

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

---

**Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία με θέμα:**

**«Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΩΝ  
ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΣΤΙΣ ΔΥΣΠΡΟΣΙΤΕΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ».**

**ΑΛΙΚΗ Π. ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΔΗ  
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 21062**

**Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος  
ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ**

**ΑΘΗΝΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2023**

UNIVERSITY OF West ATTICA



DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL  
CARE MANAGEMENT

DEPARTMENT

BUSSINESS ADMINISTRATION

---

## **Diploma Thesis**

### **Title**

«The operating use of multifunctional regional medical practice,  
in inaccessible areas»

**Student name and surname:**

**Aliki Charalampidi**

**Registration Number:21062**

**Supervisor name and surname:**

**Aspasia Goula**

**Athens, February 2023**



### Τίτλος εργασίας

**«Η λειτουργία των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων, στις δυσπρόσιτες περιοχές».**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή**

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

<b>A/α</b>	<b>ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ</b>	<b>ΒΑΘΜΙΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ</b>	<b>ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b>
1	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Αγγελική Σταμούλη	ΕΔΙΠ	

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη *Αλίκη Χαραλαμπίδη του Παύλου*, με αριθμό μητρώου *21062* φοιτήτρια του *Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας»* του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, 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».

Η Δηλούσα



(Υπογραφή)

## Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b>	
<b>Οργανωτικό, Θεσμικό, Νομοθετικό Πλαίσιο</b> <b>Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (2014-2022).....</b>	<b>13</b>
<b>1.1.Αναβάθμιση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....</b>	<b>13</b>
1.1.1.Διεπιστημονική Προσέγγιση του όρου «Υγεία».....	13
1.1.2.Συστημική Προσέγγιση και Πολυπαραγοντική Φύση του Συστήματος Υγείας.....	14
1.1.3.Σημαντικοί χρονολογικοί σταθμοί αναβάθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην πορεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	18
1.1.4. Οργανωτική και Λειτουργική Διάρθρωση του Συστήματος Υγείας.....	20
<b>1.2.Ιστορική Αναδρομή Μεταρρυθμιστικών Διαρθρωτικών Διατάξεων</b> <b>Χρονικής Περιόδου 2014-2022.....</b>	<b>26</b>
1.2.1.Διάρθρωση Οργανωτικής Δομής δημόσιων δομών Π.Φ.Υ.....	27
1.2.2. Εσωτερικός Κανονισμός Στελέχωσης δημόσιων δομών Π.Φ.Υ.....	29
1.2.3. Ο θεσμός του Προσωπικού (Οικογενειακού) Ιατρού.....	30
1.2.4.Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.).....	32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b>	
<b>Δημογραφική συσχέτιση νησιωτικών περιοχών,</b> <b>με τη στελέχωση του συνόλου των επαγγελματιών υγείας,</b> <b>των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων.....</b>	<b>33</b>
<b>2.1.Υγειονομικές Ανισότητες Επαγγελματιών Υγείας</b> <b>ανά Περιφερειακή Ενότητα. ,.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2.Υγειονομικές Ανισότητες Επαγγελματιών Υγείας,</b> <b>ανά Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο.....</b>	<b>38</b>
<b>2.3.Υφιστάμενες και προτεινόμενες μελλοντικές λύσεις κάλυψης αναγκών υγείας και</b> <b>προσέλκυσης ιατρικού, λοιπού υγειονομικού προσωπικού στις δυσπρόσιτες</b> <b>νησιωτικές περιοχές.....</b>	<b>65</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b>	
<b>Επιχειρησιακός Στρατηγικός Σχεδιασμός</b> <b>Βορείου και Νοτίου Αιγαίου, 2021-2027.....</b>	<b>67</b>
<b>3.1.Προσδιοριστές Υγείας-Διατομεακή Προσέγγιση.....</b>	<b>67</b>
3.1.1. Πολιτικοί-νομικοί προσδιοριστές υγείας.....	67
3.1.2. Οικονομικοί Προσδιοριστές Υγείας.....	70
3.1.3. Κοινωνικοί Προσδιοριστές Υγείας.....	71
3.1.4. Τεχνολογικοί Προσδιοριστές Υγείας.....	75
<b>3.2.Swot analysis των στρατηγικών στόχων του Περιφερειακού Αναπτυξιακού</b> <b>Προγράμματος Βορείου Αιγαίου της προγραμματικής περιόδου 2021-2027.....</b>	<b>77</b>
<b>3.3.Στρατηγικοί Αναπτυξιακοί Στόχοι Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου, 2021-2027.</b> <b>Μια προσπάθεια συγκερασμού των επιχειρησιακών στρατηγικών στόχων</b> <b>της Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου, με τα ιδανικά του Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης</b> <b>και του εργαλείου Κοινωνικής Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού.....</b>	<b>82</b>

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b>	
<b>Διενέργεια Ποιοτικής Έρευνας.....</b>	<b>87</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ.....</b>	<b>98</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>104</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ.....</b>	<b>109</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη κοινωνία, η **κατάσταση υγείας ενός πληθυσμού** διαμορφώνεται από την **αλληλεπίδραση του πλήθους των οικονομικοπολιτικών, ψυχοκοινωνικών, βιολογικών, πολιτιστικών παραγόντων**, οι οποίοι καθορίζουν την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη κάθε χώρας και κατ'επέκταση την **ποιότητα ζωής** του πληθυσμού. (Πιερράκος Γ., 2013).

«*Η υγεία είναι όχι μόνο η απουσία της νόσου, αλλά η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής, κοινωνικής ευεξίας*». (Γούλα Α., στο Π.Ο.Υ., 1946). Άρρηκτα συνδεδεμένες οι έννοιες **υγεία, ποιότητα ζωής** αναφέρονται στην **εκπλήρωση ατομικών προσδοκιών** και ικανοποίησης βιολογικών αναγκών, λειτουργικών στόχων, για **σωματική και κοινωνική ευεξία**. Κάθε άτομο που εξασφαλίζει αρχικά τις ανάγκες **βιοπορισμού, σωματικής υγείας** και μετέπειτα **εκπαιδευτική εξέλιξη, επαγγελματική αναγνώριση, κοινωνική καταξίωση** επιτυγχάνει την **ψυχική του ευεξία**. (Σαρρής Μ., 2001).

Η οργανωτική δομή και διαχείριση του συστήματος υγείας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη **βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού** αναφοράς, όμως η μέγιστη επίτευξη του υγειονομικού στόχου της ικανοποίησης των εσωτερικών/εξωτερικών ασθενών του συστήματος υγείας, μπορεί να επέλθει με την άρτια **συνεργασία του υγειονομικού, οικονομικού και κοινωνικού τομέα**. (Πιερράκος Γ., 2013).

Οι αρμόδιοι φορείς οργανωτικής διαχείρισης και συντονισμού διοικητικής διάρθρωσης του συστήματος υγείας, θα πρέπει να λάβουν υπόψη την **πολυπλοκότητα, πολυπαραγοντικότητα του συστήματος** στα στάδια σχεδιασμού και υλοποίησης πολιτικών υγείας. Σύμφωνα με τον Σωτήριο Σούλη ο ορθολογικός οικονομικοδιοικητικός προγραμματισμός του συστήματος επιτυγχάνεται με:

α) την ανίχνευση των μεταβλητών του εξωτερικού περιβάλλοντος, λ.χ. δημογραφικές εξελίξεις, οικολογικό σύστημα, περιβαλλοντικοί παράγοντες επιβάρυνσης της δημόσιας υγείας, κουλτούρα συμπεριφοράς, ήθη, έθιμα, πολιτισμός, που διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αναφοράς, π.χ. προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, θνητότητας, επιδημιολογικό προφίλ της περιοχής ευθύνης και

β) την κατάλληλη άσκηση αναδιανεμητικής οικονομικής πολιτικής και κοινωνικής δικαιοσύνης. Οι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, το ισχύον σύστημα κοινωνικής ασφάλισης/προστασίας, το εκπαιδευτικό σύστημα και ο τρόπος οργάνωσης της εργασίας, καθορίζουν τα επιτρεπτά επίπεδα παραγωγής, διανομής των αγαθών, υπηρεσιών υγείας, μέσω της ορθολογιστικής χρησιμοποίησης των διαθέσιμων πόρων. Το εξειδικευμένο, άρτια καταρτισμένο υγειονομικό προσωπικό, ανθρώπινο λοιπό δυναμικό, η επένδυση στην επιστήμη της Πληροφορικής της Υγείας, η αναβάθμιση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, επιφέρουν μεγιστοποίηση της λειτουργικής ικανότητας του συστήματος. Το **παραγόμενο προϊόν** καλύπτει τις **απαιτήσεις των χρηστών** υγείας και επιτυγχάνεται η παράλληλη **συγκράτηση του κόστους** και των δαπανών υγείας. (Σούλης Σ., 1999, Σούλης Σ., 2015).

Η **βιωσιμότητα του συστήματος υγείας** και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών εξαρτάται από τον εύρυθμο συντονισμό των επιπέδων φροντίδας υγείας, με κεντρικό πυρήνα, καθοδηγητή το πρωτοβάθμιο επίπεδο, καθώς και από το πλουραλιστικό μοντέλο παροχής, χρηματοδότησης του συστήματος. Η σύμπραξη δημόσιου, ιδιωτικού, εθελοντικού τομέα παροχής υπηρεσιών κρίνεται επιτακτική, για την εξοικονόμηση του κόστους υγείας, την αναβάθμιση των παραγόμενων προϊόντων, ανταποκρινόμενων στις σύγχρονες ανάγκες υγείας του διαρκώς μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος εξατομικευμένων απαιτήσεων. (Πιερράκος Γ., 2013, Roemer M., 1993).

