που είχαν ισχυρή

						πρωτοβάθμια περίθαλψη και κοινοτικές υπηρεσίες, έδειξαν ταχύτερη και καλύτερα δομημένη ανταπόκριση στην έκτακτη ανάγκη του Covid-19, σε σύγκριση με άλλες περιοχές δεν είχαν επενδύσει τόσο στις κοινοτικές υπηρεσίες
20	Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari 2020	Ανάλυση του μοντέλου οργάνωσης της ΠΦΥ και διαχείρισης της πανδημίας	Ιταλία	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Οι δυσκολίες που εντοπίστηκαν για την υλοποίηση της υπηρεσίας ήταν η σημαντικά χρονική διαφορά έναρξης της υπηρεσίας από πόλη σε πόλη
21	Caruso and Dirindin 2012	Το Σύστημα ΠΦΥ στην Ιταλία	Ιταλία	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Η διαχείριση της υγείας γίνεται σε μεγάλο βαθμό σε περιφερειακό επίπεδο ως μέρος μιας στρατηγικής αποκέντρωσης της ιταλικής Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, και επομένως παρουσιάστηκαν οι προϋπάρχουσες ανισότητες μεταξύ των περιφερειών
22	Macinko et al 2009	Η επίδραση της ΠΦΥ στην υγεία του πληθυσμού στις χώρες με χαμηλά ή μεσαία εισοδήματα	Ιταλία	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Για να παρέχεται άριστη περίθαλψη, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας πρέπει να είναι εξοπλισμένες, στελεχωμένες και να διαχειρίζονται με κατάλληλους πόρους

23	Usuelli 2020	Ανάλυση του μοντέλου οργάνωσης της ΠΦΥ και διαχείρισης της πανδημίας στην Ιταλία	Ιταλία	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Κάποιες περιφέρειες στην Ιταλία είχαν επιλέξει την διαδικασία ιδιωτικοποίησης του περιφερειακού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που οδήγησε σε παράλληλη αποεπένδυση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αντιμετώπισε σοβαρές και δραματικές ελλείψεις στην αντιμετώπιση της πανδημίας
24	The Book Azzurro 2020	Δημόσια εκστρατεία για την ανανέωση της ιταλικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	Ιταλία	-	Βιβλιογραφική έρευνα	12 συγκεκριμένες προτάσεις για τις αλλαγές που θα πρέπει να γίνουν στο ιταλικό σύστημα υγείας
25	Smyrnakis et al 2021	Έρευνα στην Ελλάδα μετά το πρώτο κύμα της πανδημίας (Ιούνιος 2020) με στόχο την ποιοτική μελέτη τις εμπειρίες, τις πεποιθήσεις και ανησυχίες των επαγγελματιών ΠΦΥ σχετικά με την ετοιμότητα και την ανταπόκριση του συστήματος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας, κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας	Ελλάδα	33	Έρευνα	Η έρευνα προσδιόρισε τέσσερα κύρια θέματα: α) Τη προσαρμογή της ΠΦΥ και ζητήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. β) Διαχείριση των ύποπτων περιστατικών COVID-19. γ) Διαχείριση μη ύποπτων περιστατικών δ) Συνέπειες της πανδημίας.

26	Baladubramanian et al 2020	Επίδραση του Covid-19 στην ψυχική υγεία των χειρουργών και στρατηγικές αντιμετώπισης	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Κοινωνικές και συναισθηματικές συνέπειες της πανδημίας, όπως το στίγμα στο χώρο εργασίας, η απομόνωση και η κοινωνική απομόνωση, που προέρχονται από τον φόβο της μετάδοσης του ιού, καθώς και συμπτώματα εξουθένωσης και εξάντλησης εμφανίστηκαν συνήθως μεταξύ των επαγγελματιών ΠΦΥ
27	WHO 2021	Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης κατά τον COVID-19	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Η ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 κρίθηκε εξαρχής ζωτικής σημασίας και για αυτό οι χώρες έλαβαν σχετική καθοδήγηση σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών Η/Υ από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας
28	Kringos et al 2013	Η δύναμη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ευρώπη: μια διεθνής συγκριτική μελέτη	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες με σχετικά αδύναμο σύστημα δημόσια υγείας
29	Tomos et al 2020	Πρωτοβάθμια περίθαλψη και COVID-19	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) είναι οργανωμένο γύρω από τη Δευτεροβάθμια Φροντίδα (ΔΥ), με τις μονάδες Η/Υ να παραμένουν χωρίς συστηματική οργάνωση και χρηματοδότηση

30	WHO 2020	Πρωτοβάθμια περίθαλψη και COVID-19	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Με τον αριθμό των κρουσμάτων να παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, η Ελλάδα έκανε άρση των περιορισμών στις 4.5.2020 και από τις 9.6.2020 ο ΠΟΥ αξιολόγησε τη χώρα με Κατάσταση Επιπέδου 4 σε ετοιμότητα και ανταπόκριση για τον COVID-19
31	European Commission 2020	Κοινός ευρωπαϊκός οδικός χάρτης για την άρση των μέτρων περιορισμού του COVID-19	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Τα διαθέσιμα δεδομένα κατά τη πρώτη φάση της πανδημίας (26.2.20) υπογράμμισαν την αποτελεσματικότητά του στη μείωση τόσο της μετάδοσης του ιού όσο και των ποσοστών θνησιμότητας
32	OECD 2021	Ενίσχυση της πρώτης γραμμής: Πώς η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βοηθά τα συστήματα υγείας να προσαρμοστούν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID 19	E.E.	-	Βιβλιογραφική έρευνα	Οι καινοτομίες που εισήχθησαν ως απάντηση στην πανδημία πρέπει να διατηρηθούν για να καταστούν τα συστήματα υγείας πιο ανθεκτικά έναντι μελλοντικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία και ικανά να ανταποκριθούν στις προκλήσεις των γηράσκων κοινωνιών και στην αυξανόμενη επιβάρυνση των χρόνιων παθήσεων
33	Belligoni 2021	Το Σύστημα ΠΦΥ στην Ιταλία για την αντιμετώπιση του covid-19	Ιταλία		Βιβλιογραφική έρευνα	Μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19 στην Ιταλία

34	Καλογερόπουλος και Χαραλάμπους 2019	Ποιότητα και αποδοτικότητα στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα	Ελλάδα			Ανάγκη διατήρησης υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, η μεταρρύθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, κρίνεται ως βασική προτεραιότητα των σύγχρονων κοινωνιών
----	-------------------------------------	---	--------	--	--	---

6.2 Σύνοψη Αποτελεσμάτων

6.2.1 Ο Ανασχεδιασμός των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα κατά την πανδημία

Η πανδημία που αντιμετωπίζει ο πλανήτης εδώ πάνω από ενάμιση χρόνο, πίεσε όλα τα Εθνικά Συστήματα Υγείας των χωρών ανά το κόσμο, αναδεικνύοντας προβλήματα, ελλείψεις και ατέλειες, καθώς όπως προκύπτει από τη μία δεν είχαν τον κατάλληλο σχεδιασμό για να αντιμετωπίσουν με τρόπο αποτελεσματικό την πανδημία και από την άλλη έπρεπε να λάβουν έκτακτα μέτρα λόγω της φύσης της πανδημίας. Τα συστήματα Υγείας των Μεσογειακών κρατών της Ε.Ε. και ειδικά της Ιταλίας, της Ισπανίας και της Ελλάδας, δοκιμάστηκαν περισσότερο από τα υπόλοιπα συστήματα υγείας της Ε.Ε.. Συγκεκριμένα το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, συνεχίζει να δοκιμάζεται καθώς η πανδημία βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη σχεδόν τρία χρόνια μετά το πρώτο κύμα και ο αντίκτυπός της εμφανίζεται τόσο σε υγειονομικό επίπεδο, όσο και κοινωνικό και οικονομικό.

Το πρώτο θέμα που χρειάστηκε να καλυφθεί ήταν η προμήθεια υλικών και αναλωσίμων, καθώς κατά την πρώτη φάση της πανδημίας, εμφανίστηκε το ζήτημα της μη επάρκειας προμηθειών αναλωσίμων, αναγκαίων ειδών ατομικής προστασίας (γάντια, μάσκες) αλλά και λοιπών υλικών που χρειάζονταν οι υγειονομικές μονάδες για να αντιμετωπίσουν τις έκτακτες συνθήκες. Οι ιατρικές μάσκες (γνωστές και ως χειρουργικές μάσκες) διαφέρουν από τις απλές μάσκες καθώς αποτελούνται από 3 στρώσεις συνθετικών μη υφασμένων υλικών, έχουν διαμορφωθεί ώστε να έχουν στρώματα φιλτραρίσματος τοποθετημένα στη μέση, διατίθεται σε διάφορα πάχη και έχουν διάφορα επίπεδα αντίστασης στα υγρά και φιλτραρίσματος. Επίσης οι αναπνευστήρες (γνωστοί και ως αναπνευστήρες φίλτρου προσώπου – FFP) είναι διαθέσιμοι σε διαφορετικά επίπεδα απόδοσης όπως FFP2, FFP3, N95, N99, N100. Οι

ιατρικές μάσκες και οι μάσκες αναπνευστήρα είναι παρόμοιες ως προς την αξία διήθησής τους. Ωστόσο, οι αναπνευστήρες εφαρμόζουν επίσης σφικτά γύρω από το πρόσωπο του χρήστη, καθώς το μοντέλο και το μέγεθος του αναπνευστήρα είναι ειδικά για αυτόν που φοράει για να εξασφαλίζεται επαρκής σφράγιση. Οι αναπνευστικές μάσκες έχουν σχεδιαστεί για να προστατεύουν τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας που παρέχουν φροντίδα σε ασθενείς με COVID-19 σε χώρους και χώρους όπου πραγματοποιούνται διαδικασίες παραγωγής αερολυμάτων. Συστήθηκε να χρησιμοποιούνται από εργαζόμενους στον τομέα της υγείας που παρέχουν φροντίδα σε ύποπτους ή επιβεβαιωμένους ασθενείς με COVID-19 σε περιβάλλοντα όπου ο αερισμός είναι γνωστό ότι είναι ανεπαρκής ή δεν μπορεί να αξιολογηθεί ή το σύστημα αερισμού δεν συντηρείται σωστά. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας πρέπει να υποβάλλονται σε δοκιμή φυσικής κατάστασης πριν από τη χρήση αναπνευστήρα για να διασφαλιστεί ότι φορούν το σωστό μέγεθος. Η χρήση μιας χαλαρής αναπνευστικής συσκευής δεν θα προσφέρει το ίδιο επίπεδο προστασίας στον χρήστη, καθώς μπορεί να επιτρέψει σε μικρά σωματίδια να εισχωρήσουν μέσα στη μάσκα όπου υπάρχουν κενά, για παράδειγμα από το πλάι (<https://www.who.int>). Κατά την πρώτη φάση της πανδημίας (Μάιος 2020) παρέμενα να υπάρχουν προβλήματα μη επαρκή ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης πρώτης γραμμής. Έρευνα που είχε γίνει από τη Washington Post -Ipsos σχεδόν τα δύο τρίτα των εργαζομένων δεν είχαν αρκετές μάσκες στις αρχές Μαΐου καθώς περισσότεροι από τέσσερις στους δέκα ανέφεραν ελλείψεις χειρουργικών μασκών και περίπου το ένα τρίτο είπε ότι είχαν εξαντληθεί τα απολυμαντικά χεριών. Περίπου το 70 τοις εκατό των εργαζομένων έπρεπε να φορούν την ίδια μάσκα για περισσότερο από μία ημέρα. Παρατηρούμε ότι το πρόβλημα ανεφοδιασμού υλικών προστασίας ήταν παγκόσμιο καθώς υπάρχει μια πολιτική καθώς οι αλυσίδες εφοδιασμού της υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν στρατηγικές παρόμοιες με αυτές που χρησιμοποιούνται από άλλες βιομηχανίες. Σε κανονικούς καιρούς, οι κατασκευαστές ιατρικού εξοπλισμού στοχεύουν να ταιριάξουν την προσφορά τους με τη ζήτηση της αγοράς. Τα νοσοκομεία και τα συστήματα υγείας δεν αποθηκεύουν υλικά (π.χ. αναπνευστήρες ή προστατευτικό εξοπλισμό) για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, αλλά παραγγέλνουν σύμφωνα με τις άμεσες ανάγκες για να περιορίσουν το υπερβολικό απόθεμα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αποτελεσματικότητα και τη μείωση του κόστους, αλλά από την άλλη καθιστά τους κατασκευαστές και τους πελάτες

ευάλωτους σε διακοπές και ελλείψεις στον εφοδιασμό όταν αυξάνονται οι ανάγκες (Lagu, Werner and Artenstein, 2020).

Ειδικά για την Ελλάδα το ζήτημα είναι πιο σημαντικό καθώς η χώρα έχει διέλθει από μια μνημονιακή εποχή, όπου στόχος ήταν η μείωση του χρέους και των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, γεγονός που επηρέασε και τον χώρο της υγείας και τις σχετικές δαπάνες.

Η έλλειψη κινήτρων για τα νοσοκομεία, η παραμονή τους εκτός εντός προϋπολογισμού, αλλά και οι καθυστερήσεις που εμφανίζονται κατά την αποζημίωσή τους από την κοινωνική ασφάλεια, η ελλείψεις στη νομοθεσία κλπ οδηγούν συνεχώς τα νοσοκομεία να εμφανίζουν ελλείμματα και να στηρίζονται συνεχώς σε κρατικές επιχορηγήσεις. Η οικονομική κρίση μείωσε και την χρηματοδότηση των νοσοκομειακών δαπανών η οποία οδήγησε κατά επέκταση στη μείωση αποδοχών αλλά και στην αναστολή προσλήψεων. Έτσι η αύξηση των ασθενών που αναλογούν ανά νοσηλευτικό προσωπικό και η μη ορθή κατανομή του προσωπικού, παράλληλα με ελλείψεις είτε σε ανθρώπινο δυναμικό είτε σε υλικά, δημιούργησε προβλήματα στη λειτουργία των οργανισμών, με αποτέλεσμα την υπολειτουργία της ΠΦΥ, ελλείψεις στις ΜΕΘ και μη ορθή αξιοποίηση της τεχνολογίας, αυξάνοντας την μετακίνηση προς το εξωτερικό του εξειδικευμένου προσωπικού, αύξηση της λίστας αναμονής των ασθενών και μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Μπακόλα et al 2018).

Το σύστημα της ΠΦΥ στην Ελλάδα, σύμφωνα με τη διαχρονική έρευνα Γιανασμίδα και Τσιαούση (2012) από το 1980 ως το 2008 δείχνει τις αδυναμίες του ΕΣΥ της Ελλάδας, σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το σύστημα χαρακτηρίζεται ως κατακερματισμένο και αδύναμο να ικανοποιήσει σε βαθμό αποτελεσματικό τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού που προκύπτουν. Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είναι σημαντικός σε κάθε σύστημα ΠΦΥ αλλά και σε αυτόν τον τομέα η Ελλάδα υστερεί. Παρόλο που ο διάλογος για την ΠΦΥ ξεκινά από το 1978, κατά τη Διακήρυξη της Άλμα -Άτα, και γίνονται προσπάθειες στην Ελλάδα για τη δημιουργία ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ, οι αλλαγές και οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν για το ΕΣΥ το 1987, εμπόδισαν αυτή την πορεία (Φιλαλήθης 2021).

Η έρευνα των Καρακόλια et al (2021) για τον θεσμό του Οικογενειακού Ιατρού στην Ελλάδα κατέδειξε ότι υπολειτουργεί, ενώ υπάρχει έλλειψη γιατρών και μη ορθή

κατανομή τους σε σχέση με την γεωγραφική κατανομή των περιφερειών. Η έρευνα κατάδειξε ότι χρειαζόνταν μεταρρυθμίσεις, οργάνωση των δομών, στελέχωση και επάνδρωση με σύγχρονα συστήματα Πληροφορικής, ενώ κρίνεται απαραίτητο να δοθούν τα αντίστοιχα κίνητρα στους γιατρούς για να ενταχθούν στο σύστημα.

Οι έκτακτες συνθήκες που επικράτησαν λόγω της πανδημίας, φέραν στο προσκήνιο θέματα όλες τις αδυναμίες τους ελληνικού συστήματος υγείας, όχι μόνο σε οργάνωση και στελέχωση αλλά και σε αντίστοιχο τεχνολογικό εκσυγχρονισμό καθώς οι υπηρεσίες mobile health (m-health) και ηλεκτρονικής υγείας (e-health) δεν είχαν επαρκώς αναπτυχθεί στη χώρας μας και τόσο το προσωπικό υγείας δεν ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένο ως προς τη χρήση τους αλλά υπήρχε και δυσκολία στην υγειονομική επιτήρηση του πληθυσμού που είναι απομακρυσμένος από τα μεγάλα αστικά κέντρα και σε κάποιες φορές δύσκολα προσβάσιμος (Τζαναβάρης και Αποστολάκης 2014). Η μελέτη των Eslani, Kalhori and Taheriyani (2021) που στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική αναζήτηση 35 σχετικών μελετών στις βιβλιοθήκες PubMed, Scopus, Embase και Cochrane από το Απρίλιο του 2020 έδειξε ότι οι λύσεις ηλεκτρονικής υγείας έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν χρήσιμες υπηρεσίες για να βοηθήσουν σε πανδημίες COVID-19 όσον αφορά την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τον έλεγχο, την επιτήρηση, την κατανομή πόρων, την εκπαίδευση, τη διαχείριση και τον έλεγχο. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από αυτήν την ανασκόπηση ενδέχεται να χρησιμοποιηθούν για την καλύτερη κατανόηση των τρεχουσών λύσεων υγείας που παρέχονται ή προτείνονται ως απάντηση στην πανδημία του COVID-19.

Μελέτη των Smyrnakis et al (2021) για τη διερευνήσει και την κατανοήσει των εμπειριών, των πεποιθήσεων και των ανησυχιών των Επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σχετικά με την ετοιμότητα και την ανταπόκριση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο πρώτο κύμα της πανδημίας στην Ελλάδα, έδειξε τα εξής κύρια θέματα:

- α) Προσαρμογή της Μονάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις έκτακτες ανάγκες λόγω της πανδημίας και ζητήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας.
- β) Διαχείριση των περιστατικών που θεωρούνταν ύποπτων για COVID-19 αλλά και των μη ύποπτων περιστατικών
- δ) Συνέπειες λόγω πανδημίας σε επίπεδο ατομικό, κοινωνικό, οικονομικό.

Η πανδημία του COVID-19 είναι πολύ περισσότερο από μια κρίση υγείας καθώς επηρεάζει τις κοινωνίες και τις οικονομίες στον πυρήνα τους. Ο αντίκτυπος της πανδημίας διαφέρει από χώρα σε χώρα, παρόλα αυτά, πιθανότατα θα αυξήσει τη φτώχεια και τις ανισότητες σε παγκόσμια κλίμακα (<https://www.undp.org>).

Καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, όλοι οι τομείς των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έχουν προσαρμοστεί και έχουν μετασχηματίσει τον τρόπο με τον οποίο εξυπηρετούν την κοινότητα. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν αλλάξει ριζικά τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε θεραπεία και υποστήριξη. Αυτό σημαίνει ότι οι πρακτικές των γενικών ιατρών έχουν αλλάξει σημαντικά. Τον Μάρτιο του 2020, η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου έδωσε εντολή στις πρακτικές των Γενικών Ιατρών (GP) να διεξάγουν συναντήσεις με τους ασθενείς εξ αποστάσεως, εκτός εάν υπήρχε επείγουσα ανάγκη για ραντεβού πρόσωπο με πρόσωπο. Ως αποτέλεσμα, οι περισσότεροι γενικοί γιατροί σταμάτησαν να χρησιμοποιούν τα ραντεβού πρόσωπο με πρόσωπο και στους ασθενείς προσφέρθηκαν υπηρεσίες τηλεφωνικές ή με βιντεοσκοπήσεις. Στατιστικά το 90% εκατό των επισκέψεων με ιατρούς (έναντι 31% τον Απρίλιο του 2019) και το 46% των επισκέψεων με νοσηλευτές πραγματοποιήθηκαν εξ αποστάσεως έως τον Απρίλιο του 2020 (<https://arc-w.nihr.ac.uk>).

Αυτή η στάση υιοθετήθηκε κατά κύριο λόγο κατά την πρώτη φάση πανδημίας, καθώς η έλλειψη ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού, οδήγησε στην υιοθέτηση της πρακτικής της εξ αποστάσεως διαχείρισης των ύποπτων κρουσμάτων. Η συνέχιση των υπηρεσιών Η/Υ κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 κρίθηκε εξαρχής ζωτικής σημασίας και οι χώρες έλαβαν καθοδήγηση σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών Η/Υ από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Ένα ισχυρό σύστημα Η/Υ αποτέλεσε το θεμέλιο της αποτελεσματικής εθνικής υπηρεσίας υγείας, εξαλείφοντας τις ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (OECD 2020). Στις χώρες που είχαν περιορισμένη πρόσβαση σε Η/Υ, ο SARS-CoV-2 εξαπλώθηκε με μεγαλύτερη ταχύτητα και ένταση (PCDC 2020). Ενώ χώρες με ισχυρά συστήματα Η/Υ (πχ η Κούβα και η Αυστραλία) κατάφεραν να διαχειριστούν καλύτερα τα περιστατικά και να ανακουφίσουν από το επιπλέον βάρος την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη (Dunlop et al 2020).