*Η παραγωγή και διανομή αγαθών υγείας* μπορεί να υποστηρίζεται μέσω *ιδιωτικών συμφωνητικών* μεταξύ δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, όπου ο *δημόσιος* θα *χρηματοδοτεί την παραγωγή* των προϊόντων, η *διανομή* όμως θα πραγματοποιείται *και από ιδιώτες παρόχους*, με απώτερο σκοπό τη μέγιστη κάλυψη προσβασιμότητας και συνολικού εύρους απαιτήσεων υγείας των χρηστών-ασθενών. (Γούλα, Α., 2014).

Διαφαίνεται έκδηλα η ανάγκη μετάβασης, όχι μόνο σε διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις κεντρικού επιπέδου διοίκησης, αλλά η *μετατόπιση των οργανοοικονομικών αρμοδιοτήτων σε τοπικό επίπεδο*. Ο σχεδιασμός, η εφαρμογή πολιτικών υγείας σε *τοπικό επίπεδο* αντανάκλα τις *πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού* αναφοράς ενώ ο παράλληλος δημοσιονομικός έλεγχος *οικονομικών πεπραγμένων των αποκεντρωμένων διοικήσεων*, μέσω της χρήσης των δεικτών *κόστους-ωφέλειας* και της *διαφάνειας των τοπικών προϋπολογισμών* εξυπηρετεί την δίκαιη κατανομή των πόρων και δαπανών. Απώτερος σκοπός η μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων και ο ανασχεδιασμός του στρατηγικού προγραμματισμού, για την αντιμετώπιση των αρνητικών δεικτών υγείας. (Γούλα Α., 2014, Σούλης Σ. 2015).

Οι σύγχρονες τάσεις, οι ραγδαίες εξελίξεις τις βιοϊατρικής τεχνολογίας, οι συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες των χρηστών, οι αλλαγές των επιδημιολογικών-δημογραφικών προτύπων και συνθηκών διαβίωσης καθιστούν την αναβάθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το κλειδί της προάσπισης και προαγωγής της υγείας των πολιτών.

Π.Φ.Υ. ορίζεται: «*η βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή την κοινότητα μεθόδους και τεχνολογίες*».

Η επιτυχημένη γεωγραφική κατανομή των μονάδων Π.Φ.Υ. σχεδιάστηκε με γνώμονα ο αναφερόμενος *τοπικός πληθυσμός κάλυψης* να μην υπερβαίνει τους 2.500 μόνιμους κατοίκους της περιοχής, για να μπορεί να καταστεί εφικτή: *α) η μέτρηση των δεικτών νοσηρότητας, β) η σκιαγράφηση του επιδημιολογικού προφίλ των πολιτών ανά ηλικία και φύλο*, μέσω της καταγραφής και εντοπισμού παρεχόμενων υπηρεσιών και ειδικών αναγκών, καθώς και *γ) η συλλογή επιπρόσθετων στοιχείων, που θα συνθέσουν την πλήρη εικόνα της κατάστασης υγείας των χρηστών-ασθενών*, π.χ. οικογενειακό ιατρικό ιστορικό, χρήση κοινωνικών υπηρεσιών καθώς και ενίσχυση της αυτοφροντίδας. (Πιερράκος Γ., 2008).

Η επιτυχημένη όμως εσωτερική λειτουργία των κέντρων υγείας και λοιπών δομών Π.Φ.Υ. εξαρτάται από: *α) τη διασύνδεσή τους με τις κοινωνικές υπηρεσίες/κοινότητα*, για πλήρη κάλυψη φροντίδας των αναγκών των πολιτών, *β) τη μείωση των περιφερειακών ανισοτήτων σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ανά αριθμό κατοίκων αναφοράς*, μέσω της παροχής ηθικοϋλικών κινήτρων για τις άγονες / δυσπρόσιτες περιοχές. Επίσης, σημαντική κρίνεται *η αναβάθμιση του υλικοτεχνολογικού βιοϊατρικού εξοπλισμού στις δομές Π.Φ.Υ.* προς ενίσχυση της ποιότητας και του εύρους των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, μέσω της αύξησης των οικονομικών πόρων και κονδυλίων. (Π.Ο.Υ. 2002).

Το δίκτυο προσφερόμενων υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. ομαδοποιείται σε δύο κύριες κατηγορίες: *α) προληπτικές δράσεις μείωσης δεικτών νοσηρότητας* στο σύνολο της κοινωνίας και *β) εξατομικευμένα μέτρα αγωγής υγείας*, τα οποία διακρίνονται σε πολιτικές αποφυγής εμφάνισης κινδύνων υγείας, πρώιμες μεθόδους παρέμβασης / ενδυνάμωσης / αλλαγής κουλτούρας συμπεριφοράς, προς έναν υγιεινό τρόπο διαβίωσης, καθώς και σε υπηρεσίες ιατρονοσηλευτικής αποκατάστασης, κοινωνικής επανένταξης ομάδων πληθυσμού μη αναστρέψιμων ή/και χρόνιων παθήσεων. (Δαρβίρη 2007 στο Πιερράκος Γ., 2013).



Το Πρωτοβάθμιο Επίπεδο Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων, οι οποίοι το κατατάσσουν αναποτελεσματικό, με σοβαρές ελλείψεις και ανεπάρκειες. Η **γεωγραφική ποικιλομορφία**, κυρίως οι νησιωτικές δυσπρόσιτες περιοχές, οι άγονες ορεινές κοινότητες, είναι ο σημαντικότερος παράγοντας εκδήλωσης **περιφερειακών ανισοτήτων** και αδυναμίας παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Επίσης, η **δημογραφική γήρανση του πληθυσμού** και η παράλληλη **αύξηση της υπογεννητικότητας**, που παρατηρείται σε απομακρυσμένες κυρίως ελληνικές κοινότητες, δεν αυξάνουν μόνο τις δαπάνες υγείας λόγω **χρόνιων παθήσεων και συννοσηρότητας των ατόμων τρίτης ηλικίας** (Γούλα Α., 2014), αλλά προκαλούν αποτρεπτικό λόγο των επαγγελματιών υγείας να επιλέξουν ως επαγγελματική αποκατάσταση κάποια δομή Π.Φ.Υ. η οποία χωροθετείται σε δυσπρόσιτη περιοχή χωρίς ευκαιρίες κοινωνικών συναναστροφών, δημιουργίας διαπροσωπικού κοινωνικού δικτύου και εκπαιδευτικές/επαγγελματικές προοπτικές.

Επιπρόσθετα, η χώρα μας μπορεί να κατέχει την μεγαλύτερη ευρωπαϊκή **αναλογία ιατρών ανά 1.000 κατοίκους (6.3 / 1.000 έτος 2017)**, αναλογία όμως που αντικατοπτρίζει τις ειδικές ειδικότητες ιατρών, καθώς παρατηρείται **το χαμηλότερο ποσοστό γενικών παθολόγων / οικογενειακών ιατρών (μόλις 6%)**. Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού θεωρείται κεντρικός πλοηγός της Π.Φ.Υ., γεγονός που προκαλεί δυσλειτουργίες στις δομές και κυρίως στα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία. ([www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)). Σε αυτά τα στατιστικά στοιχεία, έρχονται να ενισχύσουν τις ποσοτικές ανεπάρκειες, περιφερειακές ανισότητες και τα αντίστοιχα της **νοσηλευτικής υπηρεσίας. (3.2 / 1000 κατοίκους, το χαμηλότερο της Ε.Ε., έτος 2017)**. ([www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)).

Σύμφωνα με την ερευνητική μελέτη των Καρακόλιας Σ., και συν (2021): «*Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης*», η αναβάθμιση του ρόλου του **Οικογενειακού Ιατρού**, ως κυρίαρχο δομικό στοιχείο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, θα πρέπει να ενισχυθεί με την παράλληλη ανάπτυξη των **πληροφοριακών συστημάτων υγείας** και του **ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς**. Ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να υλοποιήσει την καθολική εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Ατομικού Φακέλου Ασθενούς στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην **Τηλεϊατρική**, με σκοπό την κατάλληλη χρήση υγειονομικών πρωτοκόλλων και κατευθυντηρίων ιατρικών οδηγιών κάθε ασθενούς. (Καρακόλιας Σ., Μπαρτζώκας Δ., Πολύζος Ν., 2021).

Ο **Α.Η.Φ.Υ.** αφορά ιατρικές πληροφορίες ασθενούς, π.χ. ιστορικό, οικογενειακό ιστορικό, αποτελέσματα διενέργειας διαγνωστικών εξετάσεων, χρήση/δοσολογία φαρμακευτικών σκευασμάτων, πλήθος χειρουργικών επεμβάσεων, μέση διάρκεια νοσηλείας και λόγους εισαγωγής. Το ηλεκτρονικό αρχείο είναι άμεσα προσβάσιμο στον ενδιαφερόμενο πολίτη και σε εξουσιοδοτημένους χρήστες Πρωτοβάθμιας / Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (Βουτσίδου Σ., και συν, 2019).

Επίσης, το **Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ.**, υποστηριζόμενο από το δημόσιο δίκτυο του ΟΤΕ, εξυπηρετεί τα Αιγαιοπελαγίτικα ακριτικά νησιά της ελληνικής επικράτειας, με τις 43 μονάδες τηλεϊατρικής. Τα εξειδικευμένα ιατρικά όργανα των μονάδων υγείας αλληλομεταφέρουν ιατρικά δεδομένα, σε ζωντανή αναμετάδοση, την ώρα διενέργειας των εξετάσεων, από τις απομακρυσμένες δομές φροντίδας προς τα περιφερειακά / κεντρικά νοσοκομεία. Στο **πρόγραμμα Τηλεϊατρικής** μετέχουν 270 επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, σε **τακτικά/έκτακτα περιστατικά**, αλλά και για **εκπαιδευτικούς λόγους**. Μελλοντικό σκοπό του Ε.ΔΙ.Τ. αποτελεί η 24ωρη κάλυψη επειγόντων καρδιολογικών/παιδιατρικών και λοιπών εξειδικευμένων νησιωτικών περιστατικών στην εφημερία των νοσοκομείων. (Βουτσίδου Σ., και συν, 2019).

Τα αποτελέσματα της προαναφερθείσας έρευνας των Καρακόλιας Σ., Μπαρτζώκας Δ., Πολύζος Ν., «*Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης*» (2021), ανέδειξαν την ουσιαστική **έλλειψη Οικογενειακών Ιατρών και παιδιάτρων στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**, ενώ σε ορισμένες διοικητικές περιφέρειες παρατηρείται η πλήρης ανεπάρκεια ειδικότητας παιδιάτρου.

Το γεγονός αυτό οφείλεται σε πληθώρα παραμέτρων όπως: α) **στην ανυπαρξία ενιαίου οργανωτικού μοντέλου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**. Οι εγγεγραμμένοι χρήστες σε *ιατρούς του Ε.Σ.Υ* παρακολουθούνται ανά υγειονομική περιφέρεια, ενώ οι επισκέψεις σε *ιατρούς του Ε.Ο.Π.Υ.Υ* χρεώνονται ανά διοικητική περιφέρεια, β) **στην έλλειψη οικονομικών κινήτρων**. Η υφιστάμενη μορφή *ιατρικής αποζημίωσης*, αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα επιλογής αρεσκείας της συγκεκριμένης ειδικότητας από τους φοιτητές ιατρικής σχολής. *Κίνητρο οικονομικής φύσεως* μπορεί να θεωρηθεί η αντικατάσταση της αποζημίωσης βασικού μισθού ή της κατά πράξη αμοιβής, με *την κατά κεφαλή αμοιβή ή κάποιο προηγμένο συνδυαστικό μοντέλο*. γ) **στην έλλειψη εξειδίκευσης του προσωπικού και της ανεπαρκούς αναβάθμισης υλικοτεχνικής υποδομής**. Ο περιορισμένος αριθμός διαθέσιμων πόρων, προκαλούν *χαμηλού βαθμού ικανοποίηση και εμπιστοσύνη των πολιτών*. Μόλις το 15% του πληθυσμού είναι εγγεγραμμένο σε Οικογενειακό Ιατρό. (Καρακόλιας Σ., Μπαρτζώκας Δ., Πολύζος Ν., 2021).

**Ερευνητικό σκοπό της παρούσας διπλωματικής εργασίας** θα αποτελέσει η καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης της ποιότητας/του εύρους των παρεχομένων πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών βραχείας περίθαλψης και φροντίδας υγείας, στα Π.Ε.Δ.Υ Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, στα αιγαιοπελαγίτικα νησιά, όπου το κάθε Π.Π.Ι. αποτελεί τη μοναδική δομή υγείας της δυσπρόσιτης περιοχής.

Οι **περιφερειακές ανισότητες στην υγεία αντιβαίνουν** στο θεμελιώδες δικαίωμα των πολιτών στην **ίση μεταχείριση και πρόσβαση** στις παρεχόμενες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. **Η καθολική κάλυψη του πληθυσμού στο δημόσιο αγαθό υγεία** και η διασφάλιση της προαγωγής υγείας βελτιώνουν το βιοτικό επίπεδο και την κατάσταση υγείας του συνόλου.

Η νησιωτική ελληνική περιφέρεια, οι παραμεθόριες περιοχές, αντιμετωπίζουν εκπαιδευτικές, επαγγελματικές, κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, ελλείψεις και ανεπάρκειες σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας υγείας. Εντονότερο είναι το πρόβλημα των **διακρίσεων στα ακριτικά νησιά**, τα οποία **επιτελούν**, σε γεωπολιτικό επίπεδο συνοριακής φύλαξης, την **προάσπιση του δικαιώματος ασφάλειας, ειρήνης, ελευθερίας**, διασφαλίζοντας την **ελληνική κατοχή των δυσπρόσιτων αυτών περιοχών**, από την επιθετική και **προκλητική συμπεριφορά της γείτονας χώρας**.

Η ανατροφοδότηση πληροφοριών, από τους άμεσα εμπλεκόμενους, μέσω της **διενέργειας ποιοτικής έρευνας**, θα καταδείξει **οργανωτικοδιοικητικής, οικονομικής φύσεως προβληματικές, ποιοτικές προσδοκίες εξωτερικών ασθενών και την απόκλιση από τις προδιαγραφές, απαιτήσεις του τελικού παραγόμενου προϊόντος υγείας**. **Απότερος στόχος είναι ο στρατηγικός ανασχεδιασμός της Π.Φ.Υ. προσαρμοσμένη στις εξατομικευμένες σύγχρονες ανάγκες, με την παράλληλη αναβάθμιση της Πληροφορικής της Υγείας**.

Τα περισσότερα **Π.Π.Ι** αποτελούν τη **μοναδική δομή υγείας** σε ολόκληρο το εκάστοτε **νησί**, οπότε αντιλαμβανόμαστε την σπουδαιότητα του εγχειρήματος της μετεξέλιξης της Π.Φ.Υ. σε προσφορά υπηρεσιών **με ηγέτη τον οικογενειακό ιατρό**, στον οποίο θα παρέχεται ολοκληρωμένο ψηφιακό σύστημα **ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς** και χρήση της **Τηλεϊατρικής** για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας.

Επιπρόσθετα, λαμβάνοντας υπόψη το θεσμικό νομικό πλαίσιο της Π.Φ.Υ. συνδυαστικά με τους περιορισμένους διαθέσιμους πόρους, η παρούσα εργασία θα προσπαθήσει, μέσω της καταγραφής των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας των πληθυσμών αναφοράς του κάθε Π.Π.Ι., να αναδιανείμει ορθολογιστικά το ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό στις μονάδες, προτείνοντας την παροχή εξειδικευμένων οικονομικών και ηθικών κινήτρων. Επίσης, η προσέλκυση ιδιωτικών επενδύσεων και η ίδρυση ερευνητικών κέντρων θα αποτελέσουν τις κύριες προτάσεις αναβάθμισης των υποδομών, του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και της συνεχιζόμενης και δια βίου μάθησης, κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας.

Η διαρθρωτική μεταρρύθμιση της Π.Φ.Υ., εστιασμένη στη σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα, μέσω των ιδιωτικών επενδύσεων στην υγεία, θα αποτελέσει τον κινητήριο μοχλό της μείωσης των περιφερειακών ανισοτήτων. Οι νέες μορφές ιδιωτικών συμφωνητικών, μεταξύ κρατικής χρηματοδότησης και παραγωγής υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες παρόχους, θα επιφέρουν την αναβάθμιση του επιπέδου της προσφερόμενης ποιότητας/εύρους προϊόντων, τη βελτίωση της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών και των απασχολούμενων επαγγελματιών υγείας. Σημαντικό ρόλο θα διαδραματίσουν και τα ερευνητικά κονδύλια προσανατολισμένα στις δυσπρόσιτες περιφέρειες.

Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η παρούσα διπλωματική εργασία θα προσπαθήσει να απαντήσει στα κάτωθι ερωτήματα:

1. Ποια οικονομικά, υλικά και λοιπά κίνητρα πρέπει να δοθούν στους φοιτητές για να επιλέξουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής/παιδιατρικής;;; Επίσης, αν τα ίδια κίνητρα θεωρούνται επαρκή, για να προσελκύσουν το ενδιαφέρον των υπάρχοντων ιατρών, να υπηρετήσουν στις δυσπρόσιτες περιοχές.