Στην Ελλάδα παρόλο τις προσπάθειες που έγιναν, παρουσιάζεται ένας παραγκωνισμός της χρήσης των τεχνολογιών των Η.Υ στη πράξη. Επίσης κατά το πρώτο κύμα, έκλεισαν τα Περιφερειακά Ιατρεία λόγω των ελλείψεων που παρουσιάστηκαν τόσο σε μεμονωμένους εξεταστικούς χώρους, όσο και σε προσωπικό, λόγω της κίνησης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για την ενίσχυση των κεντρικών νοσοκομειακών μονάδων, ενώ παρουσιάστηκε επιλογή συγκεκριμένων υγειονομικών φορέων για την διαχείριση των κρουσμάτων και διαθεσιμότητα τεστ μόνο στα νοσοκομεία. Κατά την εξέλιξη της πανδημίας, με την εμπειρία που αποκτήθηκε και από τις ενέργειες άλλων χωρών, η ελληνική κυβέρνηση προώθησε τη χρήση των Η.Υ και έδωσε στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες ένα ρόλο κεντρικό και ενεργό στη διαχείριση των υπόπτων περιστατικών ενώ αξιοποιήθηκε και ο ρόλος των γενικών γιατρών ως προς την διαλογή και τη διαχείριση ήπιων περιστατικών. Επίσης χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της απομακρυσμένης αξιολόγησης και παρακολούθησης, καθώς η έρευνα κατέδειξε τη σημαντική συμβολή της τηλεϊατρικής στην προσέγγιση και τη διαχείριση τόσο των χρόνιων όσο και των ήπιων περιπτώσεων COVID-19 (Gray and Sanders 2020). Η ευαισθητοποίηση των γενικών ιατρών ως προς τη χρήση της τηλεϊατρικής είναι απαραίτητη για να διασφαλιστεί η συνεχής φροντίδα και να διατηρηθεί η ποιότητά της (Garattini, Badinella and Zanetti 2021). Ωστόσο, οι επαγγελματίες εξέφρασαν ανησυχίες ως προς την έλλειψη της προσωπικής επαφής με τους ασθενείς, ανησυχώντας για την πιθανότητα απώλειας σημαντικών διαγνώσεων, ενώ οι ασθενείς κάποιες φορές δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε ένα απομακρυσμένο σύστημα περίθαλψης και ηλεκτρονικών μέσων, με αποτέλεσμα οι ανισότητες ως προς στην πρόσβαση στην υγεία να ενταθούν (Majeed, Maile and Bindman 2020). Από την άλλη οι απομακρυσμένες στρατηγικές φαίνεται ότι να αυξάνουν τον χρόνο εξέτασης και κατά επέκταση αυξάνουν τον φόρτο εργασίας των επαγγελματιών (Xu et al 2020b)

Αυτό συνεπάγεται ότι η τηλεϊατρική θα πρέπει να χρησιμοποιείται για επιλεγμένους ασθενείς των οποίων η φυσική εξέταση δεν αναμένεται να αλλάξει το σχέδιο θεραπείας τους και εφόσον τα οφέλη υπερτερούν των πιθανών κινδύνων (Park et al 2020).

Η έρευνα των Smyrnakis et al (2021) που διεξήχθη γενικούς γιατρούς και νοσηλευτές στην Ελλάδα κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, κατέδειξε ότι ένας μεγάλος αριθμός συμμετεχόντων στη μελέτη ανέφερε ανησυχία για τη μειωμένη πρόληψη και διαχείριση χρόνιων ασθενειών, λόγω της αποκλειστικής ενασχόλησης της ιατρικής κοινότητας με τα κρούσματα COVID-19. Αρκετές μελέτες επιβεβαιώνουν αυτό το

φαινόμενο, ακόμη και σε χώρες με πιο ισχυρό σύστημα ΠΦ όπου οι διαταραχές της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης των μη μεταδοτικών ασθενειών περιγράφηκαν ως αόρατη επιδημία (Danhioux et al 2020).

Η περίοδος μεταξύ των διαδοχικών κυμάτων μιας πανδημίας φάνηκε χρήσιμη ώστε να εξασφαλίσει τον χρόνο που απαιτούνταν για την εφαρμογή των στρατηγικών που είχαν ως στόχο την πρόληψη, τη διαλογή, την κοινοτική εκπαίδευση και τη βελτίωση της ποιότητας των ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Weinstein et al 2020).

Οι συνέπειες της πανδημίας εμφανίστηκαν και στο κοινωνικό και συναισθηματικό επίπεδο καθώς η κοινωνική απομόνωση λόγω τους φόβους της μετάδοσης του ιού, το στίγμα στον χώρο εργασίας και τα συμπτώματα εξουθένωσης και εξάντλησης που έκαναν την εμφάνισή τους και στο υγειονομικό προσωπικό (Baladubramanian et.al., 2020) Επίσης φάνηκε ότι ήταν υψίστης σημασίας και η ψυχολογική υποστήριξη τόσο των γιατρών ΠΦΥ όσο και του ευρύτερου κοινού. Οι άνευ προηγουμένου αλλαγές στις πρακτικές διαχείρισης ασθενών και οι αλλαγές στα εργασιακά περιβάλλοντα απείλησαν την ψυχική υγεία και επέφεραν σωματική και ψυχική εξάντληση (Walton, Murray and Christian 2020). Όσον αφορά τα άτομα, η απομόνωση και οι γρήγορες αλλαγές στο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, λόγω της εφαρμογής των μέτρων περιορισμού, εντείνουν την εμφάνιση φαινομένων πανικού και φόβου, καθώς και το ξέσπασμα ψυχικών διαταραχών. Η διεθνής επιστημονική κοινότητα τονίζει την ανάγκη για άμεση ανίχνευση και υποστήριξη των ψυχικών διαταραχών, ιδιαίτερα σε ευάλωτους πληθυσμούς (Wang et al 2020).

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στον εντοπισμό, την έγκαιρη παρέμβαση και τη θεραπεία καταστάσεων ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια του COVID-19 αλλά και μετά (Mughal et al 2021).

Παρά τις προσπάθειες που έγιναν από το σύστημα ΠΦΥ για την προσαρμογή στις πρωτόγνωρες συνθήκες μετά το πρώτο κύμα της πανδημίας στην Ελλάδα, φαίνεται ότι υπήρχαν προβλήματα τόσο ως προς την επικοινωνία όσο και κατά η διανομή πληροφοριών μεταξύ των γενικών ιατρών και των εθνικών οργανισμών υγείας. Η αίσθηση έλλειψης επικοινωνίας ή κακής επικοινωνίας με φορείς δημόσιας υγείας λόγω της συνεχούς τροποποίησης των παρεχόμενων κατευθυντήριων οδηγιών αναφέρεται και στις μελέτες των Park et al (2020) και Gray et al (2021).

Είναι πολύ σημαντικές οι πληροφορίες που συλλέγονται από το σύστημα δημόσιας υγείας καθώς αποτελούν πηγή πληροφοριών που θα αξιοποιηθεί κατά την λήψη αποφάσεων οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας (Desborough et al 2020). Για αυτό και από την αρχή της πανδημίας COVID-19 αλλά και κατά την διάρκειά της ήταν σημαντική η λειτουργία και η υποστήριξη των υπηρεσιών Η/Υ με κατευθυντήριες γραμμές και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2021). Δυστυχώς σύμφωνα με το PHAMEU (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) που αναπτύχθηκε για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας των χωρών απέναντι στην πανδημία, η Ελλάδα χαρακτηρίστηκε με σχετικά αδύναμο σύστημα δημόσια υγείας (Kringos et al 2013). Και αυτό γιατί οι αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας εμφανίστηκαν κατά την έξαρση της πανδημίας, αφού αποτελεί ένα σύστημα το οποίο στηρίζεται στη δευτεροβάθμια φροντίδα με μη ορθή κεντρική οργάνωση με τη χρήση Η.Υ και ελλιπή χρηματοδότηση (Tomos et al 2020). Παρά τις δυσκολίες η Ελλάδα θεωρήθηκε ως ένα από τα πετυχημένα παραδείγματα αντιμετώπισης του πρώτου κύματος της (<https://covid19.gov.gr>) και οι στατιστικές έδειξαν μείωση τόσο της μετάδοσης του ιού όσο και των ποσοστών θνησιμότητας (European Commission, 2020), ενώ η χώρα αξιολογήθηκε ως προς την ετοιμότητα και την ανταπόκριση απέναντι στην πανδημία με βαθμό ετοιμότητας επιπέδου 4 (WHO 2020).

Ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι ότι, από τη διεξαγωγή της εμπειρίας και της δυναμικής της εξέλιξης της πανδημίας στην Ελλάδα, λήφθηκαν πολύτιμες εμπειρίες οι οποίες ελήφθησαν υπόψιν κατά το δεύτερο κύμα όπου ανατέθηκε στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ένας πιο κεντρικός και προληπτικός ρόλος στη διαχείριση της πανδημίας. Πιο συγκεκριμένα, οι γενικοί γιατροί είχαν άμεση πρόσβαση στις δοκιμές COVID-19 για τους ασθενείς τους και οι περισσότερες δημόσιες μονάδες υγείας έγιναν κέντρα εμβολιασμού. Οι εμβολιασμοί κατά του COVID-19 αποτελούν επί του παρόντος σημαντικό μέρος του φόρτου εργασίας των νοσηλευτών ενώ εργατικό δυναμικό των μονάδων υγείας συμβάλει καθοριστικά στην παροχή του εμβολίου σε μαζική κλίμακα και, κατά συνέπεια, στον μετριασμό της πανδημίας. Αυτός ο μετασχηματισμός κατά τη διάρκεια και μετά το δεύτερο κύμα μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις όσο αφορά την αναγνώριση της σημασίας της κεντρικής οργάνωσης του συστήματος ΠΦΥ για την προστασία της υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο δημόσιας υγείας (Smyrnakis et al 2021)

Το κόστος της πανδημίας για το ΕΣΥ, εκτιμήθηκε περίπου 1,7-1,8 δις ευρώ σε βάθος δύο ετών και συμπεριλαμβάνει τόσο την νοσηλεία των κρουσμάτων στα νοσοκομεία, όσο και τις εξετάσεις για την ανίχνευσή του covid-19. Ειδικά η δαπάνη για τον εμβολιασμό, που πρόκειται για μία ρύθμιση που έγινε σε επίπεδο ευρωπαϊκό, καθώς η προμήθεια των εμβολίων γίνεται συνολικά για τις χώρες της Ε.Ε., προσεγγίζει τα 250 εκατομμύρια ευρώ. Επίσης εκτιμάται ότι λόγω της πρόωρης θνησιμότητας, χαθήκανε 250.000 χρόνια ζωής, από τα οποία τα 150.000 εκτιμώνται ότι ήταν παραγωγικά. Από την άλλη δεν έχει ακόμη εκτιμηθεί το ποσό που έχει δαπανηθεί από τα νοικοκυριά, για φάρμακα που λαμβάνονται κατόπιν ιατρικών συστάσεων από κρούσματα που δεν χρειάζονται νοσοκομειακή περίθαλψη και για διαγνωστικά τεστ. Όμως το κόστος της πανδημίας δεν απεικονίζεται μόνο στο κόστος που επιβαρύνθηκε το ΕΣΥ αλλά και στην ελληνική οικονομία, που υπολογίζεται περίπου στα 42 δις ευρώ, λόγω της μείωσης της παραγωγής και των ποσών που δαπανήθηκαν μέσω κρατικών μεταβιβάσεων για τη στήριξη επιχειρήσεων και νοικοκυριών, λόγω του lockdown και των μέτρων της Δημόσιας Υγείας για την κοινωνική αποστασιοποίηση. Παρόλο την ύπαρξη των Κ.Υ. και των Το.Μ.Υ, δεν φαίνεται να υπήρξε ένα πρότυπο οργάνωσης της ΠΦΥ το οποίο να ηγούνταν και οι πολίτες μπορούσαν να επιλέγουν υπηρεσίες υγείας, ανάλογα με την ασφαλιστική κάλυψη του καθενός, είτε από το δημόσιο τομέα, είτε κυρίως μέσω του ιδιωτικού. Χρειάζεται να συνεχιστεί η μεταρρύθμιση η οποία να συνδέσει τις δημόσιες δομές με τις ιδιωτικές, ώστε να υπάρξει συνεργασία μεταξύ τους για να υπάρξει και συνέχεια στη φροντίδα καθώς πρέπει να ενισχυθεί ο ρόλος της ΠΦΥ ως προς την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ασθενών, λειτουργώντας ως φραγμός για την νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία είναι δαπανηρή και όχι σε όλες τις περιπτώσεις απαραίτητη. Η πανδημία έφερε στο προσκήνιο ζητήματα σημαντικά όπως την οργάνωση και δομή των νοσοκομειακών μονάδων αλλά και της ΠΦΥ τα οποία θεωρούνταν μέσης ή χαμηλής προτεραιότητας μέχρι πριν την πανδημία. Τα νοσοκομεία χρειάζονται να εκσυγχρονιστούν τόσο ως προς τις υποδομές τους όσο και ως προς το τρόπο διοίκησής τους, κυρίως σε επίπεδο ιατρικό, που σχετίζεται με την διαχείριση του ασθενή αλλά και της νόσου, που συνδέεται με την αποτελεσματικότητα του οργανισμού και την ικανοποίηση των ασθενών. Τα νοσοκομεία παρά τη στελέχωση από προσωπικό με υψηλό ιατρικό επίπεδο, παρουσιάζουν υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας. Φαίνεται ότι η ΠΦΥ δεν κατάφερε να σταθεί στο ύψος των περιστάσεων, καθώς περισσότεροι Έλληνες πήγα στα νοσοκομεία, σε σχέση με άλλες χώρες της Ε.Ε. και αυτό στοίχισε τόσο σε χρήματα αλλά και σε ανθρώπινες ζωές, λόγω της υψηλής

θνησιμότητας που παρουσιάστηκε. Φάνηκε ότι το υγειονομικό μας σύστημα και οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας είναι αδύναμες και χρειάζονται επιπλέον ενίσχυση και ανασυγκρότηση (Κυριόπουλος 2022).

Αντίστοιχη είναι και η θέση του Ζηλίδη (2022) ότι το υφιστάμενο σύστημα ΠΦΥ, δεν κατάφερε να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας καθώς κρίνεται ακατάλληλο για το σκοπό αυτό και απαρχαιωμένο. Φαίνεται ότι χρειάστηκε η πολιτεία να οικοδομήσει ένα νέο σύστημα υπηρεσιών πρόληψης, από την αρχή, με την δημιουργία κινητών συνεργείων, δικτύων εργαστηρίων και εμβολιαστικών κέντρων, παρέχοντας ανεξάρτητη διοίκηση και την απαραίτητη ψηφιακή οργάνωση. Με αυτό το τρόπο επιτεύχθηκε ως ένα βαθμό η παροχή εξατομικευμένης και προσωπικής επαφής με τους πολίτες στα πλαίσια των μηχανισμών ενεργητικής αυτοπροστασίας, αξιοποιώντας τόσο τους κοινωνικούς όσο και τους κρατικούς μηχανισμούς σε μια γενική διατομεακή συνεργασία. Τα Κ.Υ., οι Το.Μ.Υ και οι οικογενειακοί γιατροί, χρειάζονται σύγχρονη διαχείριση αλλά και ψηφιακή επάνδρωσή τους παρέχοντας παράλληλα επιστημονική υποστήριξη. Ο ανασχεδιασμός δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνει μόνο το πως θα γίνει η ανακατανομή των δομών και των ανθρωπίνων πόρων, αλλά θα πρέπει να επικεντρωθεί στην υποστήριξη των λειτουργιών της ΠΦΥ, με την εύρεση των κατάλληλων τεχνολογιών και συστημάτων που θα στηρίξουν την πρόληψη, τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου και την αγωγή υγείας, σε συνδυασμό με την παρακολούθηση των χρόνιων νοσούντων. Επίσης να υποστηριχθεί και τεχνολογικά και να βελτιωθεί η πρόσβαση κάθε πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, με την βελτίωση και οργάνωση του συστήματος παραπομπών, συμβάλλοντας στην βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης. Σε επίπεδο πρόληψης, συμπεριλαμβάνονται όλα τα ψηφιακά συστήματα που υποστηρίζουν το εθνικό πρόγραμμα των εμβολιασμών, όπως αυτό σχεδιάστηκε και αναπτύχθηκε για την αντιμετώπιση του COVID-19) καθώς και του προγράμματος που περιλαμβάνει τις προληπτικές εξετάσεις (screening), αλλά και τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνων που είναι ατομικοί αλλά και την οργάνωση σύμφωνα με μια ψηφιακή βάση που θα παρακολουθεί την αγωγή υγείας εξατομικευμένα. Η ΠΦΥ, συμπεριλαμβάνει την ιατρική φροντίδα που υποστηρίζεται από τα ψηφιακά συστήματα για τη διαχείριση του προσωπικού ιατρού, των ραντεβού και των παραπομπών, αλλά και τις προσπάθειες για την υιοθέτηση και τήρηση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας σε σύνδεση με άλλες τεχνολογίες όπως block chain, τηλε-ιατρική, τηλε-νοσηλευτική, m-health και IoMT, αλλά και τη χρήση βιοϊατρικών

τεχνολογιών σε πλαίσιο ψηφιακής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, ενίσχυση της κατ' οίκον φροντίδας, της τηλε-ιατρικής, και της απομακρυσμένης παρακολούθησης και επικοινωνία με τους ασθενείς, με στόχο την ανάπτυξη συστημάτων ελέγχου και γνώμονα τη διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

6.2.2 Ο Ανασχεδιασμός των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις λοιπές E.E. κατά την πανδημία

Διαχείριση ασθενών με συμπτώματα λοίμωξης της αναπνευστικής οδού (RTI).

Αρχικά, οι γενικοί γιατροί (PCP) σε όλες τις χώρες προσπάθησαν να διαχειριστούν την πλειοψηφία των ασθενών με συμπτώματα RTI μέσω τηλεφώνου, χρησιμοποιώντας τη λήψη ιστορικού, την παρακολούθηση και το δίκτυ ασφαλείας. Η φροντίδα για τους ασθενείς που χρειάζονται ραντεβού πρόσωπο με πρόσωπο οργανώθηκε διαφορετικά μεταξύ των χωρών. Η Αγγλία, το Βέλγιο, η Ολλανδία, η Γερμανία, η Σουηδία και η Ελλάδα δημιούργησαν διαδικασίες για τη διαχείριση (ύποπτων) ασθενών με COVID-19 στο δικό τους ιατρείο, που περιλάμβανε την παρακολούθηση τους σε ξεχωριστό μέρος ή σε συγκεκριμένες ώρες για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου.

Με τον καιρό, η Αγγλία, το Βέλγιο και η Ολλανδία δημιούργησαν κόμβους COVID σε ορισμένες πόλεις με ειδικά μέρη όπου οι γιατροί PCP θα μπορούσαν να στείλουν ασθενείς για εξέταση ή/και εξετάσεις. Οι PCP στο Βέλγιο ξεκίνησαν και ίδρυσαν οι ίδιοι κόμβους για τον COVID χωρίς οδηγίες. Ενώ οι κόμβοι COVID στην Αγγλία ιδρύθηκαν συχνά από διαφορετικούς οργανισμούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης (κλινικές ομάδες ανάθεσης [CCG] και δίκτυα πρωτοβάθμιας περίθαλψης [PCN]).

Αντίθετα, τα PCP στην Ιρλανδία σταμάτησαν να βλέπουν τους ασθενείς πρόσωπο με πρόσωπο και όλες οι επισκέψεις μεταφέρθηκαν στο Διαδίκτυο και οι ασθενείς παραπέμφθηκαν για εξέταση από PCP σε κέντρα δοκιμών μέσω οδήγησης.

Η Γερμανία, η Ελλάδα και η Σουηδία συνέχισαν να βλέπουν ασθενείς με RTI στα ιατρεία τους καθ' όλη τη διάρκεια της πανδημίας και PCP στη Σουηδία περιέγραψαν πώς αρχικά έστησαν σκηνές εκτός του νοσοκομείου, αλλά με τον καιρό δημιούργησαν πιο μόνιμους χώρους για τη φροντίδα των ασθενών. Αντίθετα, οι ασθενείς στην Πολωνία που είχαν συμπτώματα του COVID-19 και ήταν ύποπτοι ότι είχαν επαφή με άτομο με COVID-19, συμβουλευτήκαν να επικοινωνήσουν με νοσοκομεία ή θαλάμους για μολυσματικές ασθένειες.

Η Βουλγαρία, η Κροατία και η Ρουμανία είναι τρεις χώρες έχουν υιοθετήσει παρόμοιες προσεγγίσεις ως προς τον σχεδιασμό της παροχής υπηρεσιών, τις διαδρομές ασθενών για ύποπτους ασθενείς με COVID-19, καθώς και την παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς χωρίς COVID-19. Λόγω της αναδιοργάνωσης των νοσοκομειακών συστημάτων, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας μειώθηκε σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης

(πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας), εκτός από ασθενείς έκτακτης ανάγκης, καρκινοπαθείς, εγκύους και ασθενείς με COVID-19. Εκτός από τις τακτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ορισμένα προγράμματα πρόληψης ανεστάλησαν επίσης. Νέα ψηφιακά εργαλεία και απλουστευμένες διαδικασίες ήταν χρήσιμα για την υποστήριξη της φροντίδας ασθενών χωρίς COVID-19. Εισήχθησαν ή χρησιμοποιήθηκαν ευρύτερα το 2020, με αύξηση των τηλεφωνικών ή διαδικτυακών διαβουλεύσεων (Džakula et al 2022).

Διαχείριση ασθενών λοιπών ασθενών, χωρίς συμπτώματα covid-19

Αρχικά, σε όλες τις χώρες, η διαχείριση των περισσότερων συνθηκών γινόταν μέσω τηλεφώνου. Οι PCP προσπάθησαν να αξιολογήσουν τι ήταν επείγον και απαιτούσε φροντίδα πρόσωπο με πρόσωπο χωρίς ιδιαίτερη καθοδήγηση. Αυτό φάνηκε να οδηγεί σε διαφοροποιήσεις μεταξύ των πρακτικών

Με τον καιρό, οι PCP σε όλες τις χώρες άρχισαν να εκφράζουν την ανησυχία τους για «παράπλευρες ζημιές» που προέκυψαν από την αναβολή ή τον περιορισμό της συνήθους φροντίδας, ειδικά για χρόνιες παθήσεις.