2. Το πλουραλιστικό μοντέλο υγείας θα καταφέρει να εφαρμοστεί στο ελληνικό σύστημα υγείας και να επιλύσει τις περιφερειακές ανισότητες;;; Οι ιδιωτικές επενδύσεις στο δημόσιο σύστημα υγείας θα επιφέρουν αναβάθμιση των υποδομών, εξοπλισμού και της ποιότητας/εύρους των προσφερόμενων υπηρεσιών στις δυσπρόσιτες περιοχές;;;

3. Η ενδυνάμωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, μέσω της ανάπτυξης του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς, της άμεσης πρόσβασης σε ιατρικές ατομικές πληροφορίες θα καταφέρει να μειώσει τις δαπάνες υγείας;;; Θα προσφέρει έγκυρη και έγκαιρη πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση στις απομακρυσμένες περιοχές;;;

4. Στις δυσπρόσιτες περιοχές ο οικογενειακός ιατρός με την παράλληλη χρήση Τηλεϊατρικής θα συνεισφέρει στις χρόνιες ασθένειες ή ελλείψεις προσβασιμότητας σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας;;; Θα μπορέσει η Τηλεϊατρική να παρέχεται σε 24ωρη βάση και να προσφέρει κάλυψη επειγόντων περιστατικών/έκτακτων αναγκών και πλήρες προληπτικό check-up;;;

5. Η αναβάθμιση της Π.Φ.Υ. θα αυξήσει την εμπιστοσύνη των χρηστών στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας, οι οποίοι θα παραπέμπονται στην Τριτοβάθμια, μόνο με παραπομπή του οικογενειακού τους ιατρού;;; Θα καταφέρει ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού να μειώσει τις άσκοπες εισαγωγές στο τριτοβάθμιο επίπεδο;;;

Αναλυτικότερα, παρατίθενται πληροφορίες, που περιλαμβάνει το κάθε κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας:

**Κεφάλαιο 1. Οργανωτικό, Θεσμικό, Νομοθετικό πλαίσιο Π.Φ.Υ.(2014-2022).**

Στο πρώτο κεφάλαιο η εργασία θα προσπαθήσει να αποσαφηνίσει το θεωρητικό υπόβαθρο, τη μεταρρυθμιστική νομοθεσία και το οργανόγραμμα της Π.Φ.Υ. Η εργασία θα εστιάζει στον σημαίνοντα ρόλο του οικογενειακού ιατρού και στη σπουδαιότητα της ανάπτυξης της επιστήμης της Πληροφορικής της Υγείας, αφού

προηγουμένως θα έχει πραγματοποιηθεί ανάλυση της Διεπιστημονικής Προσέγγισης της Υγείας και της Συστημικότητας/Πολυπαραγοντικότητας του Συστήματος Υγείας.

## ***Κεφάλαιο 2. Δημογραφική συσχέτιση νησιωτικών περιοχών, με τη στελέχωση του συνόλου των επαγγελματιών υγείας των Π.Π.Ι.***

Στο κεφάλαιο 2 η εργασία θα προσπαθήσει να διεκπεραιώσει συγκριτική στατιστική ανάλυση μεταξύ των Π.Π.Ι., για να καταγραφεί η έλλειψη σε συγκεκριμένες ειδικότητες ιατρικής, με βάση τις δημογραφικές εξελίξεις του πληθυσμού αναφοράς. Σκοπός του κεφαλαίου είναι η ιατρική κάλυψη του πληθυσμού ανά φύλο και υπάρχουσα ιατρική ειδικότητα. Επίσης, το καθεστώς εργασίας, δηλαδή αν είναι ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου ή μόνιμοι σε οργανική θέση. Ομοίως, θα γίνει καταγραφή του αριθμού του προσωπικού νοσηλευτικής υπηρεσίας στο σύνολο του πληθυσμού ευθύνης, καθώς και του λοιπού/παραϊατρικού δυναμικού.

Επιπρόσθετα, η διπλωματική εργασία θα προσπαθήσει να αποτυπώσει το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών, που λαμβάνουν χώρα στο κάθε Π.Π.Ι., από ηλεκτρονική συνταγογράφηση, μέχρι βραχεία νοσηλεία. Θα καταστεί εφικτή η σύγκριση μεταξύ παρεχομένων υπηρεσιών ανά Π.Π.Ι. και η διάκριση μεταξύ εύρους και ποιότητας της προσφερόμενης φροντίδας. Τέλος, θα γίνει μια προσπάθεια συγκριτικής ανάλυσης των υγειονομικών περιφερειακών ανισοτήτων μεταξύ των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας των Π.Π.Ι. με τις αντίστοιχες των δημόσιων συστεγαζόμενων πρωτοβάθμιων-τριτοβάθμιων δομών των μεγαλύτερων νήσων, στις οποίες υπάγονται ή με δημόσια ιδρύματα αστικών περιοχών παραπλήσιας πληθυσμιακής δυναμικότητας.

## ***Κεφάλαιο 3. Επιχειρησιακός Στρατηγικός Σχεδιασμός Περιφερειών Βορείου και Νοτίου Αιγαίου, 2021-2027.***

Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο η μελέτη θα επικεντρωθεί στους προσδιοριστές υγείας και στην κατάρτιση των περιφερειακών επιχειρησιακών στρατηγικών δράσεων και παρεμβάσεων αναβάθμισης και ενδυνάμωσης των πολυνησιωτικών αυτών περιοχών. Η διπλωματική εργασία θα επιχειρήσει να συσχετίσει τους άξονες προτεραιότητας των αναπτυξιακών προγραμμάτων με τον ρόλο που θα διαδραματίσουν στην ενίσχυση των τοπικών κοινωνιών των μικρών νησιών και τον ενδεχόμενο επιθυμητό εκσυγχρονισμό των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων τους, μοναδικές ιατρικές δομές στα εκάστοτε νησιά.

## ***Κεφάλαιο 4. Διενέργεια Ποιοτικής Έρευνας - Συμπεράσματα.***

Στο 4<sup>ο</sup> κεφάλαιο της μελέτης θα εκπονηθεί ποιοτική έρευνα σε επιλεγμένα νησιά των Κυκλάδων, των Δωδεκανήσων και του Βορείου Αιγαίου. Το δείγμα θα αποτελέσουν 17 μόνιμοι κάτοικοι, με απώτερο σκοπό την διεξαγωγή συμπερασμάτων της υπάρχουσας φροντίδας υγείας, των προσδοκιών και μελλοντικών απαιτήσεων των εξωτερικών ασθενών.

Οι δομημένες συνεντεύξεις με τους μόνιμους κατοίκους των νησιών αποβλέπουν στην καταγραφή της ικανοποίησης και εμπιστοσύνης τους στο σύστημα, στις προτάσεις τους για κάλυψη των άμεσων, επιβεβλημένων αναγκών υγείας και της άποψής τους αναφορικά με την ψηφιοποιημένη ιατρική. Με αυτόν τον τρόπο η εργασία θα επιχειρήσει να συγκεντρώσει ένα μικρό αλλά αντιπροσωπευτικό δείγμα του επιδημιολογικού προφίλ, της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, των ακάλυπτων επιτακτικών αναγκών.

# Κεφάλαιο 1: «Οργανωτικό, Θεσμικό, Νομοθετικό Πλαίσιο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. (2014-2022)».

## 1.1. Αναβάθμιση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

### 1.1.1. Διεπιστημονική Προσέγγιση του όρου «Υγεία».

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (*Π.Ο.Υ. 1958*), *Υγεία* ορίζεται «η πλήρης σωματική, ψυχική, κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας». Η ατομική αξία της ανθρώπινης υπόστασης, η κοινωνική διάσταση της ανθρώπινης οντότητας, η διασύνδεσή τους με τα θεμελιώδη δικαιώματα της αξιοπρέπειας, της ελευθερίας, της δικαιοσύνης, οδήγησαν στην κατοχύρωση του δημόσιου κοινωνικού αγαθού της υγείας. (P.Theil 1957, V.W.Sidel, 1996, στο Πιερράκος Γ., 2008).

Η προσαρμογή του ατόμου, ως μονάδα ή/και του πληθυσμού συνολικά, στις συνεχώς μεταβαλλόμενες συνθήκες του περιβάλλοντος, στις απαιτήσεις της παγκοσμιοποιημένης κοινωνίας, η αναγκαιότητα διαρκούς βελτίωσης της κατάστασης υγείας των πολιτών καθόρισαν τις νέες πεποιθήσεις σχετικά με την *πολυπαραγοντική φύση των προσδιοριστών της υγείας*. (Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ. και συν., 2001).

Η πολυπαραμετρική φύση του φαινομένου της υγείας προσεγγίζεται από την αλληλεπίδραση των κοινωνικο-οικονομικών, πολιτικών, πολιτισμικών, περιβαλλοντικών, γεωγραφικών, δημογραφικών, βιολογικών μεταβλητών, καθώς και την επένδυση στην βιοϊατρική τεχνολογία.(Σούλης Σ., 2015).

Οι δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, προσδόκιμου επιβίωσης, το γενικότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού επηρεάζονται από την αναδιανεμητική κοινωνική δικαιοσύνη του ΑΕΠ, τις συνθήκες διαβίωσης, σίτισης, τα διατροφικά καταναλωτικά πρότυπα, την κουλτούρα υγιούς συμπεριφοράς, τις συνθήκες στέγασης, ποιότητας και ασφάλειας της εργασίας, οι οποίες εξαρτώνται από το εκπαιδευτικό ατομικό επίπεδο μόρφωσης, την επαγγελματική κοινωνική διαστρωμάτωση, το κοινωνικό δίκτυο διαπροσωπικών σχέσεων. Η αλληλοσυσχέτιση των παραγόντων υγείας στη διαμόρφωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού αφορούν και τις επενδύσεις στην αειφόρο ανάπτυξη, σε μια προσπάθεια προάσπισης της οικολογικής ισορροπίας και βελτίωσης της ατμοσφαιρικής ρύπανσης του περιβάλλοντος. (Θεοδώρου Μ. και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008, Σούλης Σ., 2015).

Η **κοινωνική ευημερία** επιτυγχάνεται με ποιοτικές συνθήκες διαβίωσης του συνόλου του πληθυσμού, με την ομαλή προσαρμογή στα νέα δεδομένα, όπου η **ολιστική διεπιστημονική αντιμετώπιση της υγείας και της αρρώστιας** κρίνεται επιτακτική, για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, στη μείωση των δαπανών υγείας και στον εξορθολογισμό των διαθέσιμων περιορισμένων πόρων. (Θεοδώρου Μ και συν, 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

**Αρρώστια** νοείται η αδυναμία του ανθρώπινου σώματος να ανταπεξέλθει στους κινδύνους, που απορρέουν από την ανικανότητα προσαρμογής/ευελιξίας του στα νέα, ραγδαίως εξελισσόμενα, κοινωνικο-οικονομικά, πολιτικά-πολιτισμικά περιβάλλοντα. (Θεοδώρου Μ. και συν, 2001).

Η **ψυχοκοινωνική, βιολογική διάσταση της νόσου** αποτέλεσε εφαλτήριο στην μετατόπιση του ενδιαφέροντος και των σχεδιαζόμενων/εφαρμοζόμενων στρατηγικών πολιτικής υγείας, στην **ολιστική/διεπιστημονική φροντίδα της υγείας και της νόσου**. Η τάση αυτή καθιέρωσε την ισότιμη παρεμβατική δράση πληθώρας επαγγελματιών υγείας όπως, ιατρών, νοσηλευτών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, λογοθεραπευτών, επισκεπτριών υγείας, φυσικοθεραπευτών, εργοθεραπευτών, στην

πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη νοσούντων και των οικογενειών τους. (Θεοδώρου Μ., και συν 2001).

Επίσης, παρατηρήθηκε η προσπάθεια ενεργητικής συμμετοχής στη λήψη ιατρικών αποφάσεων των χρηστών ασθενών, ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης στην πρόληψη, μέσω προγραμμάτων προαγωγής της υγείας του συνόλου ή ομάδων του πληθυσμού. (Θεοδώρου Μ. και συν. 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

### 1.1.2. Συστημική Προσέγγιση και Πολυπαραγοντική Φύση του Συστήματος Υγείας.

**Σύστημα Υγείας**, βάση της επικρατέστερης θεωρίας του συστημικού μοντέλου προσέγγισης, λόγω της ιδιαίτερης φύσης του δημόσιου αγαθού της υγείας και της διαφοροποίησης της Αγοράς του Υγειονομικού Τομέα, έναντι των λοιπών συστημάτων της ελεύθερης αγοράς **ορίζεται**: η δυναμική, αδιάκοπη, αλληλεπίδραση, αλληλεξάρτηση των τριών υποσυστημάτων του, με το συνεχώς εξελισσόμενο, ραγδαία μεταβαλλόμενο, εξωτερικό κοινωνικοοικονομικό, πολιτικό, πολιτισμικό, οικολογικό περιβάλλον, με σκοπό την εσωτερική ολοκλήρωσή του και την εξωτερική προσαρμογή του. Βασική υπαρξιακή επιδίωξη αποτελεί η διατήρηση ή βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού ευθύνης του. (Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ. και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Τα τρία υποσυστήματα κατηγοριοποιούνται ακολούθως:

- **Επίπεδο υγείας του πληθυσμού.** Η ανίχνευση των προσδιοριστών υγείας, διαμορφώνει το επιδημιολογικό προφίλ και καθορίζει τη ζήτηση υπηρεσιών, για κάλυψη των αναγκών υγείας. (Θεοδώρου Μ και συν 2001)
- **Παραγωγική διαδικασία των υπηρεσιών υγείας.** Ο βαθμός λειτουργικής απόδοσης, ο αποτελεσματικός συντονισμός των δομών παροχής υπηρεσιών, η αξιολόγηση της προσφερόμενης ποιότητας εξαρτάται από:
  1. την ορθολογιστική κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων/**εισροών**, λ.χ. το σύνολο των επαγγελματιών υγείας, τον υλικοτεχνολογικό ιατρικό εξοπλισμό, τις κτιριακές νοσηλευτικές ή φροντίδας υγείας εγκαταστάσεις, τους χρηματοδοτικούς πόρους.
  2. την ακολουθούμενη **διαδικασία** παραγωγής ιατρικού έργου, κατά την εισαγωγή του χρήστη στο σύστημα, όπως η ηλεκτρονική καταγραφή ιατρικού ιστορικού, η λήψη εργαστηριακών εξετάσεων, η διενέργεια απεικονιστικού/κλινικού ελέγχου, η διάγνωση, οι θεραπευτικές μέθοδοι, η αποκατάσταση, η κοινωνική επανένταξη.
  3. την ποιότητα και την έκταση των **εκροών/παροχών**, π.χ. μέση διάρκεια νοσηλείας, αριθμός εισαγωγών/εξαγωγών, εύρος εξετάσεων.
  4. τα **αποτελέσματα**, δηλαδή τη διακύμανση των μετρήσεων των δεικτών θνησιμότητας, νοσηρότητας, θνητότητας, προσδόκιμου επιβίωσης, τα οποία στατιστικά στοιχεία προσδιορίζουν τη βελτίωση ή επιδείνωση ή διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. (Αποστολάκης Ι., 2002, Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ. και συν 2001)
- **Χρηματοδότηση των δαπανών υγείας.** Η διασφάλιση της βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας των περισσότερων χωρών, λόγω υπέρμετρης αύξησης των δαπανών, κυρίως των νοσοκομειακών, επέφερε μεταρρυθμιστικές τροποποιητικές παρεμβατικές δράσεις, τόσο στην χρηματοδότησή τους, όσο και στην οργανωτική δομή τους. (Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ. και συν 2001, Σούλης Σ., 1999)

Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένων της Ελλάδας, διακρίνονται, για το **μικτό οργανωτικο-χρηματοδοτικό σύστημα υγείας**, με την **συνύπαρξη του δημοσίου, ιδιωτικού, εθελοντικού τομέα**. Το κράτος, μέσω του προϋπολογισμού, της άμεσης/έμμεσης φορολογίας, παράγει και διανέμει ισότιμα, καθολικά, δημόσιες υπηρεσίες και αγαθά υγείας (μοντέλο Beveridge), το **ενοποιημένο ασφαλιστικό ταμείο**, μέσω των υποχρεωτικών εισφορών εργοδοτών-εργαζομένων, αποτελεί χρηματοδότη/προμηθευτή/παραγωγό, που καλύπτει τη ζήτηση αναγκών υγείας των ασφαλισμένων του (μοντέλο Bismarck) και ο **ιδιωτικός τομέας** εξυπηρετεί σχεδόν ισόποσα με τον δημόσιο, τους χρήστες-καταναλωτές, μέσω ατομικών ή ομαδικών προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης. (Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ. και συν 2001, Σούλης Σ., 1999).

Σύμφωνα με **βιβλιογραφική ανασκόπηση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας**, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, που διενεργήθηκε από τους *Αντωνίου Π., Σουλιώτης Κ., Σαρίδη Μ.*, διαφαίνεται η αναγκαιότητα **πλουραλιστικού ανασχηματισμού των συστημάτων σε αποκεντρωτικό επίπεδο**.

Τα παραδείγματα του Ολλανδικού και του Γερμανικού μοντέλου συγχρηματοδότησης των τομέων κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης, της Αυστρίας και της Σουηδίας, όπου εξειδικευμένες επιδοματικές παροχές/υπηρεσίες προέρχονται από συγκεκριμένη φορολογική στοχοθεσία, μαρτυρούν τον κρατικό μετασχηματισμό, μέσω αγαστής συνεργασίας δημοσίου/ιδιωτικού τομέα κάλυψης ασφαλιστικών κινδύνων και υγειονομικής φροντίδας υγείας. (Αντωνίου Π., Σουλιώτης Κ., Σαρίδη Μ., 2021).

Η **σύμπραξη δημοσίου-ιδιωτικού τομέα υγείας** μπορεί να καλύψει τα ποσοτικά κενά υποστελέχωσης των δομών, της υπολειτουργικότητας των φορέων, τις ανεπάρκειες των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. (Γούλα Α., 2014).

Στον πίνακα 1.1 παρατίθεται συγκριτική ανάλυση του ποσοστού χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ανά τομέα σε επιλεγμένες χώρες της Ε.Ε.

Πίνακας 1.1. Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας, 2019

Χώρα	Δημόσιος Τομέας	Ιδιωτικός Τομέας	Μ.Κ.Ο. και λοιποί
Λουξεμβούργο	85%	13%	2%
Σουηδία	85%	14%	1%
Φινλανδία	78%	19%	3%
Γερμανία	85%	14%	1%
Γαλλία	84%	15%	1%
Βέλγιο	77%	23%	0%
Αυστρία	75%	23%	2%
Ιταλία	74%	25%	1%
Ισπανία	71%	29%	0%
Πορτογαλία	61%	38%	1%
Ελλάδα	60%	40%	0%
Ηνωμένο Βασίλειο	79%	18%	3%
Ολλανδία	82%	17%	1%

Πηγή: Oecd Health Statistics 2021, «Health expenditure by type of financing, 2019», «Public Funding of health spending 2019».

Η υπέρμετρη αύξηση των δαπανών υγείας, κυρίως των νοσοκομειακών της τριτοβάθμιας περίθαλψης, ώθησε τις ευρωπαϊκές κυβερνήσεις να αναζητήσουν εργαλεία/μεθόδους συγκράτησης του κόστους. Αποπειράθηκαν να εφαρμόσουν τη

**θεωρία των Ανταγωνιστικών Αξιών του Ανοιχτού Μοντέλου Κουλτούρας** στο σύστημα υγείας, για να επιτύχουν τη συνύπαρξη των πλεονεκτημάτων του κοινωνικού κράτους και του ιδιωτικού τομέα. (Γούλα Α., 2014).