Οι χώρες διέφεραν στον τρόπο με τον οποίο προσπάθησαν να διατηρήσουν τη συνήθη φροντίδα. Οι PCP στις περισσότερες χώρες περιέγραψαν τις προσπάθειές τους να παρέχουν υγειονομικούς ελέγχους και ετήσιες ανασκοπήσεις εξ αποστάσεως ή σε ομαδική μορφή για να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση εκκρεμοτήτων. Αντίθετα, οι PCP στο Βέλγιο και τη Σουηδία ανέστειλαν τις ετήσιες αναθεωρήσεις και τους ετήσιους ελέγχους, αντίστοιχα, για ηλικίες >70 ετών. Ορισμένες χώρες εστίασαν επίσης σε ευάλωτους ασθενείς καλώντας τους προληπτικά ή αυξάνοντας τις κατ' οίκον επισκέψεις. Αυτές οι αποφάσεις ξεκίνησαν από κάθε πρακτική ξεχωριστά με βάση το τι θεωρούσε πιο χρήσιμο και εφικτό.

Τα PCP σε όλες τις χώρες αισθάνθηκαν κατακλυσμένα με τις συνεχώς μεταβαλλόμενες πληροφορίες από πολλές επίσημες πηγές. Ωστόσο, εξακολουθούσαν να ανέφεραν ότι δεν είχαν επίσημη εκπαίδευση σχετικά με τη χρήση ΜΑΠ, τη διαλογή τηλεφώνου ή πρακτικές πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης ή επανεκκίνησης της φροντίδας τους. Οι PCP στην Αγγλία, την Ολλανδία και την Πολωνία τόνισαν ότι η επανέναρξη της περίθαλψης έπρεπε να γίνει σύμφωνα με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, επιτρέποντας παραπομπές για νοσοκομειακές έρευνες και λαμβάνοντας υπόψη τα πρωτόκολλα ασφαλείας (Wanat et al 2021).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, οι κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο προωθούν προσωπικές συνήθειες υγείας όπου συμπεριλαμβάνουν συμπεριφορές μετριασμού της πανδημίας και επιβραδύνουν την εξάπλωση του ιού, οι οποίες περιλαμβάνουν πλύσιμο χεριών, κοινωνική απόσταση, χρήση μάσκας και αυτοκαραντίνα όταν υπάρχουν συμπτώματα. Αυτή η στρατηγική ακολουθεί το παράδειγμα που τέθηκε στις αρχές του 2020 στην Κίνα ενώ χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες και το Ηνωμένο Βασίλειο, στόχος είναι να αποτραπεί η υπερφόρτωση των ιατρικών συστημάτων (Clyde et al 2021).

Διερεύνηση ομάδων υψηλού κινδύνου

Οι μελέτες για τη διερεύνηση των ομάδων υψηλού κινδύνου για πρόσληψη από covid είναι πολύ σημαντικές καθώς τα δεδομένα τους έχουν ιδιαίτερη σημασία για τον σχεδιασμό προληπτικών μέτρων και του προγράμματος εμβολιασμού. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο κίνδυνος για νόσηση με σοβαρές συνέπειες για την πορεία της υγείας του ατόμου, είναι αυξημένος στον ηλικιωμένο πληθυσμό και στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις. Ο στόχος αυτής της μελέτης των Holstiege et al (2021) ήταν να παράσχει εκτιμήσεις για το μέγεθος του ευάλωτου πληθυσμού υψηλού κινδύνου για μια σοβαρή πορεία COVID-19 στη Γερμανία με βάση τα μέχρι στιγμής διαθέσιμα δεδομένα παραγόντων κινδύνου. Η έρευνα έδειξε ότι το 26% των ατόμων άνω των 15 ετών διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο νόσηση με σοβαρές συνέπειες για την υγείας τους, ποσοστό που ανέρχεται σε σχεδόν 18,5 εκατομμύρια ατόμων στη Γερμανία. Έτσι τα άτομα τα οποία λόγω της ηλικίας τους ή των ήδη εξασθενημένων συνθηκών υγείας τους που έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο σοβαρής ή θανατηφόρου πορείας ασθένειας θα πρέπει να έχουν προτεραιότητα για εμβολιασμό (<https://www.ethikrat.org>). Οι πρώτες πληροφορίες σχετικά με τις ομάδες κινδύνου με συγκεκριμένες χρόνιες παθήσεις δημοσιεύτηκαν σε ένα έγγραφο θέσης από τις 23 Νοεμβρίου 2020 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2020). Μεταξύ άλλων, οι ασθενείς με καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνιες παθήσεις της καρδιάς, του ήπατος, των πνευμόνων ή των νεφρών, νευρολογικές και ανοσολογικές παθήσεις, συμπεριλαμβανομένων των μεταμοσχεύσεων οργάνων, καθώς και άτομα με παχυσαρκία θα πρέπει να έχουν προτεραιότητα για εμβολιασμό. Αυτή η επιλογή χρόνιων παθήσεων υποστηρίχθηκε από πολλές άλλες μελέτες (Williamson et al 2020 και ανασκοπήσεις (Zhou et al 2019)

και συμφωνεί και με τα κλινικά δεδομένα από το ιταλικό Ινστιτούτο Istituto Superiore di Sanità (<https://www.epicentro.iss.it>)

Η ηλικία είναι ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για σοβαρές εκβάσεις του COVID-19. Περίπου 54,1 εκατομμύρια άνθρωποι ηλικίας 65 ετών και άνω που διαμένουν στις Ηνωμένες Πολιτείες αντιπροσωπεύει το 81% των θανάτων που σχετίζονται με τον COVID-19 στις ΗΠΑ. Από τις 7 Φεβρουαρίου 2022 ήταν πάνω από 97 φορές περισσότερος από τον αριθμό των θανάτων σε άτομα ηλικίας 18–29 ετών (<https://covid.cdc.gov>)

Επίσης αντίστοιχη έρευνα έδειξε ότι 1,7 δις άτομα, που αντιστοιχούν στο 22% του παγκόσμιου πληθυσμού, έχουν τουλάχιστον ένα υποκείμενο νόσημα που τους θέτει σε ομάδα αυξημένου κινδύνου, ενώ τα άτομα υψηλού κινδύνου είναι τα άτομα άνω των 70 ετών που αντιστοιχούν στο 66% του πληθυσμού, ενώ το 4% του παγκόσμιου πληθυσμού (349 εκατ. άτομα) διατρέχουν τόσο υψηλό κίνδυνο λόγω της πανδημίας όπου θα πρέπει να εισαχθούν στο νοσοκομείο σε περίπτωση μόλυνσης (Clark et al 2020) Επίσης οι κάτοικοι των μονάδων μακροχρόνιας φροντίδας αποτελούσαν λιγότερο από το 1% του πληθυσμού των ΗΠΑ (2020), αλλά αντιστοιχούσαν σε περισσότερο από το 35% όλων των θανάτων από COVID-19. Επιπλέον, άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω με ορισμένες υποκείμενες ιατρικές παθήσεις διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για σοβαρή ασθένεια από τον COVID-19.

Μελέτες έχουν δείξει ότι ο COVID-19 δεν επηρεάζει όλες τις πληθυσμιακές ομάδες εξίσου. Ο κίνδυνος σοβαρού COVID-19 αυξάνεται καθώς αυξάνεται ο αριθμός των υποκείμενων ιατρικών καταστάσεων σε ένα άτομο. Τα άτομα με αναπηρίες είναι πιο ευάλωτα σε σχέση με τα άτομα χωρίς αναπηρία που έχουν χρόνιες παθήσεις ή αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια στην υγειονομική περίθαλψη. Μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένα άτομα με συγκεκριμένες αναπηρίες είναι πιο πιθανό να νοσήσουν από COVID-19 και να έχουν χειρότερα αποτελέσματα για την υγεία τους. Ορισμένες χρόνιες ιατρικές παθήσεις εμφανίζονται πιο συχνά ή σε μικρότερη ηλικία μεταξύ ατόμων από φυλετικές ή εθνοτικές μειονότητες. Επιπλέον, τα δεδομένα έχουν δείξει επίσης ότι σε σύγκριση με τους μη Ισπανόφωνους Λευκούς, άτομα από φυλετικές και εθνοτικές μειονότητες είναι πιο πιθανό να πεθάνουν από COVID-19 σε μικρότερες ηλικίες. Με βάση τα δεδομένα θνησιμότητας από το NVSS, ο συνολικός αριθμός

υπερβολικών θανάτων στις ΗΠΑ από την 1η Φεβρουαρίου 2020 έως τα διαθέσιμα στοιχεία στις 2 Φεβρουαρίου 2022 υπολογίζεται σε 1.006.393, ενώ το 2020, οι μεγαλύτερες ποσοστιαίες αυξήσεις στους θανάτους σημειώθηκαν σε ενήλικες ηλικίας 25–44 ετών και σε Ισπανόφωνους ή Λατίνους. Επίσης οι συνθήκες και τα περιβάλλοντα όπου ζουν, κάποια άτομα επηρεάζουν τη πιθανή νόσηση και τον κίνδυνο σοβαρών εκβάσεων για την υγεία λόγω του COVID-19. Αυτοί οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας περιλαμβάνουν τη γειτονιά και το φυσικό περιβάλλον, τη στέγαση, το επάγγελμα, την εκπαίδευση, την επισιτιστική ασφάλεια, την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και την οικονομική σταθερότητα (<https://www.cdc.gov>).

Κέντρα Ημερήσια Φροντίδας

Κατά την πρώτη φάση της πανδημίας δόθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τον πληθυσμό που διέμενε σε διάφορα κέντρα φροντίδας, καθώς οι θάνατοι παρουσίασαν ανάμεσα στις χώρες τις Ε.Ε. μεγάλη διακύμανση από το 24% ως το 82% (Herrera et al 2020). Οι εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας (LTCF) είναι συνήθως σπίτια για ηλικιωμένους με ιατρικές και κοινωνικές ευπάθειες. Περιλαμβάνουν ιδρύματα όπως οίκους ευγηρίας, ειδικευμένες εγκαταστάσεις ευγηρίας, εγκαταστάσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης και κατοικίες φροντίδας, μεταξύ άλλων εγκαταστάσεων. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση πριν από τον Δεκέμβριο του 2019, υπολογίζεται ότι υπήρχαν 2,9 εκατομμύρια κάτοικοι σε 43.000 εγκαταστάσεις αυτού του τύπου, που αντιπροσωπεύουν περίπου το 0,7% του συνολικού πληθυσμού. Πριν από την πανδημία του COVID-19, δεν υπήρχαν εθνικά συστήματα επιτήρησης των περιστατικών στην ΕΕ για λοιμώξεις που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη στα κέντρα αυτά, λόγω της χαμηλής σκοπιμότητας της τακτικής συλλογής δεδομένων σε αυτό το περιβάλλον. Από την έναρξη της πανδημίας COVID-19 και από τον Νοέμβριο του 2021, έχουν καταγραφεί πάνω από 800.000 θανατηφόρα κρούσματα COVID-19 (δηλαδή θάνατοι που σχετίζονται με COVID-19) στην ΕΕ, με ποσοστό άνω του 88% σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Μέχρι τον Μάιο του 2020, οι θάνατοι μεταξύ κατοίκων στις μονάδες αυτές αντιστοιχούσαν στο 37–66% όλων των θανάτων που σχετίζονται με τον COVID-19 στις χώρες της ΕΕ, ανάλογα με τη χώρα. Από τον Ιούλιο του 2020, μετά από μια περίοδο χαμηλών ποσοστών κοινοποιήσεων, οι χώρες της ΕΕ άρχισαν να παρουσιάζουν μια εκ νέου αύξηση των ειδοποιήσεων για

κρούσματα και θανατηφόρα κρούσματα COVID-19 στους πληθυσμούς των κατοίκων των κέντρων φροντίδας. Ως αποτέλεσμα, μεταξύ Αυγούστου και Νοεμβρίου 2020, αναπτύχθηκε μια μεθοδολογία για την τακτική εθνική αναφορά των υφιστάμενων εθνικών δεδομένων επιτήρησης για τον COVID-19 στις μονάδες φροντίδας με στόχο τη μέγιστη δυνατή σκοπιμότητα. Αυτό επιτρέπει την έγκαιρη κοινοποίηση στοιχείων και την υποστήριξη των δραστηριοτήτων ετοιμότητας και ανταπόκρισης σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο (<https://www.ecdc.europa.eu>).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι οίκοι φροντίδας υπέστησαν σημαντικές επιπτώσεις, συμπεριλαμβανομένων των περιορισμών επισκέψεων, των ασθενειών των κατοίκων και κατά συνέπεια, του μόνιμου κλεισίματος των σπιτιών (O'Dowd 2020). Μέχρι τον Μάιο του 2020, οι κάτοικοι σε σπίτια φροντίδας αντιπροσώπευαν το 54% όλων των θανάτων που σχετίζονται με τον COVID-19 (<https://www.ons.gov.uk>), με την άνοια και τη νόσο του Αλτσχάιμερ φέρεται να είναι η πιο κοινή προϋπάρχουσα πάθηση μεταξύ των θανάτων που αφορούν τον COVID-19 σε οίκους φροντίδας. Ένα σημαντικό που έδειξε η έρευνα των Hanna, Giebel and Cannon (2022) ήταν η διαφοροποίηση στη χρήση των μέσων ατομικής προστασίας, καθώς ορισμένα ιδρύματα εφαρμόζαν πιο αυστηρά πρωτόκολλα από άλλα. Ένας παράγοντας σε αυτό ήταν η έλλειψη ΜΑΠ, ειδικά στις πρώτες μέρες του lockdown, και το υψηλό κόστος απόκτησης διαθέσιμων ΜΑΠ, καθιστώντας δύσκολη την αγορά σε επαρκείς ποσότητες. Ακόμη και όταν οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν καλές προμήθειες ΜΑΠ, αυτό οφειλόταν συχνά σε ανεξάρτητους ενεργούς διαχειριστές, δωρεές από τοπικούς οργανισμούς ή σε πολύ υψηλό κόστος. Έτσι, οι συμμετέχοντες στην έρευνα τόνισαν την έλλειψη κυβερνητικής υποστήριξης για την απόκτηση ΜΑΠ κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το προσωπικό του οίκου φροντίδας ανέφερε ότι ένιωθε ανασφαλές και απροστάτευτο από τον ιό ενώ εργαζόταν κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, με βασικές ελλείψεις ΜΑΠ. Η έλλειψη ΜΑΠ για τους εργαζόμενους στα σπίτια ημερήσιας φροντίδας αναφέρεται και στην έρευνα των Gordon et al (2020) ενώ μελετήθηκε και ο συναισθηματικός και σωματικός αντίκτυπος που προκάλεσε αυτή η έλλειψη στο προσωπικό. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι βραχυπρόθεσμα, το προσωπικό αναγκάστηκε να προσαρμοστεί στις περιστάσεις, δεχόμενος δωρεές ή στην επαναχρησιμοποίηση των ΜΑΠ, ενώ ξόδευε μεγάλα χρηματικά ποσά για την προμήθεια υλικών. Ωστόσο, για να αντιμετωπιστούν μακροπρόθεσμα οι ελλείψεις

ΜΑΠ ή σε περίπτωση περαιτέρω πανδημιών, απαιτείται καλύτερη ενοποίηση των προμηθειών μέσω κεντρικής διαχείρισης Gibson and Greene (2020).

Επίσης οι μελέτες εντόπισαν ότι η απώλεια εξωτερικών φορέων και οικογενειακών φροντιστών, μέσω περιορισμών στις επισκέψεις που εφαρμόστηκε, επηρέασε τόσο το προσωπικό όσο και τους κατοίκους. Πριν από την πανδημία, τα μέλη της οικογένειας παρέμεναν ενεργοί φροντιστές, υποστηρίζοντας προφανώς το προσωπικό του οίκου φροντίδας στην παροχή επιπέδων προσωπικής φροντίδας, συναισθηματικής υποστήριξης και παρέχοντας στους κατοίκους σύνδεση με τον έξω κόσμο (Davies and Nolan 2006). Χωρίς τη συμβολή των οικογενειακών φροντιστών, μεταξύ άλλων εξωτερικών ρόλων, το προσωπικό ανέφερε ότι ήταν καταπονημένο και χωρίς υποστήριξη. Στην Ιταλία, το υγειονομικό προσωπικό που θεραπεύει ασθενείς με COVID-19 κατέγραψε παρόμοια συναισθήματα άγχους και εξουθένωσης (Trumello et al 2020).

Ψυχική Υγεία

Η πανδημία του covid-19 έχει επιφέρει δυσμενείς συνέπειες στη ψυχική υγεία των πολιτών αλλά και όσων νόσησαν και επέζησαν, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της κατάθλιψης. Από την αρχή της πανδημίας έχουν εκφραστεί ανησυχίες για την επίδραση της στην ψυχική υγεία γενικά και ειδικά και στους ασθενείς με ψυχικές ασθένειες. Μέχρι σήμερα γνωρίζουμε ελάχιστα για τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και τα ψυχιατρικά επακόλουθα λόγω της πανδημίας, ακόμα και τη πιθανή ευαισθησία των ήδη ασθενών με ψυχικές ασθένειες λόγω του covid-19.

Λόγω του ότι η πανδημία είναι εξ εξέλιξη δεν έχουν ακόμα μετρηθεί με ακρίβεια ούτε μπορούν να γίνουν οι κατάλληλες επιστημονικές προβλέψεις. Οι έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια σειρά παραγόντων αυξημένου κινδύνου για τη σωματική υγεία λόγω covid-19 αλλά δεν έχουν ακόμα διερευνηθεί οι ψυχιατρικοί παράγοντες κινδύνου. Μέχρι στιγμής οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με covid-19 έχουν συμπτώματα άγχους (Halpin et.al., 2021), μετατραυματικού στρες (Bo et.al., 2021), κατάθλιψης (Paz et.al., 2020) και απνίας (Mazza-Gennaro et.al., 2020). Παρατηρήθηκε ότι το 22,5% των ασθενών που είχαν covid-19 είχαν ταυτόχρονα και μια νευροψυχιατρική διάγνωση (Nalleballe et.al., 2020). Μια μετανάλυση που έγινε με τη συγκέντρωση δεδομένων

από μελέτες που υπολόγισαν τη συχνότητα εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών μετά από σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS) και στη Μέση Ανατολή, παρατηρήθηκε σε άτομα με κρούσματα του αναπνευστικού συνδρόμου, ότι η λοίμωξη από αυτόν τον κορωνοϊό, μπορεί να οδηγήσουν σε παραλήρημα, άγχος, κατάθλιψη, μανιακά συμπτώματα, κακή μνήμη και αϋπνία (Rogers et.al., 2020).

Η μελέτη των Taquet et.al. 2020, στηρίχθηκε σε ένα δίκτυο ηλεκτρονικών αρχείων υγείας, το TriNetX Analytics Network, ένα παγκόσμιο ομοσπονδιακό δίκτυο που συμπεριλαμβάνει ηλεκτρονικά αρχεία υγείας από 54 οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ, καλύπτοντας 69.8 εκατομμύρια ασθενείς, από τους οποίους οι 62354 διαγνώστηκαν με covid -19 την περίοδο μεταξύ 20 Ιανουαρίου 2020 ως 1^η Αυγούστου 2020. Μελετήθηκε από τις καρτέλες των ασθενών οι επιπτώσεις στις υγεία και ο κίνδυνος εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, άνοιας και αϋπνίας κατά τις πρώτες 14 ως 90 ημέρες μετά τη διάγνωση με covid -19. Η έρευνα έδειξε ότι ασθενείς χωρίς προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, κατά τη διάγνωσή τους με covid-19 συσχετίστηκαν με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μιας πρώτης ψυχιατρικής διάγνωσης (95%) κατά τις επόμενες 14-90 ημέρες μετά τη νόσηση σε σύγκριση με άλλα έξι συμβάντα όπως γρίπη, άλλων λοιμώξεων της αναπνευστική οδού, λοίμωξης του δέρματος, χολολιθίασης, ουρολιθίασης και κατάγματος του μεγάλου οστού. Ο δείκτης ψυχικής υγείας ήταν πιο αυξημένος για την εμφάνιση αγχώδους διαταραχών, άνοιας και αϋπνίας. Η πιθανότητα εμφάνισης οποιαδήποτε ψυχιατρικής διάγνωση ήταν πολύ υψηλή (95%) η οποία δεν μπόρεσε να συσχετιστεί άμεσα με τους φυσικούς παράγοντες κινδύνου της υγείας λόγω του covid-19 αλλά δεν αποκλείεται να προκύπτει από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες εξαιτίας του covid-19.

Εργατικό Δυναμικό

Η πανδημία του COVID-19 έχει επισημάνει την επείγουσα ανάγκη για ισχυρά εθνικά προγράμματα για την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, των επαγγελματιών γιατρών, των εργαζομένων έκτακτης ανάγκης και πολλών άλλων εργαζομένων στην πρώτη γραμμή. Ειδικότερα, τα μέτρα ελέγχου του κινδύνου θα έπρεπε να προσαρμοστούν ειδικά στις ανάγκες των εργαζομένων στην πρώτη γραμμή της πανδημίας. Σε αυτούς περιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας, οι νοσηλευτές, οι γιατροί και οι εργαζόμενοι έκτακτης ανάγκης, καθώς και

εκείνοι που δραστηριοποιούνται στο λιανικό εμπόριο τροφίμων και τις υπηρεσίες καθαρισμού. Ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας (ΔΟΕ- ILO International Labour Organization) τόνισε επίσης τις ανάγκες των πιο ευάλωτων εργαζομένων και επιχειρήσεων, ιδίως εκείνων της άτυπης οικονομίας, των μεταναστών και των οικιακών εργαζομένων. Τα μέτρα για την προστασία αυτών των εργαζομένων θα έπρεπε να περιλαμβάνουν – μεταξύ άλλων – εκπαίδευση και κατάρτιση σε ασφαλείς και υγιεινές πρακτικές εργασίας, δωρεάν παροχή ΜΑΠ, πρόσβαση σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας και εναλλακτικές λύσεις διαβίωσης (<https://www.ilo.org>).