Η δημόσια σύνθετη φύση του αγαθού υγεία, με την ταυτόχρονη κοινωνική/καταναλωτική/επενδυτική διάστασή του, καθοδήγησαν τους οικονομολόγους της υγείας, να το διαχωρίσουν από τα υπόλοιπα αγαθά/υπηρεσίες. Η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, η ευημερία, η συνοχή μιας χώρας επηρεάζεται από την σωματική, ψυχική, κοινωνική ευεξία και το επίπεδο ποιοτικής διαβίωσης του ανθρωπίνου παραγωγικού συντελεστή της. Αυτή η ευρέως αποδεκτή διαπίστωση αποτέλεσε τη γενική παραδοχή της κρατικής μέριμνας, για την εξασφάλιση της δημόσιας υγείας, της καθολικής, ισότιμης προσβασιμότητας όλων των πολιτών στο Σύστημα Υγείας, χωρίς η κάλυψη του συνόλου των ατομικών υγειονομικών αναγκών τους να προσκρούει σε οικονομικά/εισοδηματικά κριτήρια. (Θεοδώρου Μ. και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008, Σούλης Σ., 2015).

Η Αγορά του Υγειονομικού Τομέα παρουσιάζει αποκλίσεις από τους βασικούς νόμους, που διέπουν την ελεύθερη αγορά, καθώς επικρατεί:

- **ασυμμετρία πληροφόρησης μεταξύ ιατρού-ασθενούς**. Ακόμη και αυξημένα επίπεδα ενημέρωσης των ασθενών, ευρεία ιατρική γνώση των νοσούντων ή των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, δεν καλύπτουν πλήρως την ιατρική επιστημονική εκπαίδευση και εμπειρία, που κατέχουν οι προμηθευτές-ιατροί. Αποτέλεσμα είναι η ελλιπής γνώση του σκοπού και της χρησιμότητας του προϊόντος υγείας, που πρόκειται να καταναλωθεί.
- **αβεβαιότητα τελικού αποτελέσματος**. Κάθε ιατρική πράξη χαρακτηρίζεται από αδυναμία επαλήθευσης των ιατρικών προβλέψεων π.χ. παρενέργειες φαρμακευτικής αγωγής, χειρουργικές επιπλοκές.
- **Καθολική, ισότιμη ποιοτική παροχή και διαθεσιμότητα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας** ανεξάρτητα της αγοραστικής δύναμης του μισθού ή του συνολικού εισοδήματος του πολίτη π.χ. άνεργα άτομα ή που διαβιούν σε κατάσταση φτώχειας/αποκλεισμού. Αναφέρεται η έννοια της κοινωνικής αλληλεγγύης μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, όπου η προσφορά υπηρεσιών σε μια ομάδα πληθυσμού ή στο σύνολό του, αντικατοπτρίζει και προσμετρά το συνολικό κοινωνικό όφελος, χωρίς να απαιτείται στην ομάδα-αποδέκτη να ανταποδώσει την παροχή με οποιοδήποτε τρόπο. (Γούλα Α., 2014).

Οι μεταρρυθμιστικές εκσυγχρονιστικές παρεμβάσεις επικεντρώθηκαν στη διάσπαση της παραγωγής από την κρατική χρηματοδότηση και την χάραξη στρατηγικού σχεδιασμού πολιτικών υγείας. Ιδιωτικά μη κερδοσκοπικά συμφωνητικά σύμπραξης κράτους-ιδιωτικών προμηθευτών αφορούσαν τον κρατικό προγραμματισμό πολιτικών υγείας, την οργάνωση του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών και την δημόσια χρηματοδότησή τους, με την παραγωγή και διανομή των αγαθών/υπηρεσιών να εκτελείται από ιδιωτικούς παρόχους. (Γούλα Α., 2014).

Οι ελληνικές νομοθετικές τροποποιητικές δράσεις της Π.Φ.Υ. στρέφονται προς το **πλουραλιστικό σύστημα φροντίδας υγείας**, μέσω της αποσύνδεσης της χρηματοδότησης και της παραγωγής των υπηρεσιών υγείας, ώστε να αντιμετωπιστεί η στενότητα των πόρων, να αναβαθμιστεί το εύρος των παροχών, να ενισχυθεί η ανταπόκριση στις προσδοκίες των εξωτερικών ασθενών και να βελτιωθεί η ικανοποίησή τους από την ποιότητα των υπηρεσιών. (Γούλα Α., 2014).

Η προσδοκία της ποιότητας, η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, οι δημογραφικές εξελίξεις αύξησης των ατόμων τρίτης ηλικίας με την παράλληλη αύξηση του φαινομένου της υπογεννητικότητας, η εκδήλωση μακροχρόνιων νέων ασθενειών (νεοπλασίες, σακχαρώδης διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, αυτοάνοσα, νεφροπάθειες), κατέστησαν το Ε.Σ.Υ. αναποτελεσματικό στην εξατομικευμένη,



επικαιροποιημένη αντιμετώπιση σύγχρονων αναγκών υγείας και τέθηκε σε κίνδυνο η βιωσιμότητά του, λόγω υπέρμετρης εκτόξευσης του κόστους και των δαπανών υγείας. (Κυριόπουλος Ι., Υφαντόπουλος Ι., στο Πιερράκος Γ., 2013).

Στο ελληνικό **ΦΕΚ του Ν. 4931/2022 στο άρθρο 39** επισημαίνεται η δυνατότητα υπογραφής **ιδιωτικών συμφωνητικών μεταξύ κράτους και ιδιωτικών παρόχων υγείας**, για τη συνδιοργάνωση συνεργασίας δημόσιων δομών πρωτοβάθμιας, με φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, ιδιώτες παρόχους Π.Φ.Υ. και ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, για τη μετατροπή του συστήματος σε ένα πλουραλιστικό μοντέλο παραγωγής, διανομής αγαθών, υπηρεσιών, ανταποκρινόμενο στις νέες προκλήσεις και στα νέα επιδημιολογικά πρότυπα, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση κατάστασης υγείας του πληθυσμού και εξάλειψης των υγειονομικών αποκλίσεων ανά περιφέρεια.

Στόχος ήταν η αναδιανομή των πόρων, η περιφερειακή αποκέντρωση με την ταυτόχρονη ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η δημοσιονομική και διοικητική αυτονομία των δομών τριτοβάθμιας περίθαλψης, ώστε το σύστημα να βελτιώσει την παρεχόμενη ποιότητα, να μειώσει το κόστος, να αυξήσει τη λειτουργική αποδοτικότητά του και να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των εσωτερικών/εξωτερικών ασθενών. (Γούλα Α., 2014).

Τα εργαλεία συγκράτησης δαπανών υγείας που υιοθετήθηκαν, αφορούσαν την αμφίδρομη εφαρμογή μέτρων στη **ζήτηση** υπηρεσιών υγείας, μέσω της αύξησης του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων στην κατανάλωση υπηρεσιών, για καταπολέμηση του «moral hazard», δηλαδή της ηθικής αποζημίωσης των κινδύνων. Σε όλα τα συστήματα υγείας παρατηρείται το φαινόμενο της κατασπατάλησης των υπηρεσιών υγείας, χωρίς ορθολογιστικά κριτήρια αναγκαιότητας χρησιμοποίησης της παροχής, εξαιτίας της χρηματοδότησης από τρίτους, στοιχείο που δεν επιβαρύνει οικονομικά των χρήστη-καταναλωτή. Στην πλευρά της **προσφοράς**, εποπτικός μηχανισμός παρακολούθησης ενδεχόμενης κερδοσκοπικής στάσης των προμηθευτών ή προκλητής ζήτησης υπηρεσιών, προσπαθεί να ελέγξει την ολιγοπωλιακή συμπεριφορά των προμηθευτών-γιατρών, στην ανεξέλεγκτη αύξηση των τιμών. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2008).

#### **Αιτιολογικοί παράγοντες αύξησης των ελληνικών δαπανών υγείας:**

- **οι δημογραφικές και πληθυσμιακές μεταβολές.** Η αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού και της υπογεννητικότητας, αναμενόμενα αύξησαν τη δαπάνη μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Οι νέες παθήσεις χρόνιων νοσημάτων και συννοσηρότητας, το νέο δηλαδή επιδημιολογικό προφίλ των καρδιαγγειακών νοσημάτων, νεοπλασιών, αυτοάνοσων, προκαλούν υψηλό κόστος χαμηλής ποιοτικά περίθαλψης. ***Το αναποτελεσματικό επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με τις ποσοτικές ανεπάρκειες προσωπικών ιατρών καθοδηγούν τον χρήστη στο τριτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας.*** Απόρροια των προαναφερθέντων είναι η εκτόξευση των νοσοκομειακών δαπανών περίθαλψης, με την παράλληλη χαμηλού βαθμού ικανοποίηση του χρήστη, διότι οι υπηρεσίες δεν ανταποκρίνονται στην κάλυψη των αναγκών του. Επίσης, τα **μεγάλα μεταναστευτικά ρεύματα με πληθώρα λοιμωδών νοσημάτων** τροποποιούν το επιδημιολογικό πρότυπο και αυξάνουν τις δαπάνες φροντίδας υγείας. (Γούλα Α., 2014, Καμέκης Α. και συν 2020).
- **η επιστήμη της Ιατρικής Τεχνολογίας και Πληροφορικής της Υγείας.** Η προμήθεια, η συντήρηση εξειδικευμένου βιοϊατρικού εξοπλισμού, με την ταυτόχρονη αυξημένη αντιμισθία του συγκεκριμένου καταρτισμένου, υψηλής τεχνογνωσίας, απασχολούμενου προσωπικού, η αλόγιστη προκλητή κατανάλωση των εν λόγω ιατρικών πράξεων, προκαλούν ***αύξηση των***

*μισθολογικών δαπανών, του συνολικού κόστους νοσηλείας και του λειτουργικού κόστους της μονάδας υγείας. Moral hazard. (Γούλα Α., 2014).*

➤ **η υπερδιόγκωση της φαρμακευτικής δαπάνης.**

Η διττή κοινωνική/καταναλωτική διάσταση του φαρμάκου, η ασυμμετρία πληροφόρησης ασθενούς-ιατρού, η αδυναμία μηχανισμών συγκράτησης του φαρμακευτικού κόστους εκτοξεύουν τις άμεσες ιδιωτικές δαπάνες, για λήψη φαρμακευτικής αγωγής στην Ελλάδα, στο 13% του συνόλου των υγειονομικών ελληνικών δαπανών, έναντι του σχεδόν 4% του μ.ο. της Ε.Ε. (Γούλα Α., 2014, Προφίλ Υγείας στην Ελλάδα 2021, Oecd).

➤ **οι αυξημένες απαιτήσεις των χρηστών, για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, Ασθενοκεντρικό μοντέλο.** (Γούλα Α., 2014).

Τα χρόνια νοσήματα αποτέλεσαν κύρια πηγή μεταρρυθμίσεων και εκσυγχρονισμού του πρωτοβάθμιου αποκεντρωμένου συστήματος φροντίδας υγείας, καθώς οι τοπικές κοινωνίες και το σύστημα Π.Φ.Υ. οφείλουν να ανταποκριθούν στη μεταστροφή της κλειστής ιδρυματικής νοσοκομειακής περίθαλψης των χρόνιων πασχόντων, προς την κατ'οίκον νοσηλεία τους, με παράλληλη ενδυνάμωση της αυτοφροντίδας τους, του εθελοντικού δικτύου ή της οικογένειάς τους και την ενίσχυση των επαγγελματιών υγείας, που θα αναλάβουν την φροντίδα αυτή. (Πιερράκος Γ., 2013).

Στον πίνακα 1.2. διαφαίνεται το ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο των ενδονοσοκομειακών δαπανών υγείας, η χρηματοδότηση των οποίων καταλαμβάνει σχεδόν το 50% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό δυσανάλογο με το αντίστοιχο της εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας.

Πίνακας 1.2. Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, 2016 και 2020

	2016	2020	% Μεταβολή 2020/2016
Δημόσιες Δαπάνες Υγείας	9.050.000	9.719.800	7.4%
ενδονοσοκομειακές	4.560.900	4.901.300	7.46%
εξωνοσοκομειακές	1.054.100	1.199.300	13.77%
λοιποί προμηθευτές	3.435.000	3.619.200	5.36%
Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας	5.625.400	5.934.600	5.49%
ενδονοσοκομειακές	2.002.900	2.181.300	8.9%
εξωνοσοκομειακές	1.373.200	1.294.000	-5.76%
λοιποί προμηθευτές	2.249.300	2.459.300	9.33%
Λοιπές (Μ.Κ.Ο. κλπ)	67.200	65.200	-2.97%

Πηγή: [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr) «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2020», Ιδία Επεξεργασία.

**1.1.3. Σημαντικοί χρονολογικοί σταθμοί αναβάθμισης του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην πορεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης,**

Το σημερινό συνεχώς μεταβαλλόμενο παγκοσμιοποιημένο εξωτερικό περιβάλλον, με τις ραγδαίες κοινωνικοοικονομικές, γεωπολιτικές, ιατροτεχνολογικές, πολιτικές εξελίξεις, επιτάσσει τη **διαρθρωτική μεταρρυθμιστική πολιτική του Ε.Σ.Υ.**, για να μπορέσει το σύστημα υγείας να **ανταποκριθεί** στις αυξανόμενες απαιτήσεις των διεθνών/ευρωπαϊκών διευρυνμένων δεσμευτικών στόχων, στις προσδοκίες των διαφοροποιούμενων αναγκών υγείας των χρηστών, ώστε να **εξασφαλιστεί** η ισότιμη **πρόσβαση** των πολιτών στο **υπέρτατο δημόσιο αγαθό της υγείας.** (Γούλα Α., 2014).

Η **αναγκαιότητα μετάβασης στο οργανωτικό μοντέλο συστήματος υγείας** με επίκεντρο την πρόληψη της νόσου, την αποκατάσταση του πάσχοντα με την παράλληλη προσπάθεια κοινωνικής επανένταξης του μετά τη θεραπεία, δηλαδή κεντρικός πυλώνας του συστήματος υγείας το **πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας**, κρίθηκε αναγκαία, για λόγους διασφάλισης της βιωσιμότητας του συστήματος και ανταπόκρισής του στα νέα ιατρικά δεδομένα και επιδημιολογικά πρότυπα. (Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ. και συν 2001).

Η δημόσια κοινωνική φύση του αγαθού της υγείας οφείλει να εξασφαλίζει **ισότητα στην προσπελασιμότητα στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας**, δηλαδή οι ίσες ευκαιρίες, που δίνονται σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτου της κοινωνικοοικονομικής κατάστασής τους, για να καταναλώσουν τις απαραίτητες για τους ίδιους υπηρεσίες υγείας. Η ισότητα στην προσβασιμότητα επιτυγχάνεται με την ορθολογιστική ισοκατανομή των χρησιμοποιούμενων πόρων, μέσω στρατηγικού σχεδιασμού ανίχνευσης τοπικών αναγκών, καταγραφής δεικτών υγείας και λοιπών προσδιοριστών εκδήλωσης νόσων σε τοπικό επίπεδο. Η ανάλυση των αναγκών υγείας σε τοπικό επίπεδο επιφέρει τη βέλτιστη κάλυψη του ατόμου και της μοναδικότητάς του, ως ιατρικό περιστατικό. (Θεοδώρου Μ και συν., 2001).

Επιπρόσθετα, **απαραίτητα/υποχρεωτικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα** στην παροχή της υγείας διακρίνονται η 24ωρη, 365 ημέρες το χρόνο **διαθεσιμότητα** της παροχής και η **συνέχεια** της. Αναφέρεται δηλαδή στο τετράπτυχο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση του ατόμου. (Θεοδώρου Μ και συν., 2001). Τέλος, η **προσδοκία του χρήστη-καταναλωτή, για υψηλά επίπεδα προσφερόμενης ποιότητας των υπηρεσιών**, η σημαντικότητα, που δίνουν τα αρμόδια όργανα χάραξης πολιτικής υγείας, στο **βαθμό ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών**, οδήγησαν στη συνεχή αναζήτηση λύσεων και προτάσεων αναβάθμισης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Κάτωθι παρατίθενται σημαντικοί σταθμοί χάραξης της ενίσχυσης του πρωτοβάθμιου επιπέδου.

Η πρώτη ιδιαίτερη επικέντρωση στο πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας υγείας έλαβε χώρα το **1978**, όπου ο **Π.Ο.Υ.** έθεσε τα ζητήματα των διατομεακής παρεμβατικής συντονιστικής δράσης της τοπικής αυτοδιοίκησης, της κοινωνίας των πολιτών, της Π.Φ.Υ. στη λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγείας. Την αποκέντρωση αρμοδιοτήτων σε τοπικό επίπεδο προσπάθησε να ενισχύσει, μέσω προτεινόμενων προτάσεων ανάπτυξης της προσιτής οικονομικά επιστήμης της τεχνολογίας, της ορθολογιστικής κατανομής πόρων και παροχών, θέτοντας συμμετοχο τον πολίτη στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. (Πιερράκος Γ., 2008).

Η επισφράγιση της αναγκαιότητας ενδυνάμωσης της Π.Φ.Υ. επήλθε με την **διακήρυξη της Alma-Ata το 1978 και του χάρτη της Ottawa 1986**, όπου η «νέα δημόσια υγεία για όλο τον πληθυσμό» είναι απόρροια του στρατηγικού σχεδιασμού διατομεακών-διεπιστημονικών πολιτικών προαγωγής της δημόσιας υγείας. Η μέχρι τότε επικέντρωση στην αποκλειστική θεραπευτική ιατρική, αντικαταστάθηκε με την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των αναγκών και προβλημάτων υγείας. Οι διατομεακές δημόσιες πολιτικές αφορούν εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προγραμμάτων αγωγής υγείας, επενδύσεις στον συγκοινωνιακό τομέα ή στις υποδομές μεταφοράς και διασύνδεσης, αναπτυξιακές παρεμβατικές δράσεις στον βιομηχανικό, κτηνοτροφικό, γεωργικό, αλιευτικό τομέα, μέτρα ενίσχυσης της απασχόλησης και μείωσης του δείκτη της ανεργίας, ενδυνάμωση των κοινωνικών υπηρεσιών τοπικής αυτοδιοίκησης, σημερινοί σταθμοί προστασίας μητέρας, παιδιού, εφήβου κλπ. (Πιερράκος Γ., 2008).

Η **Ανοιχτή Μέθοδος Συντονισμού** αποτέλεσε μεθοδολογικό εργαλείο, που καθιερώθηκε στη **στρατηγική της Λισσαβόνας το 2000**, όταν τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. υιοθέτησαν κατευθυντήριους κοινούς στόχους μεταρρυθμιστικού εκσυγχρονισμού των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, μέσω αμοιβαίας ανταλλαγής γνώσεων,

επιτυχημένων εφαρμοζόμενων πρακτικών, συνεργατικού συντονισμού των, προς υλοποίηση, αξόνων παρέμβασης. (Πιερράκος Γ., 2008, Σούλης Σ., 2015).