Η κάθε χώρα στην Ε.Ε. λειτούργησε διαφορετικά καθώς το Ηνωμένο Βασίλειο προέβη στην πρόσληψη νέου προσωπικού ή στο να προσφέρει κίνητρα στο προσωπικό που είχε αποχωρήσει για να επιστρέψει, η Γαλλία στηρίχθηκε στην ενίσχυση των εθελοντών, ενώ άλλες χώρες προέβησαν σε περιορισμούς στη μετακίνηση των επαγγελματιών υγείας ώστε να διατηρήσουν την δυναμική τους όπως πχ η Νορβηγία όπου απαγόρευσε την μετακίνηση του προσωπικού εκτός χώρας ή η Αγγλία, η Γερμανία και η Ιρλανδία όπου δεν επέτρεπαν την μετακίνηση του προσωπικού από τη μία δομή στην άλλη. (Herrera et al 2020).

Ο κίνδυνος μόλυνσης από τον COVID-19 μπορεί να προκαλέσει σημαντικό ψυχοκοινωνικό στρες στο ιατρικό προσωπικό. Δυστυχώς, αρκετά νεαρά μέλη του ιατρικού προσωπικού που μολύνθηκαν από τον COVID-19 των οποίων τα κρούσματα φαινόταν να ήταν ήπια στο αρχικό στάδιο της νόσου, στη συνέχεια επιδεινώθηκαν απότομα και πέθαναν, αυξάνοντας περαιτέρω τον φόβο του ιού. Για να ανακουφίσει το ψυχικό στρες των νοσηλευτών, σε κάποια νοσοκομεία, υπήρχε επικεφαλής νοσοκόμα η οποία έχει μια συνάντηση 30 λεπτών με νοσηλευτές που θα εργαστούν στην περιοχή απομόνωσης για να τους ενημερώσει για τον επαρκή εξοπλισμό και τους πόρους στο νοσοκομείο, ενώ υπήρχαν παρατηρητές για να στείλουν άμεσα βοήθεια όπου χρειαζόταν, ενώ οι νοσηλευτές αξιολογούνταν από την πρώτη στιγμή που αισθάνονται οποιαδήποτε ενόχληση. Επίσης παρείχαν επαρκή εκπαίδευση στους νοσηλευτές ενώ το περιεχόμενο εκπαίδευσης περιλάμβανε τη χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού (ΜΑΠ), την υγιεινή των χεριών, την απολύμανση θαλάμου, τη διαχείριση ιατρικών απορριμμάτων και την αποστείρωση των συσκευών φροντίδας ασθενών και τη διαχείριση της επαγγελματικής έκθεσης. Τα σετ ΜΑΠ περιλαμβάνουν (σύμφωνα με τη σειρά που πρέπει να φορεθούν) ένα καπέλο εργασίας μιας χρήσης, μια αναπνευστική

συσκευή N95, εσωτερικά γάντια, προστατευτική μάσκα ματιών, προστατευτική ενδυμασία, αδιάβροχα καλύμματα παπουτσιών μιας χρήσης, ρόμπες απομόνωσης μιας χρήσης, εξωτερικά γάντια και ασπίδα προσώπου. Λόγω της περίπλοκης διαδικασίας τοποθέτησης και αφαίρεσης του ΜΑΠ, σε κάποιες περιπτώσεις ηχογραφήθηκε ένα εκπαιδευτικό βίντεο και το στείλανε σε μια ομάδα WeChat όπου όλο το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούσε να ελέγξει τις λεπτομέρειες ανά πάσα στιγμή (Huang, Lin and Tang 2020).

Διενέργεια Τέστ

Καθώς το COVID-19 είναι μια νέα ασθένεια, εξακολουθούμε να μαθαίνουμε για τις επιπτώσεις του ιού και τον καλύτερο τρόπο πρόληψης της εξάπλωσής του, καθώς και τον καλύτερο τρόπο απόκρισης καθώς ο ιός μεταλλάσσεται. Ορισμένες πρόσφατες μεταλλάξεις φαίνεται ότι μπορούν να εξαπλωθούν πιο εύκολα και γρήγορα. Γνωρίζουμε ότι ο COVID-19 μεταδίδεται κυρίως με δύο μεθόδους:

- αναπνευστικά σταγονίδια που απελευθερώνονται όταν κάποιος φτερνίζεται, ή βήχει και μερικές φορές εκπνέει
- αγγίζοντας επιφάνειες μολυσμένες με αναπνευστικά σταγονίδια που μπορούν στη συνέχεια να μεταφερθούν αγγίζοντας τα μάτια, τη μύτη ή το στόμα.

Ο ιός έχει βρεθεί σε δείγματα κοπράνων ατόμων που επιβεβαιώθηκε ότι πάσχουν από COVID-19. Αν και αυτή δεν θεωρείται η κύρια οδός μετάδοσης, όλες οι εκκρίσεις (εκτός του ιδρώτα) και οι εκκρίσεις (όπως η διάρροια) από όσους υποφέρουν ή υπάρχουν υποψίες ότι πάσχουν από COVID-19 θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως πιθανώς μολυσματικές. (<https://www.scie.org.uk>).

Στο πλαίσιο της μετάβασης στη ζωή με τον COVID-19, η συνήθης ανίχνευση επαφών έχει λήξει και οι επαφές όσων έχουν θετικό αποτέλεσμα δεν απαιτείται πλέον για απομόνωση ή για καθημερινές εξετάσεις. Η πρόσβαση σε δωρεάν δοκιμές θα τερματιστεί για τους περισσότερους ανθρώπους την 1η Απριλίου 2022, ενώ οι εφαρμογές πχ NHS Covid 19 μπορούν ακόμα να χρησιμοποιηθούν από ιδιώτες. Για άτομα που ζουν και εργάζονται σε χώρους φροντίδας, οι λοιμώξεις μπορεί να είναι σοβαρές και, σε ορισμένες περιπτώσεις, απειλητικές για τη ζωή. Μπορούν επίσης να επιδεινώσουν τις υπάρχουσες ιατρικές καταστάσεις. Η τακτική επαφή με το προσωπικό, τους άλλους κατοίκους, την οικογένεια και τους φίλους και τον

κοινόχρηστο χώρο διαβίωσης σημαίνει ότι η μόλυνση μπορεί εύκολα να μεταδοθεί. Ως εκ τούτου, είναι ζωτικής σημασίας να ληφθούν τα μέτρα που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη εμφάνισης και εξάπλωσης του COVID-19. Έτσι, παρόλο που οι νομικοί περιορισμοί έχουν πλέον αρθεί, τα ΜΑΠ και άλλα μέτρα ελέγχου των λοιμώξεων θα εξακολουθούν να χρειάζονται στους οίκους ευγηρίας. Οι νέοι κάτοικοι που γίνονται δεκτοί από την κοινότητα ή μεταφέρονται από άλλο οίκο φροντίδας ή μονάδα προσωρινής φροντίδας, δεν χρειάζεται να απομονωθούν, αλλά θα πρέπει να κάνουν εξέταση PCR όχι περισσότερο από 72 ώρες πριν από την εισαγωγή και ξανά την ημέρα της εισαγωγής. Θα πρέπει επίσης να ολοκληρωθεί μια εκτίμηση κινδύνου, λαμβάνοντας υπόψη:

- εάν το άτομο είναι πλήρως εμβολιασμένο, συμπεριλαμβανομένου ενός αναμνηστικού
- καθοδήγηση από τον τοπικό Διευθυντή Δημόσιας Υγείας σχετικά με την κοινοτική μετάδοση παραλλαγών ανησυχίας
- τις περιστάσεις τους πριν από την εισαγωγή, συμπεριλαμβανομένου του εάν είχαν έρθει σε επαφή με κάποιον με συμπτώματα COVID-19 τις τελευταίες 10 ημέρες
- Τα επίπεδα μετάδοσης εντός της κοινότητας και η διαχείριση της επιδημίας COVID-19 από όπου γίνονται δεκτοί (εάν μεταφέρονται από άλλο χώρο φροντίδας)

Εάν η αξιολόγηση κινδύνου υποδείξει ότι το άτομο πρέπει να απομονωθεί, αυτό θα πρέπει να είναι για 10 ημέρες.

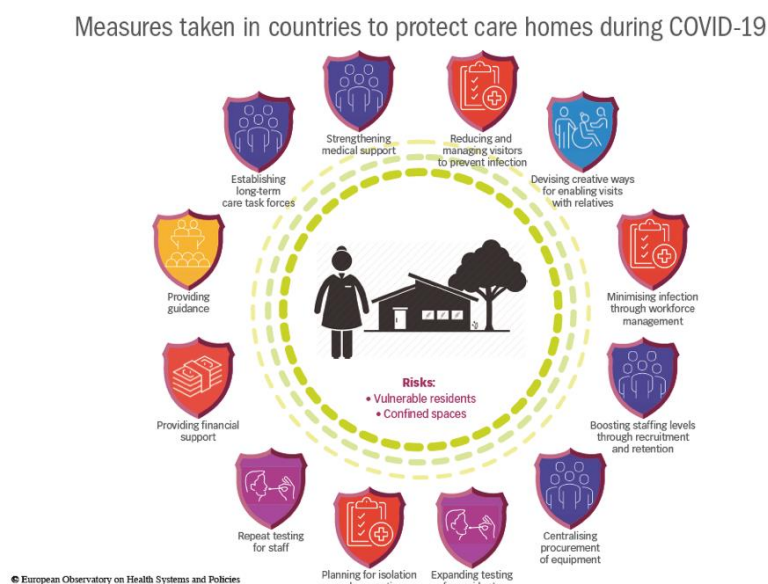
Το τεστ PCR είναι διαθέσιμο για οποιονδήποτε με συμπτώματα κορωνοϊού και για τους κατοίκους των οίκων φροντίδας. Όλοι οι εργαζόμενοι έχουν πρόσβαση σε rapid test (lateral flow tests) μέσω των εργοδοτών τους και θα πρέπει να κάνουν τεστ πριν ξεκινήσουν την εργασία τους κάθε μέρα. Το ίδιο ισχύει και για τους προσωπικούς βοηθούς (<https://www.scie.org.uk>)

Χρηματοδότηση

Παράλληλα και η οικονομική στήριξη των δομών ποικίλει, καθώς στην Ιρλανδία δόθηκε απευθείας στις δομές, αλλά στην Αγγλία και τη Σουηδία δόθηκε μέσω των τοπικών αρχών οι οποίες θα καθορίσουν την κατανομή των κονδυλίων όπου κρίνονται

απαραίτητα. Η Γερμανία ενισχύει με αποζημίωση τις δομές που έχουν χαμηλή πληρότητα αλλά το επιπλέον κόστος του υλικού κλπ καλύπτεται από το σύστημα ασφάλισης, ενώ στις Κάτω Χώρες αναμένεται ένα πακέτο στήριξης.

Παρατηρούμε ότι η οργάνωση, η διοίκηση και η χρηματοδότηση των κέντρων φροντίδας για την αντιμετώπιση του ιού ποικίλλει από χώρα σε χώρα σε πολύ μεγάλο βαθμό, και είναι σημαντική η επανεξέταση των πλαισίων αυτών για τον προσδιορισμό στρατηγικών για το μέλλον (Curry and Langins 2020; Langins, et al 2020).



ΕΙΚΟΝΑ 36

Μέτρα για την προστασία της Δημόσιας Υγείας κατά του covid 19 που ελήφθησαν στα πλαίσια της Ε.Ε.

Πηγή: (<https://analysis.covid19healthsystem.org>)

Η Ιταλία αποτελεί μια ευρωπαϊκή χώρα που πλήγηκε περισσότερο από κάθε άλλη χώρα από την πανδημία Covid-19. Οι έρευνες κατέδειξαν ότι ο τρόπος με τον οποίο είχε οργανωθεί το ΕΣΥ και το σύστημα ΠΦΥ ήταν καθοριστικό για τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε η χώρα. Το Ιταλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (SSN) αποτελεί ένα σύνθετο σύστημα όπου από την μία οι στόχοι του και οι αρχές του καθορίζονται από επίπεδο

κυβέρνησης, αλλά η χρηματοδότηση και οργάνωσή του στηρίζεται σε περιφερειακές δομές (Toth 2014). Επίσης εμφανίζονται διαφορές όσο αφορά την δομή και την οργάνωση του βορρά με τον νότο καθώς υπάρχουν περιοχές με ισχυρό σύστημα οργάνωσης όσο αφορά την ΠΦΥ και έτσι μπόρεσαν να ανταπεξέλθουν με ταχύτητα και αποτελεσματικότητα στις έκτακτες συνθήκες λόγω του Covid-19, ενώ άλλες περιφέρειες δεν είχαν αναπτύξει τις δομές ΠΦΥ αλλά στήριζαν τις παροχές υγείας στις νοσοκομειακές υπηρεσίες με αποτέλεσμα να μην μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της πανδημίας. Παρόλες τις δυσκολίες η χώρα έθεσε σε εφαρμογή τη λειτουργία ειδικών μονάδων ΠΦΥ τις USCA. Η εθνική κυβέρνηση ενέκρινε την εισαγωγή της USCA (Special Continuity Assistance Units), για να προσφέρει πιο εξειδικευμένη θεραπεία για ασθενείς χωρίς σοβαρά συμπτώματα στο σπίτι το συντομότερο δυνατό. Το υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε ότι μέτρα για την ενίσχυση της ικανότητας ελέγχου και ιχνηλάτησης, καθώς και για την ενίσχυση των υγειονομικών υπηρεσιών σε εδαφικό επίπεδο, θα συμπεριληφθούν στο επόμενο διάταγμα που θα εκδοθεί το δεύτερο δεκαπενθήμερο Μαΐου. Το υπουργείο ανακοίνωσε επίσης την πρόσληψη «κοινοτικών» νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών για την παροχή ολοκληρωμένης περίθαλψης στην επικράτεια. Από τον Μάρτιο, οι πολιτικοί ιατροί εθελοντές και άλλοι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας άρχισαν να δραστηριοποιούνται στις πιο πληγείσες περιοχές. Κατασκευάστηκαν νέα νοσοκομεία και πολλά είχαν μετατραπεί σε νοσοκομεία COVID-19, με τη βοήθεια ΜΚΟ και χιλιάδων εθελοντών. Στις αρχές Απριλίου, ο επίτροπος αντιμετώπισης καταστάσεων έκτακτης ανάγκης ανακοίνωσε (Invitalia 2020) ότι οι κλίνες εντατικής θεραπείας σχεδόν διπλασιάστηκαν και αυτές στα τμήματα λοιμώξεων και αναπνευστικών νοσημάτων ήταν τέσσερις φορές περισσότερες και επενδύθηκαν 13 εκατ. ευρώ για την έναρξη νέας παραγωγής εξοπλισμού ατομικής προστασίας.

Η εξάπλωση του ιού διέφερε μεταξύ των περιοχών, με τη συντριπτική πλειονότητα των κρουσμάτων να συγκεντρώνεται σε ορισμένες από τις πλουσιότερες και πιο βιομηχανοποιημένες περιοχές του Βορρά, εκείνες με τα πιο προηγμένα συστήματα υγείας. Στο πλαίσιο των ευρύτερων εθνικών κατευθυντήριων γραμμών, κάθε περιοχή ανέπτυξε το δικό της σχέδιο ανταπόκρισης, με διαφορετικές στρατηγικές. Οι διαφορές μεταξύ των τάσεων εξάπλωσης, των προσεγγίσεων απόκρισης και των αποτελεσμάτων υποδηλώνουν ότι ο αντίκτυπος του COVID-19 εξηγείται καλύτερα σε περιφερειακό επίπεδο (Binkin et al 2020).

Η λειτουργία της USCA βοήθησε στην έγκαιρη διάγνωση και παραπομπή των κρουσμάτων στο νοσοκομείο, την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ όσο αφορά την διαχείριση των υπόπτων κρουσμάτων που δεν απαιτούσαν νοσηλεία, οργάνωσε τη διαχείριση των ΜΑΠ, ενώ ενισχύθηκε και ο πληθυσμός των γενικών ιατρών, καλύπτοντας και πιο απομακρυσμένες περιοχές από τις μητροπόλεις (Burki 2020).

Στην αρχή της πανδημίας του COVID-19, η Ιταλία ήταν μια χώρα που ακόμα ανακάμπτει από την οικονομική κρίση του 2008 (Macinko et al 2009). Η υιοθέτηση σκληρών πολιτικών λιτότητας έχει οδηγήσει σε σημαντική περικοπή των δημοσίων δαπανών (Pavolinia et al 2015). Χρειάζεται μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και ερευνητικές προσπάθειες για την αξιολόγηση των δεσμών μεταξύ της μείωσης της πρόνοιας και των συνεπειών της σε όλες τις δημόσιες υποδομές, κρίσιμης σημασίας για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης COVID-19, για παράδειγμα: το NHS, το εκπαιδευτικό σύστημα και τον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών. Σε κρατικό επίπεδο, η χαμηλή ανάπτυξη παραγωγικότητας, το υψηλό δημόσιο χρέος, οι έντονες κοινωνικές ανισότητες μεταξύ ομάδων και εδαφών και κακώς ενοποιημένες κοινωνικές πολιτικές ήταν ζητήματα που δεν έχουν ακόμη αντιμετωπιστεί (European Commission 2020). Επιπλέον, τόσο σε τοπικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, περιβαλλοντικά ζητήματα, που κυμαίνονται από τη ρύπανση έως την ανθρωπογενή κλιματική αλλαγή, μπορεί να έπαιξαν ρόλο στην πραγματική κρίση (Wu et al 2020b). Επίσης καθώς το σύστημα ακολούθησε ένα μοντέλο αποκέντρωσης, εμφανίστηκαν περισσότερο οι ανισότητες μεταξύ της περιφέρειας και των μητροπόλεων (Caruso and Dirindin 2012) ενώ οι διαδικασίες ιδιωτικοποίησης του Συστήματος Υγείας στις περιφέρειες, δυσκόλεψε ακόμα περισσότερο την διαχείριση της πανδημίας που απαιτούσε κεντρική διαχείριση και συντονισμό (Usuelli 2020).

Ως πλεονεκτήματα μπορούν να χαρακτηριστούν τόσο η έγκαιρη δυνατότητα παραπομπής των υπόπτων κρουσμάτων ή των επιβεβαιωμένων ασθενών Covid 19 αλλά και η διασφάλιση ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν τα επαρκή μέσα ατομικής προστασίας που χρειάζονται. Στόχος επίσης ήταν η προστασία των γενικών ιατρών, καθώς ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι άνω των 55 ετών και αποτελούν ευπαθή ομάδα και έτσι μπόρεσαν να εισέλθουν στο χώρο νέοι επαγγελματίες υγείας (Burki 2020).

Όσο η πανδημία εξελίσσεται τα συστήματα υγείας συνεχίζουν να προσαρμόζονται για να αντιμετωπίσουν την κρίση, μαθαίνουν από το παρελθόν και έχουν χρόνο ανάμεσα στα διάφορα κύματα που διέρχεται η πανδημία λόγω των μεταλλάξεων του ιού, να προλάβουν να προσαρμοστούν και να υιοθετήσουν νέες πρακτικές. Πολλές εφαρμογές και τακτικές που υιοθετήθηκαν από τα συστήματα υγείας, θεωρούνται χρήσιμο να παραμείνουν και μετά το πέρας της πανδημίας, καθώς βοηθούν στην καλύτερη ανταπόκριση του συστήματος τις ανάγκες που θα προκύψουν και μετά την πανδημία (OECD 2021)

Πλέον σε πολλές χώρες ισχύει η χρήση πιστοποιητικών εμβολιασμού ή πιστοποιητικού νόσησης, ενώ ο κανονισμός της ΕΕ για το ψηφιακό πιστοποιητικό COVID τέθηκε σε εφαρμογή την 1η Ιουλίου 2021. Οι πολίτες και οι κάτοικοι της ΕΕ θα μπορούν πλέον να παραλαμβάνουν και να επαληθεύουν τα ψηφιακά τους πιστοποιητικά COVID σε ολόκληρη την ΕΕ. (Belligoni 2021; <https://ec.europa.eu>).

Η διαχείριση της πανδημίας στην Ιταλία, ανάδειξε το ζήτημα της σημαντικότητας του σωστά οργανωμένου και δομημένου συστήματος ΠΦ. Οι επαγγελματίες υγείας δεν αρκούν από μόνοι τους εάν δεν υποστηρίζονται και από ένα σύστημα που είναι δομημένο, οργανωμένο και δικτυωμένο με την κοινότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Παρατηρούμε ότι οι Υγειονομικές Περιφέρειες έτσι όπως προέκυψαν από την συγχώνευση των 17 παλαιότερων Υγειονομικών Περιφερειών (Ν. 3329/2205) και πλέον συγκεντρώνονται σε 7 μεγάλες Υγειονομικές Περιφέρειες, (1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, 2η Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας, 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης) έχουν δημιουργήσει μια ανισοκατανομή στα πλήθος των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων που αναλογούν. Από τα 161 Κέντρα Υγείας και τα 42 Περιφερειακά Ιατρεία που λειτουργούν ανά τη χώρα από τον Οκτώβριο του 2020, η 2^η Υγειονομική Περιφέρεια έχει το μεγαλύτερο πλήθος δομών, καθώς έχει 33 Κέντρα Υγείας και 40 Περιφερειακά Ιατρεία, καθώς περιλαμβάνει τις Υγειονομικές δομές της Περιφέρειας Πειραιώς, αλλά και όλων των νησιών του Αιγαίου. Είναι μια δύσκολη Υγειονομική Περιφέρεια όσο αφορά την διαχείριση του πληθυσμού και των δομών καθώς λόγω της γεωγραφικής δομής της νησιώτης χώρας, περιλαμβάνονται δεκάδες μικρά νησιά όπου η προσέγγιση και η επάνδρωση των Υγειονομικών δομών, έχει αντικειμενικές δυσκολίες.

Από την παραπάνω ανάλυση συμπεραίνουμε τις δυσκολίες που παρουσιάζονται όσο αφορά την συγκέντρωση και την σύγκριση των πληροφοριών που συγκεντρώνονται από το Υπουργείο Υγείας σχετικά με το πλήθος των τεστ που διεξάγονται και τα θετικά αποτελέσματα από αυτά που αποτελούν σημαντικά στοιχεία για την χάραξη της κοινωνικής πολιτικής και της στρατηγικής για την αντιμετώπιση της πανδημίας και της υγειονομικής κρίσης που επιφέρει.

Καθώς βρισκόμαστε εν εξελίξει στο δεύτερο κύμα της πανδημίας και σύμφωνα με τις πληροφορίες που δημοσιεύονται σε υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες που αναφέρουν ότι βρίσκονται εν όψη του τρίτου κύματος της πανδημίας. Με αυτό το ενδεχόμενο και εν όψη της έναρξης των εμβολιασμών με το εμβόλιο που ανακαλύφθηκε για την αντιμετώπιση του πληθυσμού θα πρέπει να ενισχυθεί το πληροφοριακό σύστημα του Υπουργείου Υγείας με περισσότερα στοιχεία και θα πρέπει να αρχίσει η συστηματική επεξεργασία αυτών.

Ναι μεν το πρόγραμμα που έχει ληφθεί μέχρι στιγμής, για να μπορέσει η χώρα να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της πανδημίας, είναι θετικό προς αυτή τη κατεύθυνση, όπως η δημιουργία ενός τηλεφωνικού κέντρου εξυπηρέτησης, όπου εξυπηρετεί το σύνολο της ελληνικής επικράτειας, η δημιουργία του Εθνικού Μητρώου Ασθενών Covid 19, η ηλεκτρονική πλατφόρμα όπου καταγράφονται όλα τα θετικά επιβεβαιωμένα κλπ αλλά σίγουρα χρειάζονται και επιπλέον ενέργειες.

Η στρατηγική που έχει ακολουθήσει η Ελλάδα για τον έλεγχο διασποράς του ιού στην κοινότητα, μαζί με τις επιπλέον στρατηγικές στον τομέα της ΠΦΥ οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τον έλεγχο των θετικών κρουσμάτων, των συμπτωμάτων τους, χρήση των κινητών ομάδων ΚοΜΥ για τη λήψη δείγματος σε περιοχές υψηλού κινδύνου, η εφαρμογή τους drive through στη κοινότητα και σε δημόσιους χώρους, εντατικούς προληπτικούς έξω από τις νοσοκομειακές δομές, αλλά και ελέγχους σε κλειστές δομές όπως οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, ειδικά μετά την έγκριση της χρήσης του rapid test, με την ενίσχυση του τυχαίου δειγματοληπτικού ελέγχου θα πρέπει να συνεχιστεί και να ενισχυθεί.

Ειδικές κινητές μονάδες υγείας (ΚΟΜΥ Νοσηλευτών) ειδικού σκοπού και ο ρόλος τους κατά την πανδημία είναι τελικά καθοριστικός. Είναι ένα μοντέλο που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα με επιτυχία καθώς βοήθησε στην σταδιακή αύξηση του πληθυσμού που ελέγχεται με τεστ και με την συγκέντρωση ημερήσιων αποτελεσμάτων, είναι πιο εύκολη η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων για την χάραξη της πολιτικής για την αντιμετώπιση του ιού, όχι μόνο στη χώρα μας αλλά και στην υπόλοιπη Ε.Ε. καθώς τα στοιχεία που συλλέγονται από την Ελλάδα, επεξεργάζονται και συγκρίνονται με τα στοιχεία από τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες για την χάραξη της Ευρωπαϊκής πολιτικής απέναντι στην πανδημία. Η οργανωσιακή δομή των ΚΟΜΥ που εντάσσονται στο δίκτυο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και διασυνδέονται μέσω της Πρωτοβάθμιας φροντίδας και με άλλες οργανικές μονάδες παροχής υγείας καθώς και η εσωτερική δομή οργάνωσης και στελέχωσης, όπου επόπτης κάθε ΚΟΜΥ ορίζεται ένας ιατρός της οικείας ΤΟΜΥ είτε, σε περίπτωση έλλειψης, ιατρός της οικείας ΔΥΠΕ στην οποία η οικεία ΚΟΜΥ ενώ κάθε ΚΟΜΥ αποτελείται από κλιμάκιο τουλάχιστον δύο ατόμων: τουλάχιστον έναν νοσηλευτή και έναν οδηγό, φαίνεται αποτελεσματική καθώς οι δομές λειτουργούν τόσο καιρό χωρίς προβλήματα αλλά και με αποτελεσματικότητα. Στόχος τους είναι από τη μία να συμβάλλουν στην ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης αλλά και στην διάγνωση

των πιθανών κρουσμάτων. Φαίνεται ότι αυτό κατάφερε να το πετύχει με επιτυχία. άγεται με επιτυχία. Επίσης με τη χρήση ειδικών ομάδων που είναι υπεύθυνες για την διεξαγωγή των διαγνωστικών στο πληθυσμό από τις ευπαθείς ομάδες καθώς και στο πληθυσμό των κλειστών δομών, φαίνεται ότι έχει επιτευχθεί ο στόχος τους καθώς μέχρι στιγμής δεν έχει εμφανιστεί κάποιο σοβαρό πρόβλημα διάδοσης του ιού σε κλειστές δομές, όπως είναι οι φυλακές, ή οι δομές φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων κ.λ.π

Ο ρόλος των Ειδικών Κινητών Ομάδων για την αντιμετώπιση της Πανδημίας είναι σημαντικός για τη συλλογή των δεδομένων από τα τεστ που διεξάγονται καθημερινά στον πληθυσμό, και την μετέπειτα επεξεργασία τους από τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, ώστε να προκύπτουν χρήσιμα στατιστικά συμπεράσματα τα οποία αξιολογούνται και κοινοποιούνται ανάλογα στους εμπειρογνώμονες. Τα στατιστικά αυτά συμπεράσματα είναι πολύ σημαντικά και αξιολογούνται για την λήψη αποφάσεων στρατηγικής για την πρόληψη και αντιμετώπιση της πανδημίας.

Το σχέδιο πρωτοκόλλων και ενιαίας υγειονομικής κάλυψης των νησιών της χώρας, περιλαμβάνει ενδυνάμωση των δομών υγείας, με ανθρώπινο δυναμικό, μέσα ατομικής προστασίας, διασύνδεση με νοσοκομεία covid -19, πρόσβαση στον έλεγχο ανίχνευσης του ιού και ενίσχυση του συστήματος διακομιδών. Σημαντικό επίσης είναι η διασύνδεση που έχει γίνει των νησιών με τις κεντρικές νοσοκομειακές δομές ώστε να μπορεί να γίνει μετακίνηση προσωπικού για κάλυψη αναγκών.

Οι ΚοΜΥ κατά την πανδημία, διαδραμάτισαν ένα ρόλο σημαντικό αλλά και πολυδιάστατο καθώς συνέβαλλαν στον έλεγχο για την εξάπλωση του ιού, με την διενέργεια τεστ αντισωμάτων κυρίως σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού οι οποίοι διέμεναν σε κλειστές δομές, όπως για παράδειγμα γηροκομεία, σωφρονιστικά ιδρύματα κλπ. Τα στοιχεία που συλλέγονταν βοήθησαν στην διενέργεια επιδημιολογικών μελετών χρήσιμων για την μάχη απέναντι στην πανδημία και του κύριου στόχου που ήταν η ιχνηλάτηση του ιού.

Καθώς η Ελλάδα έχει πλήθος νησιών, σημαντική ήταν η σύσταση πλωτών μονάδων υγείας, οι οποίες σε συνεργασία με τους δήμους και τις τοπικές αρχές των μικρών νησιών, διενεργούνταν αντίστοιχα στις ευπαθείς ομάδες τεστ αντισωμάτων για την ανίχνευση του ιού.

Ο ρόλος της χρησιμότητας αλλά και το καθοριστικής σημασίας έργο που διατέλεσαν και εξακολουθούν να διατελούν οι Κο.Μ.Υ, ήταν εμφανές ήδη από τον πρώτο μήνα της λειτουργίας τους, αλλά και όσο περνάει ο καιρός, και βρισκόμαστε σχεδόν ένα χρόνο σε πανδημία με τον ιό να μεταλλάσσεται και πλέον να ευελπιστούμε στον εμβολιασμό του πληθυσμού για την αντιμετώπιση της πανδημίας, η σημαντικότητα του ρόλου τους όλο και επιβεβαιώνεται. Τα τεστ ξεκίνησαν από 250 τεστ ανά ημέρα και έχουν φτάσει τον Ιουλίου του 2020 στα 53.889 τεστ και τον Αυγούστου στα 34.853 και 63.411 τεστ αριθμός ρεκόρ. Κρίνεται αναγκαίο να υπάρξει άμεσος απολογισμός της κάθε διοίκησης των Υγειονομικών Περιφερειών, ώστε να αναφέρονται συγκεκριμένα τεστ ανά ημέρα ανά Υγειονομική Περιφέρεια, ώστε, να υπάρχει σύγκριση και ανά Υγειονομική Περιφέρεια. Επίσης απαιτείται ενίσχυση του απασχολούμενου προσωπικού για να ενισχύσει τις δομές. Τέλος χρειάζεται πιο οργανωμένη επεξεργασία των δεδομένων, ομαδοποίηση και στατιστικές αναλύσεις.

Από την παραπάνω έρευνα μας είμαστε σε θέση να απαντήσουμε εκτενώς στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν κατά την μεθοδολογία της έρευνας. Αρχικά τα Σύστημα Υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών πριν την εμφάνιση της πανδημίας εμφάνιζαν μια ποικιλομορφία καθώς κάποια Συστήματα Υγείας ήταν πιο κατάλληλα οργανωμένα, με κεντρική διαχείριση έχοντας αναπτύξει υπηρεσίες τηλεϊατρικής και υποστήριξης από Η.Υ, το οποίο συνέβαλε καθοριστικά στην διαχείριση της πανδημίας, την αξιολόγηση των συνθηκών, τον εντοπισμό των υπόπτων κρουσμάτων.

Στην Ελλάδα η απομακρυσμένη ηλεκτρονική συνταγογράφηση επέτρεψε στους χρήστες υγειονομικής περίθαλψης να έχουν πρόσβαση από το σπίτι σε ευρεία κλίμακα γκάμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας –τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές– για χρόνιες ή οξείες παθήσεις, μέσω διαδικτυακής ή ακόμη και τηλεφωνικής διαβούλευσης, συμπεριλαμβανομένης της αξιολόγησης και το έλεγχο των χρόνιων καταστάσεων και την ανανέωση ή τροποποίηση των συνταγών τους, την αξιολόγηση των συμπτωμάτων σε πιθανές περιπτώσεις COVID-19, τυχόν άλλες οξείες ασθένειες και τη διεξαγωγή τακτικών προληπτικών ελέγχων υγείας. Στους ασθενείς δόθηκε η επιλογή να αποφύγουν πολυσύχναστες αίθουσες αναμονής, εκτεθειμένες σε πιθανή μόλυνση. Ακόμη και κατά τη διάρκεια του lockdown ή σε περιόδους που βρίσκονταν σε καραντίνα για τον COVID-19, η ηλεκτρονική συνταγή ενεργοποίησε την ολοκλήρωση εξ αποστάσεως συναντήσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (<https://www.euro.who.int>).

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη πιστεύεται ότι παίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προκλήσεων υγειονομικής περίθαλψης που αντιμετωπίζουν πολλές χώρες, συμπεριλαμβανομένου του αυξανόμενου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, του αυξανόμενου επιπολασμού των χρόνιων παθήσεων και της πολυνοσηρότητας, των ανισοτήτων στην υγεία και της δυνητικά αποφυγής νοσηλείας. Αυτές οι προκλήσεις ασκούν τεράστια πίεση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη θεωρείται ότι ανακουφίζει εν μέρει την πίεση αυξάνοντας την υγεία του πληθυσμού με χαμηλότερο κόστος. Επομένως, η ενίσχυση των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας τους αποτελεί κοινό στόχο πολιτικής για πολλές χώρες. Ισχυρά συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχουν φροντίδα κοντά σε ασθενείς με ελάχιστα εμπόδια πρόσβασης, καλύπτουν τις πολλές ανάγκες των ασθενών με ολοκληρωμένες υπηρεσίες, συντονίζουν τη φροντίδα σε όλα τα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης και δημιουργούν μια σχέση γιατρού-ασθενούς που είναι συνεχής με την πάροδο του χρόνου. Τα ισχυρά συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορούν επομένως να συμβάλουν στην καλύτερη φροντίδα των ασθενών. Αυτός ο ορισμός των ισχυρών συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υποδηλώνει ότι η δομή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η διαδικασία παροχής υπηρεσιών περιλαμβάνουν ένα σύνολο χαρακτηριστικών και χαρακτηριστικών, τα οποία συνοψίζονται σε τέσσερις κύριους τομείς: προσβασιμότητα, πληρότητα, συνέχεια και συντονισμός. Ο τρόπος με τον οποίο αυτοί οι τομείς λειτουργούν στην οργάνωση συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης εξαρτάται ουσιαστικά από τα χαρακτηριστικά της χώρας, το ιστορικό υπόβαθρο ή τα προβλήματα υγείας (φροντίδας) (van Loenen et al 2016).

Όσο αφορά τις ομοιότητες και διαφορές παρουσιάζονται ανάμεσα στα συστήματα ΠΦΥ στις Ευρωπαϊκές Χώρες, η Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία είναι τρεις δυτικοευρωπαϊκές χώρες που αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα, όπως η αύξηση των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη και η μεταβαλλόμενη ζήτηση για περίθαλψη, και αναγνωρίζουν τον πιθανό ευεργετικό ρόλο της ισχυρής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αν και τα μέτρα πολιτικής τους διαφέρουν. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό δεδομένων των ιστορικών διαφορών στον σχεδιασμό και την τοποθέτηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύστημα υγείας. Το ΗΒ έχει ένα δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Beveridge) ενώ το γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι κυρίως ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας (Bismarck). Από

το 2006, το ολλανδικό σύστημα ασφάλισης υγείας είναι ημιδημόσιο, με βάση το μοντέλο του Enthovens που ενσωματώνει τον διαχειριζόμενο ανταγωνισμό. Στην Ολλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το κέντρο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Οι γενικοί ιατροί λειτουργούν ως φύλακες στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και υπάρχει σύστημα καταλόγου ασθενών, υπονοώντας ότι όλοι οι ασθενείς διορίζονται σε γενικό ιατρό. Στη Γερμανία υπάρχει ισχυρή διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, περιορισμένης φύλαξης πύλης και απουσίας συστήματος καταλόγου ασθενών (Kringos et al 2015).

Η Ελλάδα παρόλες τις δυσκολίες και τις παθογένειες του συστήματος υγείας, λόγω της έλλειψης σε χρηματοδότηση και αδυναμία επάνδρωσης με νέο προσωπικό, κρίθηκε αρκετά ικανό να ανταπεξέλθει στην κρίση που βίωσε κατά το πρώτο και δεύτερο κύμα της πανδημίας ενώ συνεχίζει να ανταπεξέλθετε ικανοποιητικά μέχρι και σήμερα στις απαιτήσεις της πανδημίας καθώς ο ιός μεταλλάσσεται και η πανδημία περνάει διάφορα κύματα.

Το κυρίαρχο μοντέλο αντιμετώπισης της πανδημίας που ακολούθησαν άλλες ευρωπαϊκές χώρες ήταν η αξιοποίηση των γενικών γιατρών και των υπηρεσιών ΠΦΥ ως προς τον έλεγχο του πληθυσμού και τη διαχείριση των κρουσμάτων που δεν χρειαζόταν νοσηλεία ώστε να αποσυμπιέζεται το σύστημα υγείας και κυρίως οι νοσοκομειακές δομές.

Ο τρόπος παροχής της ΠΦΥ εν καιρώ πανδημίας εμφάνισε δυσλειτουργίες του συστήματος σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, αλλά λόγω της δομής του συστήματος και της υιοθέτηση ήδη ηλεκτρονικών διαδικασιών και τεχνολογίες πληροφορικής βοήθησε στην άμεση ανταπόκριση του συστήματος στις τρέχουσες ανάγκες. Η Ελλάδα χρειάστηκε να οργανώσει εκ νέου τα πληροφοριακά συστήματα και ακόμα δεν έχει ολοκληρώσει το έργο ενοποίησης των αρχείων των νοσοκομείων και της καθολικής χρήσης ηλεκτρονικής κάρτας υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Τέλος το παράδειγμα της Ιταλίας, της χώρας που πλήγηκε όσο καμία ευρωπαϊκή χώρα θρηνώντας χιλιάδες θύματα από την πανδημία covid-19 αποτελεί παράδειγμα προς μίμηση δείχνοντας πόσο σημαντικό είναι ένα ορθά οργανωμένο και δομημένο σύστημα ΠΦΥ, το οποίο είναι κατάλληλα διασυνδεδεμένο και αλληλοεξαρτώμενο από υποστηρικτικές υπηρεσίες υγείας. Όσο σκληρά και να εργάζεται το υγειονομικό προσωπικό, ανεξάρτητα εάν είναι πρώτης γραμμής, ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να φέρει αποτελεσματικά αποτελέσματα εάν δεν υποστηρίζεται από το κατάλληλο πλέγμα υπηρεσιών υγείας, που λειτουργούν ως ιστός που προστατεύει και ενδυναμώνει το σύστημα, βελτιώνοντας την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η κρίση του COVID-19 φέρνει ξανά την σημασία της ΠΦΥ και την τοποθέτησή τα στον πυρήνα των συστημάτων υγείας, ανεξαρτήτου τύπου. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού ή του γενικού ιατρού όπως ονομάζεται σε άλλες χώρες φάνηκε πολύ σημαντικός για τη διαχείριση της πανδημίας, αποδεικνύοντας τη χρησιμότητά της χρήσης του ως «φύλακα» για το Σύστημα Υγείας και κρίνεται αναγκαίο να ενισχυθεί περισσότερο στην Ελλάδα, ακολουθώντας παραδείγματα από άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Επίσης ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού θα πρέπει να επαναπροσδιοριστεί και να καθοριστούν υποκατηγορίες στο προσωπικό με αντίστοιχα δικαιώματα ανάλογα με την εκπαίδευσή του και την εμπειρία του. Τέλος η τεχνολογία συνέβαλε σημαντικά στην ενίσχυση του ρόλου της ΠΦΥ και πλέον γίνεται αντιληπτό ότι μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο πληροφόρησης αλλά και πρόληψης και θεραπείας με τη χρήση του κατάλληλου εξοπλισμού, ενώ το m-health βρήκε προσοδοφόρο έδαφος να αναπτυχθεί. Θα πρέπει να αντιμετωπίσουμε τη μεγάλη υγειονομική κρίση που βιώνει ο πλανήτης ως μια ευκαιρία για να επανασχεδιάσουμε τα συστήματα υγείας, να αξιολογήσουμε εκ νέου όσα μέχρι χθες θεωρούσαμε δεδομένα και αποδοτικά, σχεδιάζοντας μια στρατηγική αναβάθμισης και εξέλιξης όλων των υπηρεσιών και των οργανωτικών δομών. Όσο αφορά την ευρωπαϊκή κοινότητα, φαίνεται να χρειάζεται να αναπτυχθεί ένας δημιουργικός διάλογος μεταξύ των χωρών, με εκπροσώπους από το χώρο της υγείας, όπου θα συζητηθεί εκτενώς δεδομένα και εμπειρίες από την ανταπόκριση του εκάστοτε συστήματος στην πανδημία, ώστε να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα που θα επηρεάσουν την εκάστοτε εθνική και κατά

επέκταση ευρωπαϊκή πολιτική για την υγεία και την προαγωγή και ευημερία των Συστημάτων Υγείας στη γηραιά ήπειρο.

Η πανδημία COVID-19 έχει επιτάχυνε τον μετασχηματισμό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) στην πανευρωπαϊκή περιφέρεια, δείχνοντας ότι μπορεί να συμβάλει τόσο στην αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών όσο και να παρέχει βασικές υπηρεσίες. Ως αποτέλεσμα της αβεβαιότητας σχετικά με τη διάγνωση, τη διαχείριση και τη θεραπεία της λοίμωξης COVID-19, οι γενικοί γιατροί, αναγκάστηκαν να βασιστούν στη δική τους κρίση και έπρεπε να μεταμορφώσουν γρήγορα τις υπηρεσίες για να προστατεύσουν τους ασθενείς τους και τους εαυτούς τους. Παρά το γεγονός ότι κατακλύζονταν από καθοδήγηση από πολλές επίσημες πηγές και συνεχώς μεταβαλλόμενες και μερικές φορές αντιφατικές πληροφορίες, ανέφεραν ότι δεν είχαν πρόσβαση στην πρακτική εκπαίδευση. Ως αποτέλεσμα, στράφηκαν στους συναδέλφους τους για ηθική υποστήριξη και πληροφορίες για να προσπαθήσουν να συνηθίσουν την εξ αποστάσεως φροντίδα και να αντιμετωπίσουν την αβεβαιότητα. Σημειώθηκαν βασικές συγκρίσεις μεταξύ των χωρών σε σχέση με τους επίσημους ρόλους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Υπήρχαν ομοιότητες και διαφορές στον τρόπο με τον οποίο οι χώρες ανταποκρίθηκαν στην κατανομή των ρόλων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Όλες οι χώρες προχώρησαν γρήγορα στην παροχή της πλειονότητας των υπηρεσιών διαβουλεύσεων εξ αποστάσεως.

Ο ΠΟΥ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη αυτής της διαδικασίας και στην ανάπτυξη βιώσιμων συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας που υιοθετούν μια πληθυσμιακή προοπτική. Οι προτεραιότητες περιλαμβάνουν τη μείωση των εξόδων που προκύπτουν από την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ορισμένες χώρες, τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση σχετικά με τα μοντέλα καλής πρακτικής στην περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή και τη συμπαραγωγή λύσεων με ασθενείς. Υπάρχουν πολλά πιθανά οφέλη από την πανευρωπαϊκή συνεργασία, καθώς η διευκόλυνση της διασυνοριακής ανταλλαγής γνώσεων είναι ζωτικής σημασίας. Υπάρχει επίσης η ανάγκη για διαρκή επένδυση σε ισχυρή, αξιόπιστη και ασφαλή υποδομή τεχνολογίας πληροφοριών που επιτρέπει στους κλινικούς ιατρούς και τους ασθενείς την ευκαιρία να αναλαμβάνουν εξ αποστάσεως διαβουλεύσεις, ευθυγραμμίζοντας με ασφάλεια τις αρχές προστασίας δεδομένων.

Ο COVID-19 έφερε στο προσκήνιο την πρωτοβάθμια περίθαλψη και την ανάγκη ότι για να διασφαλίσουμε την υγεία των πολιτών, ευρωπαίων και μη στο μέλλον, πρέπει να δώσουμε προτεραιότητα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, πριν από την επόμενη πανδημία.

Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει αλλάξει δραματικά λόγω του COVID-19, παγκοσμίως. Οι κατ' ιδίαν επισκέψεις στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σχεδόν εξαλείφθηκαν στις περισσότερες χώρες, ενώ έγινε μια μετακίνηση προς την τηλεϊατρική και ενισχύθηκε η ικανότητα των ασθενών να συμμετέχουν σε εικονική φροντίδα. Οι εύλογες ανησυχίες σχετικά με την έκθεση στον COVID-19 απείλησαν τους στόχους της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την παροχή προληπτικής διαχείρισης του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας για συνήθεις χρόνιες παθήσεις όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, ο διαβήτης και η υπέρταση και προληπτικές δραστηριότητες όπως ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο και ο εμβολιασμός. Η περίθαλψη επηρεάστηκε περισσότερο μεταξύ των πληθυσμών που διατρέχουν ανάλογα περισσότερο κίνδυνο για COVID και ήταν ανάλογα πιο ανίκανοι να έχουν πρόσβαση σε πόρους για την πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Ωστόσο, παραμένει ασαφές πώς η πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί εποικοδομητικά και βιώσιμα να ανακάμψει από διαταραχές που σχετίζονται με τον COVID-19, να αντιμετωπίσει τις υποκείμενες κοινωνικές ανισότητες που δημιουργούν εμπόδια σε θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς και να μεταμορφωθεί για να αξιοποιήσει τις ευκαιρίες και τις ανάγκες που εμφανίζονται λόγω του COVID-19. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει διατυπωθεί ότι παραμένει ως μια μόνιμα μεταβαλλόμενη με ποικίλους τρόπους, καθώς η πανδημία παραμένει ενεργή στο μεγαλύτερο μέρος του κόσμου. Η πανδημία έχει επισημάνει ευκαιρίες και απειλές για την πρακτική της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όσον αφορά τη ζήτηση και την προσφορά ψηφιακών επισκέψεων, κατ' οίκον νοσηλείας, μετανοσοκομειακής φροντίδας κλπ.

Μέσα από την παρούσα μελέτη προσπάθησε να προσδιοριστούν οι πρακτικές που ακολουθήθηκαν κατά την οργάνωση των δομών όσο και κατά την άσκηση τους επαγγέλματος από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με στόχο να διατηρηθεί ή να βελτιωθεί η πρόσβαση του πληθυσμού σε υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμια περίθαλψη κατά τη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19, να εντοπιστούν οι νέες προκλήσεις στην παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης που έφερε η

πανδημία, να προσδιοριστούν ποιες πτυχές της κλινικής πρακτικής αποτέλεσαν προκλήσεις κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 αλλά και να εντοπιστούν οι παράγοντες που αποτελούν ευκαιρίες για την επιτάχυνση της μετάβασης της παραδοσιακής περίθαλψης σε εναλλακτικούς τομείς φροντίδας, όπως η εικονική περίθαλψη. Η πανδημία επαναπροσδιόρισε τις στρατηγικές φροντίδας που πρέπει να εφαρμοστούν για να αντιμετωπίσουν καλύτερα και οι ανισότητες που εμφανίζονται τον τομέα της υγείας οι οποίες επισημάνθηκαν ή ενισχύθηκαν από την πανδημία.

Η ΠΦΥ, χρειάζεται βελτίωση ως προς την πρόσβαση των πολιτών σε υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμια περίθαλψη, επιταχύνοντας τις δράσεις για την μετάβαση σε εναλλακτικές μορφές παροχής φροντίδας και αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία, στηρίζοντας την κεντρική οργάνωση του συστήματος αλλά με την υποστήριξη και την κατάλληλη δικτύωση με τις περιφερειακές δομές και την λοιπές δομές της κοινωνίας.

8.3 Θέματα για περαιτέρω έρευνα

Η πανδημία έφερε πάλι σε πρώτο θέμα συζήτησης το ρόλο της ΠΦΥ και την αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας. Κάθε κράτος της Ε.Ε., παρά τις ομοιότητες που εμφανίζει ως προς την οργάνωση, δομή και λειτουργία της ΠΦΥ, αντιμετώπισε με διαφορετικό τρόπο την πανδημία covid-19, ως προς την πρόληψη, την αντιμετώπιση και την μείωση της μεταδοτικότητας. Στη παρούσα εργασία αναλύσαμε εμπειριστατωμένα τη λειτουργία των ΚομΥ στα Δωδεκάνησα, παρουσιάζοντας και το σχέδιο υπηρεσιών υγεία για τη νησιωτική χώρα κατά τη πρώτη φάση της πανδημίας. Κρίνεται απαραίτητο να μελετηθούν και οι υπόλοιπες ειδικές κινητές μονάδες υγείας της ηπειρωτικής χώρας και να γίνει μια συγκριτική μελέτη με σκοπό τη περαιτέρω διερεύνηση του επίμαχου θέματος της οργάνωσης της ΠΦΥ και ειδικά απέναντι σε έκτακτες συνθήκες όπως αυτές δημιουργούνται από μια πανδημία όπως ο covid-19.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Αγγελοπούλου, Α. (2020) *Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως μεγαλύτερου αγοραστή και φορέα αποζημίωσης- Πως θα λυθεί το πάζλ για το φάρμακο στην Υγεία*
Ναυτεμπορική, Διαθέσιμο στο:
<https://www.naftemporiki.gr/afieromata/story/1620155/o-rolou-tou-eopyy-os-megaluterou-aporasti-kai-forea-apozimiosis> (προσβάσιμη στις 19-6-2020)
2. Αντωνοπούλου, Λ. (2008) *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία*. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 3 (2): 109-120.
3. Γαλάνης, Π. (2009) *Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26(6): 826-841.
4. Γιανασμίδης, Α. και Τσιαούση, Μ. (2012) *Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1): 106-115.
5. Δημουλάς, Κ. και Οικονόμου, Χ. (2020) *Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα Συστήματα Υγείας, Εκπαιδευτικό Υλικό*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
Διαθέσιμο στο: <https://docplayer.gr/890773-Kefalaio-deytero-i-domi-toy-systimatos-ygeias-stin-ellada-diafainomenes-taseis-kai-politikes.html>
6. Διονυσίου, Π. (2020) *Η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη για βελτιώσεις στα συστήματα υγείας, PWC*. Διαθέσιμο στο:
<https://www.pwc.com.cy/en/articles/articles-2020/polys-dionysiou-article-covid-19-health-care.html> (προσβάσιμη στις 19-9-2021)
7. Ζηλίδης, Χ. (2022) *Αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*.
8. ΗΔΙΚΑ, *Εγχειρίδιο Χρήσης για το Χρήστη Υπεύθυνος Καταχώρησης στο Μητρώο*. Εθνικό Μητρώο Ασθενών COVID-19, Διαθέσιμο στο:
<https://www.2dype.gr/images/dype/mitro.pdf> (προσβάσιμη στις 4-5-2020)
9. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001) *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
10. Θεοφίλου, Π. (2020) *Διοικητική / Οργάνωση Διάρθρωση του Δημοσίου Συστήματος Υγείας. Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων του ΕΣΥ*. Εθνική

Σχολή Δημόσιας Διοίκησης & Αυτοδιοίκησης, Διαθέσιμο στο:

https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/?course=KST_BEID_PDYY124

11. Ιωακείμογλου, Η. (2011) *Υπηρεσίες Υγείας. Από το δημόσιο αγαθό στο εμπόρευμα*. Ινστιτούτο Εργασίας Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης Γ.Σ.Ε.Ε., Διαθέσιμο στο: <http://www.inegsee.gr/ereynesmeletes/meletes/Yphresies-ygeias-aro-todhmosio-agatho-sto-emporeυμα.html> (προσβάσιμη στις 24-6-2021)
12. Καθαράκη, Μ., Φιλντισένιου, Π., Ζέστας, Α. και Οικονομοπούλου, Χ. (2004) *Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Πε.Σ.Υ) Στελέχωση κεντρικής υπηρεσίας. Αξιολόγηση και κριτική*. Διοικητική Ενημέρωση, 29
13. Καλογερόπουλος, Δ. και Χαραλάμπους, Γ. (2019) *Ποιότητα και αποδοτικότητα στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα – Ποιότητα και Αποδοτικότητα στην Υγεία*. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 8 (1)
14. Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β.Σ., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π.Μ., Παπαδάκη, Μ. και Σακελλάρη, Ε. (2015) *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά Συγγράμματα και Βοηθήματα ΣΕΑΒ
15. Καρασσά, Β.Φ. (2006) *Αρχές και μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας*, Ελληνική Ρευματολογία, 17 (4): 289-297.
16. Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Γ. και Φιλαλήθης, Α. (2006) *Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού*. Διοικητική Ενημέρωση, 39
17. Κουφάκης, Α. (2020) *Οργάνωση Νοσοκομείων ΕΣΥ, Εκπαιδευτικές Σημειώσεις, ΕΚΔΔΑ – Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης*. Διαθέσιμο στο: https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/?course=KST_BEID_PDYY124 (προσβάσιμη στις 4-9-2022)
18. Κυριόπουλος, Γ. (2007) *Τα οικονομικά της υγείας. Βασικές έννοιες, αρχές και μέθοδοι*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
19. Κυριόπουλος, Γ. (2022) *Πανδημία – Πως μέσα σε δύο χρόνια χάθηκαν 250.000 χρόνια ζωής στην Ελλάδα, Η Αυγή*, Διαθέσιμο στο: https://www.avgi.gr/koinonia/409007_pos-mesa-se-dyo-hronia-hathikan-250000-hronia-zois-stin-ellada (προσβάσιμη στις 30-3-2022)

20. Μαζαράκη, Η. (2012) *Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό*. *Αχαϊκή Ιατρική*, 31,(1). Διαθέσιμο στο:
http://www.iedep.gr/images/stories/teuxi/issue31_1/Health_Public_Private_Privilege.pdf (προσβάσιμη στις 1-4-2012)
21. Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ. και Σωτηριάδου, Κ. (2011) *Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς*. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 2 (3): 38-43. Διαθέσιμο στο:
<http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/ccf5c2a1caa98ce6873d3fdf8b187228.pdf> (προσβάσιμη στις 1-4-2011)
22. Μανιού, Μ. και Ιακωβίδου, Ε., (2009) *Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα*. Το βήμα του Ασκληπιού, 8 (4) Διαθέσιμο στο: http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2004_09/VA_SP_2_08_04_09.pdf. (προσβάσιμη στις 27-12-2009)
23. Μαρκάκη, Α, Μάρκατζη, Ρ. και Σαρρή, Κ. (2015) *Κοινωνία & Υγεία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Π.Ε.Δ.Υ.* Κρήτη: Πανεπιστήμιο Κρήτης τμήμα Ιατρικής, Διαθέσιμο στο:
https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/16946/mod_resource/content/1/04.%20Protobathmia%20Frontida%20Ygeias_PEDY_2015.pdf (προσβάσιμη στις 27-1-2022)
24. Ματσαγγάνης, Μ. (2006) *Δημόσιος τομέας και δημόσιες πολιτικές*. Αθήνα: Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών τμήμα Διεθνών και Ευρωπαϊκών οικονομικών σπουδών.
25. Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Δ., Μπακόλα, Ε. και Ζυγά, Σ. (2018) *Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης*. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, 35 (4): 549-557
26. Ν. 3868 ΦΕΚ 129/Α/3.8.2010, (2010) *Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης*. Διαθέσιμο στο:
http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n_3868_2010.htm

27. Νικολάου, Χ. (2020) *Covid -19 Εργαστηριακή Διάγνωση. Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ*, Διαθέσιμο στο: https://www.isathens.gr/images/PDFs/eisigisi_Nikolaou.pdf (προσβάσιμη στις 22-9-2021)
28. Ντάνου, Α. και Ντάνου, Σ. (2008) *Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)*. Διοικητική Ενημέρωση, Διαθέσιμο στο: http://www.special-edition.gr/pdf_dioik_enim/pdf_de_51/ntanos%20ntanos.pdf.
29. ΟΟΣΑ (2019) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Health Statistics, Διαθέσιμο στο: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
30. Πάνου, Τ. (2021) *Φορολογική μεταχείριση clawbacks, rebates από τις φαρμακευτικές*. Καθημερινή, Διαθέσιμο στο: <https://www.kathimerini.gr/economy/561585106/forologiki-metacheirisi-clawback-rebates-apo-tis-farmakeytikes/> (προσβάσιμη στις 16-11-2021)
31. Πατελάρου, Ε. και Μπροκαλάκη, Η. (2010) *Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης και Μετα-ανάλυσης, Νοσηλευτή*. 49 (2): 122-130.
32. ΠΟΥ (1947) *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας* [online] Διαθέσιμο στο: <https://unric.org/el/who-%CF%80%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CE%BF%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CE%BFp%CE%B3%CE%B1%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%83-2> (προσβάσιμη στις 16-3-2020)
33. Σπυρόπουλος, Β. (2020) *Νέος κορωνοϊός Sars-CoV-2(Covid-19): Ποιες εξετάσεις υπάρχουν για την ανίχνευση του ιού και ποιες οι διαφορές τους;*. Ιατρική Επίβλεψη, Διαθέσιμο στο: <https://iepvlepsi.gr/%CE%BD%CE%B5%CE%BF%CF%83-%CE%BA%CE%BF%CF%81%CF%89%CE%BD%CE%BF%CF%8A%CE%BF%CF%83-sars-cov-2> (προσβάσιμη στις 16-3-2020)
34. Συμβούλιο της Επικρατείας και Διοικητική Δικαιοσύνη (1997) ΣτΕ 1374/1997, Ελλ.Δνη 1997.1383 επ. Διαθέσιμο στο: http://www.adjustice.gr/webcenter/portal/ste/pageste/epikairota/apofaseis?_afLoop=18560801437785200#!%40%40%3F_afLoop%3D18560801437785200%26centerWidth%3D65%2525%26contentID%3D%26leftWidth%3D0%2525%

26righthWidth%3D35%2525%26showFooter%3Dfalse%26showHeader%3Dtrue%26%20adf.ctrl-state%3Dr28p17_29 (προσβάσιμη στις 16-9-2021)

35. Σύνταγμα της Ελλάδας (1986), *Όπως μεταφέρθηκε στη δημοτική γλώσσα με το Β΄ Ψήφισμα της 6ης Μαρτίου 1986 της ΣΤ΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων και όπως αναθεωρήθηκε με το Ψήφισμα της 6ης Απριλίου 2001 της Ζ΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων, το Ψήφισμα της 27ης Μαΐου 2008 της Η΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων και το Ψήφισμα της 25ης Νοεμβρίου 2019 της Θ΄ Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων*. δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. 187/Α΄/28.11.2019), Διαθέσιμο στο: <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-21/>
36. Τζαναβάρης, Δ. και Αποστολάκης, Ι. (2014) *m-Health και Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας- Η ελληνική και διεθνής πραγματικότητα*, Ιατρική, 103(3):186-201.
37. Τομαράς, Π., (2004) *Το Marketing στο χώρο των υπηρεσιών υγείας*. 31. Αθήνα: Διοικητική Ενημέρωση.
38. Τούντας, Γ.Κ. (2010) *Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας*. ΙΑΣΠΙΣ, Διαθέσιμο στο: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=813>(προσβάσιμη στις 16-7-2010)
39. Υφαντόπουλος, Γ. (2006) *Τα οικονομικά της υγείας Θεωρία και πολιτική*. Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνο
40. Φιλαλήθης, Α. (2021) *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- Χαμένη στον Λαβύρινθο*. Αρχεία Ελληνική Ιατρικής, 38(4): 548-556
41. Χλέτσος, Μ., (2008) *Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές*. Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Ιωάννινων. Διαθέσιμο στο: <https://docplayer.gr/890773-Kefalaio-deytero-i-domi-toy-systimatos-ygeias-stin-ellada-diafainomenes-taseis-kai-politikes.html>

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΗ

42. Advisory Council on the Assessment of Developments in the Health Care System (2014) *Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und aus-gewählte Leistungsbereiche*.
43. Agency PaMD. (2020) *PMDA's Efforts to Combat COVID-19*. [online] Available at: <https://www.pmda.go.jp/english/about-pmda/0002.html> (Accessed 10-10-2021)
44. Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (2020) *Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19*. Instant REPORT 17.
45. Baladubramanian, A., MRCS, MMED, Paleri, V., Bennett, R., Paleri, V. (2020) *Impact of Covid-19 on the mental health of surgeons and coping strategies*. Head Neck, doi: 10.1002/hed.26291
46. Balog, J. E. (1981). *The concept of health and the role of health education*. *The Journal of School Health*. 9: 462-464
47. Bauer, W. W. and Schaller, W. E. (1955). *Your Health Today*. New York: Harper and Row. 2nd Edition.
48. Belligoni, A. (2021) *Italy once overwhelmed by Covid -19 turns to a health pass and stricter measures to contain virus*. The Conversation, Academic rigour, journalist flair, Available at: <https://theconversation.com/italy-once-overwhelmed-by-covid-19-turns-to-a-health-pass-and-stricter-measures-to-contain-virus-165457>
49. Binkin, N., Michieletto, F., Salmaso, S., Russo, F. (2020). *Protecting our health care workers while protecting our communities during the COVID-19 pandemic: A comparison of approaches and early outcomes in two Italian regions*. MedRxiv. Available at: <https://doi.org/10.1101/2020.04.10.20060707>
50. Bo, H-X, Li W., Yang, Y., et al. (2021) *Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China*. Psychol Med 2020, doi: 10.1017/S0033291720000999
51. Boerma, W., Rico, A. and Saltman, R. (2006), *Primary Care in the Driver's seat?*, *European Observatory on Health. Systems and Policies Series*. Open University Press.

52. Boruchovitch, E., Mednick, R.B. (2002) *The meaning of health and illness: some considerations for health psychology*. Psico-USF, 7 (2): 175-183.
53. Bruno-Murtha, LA, Osgood, R, Lan FY, et al. (2021) *SARS-CoV-2 antibody seroprevalence after the first wave among workers at a community healthcare system in the Greater Boston area*. Pathog Glob Health, 115: 331- 334.
54. Burki, T. (2020) *Global shortage of personal protective equipment*. Lancet Infect Dis. 20(7):785-786. [e-journal] doi:10.1016/S1473-3099(20)30501-6
55. Caruso, E. and Dirindin, N. (2012) *Health Care and Fiscal Federalism: Paradoxes of Recent Reforms in Italy*. Politica Economica, 28 (2): 169-96.
56. Checkland, K, Harrison, S. (2010) *The impact of the Quality and Outcomes Framework on practice organisation and service delivery: summary of evidence from two qualitative studies*. Qual Prim Care, 18:139–46.
57. Chevreur, K., Brigham, B.K., Durand-Zaleski, I., Hernandez-Quevedo, C. (2015) *France: Health System Review, Health Syst Transit*. 17(3):1-218, xvii, PMID: 26766545
58. Clyde, A., Warden, Antony, R., Warden, Stephen, Chi-Tsun, Huang. and Judy, F. Chen. (2021) *Population Health Management, Apr 2021*.182-189. Available at: <http://doi.org/10.1089/pop.2020.0083>
59. Coronaviridae Study Group of the International Committee on Taxonomy of Viruses (2020) *The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2*. Nat Microbiol. [e-journal] 5(4): 536–544, doi: 10.1038/s41564-020-0695-z
60. Curry, N. and Langins, M. (2020) *What measures have been taken to protect care homes during the COVID-19 crisis? COVID-19 Health System Response Monitor – Cross-Country Analysis*. WHO, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies, [online] <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hcrm/analyses/hcrm/what-measures-have-been-taken-to-protect-care-homes-during-the-covid-19-crisis>
61. Cyranoski, D. (2020) *What China’s coronavirus response can teach the rest of the world, Nature*. Available at: [online] <https://www.nature.com/articles/d41586-020-00741-x>

62. Danhieux, K., Buffel, V., Pairon, A., et al (2020) *The impact of COVID-19 on chronic care according to providers: a qualitative study among primary care practices in Belgium*. BMC Fam Pract., 21(1): 255.
63. Davies, S. and Nolan, M. (2006) *Making it better: self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes: a qualitative study*. Int J Nurs Stud., 43(3): 281–91.
64. Delgado-Bernal, Armesto-Garcia, S., Oliva, J., Matines, S.I.G., Repullo, E.J., et. al (2018) *Spain Health system review, Health Systems in Transition*. vol. 20, No.2, Available at:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/378620/hit-spain-eng.pdf
65. Desborough, J, Hall., Dykgraaf, S., de Toca, L., et al. (2020) *Australia's national COVID-19 primary care response*. Med J Aust, 213(3):104-106.
66. Dolfman, M. L. (1974). *Toward operational definitions of health*. The Journal of School Health, 44, (4), 206-209
67. Donatini, A. (2020) *International Health Care System Profiles: Italy*. The Commonwealth Fund, Available at:
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/italy>
68. Doran, T., Fullwood, C., Kontopantelis, E., Reeves, D. (2008) *Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework*. Lancet, 372(9640):728–736.
69. Dubos, R. (1965). *Man Adapting*. New Haven: Yale University Press Edition. New York: Harper and Brothers.
70. Dunlop, C., Howe, A., Li, D., Allen, LN. (2020) *The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response*. BJGP Open, 4(1): Available at: [bjgpopen20X101041](https://doi.org/10.1016/j.bjgpopen.2020.10.041).
71. Džakula, A., Banadinović, M., Lovrenčić I.L. et al (2022) *A comparison of health system responses to COVID-19 in Bulgaria, Croatia and Romania in 2020*. Health Policy, ISSN 0168-8510, DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.02.003>.

72. Eslani, P., Kalhori, N.R.S. and Taheriyani, M. (2021) *eHealth solutions to fight against COVID-19: A scoping review of applications*. Med J Islam Repub Iran 35Q43
73. European Commission (2019) *Joint Report on Health Care and Long -Term Care Systems & Fiscal Sustainability*. Country Documents 2019, European Economy, 105. Available at:
https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/economy-finance/ip105_en.pdf
74. European Commission (2020) *Joint European Roadmap towards lifting COVID-19 containment measures*. p. 1–11., Available at:
https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_-_a_european_roadmap_to_lifting_coronavirus_containment_measures_0.pdf.
75. European Commission . (2020). *2020 European semester: Country report—Italy*. Available at: https://ec.europa.eu/info/publications/2020-european-semester-country-reports_en
76. Federal Ministry of Health (2011) *Social Code Book V – Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung*. Berlin: Federal Ministry of Health.
77. Ferré, F., Giulio de Belvis, A., Valerio, L., Longhi, S. et. (2014) *Italy: Health System Review, Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies, Available at:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141626/HiT-16-4-2014-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
78. Garattini, L., Badinella, M.M. and Zanetti, M. (2021) *More room for telemedicine after COVID-19: lessons for primary care?* Eur J Health Econ. 22(2): 183–6. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01248-y>.
79. Garber, AM. (2021) *Learning from excess pandemic deaths*. JAM, **325**: 1729. [doi:10.1001/jama.2021.5120](https://doi.org/10.1001/jama.2021.5120)
80. Garber, AM. (2021) *Learning from excess pandemic deaths*. JAMA. **325**: 1729. [doi:10.1001/jama.2021.5120](https://doi.org/10.1001/jama.2021.5120)
81. Gennaro, Mazza, M., De Lorenzo, R., Conte, C., et al.(2020) *Anxiety and depression in COVID-19 survivors: role of inflammatory and clinical predictors*. Brain Behavior & Immunity, 89: 594–600, doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037.

82. German Medical Association (2012). *Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung 2012*.
83. Giannopoulou, I. and Tsobanoglou, O.G. (2020) *COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system*. Ir J Psychol Med, 14: 1-5, doi: 10.1017/ipm.2020.35
84. Gibson, DM., Greene, J. (2020) *State actions and shortages of personal protective equipment and staff in U.S. Nursing Homes*. J Am Geriatr Soc, 68(12): 2721–6.
85. Gidding, H.F., Machalek, D.A., Hendry, A.J., et al. (2021) *Seroprevalence of SARS-CoV-2-specific antibodies in Sydney after the first epidemic wave of 2020*. Med J Aust, 214: 179- 185
86. Gorbalenya, A. E., Lauber, C. and Siddell, S. (2019) *Taxonomy of Viruses, in Reference Module in Biomedical Sciences*. doi: 10.1016/B978-0-12-801238-3.99237-7.
87. Gordon, A.L., Goodman, C., Achterberg, W., Barker, R.O., Burns, E., Hanratty, B., et al. (2020) *Commentary: COVID in care homes—challenges and dilemmas in healthcare delivery*. Age Ageing, 49(5): 701–5.
88. Gray, R. Sanders, C. Garattini, L., Badinella, Martini, M., Zanetti, M. (2021) *More room for telemedicine after COVID-19: lessons for primary care?*. Eur J Health Econ, 22(2): 183–6. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01248-y>. J Interprof;34(5):672–8.
89. Gray, R. and Sanders, C. (2020) *A reflection on the impact of COVID-19 on primary care in the United Kingdom*. J Interprof Care, 34(5): 672–8.
90. Griffiths, P., Murrells, T., Maben, J., Jones, S., Ashworth, M. (2010) *Nurse staffing and quality of care in UK general practice*. Br J Gen Pract, 60: 36–48.
91. Guthrie, B. and Wyke, S. (2006) *Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter*. BMC Fam Pract, 7:11.
92. Halpin, S.J., McIvor, C., Whyatt, G., et al. (2021) *Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation*. J Med Virol 2021, doi: 10.1002/jmv.26368.

93. Hammouche, S., Holland, R. and Steel, R. (2011) *Does the quality of care for hypertension in primary care vary with postcode area deprivation? An observational study.* *BMC Health Serv Res.* 11:297.
94. Hanna, K., Giebel, C., Cannon, J. et al. (2022) *Working in a care home during the COVID-19 pandemic: How has the pandemic changed working practices? A qualitative study.* *BMC Geriatr* 22, 129. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02822-0>
95. He, Z., Ren, L., Yang, J., et al. (2021) *Seroprevalence and humoral immune durability of anti-SARS-CoV-2 antibodies in Wuhan, China: a longitudinal, population-level, cross-sectional study.* *Lancet.* 397: 1075- 1084.
96. Hinkle, L. E. (1961). *Ecologic observations of the relation of physical illness, mental illness and social environment.* *Psychosomatic Med.*, 23 (4), 289-290
97. Holstiege, J., Akmatov, M.K., Kohring, C. et al (2021) *Patients at high risk for a severe clinical course of COVID-19 — small-area data in support of vaccination and other population-based interventions in Germany.* *BMC Public Health* 21, 1769. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11735-3>
98. Hopkins, J. (2020) *Tests that have been approved for research or surveillance purposes only* Available at:
<https://www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/serology/Serology-based-tests-for-COVID-19.html#sec4>
99. Hopkins, J. Coronavirus Resource Center, [online] Available at:
<https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
100. Hoyman, H. (1962). *Our modern concept of health.* *Journal of School Health.* 32: 253
101. Huang, L., Lin, G., Tang, L. et al. (2020) *Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic.* *Crit Care* 24, 120. DOI:
<https://doi.org/10.1186/s13054-020-2841-7>
102. Invitalia (2020). *Arcuri: con gli incentivi #curaitalia approvati 30 progetti per 13,6 milioni di investimenti (Arcuri: with incentives from Cura Italia decree, approved 13,6 million of Euro for 30 projects).* *Iviitalia*, Available at:
<https://www.invitalia.it/chi-siamo/area-media/notizie-e-comunicati-stampa/conferenza-stampa-commissario-straordinario-4-aprile>

103. International Insurance (2020) Italian Healthcare System in Italy- Servizio Sanitario Nazionale, [online] Available at:
<https://www.internationalinsurance.com/health/systems/italy.php>
104. Iversen, T. (2004) *The effects of a patient shortage on general practitioners' future income and list of patients*. Journal of Health Economics, 23:673–94.
105. Jarman, B., Gault, S., Alves, B., Hider, A., Dolan, S., Cook, A., Hurwitz, B., Iezzoni, L. (1999) *Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data*. BMJ, 318: 1515–1520
106. Kaitelidou, D. and Kouli, E. (2012) *Greece: The health system in a time of crisis*. Eurohealth, 12-14.
107. Kassenärztliche, Vereinigung, Baden, Württemberg. (2009) *Die Kassenärztliche Vereinigung zwischen Sicherstellungsauftrag und Ärztemangel – Wie funktioniert die Bedarfsplanung in der ambulanten medizinischen Versorgung*;. Baden Württemberg: Kassenärztliche Vereinigung Baden Württemberg.
108. Khan, S.K., Kunz, R., Kleijnen, J., Antes, G. (2003) *Five steps to conducting a systematic review*. Journal of the Royal Society of Medicine, 96: 118-121
109. Knieps, F., Amelung, V.E. and Wolf, S. (2012) *Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen - Grundlagen, Definition, Problemanalyse. Gesundheits- und Sozialpolitik*. 6: 8–19.
110. Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., et al. (2013) *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. Br J Gen Pract., 63 (616): 742–50.
111. Kringos, D.S., Boerma, W.G.W., Hutchinson, A., Saltman, R.B. (2015) *Building primary care in a changing Europe*. In: Edited by Series. 38 OS. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
112. Krinke K.S., Tangermann, U., Amelung, V.E., Krauth, C. (2019) *Public preferences for primary care provision in Germany – a discrete choice experiment*. MC Fam Pract 20, 80 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12875-019-0967-y>
113. Lagu, T., Werner, R. and Artenstein, A.W. (2020) *Why don't hospitals have enough masks? Because coronavirus broke the market*. [online] Available at:

<https://www.washingtonpost.com/outlook/2020/05/21/why-dont-hospitals-have-enough-masks-because-coronavirus-broke-market>

114. Langins, M, Curry, N., Lorenz-Dant, K., Comas-Herrera, A., Rajan, S. (2020) *The COVID-19 pandemic and long-term care: what can we learn from the first wave about how to protect care homes*. Eurohealth, vol 2
115. Laurent, M., Reeves, D., Hermens, R., Braspenning, J., Grol, R., Sibbald, B. (2005) *Substitution of doctors by nurses in primary care*. Cochrane Database Syst Rev (2):CD001271
116. Lavine, J.S., Bjornstad, O.N. and Antia, R. (2021) *Immunological characteristics govern the transition of COVID-19 to endemicity*. *Science*, 371: 741- 745.
117. Lester, H., Matharu ,T., Mohammed, M., Lester, D., Foskett-Tharby, R. (2013) *Implementation of pay for performance in primary care: a qualitative study 8 years after introduction*. *Br. J. Gen Pract*, 63(611): 408-48, doi: 10.3399/bjgp13X668203
118. Lewis, A. (1953). *Health as a social concept*. *British Journal Society*. (4): 110-115.
119. Liu, Y.C., Kuo, R.L. and Shih, S.R. (2020) *COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history*. *Biomedical Journal*, vol. 43(4): 328-333. <https://doi.org/10.1016/j.bj.2020.04.007>
120. Macinko, J., Starfield, B., and Shi, L. (2003) *The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within OECD Countries, 1970–1998*. *Health Serv Res.*, June; 38(3): 831–865.
121. Macinko, J., Starfield, B., Erinosh, E. (2009) *The impact of primary health care on population health in low-and middle-income countries*. *J Ambul Care Manage*, 32: 150-171
122. Magrath, P. and Nichter, M. (2012) *Paying for performance and the social relations of health care provision: an anthropological perspective*. *Soc Sci Med*, 75(10): 1778–1785.
123. Majeed, A., Maile, EJ. And Bindman, AB. (2020) *The primary care response to COVID-19 in England’s National Health Service*. *J R Soc Med*;113(6): 208–10.

124. Maltezou, H.C., Katerelos, P. and Mavrouli, M., et al. (2011) *Seroepidemiological study of pandemic influenza H1N1 following the 2009-2010 wave in Greece. Vaccine*. 29: 6664- 6669.
125. Maltezou, H.C., Theodoridou, K. and Poland, G. (2020) *Influenza immunization and COVID-19. Vaccine*, 38: 6078- 6079.
126. Maltezou, H.C., Krumbholz, B., Mavrouli, M., Tseroni, M., Gamaletsou, M., et al. (2021) *A study of the evolution of the third COVID-19 pandemic wave in the Athens metropolitan area, Greece, through two cross-sectional seroepidemiological surveys*, *Journal of Medical Virology*, <https://doi.org/10.1002/jmv.27465>
127. Middleton, E. and Baker, J. (2003) *Comparison of social distribution of immunisation with measles, mumps, and rubella vaccine, England, 1991–2001. BMJ*, 326: 854.
128. Miller, M.A., Viboud, C., Balinska, M., Simonsen, L. (2009) *The signature features of influenza pandemics—implications for policy. New Engl J Med.*, 360: 2595- 2598
129. Moore, S. (2021) *History of COVID-19, News Medical Life Science*. [online], Available at: <https://www.news-medical.net/health/History-of-COVID-19.aspx>
130. MSSSI (2016). *National primary health care information system – SIAP [Sistema de información de atención primaria – SIAP]*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad , Available at: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>
131. MSSSI (2017). *National Health System Key Indicators, Madrid*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Available at: <http://inclasns.msssi.es/main.html>
132. Mughal, F., Hossain, MZ., Brady, A., Samuel, J., Chew-Graham, CA. (2021) *Mental health support through primary care during and after covid-19. BMJ*. 373:1064.
133. Nalleballe, K, Reddy, Onteddu, S., Sharma, R., et al. (2020) *Spectrum of neuropsychiatric manifestations in COVID-19. Brain Behavior & Immunity*, 88: 71–74, doi: 10.1016/j.bbi.2020.06.020

134. National Public Health Organization. (2021) *Daily reports of epidemiological surveillance of SARS-CoV-2 infections (COVID-19)*. Available at: <https://eody.gov.gr/neos-koronaios-covid-19/>
135. Neumann, K., Gierling, P. and Dietzel, J. (2014) *Gute Praxis in der ambulanten Versorgung. Anregungen für Deutschland auf Basis internationaler Beispiele*.
136. NHS Information Centre (2006-2007) *UK General Practice Workload Survey*. Available at: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/gp-earnings-and-expenses-estimates/gp-workload-survey-results>
137. Nolte, E. (2010) *International benchmarking of healthcare quality: a review of the literature Rand Published Research*. Available at: https://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR738.html
138. O'Dowd, A. (2020) *Covid-19: care home deaths in England and Wales rise sharply*. *BMJ*, 369:1727
139. Oberteuffer, D. (1960). *School Health Education*. 3rd
140. OECD (2016). *OECD Health Data, Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development*. Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
141. OECD (2019) *State of Health in the EU: France Country Health Profile*. European Observatory on Health Systems and Policies, Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_fr_english.pdf
142. OECD (2020) *Health Policy Studies 2020. Realising the potential of primary health care*. DOI: <https://doi.org/10.1787/a92adee4-en>.
143. OECD (2021) *Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic*. Available at: <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-the-frontline-how-primary-health-care-helps-health-systems-adapt-during-the-covid-19-pandemic-9a5ae6da>
144. Oxman, A., Sackett, D., Chalmers, I., Prescott, T. (2005) *A surrealistic meta-analysis of redisorganization theories*. *J R Soc Med*, 98:563–8

145. Park, S., Elliott, J., Berlin, A., Hamer-Hunt, J., Haines, A. (2020) *Strengthening the UK primary care response to covid-19*. *BMJ*, 370: 3691.
146. Parsons, T. (1958). *Definitions of health and illness in the light of American values*. In Jaco E. F. (Ed.). *Patients, Physicians, and Illness*. Glencoe: The Free Press.
147. Pavolinia, E., León, N., Guillénc, A. M., Ugo Ascoli, U. (2015). *From austerity to permanent strain? The EU and welfare state reform in Italy and Spain*. *Comparative European Politics*, 13(1): 1–21.
148. Paz, C., Mascialino, G., Adana-Díaz, L., et al. (2020) *Anxiety and depression in patients with confirmed and suspected COVID-19 in Ecuador*. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74: 554–55, doi: 10.1111/pcn.13106
149. Primary Care Development Corporation (PCDC) (2020) *PCDC report: many NYC areas most affected by COVID-19 have low primary care access*. Primary Care Development Corporation. Available at: <https://www.pcdc.org/nyc-covid19-primary-care-access/>.
150. Puthumana, J., Egilman, A.C., Zhang, A.D., Schwartz, J.L., Ross, J.S. (2021) *Speed, evidence, and safety characteristics of vaccine Intern Med approvals by the US Food and Drug Administration*. *JAMA*; 181: 559- 560.
151. Richards, S., Pound, P., Dickens, A., Greco, M., Campbell, J. (2007) *Exploring users' experiences of accessing out-of-hours primary medical care services*. *Qual Saf Health Care*, 16: 469–77.
152. Roemer, M. (1993). *National Health Systems of the World*. The Issues. Oxford University
153. Rogers, J.P., Chesney, E., Oliver, D., et al. (2020) *Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic*. *Lancet Psychiatry*, 7: 611–27, doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0
154. Roland, M. (2004) *Linking physicians' pay to quality of care — a major experiment in the United Kingdom*. *N Engl J Med*, 351 (14): 1448–1454
155. Roland, M., Guthrie, B. and Thomé, C.D. (2012) *Primary Medical Care in the United Kingdom*. *The Journal of the American Board of Family Medicine* March, 25 (Suppl 1) S6-S11, DOI: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2012.02.110200>

156. Russell, R.S. (2021) *Virus, vaccines, and variants*. *Viral Immunol*, 34: 129.
157. Sagan, A. and Thompson, A. (2016) *Voluntary Health Insurance in Europe, Country experience*. WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies.
158. Schlette, S., Lisac, M. and Blum, K. (2009) *Integrated primary care in Germany: the road ahead*, *International Journal of Integrated Care*. *International Journal of Integrated Care*, 9(2), DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.311>
159. Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., Applebaum, S. (2011) *Commonwealth Fund International Health Policy Survey, New 2011 Survey of Patients with complex care needs in eleven countries find that care is often poorly coordinated*. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/journal-article/2011/nov/new-2011-survey-patients-complex-care-needs-eleven-countries>
160. Schreyögg, J. and Grabka, M.M. (2010) *Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach*. *European Journal of Health Economics*, 11: 331–341.
161. Segre, M. and Ferraz, F. C. (1997). *O conceito de saúde*. *Revista de Saúde Pública*. 31 (5): 538-42
162. Seong, H., Hyun, J.H., Yun, G.J., Noh, Y.J., Cheong, J.H. et.al. (2021) *Comparison of the second and third waves of the COVID-19 pandemic in South Korea: Importance of early public health intervention*. *International Journal of Infectious Diseases*, 104: 742-745, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.02.004>
163. Smith, J., Walshe, K. and Hunter, D. (2001) *The redisorganisation of the NHS*. *BMJ*, 323: 1262–3.
164. Smith, V., Devane, D., Begley, M.C., Clarke, M. (2011) *Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare inventions*. *BMC Medical Research Methodology*, 11: 15, Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/15>
165. Smyrnakis, E., Symintridou, D., Andreou, A., Dandoulakis, M., Theodoropoulos, E., Kokkali, S., Manolaki, C., Papageorgioly, I.D., Birtsoy, C., Paganas, A., Stachteas, P., Vlachopoulos, N., Pagkozidis, I., Zeimbekis, A.,

- Roka, V., Giakoumis, A., Kotsani, M., Avakian, I., Makridou, E., Gavana, M., Haidich, A.B., Avgerinou, C. (2021) *Primary care professionals' experiences during the first wave of the covid -19 pandemic in Greece: a qualitative study*. BMC Family Practice, Available at:
<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-021-01522-9>
166. Starfield, B. (1998), *Primary Care, Balancing Health Needs, Services and Technology*. Oxford University Press.
167. Starfield, B. (2003) *Primary and specialty care interfaces: the imperative of disease continuity*. British Journal of General Practice: September Volume 53, Number 494 pages: 723-729
168. Stefanelli, P., Bella, A., Fedele, G., et al. (2021) *Prevalence of SARS-CoV-2 IgG antibodies in an area of northeastern Italy with a high incidence of COVID-19 cases: a population-based study*. Clin Microbiol Infect.; 27: 633.- 633.
169. Stordeur, L. and Roberfroid, (2009) *Association between physician density and health care consumption: a systematic review of the evidence*. Health policy, 91: 121-134.
170. Symanski, E., Ensor, K.B., Piedra, P.A., et al. (2021) *Population-based estimates of SARS-CoV-2 seroprevalence in Houston, TX as of September 2020*. J Infect Dis, 224 (10): 1649– 1657. DOI: [doi:10.1093/infdis/jiab203](https://doi.org/10.1093/infdis/jiab203)
171. Taquet, M. Luciano, S., Geddes, R.J., Harrison, J.P. (2021) *Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA*. Lancet Psychiatry, 8: 130-140, DOI: [doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
172. The Book Azzurro (2020) *Il Libro Azzurro*. [online book] Available at:
<https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>
173. The Commonwealth Fund. (2012) *International Survey of Primary Care Doctors*. Available at:
<https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2012/nov/2012-commonwealth-fund-international-survey-primary-care-doctors>
174. Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., Wharton, A.G. (2020) *International Health Care System Profiles: Italy, International Profiles*. The Commonwealth Fund, Available at:

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/italy>

175. Tillich, P. (1961) *The meaning of Health, Perspectives in Biology and Medicine*. Johns Hopkins University Press, volume 5, (1): 92-100, doi: 10.1353/pbm.1961.0011
176. Tomos, I., Kostikas, K., Hillas, G., Bakakos, P., Loukides, S. (2020) *Primary care and COVID-19: cutting the Gordian knot - the Greek experience and algorithm*. ERJ Open Res, 6 (3): 00468–2020.
177. Toth, F. (2014) *Health Care Regionalization in Italy*. Conference Paper: 23rd World Congress of Political Science Montréal. Panel: Comparative Health Care Federalism: Competition and Collaboration in Multistate Systems.
178. Trumello, C., Bramanti, S.M., Ballarotto, G., Candelori, C., Cerniglia, L., Cimino, S., et al. (2020) *Psychological adjustment of healthcare workers in Italy during the COVID-19 pandemic: differences in stress, anxiety, depression, burnout, secondary trauma, and compassion satisfaction between frontline and non-frontline professionals*. Int J Environ Res Public Health, 17(22): 8358.
179. Usuelli, M. (2020) *The Lombardy region of Italy launches the first investigative COVID-19 commission*. Lancet, 396 (10262): 86-87. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32154-1
180. Van, Doorslaer, E. and Koolman, X. (2004) *Explaining the Differences in Income Related Health Inequalities Across European Countries*. Health Economics, 13(7): 609–28.
181. Van, Loenen., T., van den Berg, M.J., Heinemann, S. et al. (2016) *Trends towards stronger primary care in three western European countries; 2006-2012*. BMC Fam Pract 17, 59. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0458-3>
182. Walton, M., Murray, E. and Christian, MD. (2020) *Mental health care for medical staff and affiliated healthcare workers during the COVID-19 pandemic*. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care, 9(3): 241–7.
183. Wanat, M., Hoste, M., Gobat, N., Anastasaki, M., et al. (2021) *Transformation of primary care during the COVID-19 pandemic: experiences of healthcare professionals in eight European countries*. British Journal of General Practice, [e-journal] 71 (709): pp.634-642. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1112>

184. Wang, S., Wen, X., Dong, Y., Liu, B., Cui, M. (2020) *Psychological influence of coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on the general public, medical workers, and patients with mental disorders and its countermeasures*. *Psychosomatics*, 61(6):616–24.
185. Weinstein, E., Ragazzoni, L., Burkle, F., Allen, M., Hogan, D., Della, CF (2020) *Delayed primary and specialty care: the coronavirus disease-2019 pandemic second wave*. *Disaster Med Public Health Prep*, 14(3): 19–21.
186. Weitzel, T., Legarraga, P., Iruretagoyena, M., Pizarro, G., Vollrath, V., Araos, R., et al. *Head-to-head comparison of four antigen-based rapid detection tests for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples*. bioRxiv. 2020:2020.05.27.119255.
187. WHO (2019) *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>
188. WHO (2020) *COVID-19 strategic preparedness and response plan, country preparedness and response status for COVID-19*. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331921/Primary-care-COVID-19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
189. WHO (2010) *European Health for All Database (HFA-DB)* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
190. WHO (2006) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York, 19-22 June, 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Available at: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
191. Williams, J. F. (1946). *Personal hygiene applied*. Philadelphia: W B Saunders.
192. Williamson, EJ., Walker, AJ., Bhaskaran, K., Bacon, S., Bates, C., Morton, CE., et al (2020) *Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY*. *Nature*, 584(7821): 430–6. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2521-4>.
193. WHO (1947) *Chronical of WHO*. World Health Organization 1: 1-2

194. WHO (1978) *Who called to return to the Declaration of Alma Ata, International Conference on primary health care*. World Health Organisation
Available at: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>
195. WHO (1996) *Health care systems in transition*. World Health Organization Regional Office for Europe. Copenhagen
196. WHO (2006) *Working together for health*. The World Health Report.
https://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf
197. WHO (2008), *The World Health Report 2008 - Primary Health Care: Now More Than Ever*. World Health Organization. [online]
https://reliefweb.int/report/world/world-health-report-2008-primary-health-care-now-more-ever?gclid=CjwKCAiAh_GNBhAHEiwAjOh3ZFgkAgaMKXZCmVQVjt5OrXMfcUrRsGuwITkY13b62OgS3tAnH8-8xoC5lsQAvD_BwE
198. WHO (2010) *The world health report: health systems financing: the path to universal coverage*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>
-
199. WHO (2014) World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Ferré, Francesca, de Belvis, Antonio, G., Valerio, Luca. et al. (2014). *Italy: health system review*. World Health Organization. Regional Office for Europe.
Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/141626>
200. WHO (2020) *Role of primary care in the COVID-19 response*. World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. Available at:
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>
201. WHO (2021) *Weekly epidemiological update on COVID-19 – 5 October 2021*. World Health Organization. Available at:
<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---9-november-2021>
202. Wu, F., Zhao, S., Yu, B., Chen, Y.M., Wang, W., Song, Z.G., et al. (2020a) *A new coronavirus associated with human respiratory disease in China*. Nature, 579: 265-269.
203. Wu, X., Nethery, R. C., Sabath, M. B., Braun, D., Dominici, F. (2020b). *Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States: A*

nationwide cross-sectional study. DOI:

<https://doi.org/10.1101/2020.04.05.20054502>.t

204. Xu, Z., Ye, Majeed, A., Maile, EJ., Bindman, AB. (2020a) *The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service*. J R Soc Med, 113(6): 208–10.
205. Xu, Z., Ye, Y., Wang, Y., et al (2020b) *Primary care practitioners' barriers to and experience of COVID-19 epidemic control in China: a qualitative study*. J Gen Intern Med, 35(11): 3278–84.
206. Zhou, Y., Yang, Q., Chi, J., Dong, B., Lv, W., Shen, L., et al (2020) *Comorbidities and the risk of severe or fatal outcomes associated with coronavirus disease 2019: a systematic review and meta-analysis*. Int J Infect Dis. 99: 47–56. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.07.029>
207. Zhu, N., Zhang, D., Wang, A., Li, Z., Yang, B., Song, J. et al. (2020) *A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019*. N Engl J Med, 382: 727-733.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

208. Coronavirus (COVID-19) infection control for care providers, Available at:
<https://www.scie.org.uk/care-providers/coronavirus-covid-19/infection-control/quick-guide>
209. Coronavirus disease (COVID-19): Masks, Available at:
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-masks>
210. COVID Data Tracker. Centers for Disease Control and Prevention. Available at: <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#demographics>,
<https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#datatracker-home>
211. Covid-19 Socio-Economic Impact, Available at:
<https://www.undp.org/coronavirus/socio-economic-impact-covid-19>
212. Discovery health Services (2020) Public Health Crisis Solutions by DHS. [online] Available at: <https://discoveryhealthofca.com/rapid-antigen-test-for-covid-19-worth-the-hype/>
213. European Commission (2020) *European Health Insurance Cart*. [online] Available at: https://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/el_healthreply_el.pdf (Accessed 10-10-2021)
214. European Commission (2021) EU Digital COVID Certificate. [online] Available at: <https://reopen.europa.eu/en> (Accessed 21-12-2021)
215. European Commission (2022). New rules on the validity of EU Digital COVID Certificate and the coordination of safe in th EU. [online] Available at: <https://reopen.europa.eu> (Accessed 24-1-2022)
216. European Council of the European Union. (2021) 10 things the EU is doing to fight COVID-19 and ensure recovery. [online] Available at: <https://www.consilium.europa.eu/en/policies/coronavirus/10-things-against-covid-19/> (Accessed 21-12-2021)
217. Factsinbrief (2019) [online] Διαθέσιμο στο:
<https://www.factsinbrief.com/el/2019/05/02/%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%B1-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9-%CF%84%CE%B1-%CE%B4%CF%89%CE%B4%CE%B5%CE%BA%CE%AC%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B1/> (προσβάσιμη στις 2-5-2019)

218. GOV (2020) Ειδικές Κινητές Μονάδες Υγείας (ΚΟμΥ Νοσηλευτών) για την υποστήριξη των δομών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) του Ε.Σ.Υ. Διαθέσιμο στο: <https://covid19.gov.gr/idikes-kinites-monades-ygias-komy-nosilefton-gia-tin-ypostirixi-ton-domon-tis-protovathmias-frontidas-ygias-pfy-tou-e-s-y/>
219. GOV (2020) Νομοθεσία για τον Covid-19. Διαθέσιμο στο:<https://covid19.gov.gr/nomothesia-gia-ton-covid-19/>
220. Greece: Transforming primary health care during the pandemic, Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/511800/primary-health-care-Greece-eng.pdf
221. Health Management (2010) The Healthcare System in France. [online] Available at: <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/the-healthcare-system-in-france>(Accessed 10-10-2010)
222. How have GP practices adapted to the COVID-19 pandemic?, <https://arc-w.nihr.ac.uk/research/projects/collecting-rapid-covid-19-intelligence-to-improve-primary-care-response/>
223. Johns Hopkins Center for health Security Covid 19 Testin Toolkit (2021) Serology tests for Covid-19. [online] Available at: <https://www.centerforhealthsecurity.org/resources/COVID-19/serology/Serology-based-tests-for-COVID-19.html#sec4>
224. Keep talk in Greece (2020) *Lockdown Greece: Citizens can get ‘E-PRESCRIPTION’ on mobile or email.* [online] Available at:<https://www.keeptalkinggreece.com/2020/03/28/greece-eprescription-doctors-patients-pharmacists-coronavirus/> (Accessed 29-3-2020)
225. Lesvos news. (2020) Αερομεταφορές σε κάψουλες, πλωτές διακομιδές και κινητές μονάδες. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.lesvosnews.net/articles/news-categories/toyrismos/aerometafores-se-kapsoyles-plotes-diakomides-kai-kinites-monades> (προσβάσιμη στις 12-6-2020)
226. MyLab (2020) Γενικές οδηγίες για τη χρήση Rapid test Αντιγόνου SARS-CoV-2 (Ag-RDTs) βάση των οδηγιών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.mylab.gr/blog/95-%CE%B3%CF%81%CE%AE%CE%B3%CE%BF%CF%81%CE%B1-%CF%84%CE%B5%CF%83%CF%84->

- %CE%B1%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%B3%CF%8C%CE%BD%CE%BF
%CF%85-covid-19-rapid-test
227. NHS England, General practice (GP). [online] Available at:
<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/general-practitioner-gp/general-practice-gp>
228. NHS England, Primary care networks. [online] Available
at:<https://www.england.nhs.uk/primary-care/primary-care-networks/>
229. NHS England, Primary care services. How to get involved in primary care (GP, pharmacy, dentist, optician services) commissioning. [online] Available at:
<https://www.england.nhs.uk/get-involved/get-involved/how/primarycare/>
230. Office for National Statistics. Comparison of weekly death occurrences in England and Wales articles London. London: Office for National Statistics (ONS); 2020. Available at:
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/articles/comparisonofweeklydeathoccurrencesinenglandandwales/previousReleases>
231. Paronclub (2020) Το ιδανικό 15 λεπτό διαγνωστικό τεστ για COVID-19. [online] Διαθέσιμο στο: <https://paronclub.gr/%CF%84%CE%BF-%CE%B9%CE%B4%CE%B1%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C-15-%CE%BB%CE%B5%CF%80%CF%84%CE%BF-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CE%B3%CE%BD%CF%89%CF%83%CF%84-%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CF%84%CE%B5%CF%83%CF%84-%CE%B3%CE%B9%CE%B1/>
232. Protect workers both now and after lockdowns ease, says ILO, Available at:
https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_742898/lang--en/index.htm
233. SARS-CoV-2 Surveillance Group. Characteristics of SARS-CoV-2 patients dying in Italy. Report based on available data on November 18th, 2020. 2020. https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_18_november_2020.pdf
234. Standing Committee on Vaccination, German Ethics Council, and National Academy of Sciences Leopoldina. Position paper of the joint working group made up of members of the Standing Committee on Vaccination, the German Ethics Council and the National Academy of Sciences Leopoldina. How should access to

- a COVID-19 vaccine be regulated?
2020. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/gemeinsames-positions-papier-stiko-der-leopoldina-impfstoffpriorisierung.pdf>.
235. Surveillance of COVID-19 in long-term care facilities in the EU/EEA, Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA>
236. Underlying Medical Conditions Associated with Higher Risk for Severe COVID-19: Information for Healthcare Professionals, Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/underlyingconditions.html>
237. Wonca global Family Doctor (2022) *Word Family Doctor Day*. [online] Available at: <https://www.globalfamilydoctor.com/member/formemberorganizations/worldfamilydoctorday>(Accessed 10-1-2022)
238. World Health Organization (2020) What measures have been taken to protect care homes during the Covid-19 crisis? [online] Available at: <https://analysis.covid19healthsystem.org/index.php/2020/06/08/what-measures-have-been-taken-to-protect-care-homes-during-the-covid-19-crisis/>
239. World Health Organization (WHO). Health workers at risk, older adults and residents of long-term care facilities to be prioritized for COVID-19 vaccination. 2020. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/11/health-workers-at-risk,-older-adults-and-residents-of-long-term-care-facilities-to-be-prioritized-for-covid-19-vaccination>
240. Αθηναϊκό Μακεδονίτικο Πρακτορείο Ειδήσεων. (2020) Β. Κικίλιας: Αυτό το χειμώνα η Ελλάδα θα σωθεί με γενναίες αποφάσεις και μεγάλες πράξεις, [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.amna.gr/health/article/508970/B-Kikilias-Auto-to-cheimona-i-Ellada-tha-sothei-me-gennaies-apofaseis-kai-megales-praxeis/> (προσβάσιμη στις 26-11-2020)
241. Αθηναϊκό Μακεδονίτικο Πρακτορείο Ειδήσεων. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.amna.gr>

242. Βιοιατρική (2020) Τεστ κορωνοϊού: Πόσες επιλογές έχουμε, πότε και σε τι χρησιμεύουν;. [online] Διαθέσιμο στο: <https://bioiatriki.gr/test-koronoioy-poses-epiloges-exoume-pote-kai-se-ti-xrisimeyoun>
243. Βουλή των Ελλήνων, Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα Άρθρο 5: Ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, προσωπική ελευθερία. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-5/> (προσβάσιμη στις 11-9-2021)
244. Εθνικός Οργανισμός Δημοσίας Υγείας (2020) Παρουσίαση καινοτόμου εφαρμογής ηλεκτρονικού συστήματος διαχείρισης συμβάντων του Δικτύου των ΚΟΜΥ. Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/paroyyasi-kainotomoy-efarmogis-ilektronikoy-systimatos-diacheirisis-symvanton-toy-diktyoy-ton-komy/?print=print>
245. Εθνικός Οργανισμός Δημοσίας Υγείας (2022) Ημερήσια έκθεση επιδημιολογικής επιτήρησης λοίμωξης από το νέο κορωνοϊό (COVID-19). ΕΟΔΥ, [online] Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2022/03/covid-gr-daily-report-20220301.pdf> (προσβάσιμη στις 1-3-2022)
246. Εθνικός Οργανισμός Υγείας ΕΟΔΥ , Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/eody/>
247. Εθνικός Οργανισμός Υγείας ΕΟΔΥ(2020) Δημιουργία δικτύου νοσηλευτών για τη λήψη δειγμάτων βιολογικού υλικού και νοσηλευτική βοήθεια στα ύποπτα κρούσματα Κορωνοϊού κατ'οίκον.[online] Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/dimioyrgia-diktyoy-nosileyton-gia-ti-lipsi-deigmaton-viologikoy-ylikoy-kai-nosileytiki-voitheia-sta-ypropta-kroysmata-koronoioy-kat%CE%84oikon/>
248. Εθνικός Οργανισμός Υγείας ΕΟΔΥ(2020) Οι ΚΟΜΥ του ΕΟΔΥ ξεπερνούν τις 1.000 αποστολές κατά τον πρώτο μήνα λειτουργίας τους.[online] Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/oi-komy-toy-eody-xepernoyn-tis-1-000-apostoles-kataton-proto-mina-leitoyrgias-toys/> (προσβάσιμη στις 4-6-2020)
249. Εθνικός Οργανισμός Υγείας ΕΟΔΥ(2021) Ημερήσιες Εκθέσεις Covid-19 2021.[online] Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/epidimiologika-statistika-dedomena/ektheseis-covid-19/> (προσβάσιμη στις 19-3-2022)
250. Εθνικός Οργανισμός Υγείας ΕΟΔΥ[online] Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr>;

251. Ελληνική Δημοκρατία GOV (2020) Δωρεάν τεστ ανίχνευσης κορονοϊού SARS-COV-2 σε κέντρα Υγείας και περιφερικά ιατρεία σε όλη την Ελλάδα. Gov, [online] Διαθέσιμο στο: <https://covid19.gov.gr/dorean-test-anichnefsis-koronoiou-sars-cov-2-se-kentra-ygeias-kai-perifereiaka-iatreia-se-oli-tin-ellada/> (προσβάσιμη στις 19-10-2020)
252. Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας (2020) Δελτίο Τύπου Ενημέρωση Διαπιστευμένων Συντακτών Υπουργείου Υγείας από τον υπουργό Υγείας Βασίλη Κικίλια και την καθηγήτρια πνευμονολογίας Αναστασία Κοτανίδου. Γραφείο Ενημέρωσης και Επικοινωνίας Υπουργείου Υγείας, . [online] Διαθέσιμο στο: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/11/20201110-enimerosi.pdf>
253. Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας 2^H ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου, [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.2dype.gr/>
254. Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας,(2020) *Τι είναι οι TOMY;*, Διαθέσιμο στο: <https://www.2dype.gov.gr/pedy/monades-ygeias-tomy/item/tomy> (προσβάσιμη στις 10-11-2021)
255. Ενωσιακό ψηφιακό πιστοποιητικό COVID, Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/eu-digital-covid-certificate_el
256. Επίσημος ιστότοπος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ευρωπαϊκός Οργανισμός Περιβάλλοντος (ΕΟΠ). [online] Διαθέσιμο στο: https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/eea_el (προσβάσιμη στις 10-2-2022)
257. ΕΣΠΑ (2021) Πρόσληψη προσωπικού με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου για το συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα «Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (T.OM.Y.) για την αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις Περιφέρειες. Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας (ΕΔΕΥΠΥ). Διαθέσιμο στο: <https://www.espa.gr/el/Pages/ProclamationsFS.aspx?item=5184> (προσβάσιμη στις 19-4-2021)
258. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2021) Συντονισμός των Συστημάτων Υγείας. Διαθέσιμο στο: https://ec.europa.eu/health/policies/systems_el (προσβάσιμη στις 1-9-2021)

259. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, *Απασχόληση, κοινωνικές υποθέσεις και κοινωνική ένταξη, Ελλάδα - Υγειονομική περίθαλψη*. Διαθέσιμο στο:
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1112&langId=el&intPageId=4562>
(προσβάσιμη στις 14-9-2021)
260. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2021) Ενημερωτικό γράφημα -Η επείγουσα αντίδραση της Ε.Ε, στην επιδημική έξαρση της νόσου COVID-19. Ευρωπαϊκή Ένωση 2020, Διαθέσιμο στο:
<https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/covid-19-eu-emergency-response/> (προσβάσιμη στις 23-7-2021)
261. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2021) Ενημερωτικό γράφημα -Κοινή γνώμη όσον αφορά τα ταξιδιωτικά μέτρα λόγω COVID-19 στην Ε.Ε.(έως τις 13 Ιουνίου 2021). Ευρωπαϊκή Ένωση 2021, Διαθέσιμο στο:
<https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/a-common-approach-on-covid-19-measures/>
262. Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2021) Ενημερωτικό γράφημα -Προϋπολογισμός της Ε.Ε.2021-2027 και σχέδιο ανάκαμψης. Ευρωπαϊκή Ένωση 2020, Διαθέσιμο στο:
<https://www.consilium.europa.eu/el/infographics/recovery-plan-mff-2021-2027/>
263. Ζολώτας, Δ.(2018) Ο απολογισμός του 2017 για την Διοίκηση της 2^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου. cyclades24, [online] Διαθέσιμο στο: <https://cyclades24.gr/2018/03/apologismos-2017-2is-ypre/> (προσβάσιμη στις 19-3-2018)
264. ΗΔΙΚΑ, Οικογενειακός Ιατρός . Διαθέσιμο στο:
<https://www.idika.gr/pfy/%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CF%82-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%82.html> (προσβάσιμη στις 14-9-2021)
265. Ιατρική Επίβλεψη (2020) Νέος κορωνοϊός SARS-COV-2(COVID-19): Ποιες εξετάσεις υπάρχουν για την ανίχνευση του ιού και ποιες οι διαφορές του; Ιατρικά Διαγνωστικά Κέντρα, [online] Διαθέσιμο στο:
<https://iepileps.gr/%CE%BD%CE%B5%CE%BF%CF%83-%CE%BA%CE%BF%CF%81%CF%89%CE%BD%CE%BF%CF%8A%CE%BF%CF%83-sars-cov-2/>(προσβάσιμη στις 16-5-2020)

266. Καραγιώργος, Δ. (2020) Λιγότερα τεστ κορονοϊού άρα λιγότερα κρούσματα; Πίνακας. Ιatronet, [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/epistimi-zwi/news/57508/ligotera-test-korwnoiou-ara-ligotera-kroysmata-pinakas.html> (προσβάσιμη στις 9-9-2020)
267. Κομνηνού, Ε. (2020) Κορονοϊός: Το πρώτο τεστ στο σπίτι με αποτέλεσμα σε 30 λεπτά – Οι διαφορές από τα rapid test. flash.gr, [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.flash.gr/world/1723349/koronoios-to-proto-test-sto-spiti-me-apotelesma-se-30-lepta-oi-diafores-aro-ta-rapid-test> (προσβάσιμη στις 18-11-2020)
268. Κουνελλας Ιατρικη, *Ασφάλιση ΕΟΠΥΥ*. Διαθέσιμο στο: <https://www.kounellas-iatriki.gr/asfalisi-eopyy/#1548253058481-7ebefb94-5465> (προσβάσιμη στις 14-2-2022)
269. Μπράτσος, Ν. (2021) Δωρεάν Rapid Test Covid-19 (drive through) στην Πέτα Κουβαρά. EPT News, [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.ertnews.gr/eidiseis/ellada/dorean-rapid-test-covid-19-drive-through-stin-peta-kouvara/> (προσβάσιμη στις 24-3-2021)
270. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (2020), Δελτίο Τύπου 8 στους 10 πολίτες χωρίς Οικογενειακό ιατρό. Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, Διαθέσιμο στο: <https://pis.gr/106449/%CE%B4%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%BF%CF%84%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85-8-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%82-10-%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B5%CF%82-%CF%87%CF%89%CF%81%CE%AF%CF%82-%CE%BF%CE%B9%CE%BA/> (προσβάσιμη στις 19-2-2020)
271. ΣοφοκλεουςIn (2020) Τα περίεργα των κρουσμάτων, των τεστ και των θανάτων. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.sofokleousin.gr/ta-paradoksa-ton-krousmaton-ton-test-kai-ton-thanaton-pinakas> (προσβάσιμη στις 22-10-2020)
272. Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Αιγινήτειο Νοσοκομείο. [online] Διαθέσιμο στο: https://eginitio.uoa.gr/gia_astheneis/taktika_exoterika_iatreia (προσβάσιμη στις 14-7-2021)
273. Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Γεννηματάς. [online] Διαθέσιμο στο: <http://www.gna-gennimatas.gr/taktika-exoterika-iatria/> (προσβάσιμη στις 14-7-2021)

274. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) [online] Διαθέσιμο στο: <https://ghsitia.gr/taktika-exoterika-iatreia/> (προσβάσιμη στις 11-1-2022)
275. Ψηφιακή Σύγκλιση, Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση Εξοικονόμηση Πόρων- Ασφάλιση Υγείας. [online] Διαθέσιμο στο: https://www.e-prescription.gr/shs/portal/eprescription!/ut/p/z1/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0vMAfIjo8zijS1cTDwclQx83EM9DAwcAwMCvByDg4wNvE31wwkpiAJKG-AAjgZA_VGEIBTkRhikOyoqAgCmSZaD/dz/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/