Οι άξονες παρέμβασης αφορούσαν το δημογραφικό πρόβλημα γήρανσης του πληθυσμού, την αναμενόμενη εκτόξευση των δαπανών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, τις επιπτώσεις στη βιωσιμότητα του υγειονομικού και συνταξιοδοτικού συστήματος. Επιδίωξη ήταν η ενεργητική συμμετοχή-κοινωνική επανένταξη των ατόμων τρίτης ηλικίας, με την παράλληλη μείωση της ανεργίας, την ενίσχυση της απασχόλησης, ώστε οι προϋποθέσεις επιτυχημένου συστήματος κοινωνικής προστασίας, δηλαδή κοινωνική ανάπτυξη και ευημερία, ισότητα, κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη να ευοδωθούν και να επιφέρουν αναβάθμιση της ποιότητας, του εύρους της παρεχόμενης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και επάρκεια συντάξεων. (Πιερράκος Γ., 2008, Σούλης Σ., 2015).

Το *Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Γκέτεμποργκ, το 2001*, «Το μέλλον της υγειονομικής περιθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους» ασχολήθηκε περαιτέρω με τους κατευθυντήριους στόχους, που ετέθησαν στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισσαβόνας το 2000 και δημιούργησαν τη νέα τάξη πραγμάτων στο στρατηγικό σχεδιασμό πολιτικών υγείας με έμφαση (Πιερράκος Γ., 2008):

1. την προώθηση της ολιστικής συνεχούς φροντίδας υγείας των χρηστών-καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, με το τετράπτυχο πρόληψη-διάγνωση-θεραπεία-αποκατάσταση, (Πιερράκος Γ., 2008),
2. την ενίσχυση της πρόληψης, προαγωγής της υγείας, μέσω ισότιμης καθολικής προσβασιμότητας και διαθεσιμότητας στην ιατρική ενημέρωση/ευαισθητοποίηση, (Πιερράκος Γ., 2008),
3. την καθολική ισότιμη ποιοτική πρόσβαση σε όλο το εύρος των υπηρεσιών υγείας, με απώτερο σκοπό την αποδοτικότητα του συστήματος, που θα επιφέρει τη ζητούμενη οικονομική βιωσιμότητα. (Σύγχρονο Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο). (Υφαντόπουλος Ι, στο Πιερράκος Γ., 2008).

Το *συνέδριο της Αστάνα*, περί της ενίσχυσης του οράματος της *Π.Φ.Υ.* του 21<sup>ου</sup> αιώνα, που διενεργήθηκε υπό την αιγίδα του *Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας* το 2018, αφορούσε τις απαραίτητες δεσμευτικές κατευθυντήριες οδηγίες, τις εφαρμοζόμενες πολιτικές δράσεις του υγειονομικού, κοινωνικοοικονομικού τομέα, με ιδιαίτερη έμφαση στους τρεις αλληλοσυσχετιζόμενους άξονες επιρροής του πρωτοβάθμιου επιπέδου φροντίδας υγείας (Λιονής Χ., 2019):

1. καθολική κάλυψη αναγκών του δημόσιου αγαθού της υγείας, μέσω ολοκληρωμένου πρωτοβάθμιου συστήματος προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας υγείας, (Λιονής Χ., 2019),
2. σχεδιασμός, εφαρμογή πολιτικών δράσεων αντιμετώπισης των επικαιροποιημένων προσδιοριστών υγείας, λ.χ. περιβαλλοντικοί παράμετροι, (Λιονής Χ., 2019),
3. ενίσχυση της αυτοφροντίδας, κοινωνικής επιχειρηματικότητας και των άτυπων δικτύων υποστήριξης χρονίων πασχόντων, ατόμων τρίτης ηλικίας, ευπαθών/ευάλωτων ομάδων του τοπικού πληθυσμού, σε προσωπικό και κοινοτικό επίπεδο. (Λιονής Χ., 2019, Αμίτσης Γ., 2014).

#### **1.1.4. Οργανωτική και Λειτουργική Διάρθρωση του Συστήματος Υγείας.**

Η λειτουργική αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της εκάστοτε χώρας, τις πολιτικές στρατηγικές κατευθύνσεις, τους πολιτισμικούς παράγοντες, τα συμπεριφοριστικά πρότυπα του πληθυσμού, το διαμορφωμένο επιδημιολογικό προφίλ, τον βαθμό ανταπόκρισης του συστήματος στις απαιτήσεις των χρηστών και στην έγκαιρη αντιμετώπιση των απειλών. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Η εσωτερική ολοκλήρωση του συνόλου των μονάδων, που απαρτίζουν το σύστημα υγείας, σε διαρκή αλληλεπίδραση με τους διατομεακούς προσδιοριστές υγείας, που συνκαθορίζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, συναποτελούν με την τοπική κοινότητα (Αυτοδιοίκηση και ενεργητική κοινωνία των πολιτών) το επιτυχημένο, εφαρμοζόμενο, στρατηγικό σχεδιαστικό πλαίσιο πολιτικής υγείας, ανταποκρινόμενο στις πραγματικές ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. (Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Ο κίνδυνος μη βιώσιμων συστημάτων υγείας, λόγω της νοσοκομειοκεντρικής φύσης της παροχής υπηρεσιών, της αύξησης των αντίστοιχων δαπανών, της έλλειψης εμπιστοσύνης των εξωτερικών ασθενών, αναφορικά με τη ποιότητα και το ακάλυπτο εύρος των αναγκών επέφεραν τον μεταρρυθμιστικό εκσυγχρονισμό της φιλοσοφίας της οργάνωσης, της παραγωγής και της διανομής των αγαθών/υπηρεσιών. (Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Η περιφερειακή αποκέντρωση, με την παράλληλη ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποσκοπεί στην ορθολογιστική αναδιανομή του συνολικού προσωπικού των επαγγελματιών υγείας, στην ανασυγκρότηση των υγειονομικών περιφερειών, μέσω της προμήθειας/συντήρησης των υλικοτεχνικών εξοπλισμών/κτιριακών εγκαταστάσεων, της επένδυσης στην Πληροφορική της Υγείας και στη βιοϊατρική τεχνολογία, στη μεγέθυνση των διατομεακών χρηματοδοτικών κονδυλίων, για να καταπολεμηθούν οι αιτιολογικοί παράγοντες διαμόρφωσης της νόσου, να αμβλυνθούν οι περιφερειακές ανισότητες και να ανταπεξέλθει το τοπικό/περιφερειακό υγειονομικό δίκτυο στην εξυπηρέτηση των ουσιαστικών προβλημάτων υγείας του τοπικού πληθυσμού. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008, Σούλης Σ., 2015).

Η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στηρίζεται στην ολιστική αντιμετώπιση του χρήστη-καταναλωτή καλύπτοντας ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών πρόληψης-διάγνωσης-θεραπείας-αποκατάστασης, ενώ στο δευτεροβάθμιο ή τριτοβάθμιο επίπεδο απευθύνονται μόνο ιατρικά περιστατικά, που αδυνατεί ο πρωτοβάθμιος κεντρικός πυλώνας να φροντίσει. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Η καινοτομική ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η εκπαιδευτική επένδυση συνεχιζόμενων καταρτιζόμενων επιστημόνων υγείας, μέσω της δια βίου μάθησης, επιτρέπει την απομακρυσμένη τηλε-διασύνδεση πρωτοβάθμιας και τριτοβάθμιας τηλε-φροντίδας, την ανταλλαγή τεχνογνωσίας, για διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους στη λήψη ιατρικών αποφάσεων. (Γούλα Α., 2014, Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Σε αυτό το σημείο η διπλωματική εργασία θα παραθέσει τον τρόπο οργάνωσης, λειτουργίας, συντονισμού των τεσσάρων επιπέδων προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας (J. Fry. 1978 στο Πιερράκος Γ., 2008, Θεοδώρου Μ., και συν, 2001):

1. **Περίθαλψη στην οικογένεια, με απότερο σκοπό την αυτοφροντίδα.** Το επίπεδο κάλυψης αφορά την (κατ'οίκον) παροχή υπηρεσιών υγείας σε χρόνιους, σταθερής κατάστασης υγείας, πάσχοντες. Το συγκεκριμένο μοντέλο αφορά κυρίως τη νοσηλευτική φροντίδα (1 νοσηλεύτης/1-10 πολίτες) με μελλοντική επίδιωξη την αυτό-βοήθεια του ασθενούς. Η περίθαλψη όμως, συμπεριλαμβάνει όλο το φάσμα των επαγγελματιών υγείας, με την προϋπόθεση ότι, ο κάθε επιστήμονας μπορεί να αναλάβει μέχρι 10 ασθενείς. Το τετράπτυχο: ατομική προσπάθεια, νοσηλευτική βοήθεια, στάδιο βελτίωσης της κατάστασης υγείας του πάσχοντα, κοινωνική επανένταξη/ενσωμάτωσή του, αποσκοπεί στην τελική πλήρη αποκατάστασή του ή στην ποιοτική προσωπική συνύπαρξη με τη νόσο και ομαλή επαναπροώθησή του στην κοινωνία. (D. Orem 1995, Mc Kenna 1997 στο Πιερράκος Γ., 2008).

Αξιοσημείωτη κρίνεται μια νέα μορφή *εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας το «Νοσοκομείο στο Σπίτι»*, που έκανε την εμφάνισή της στη Γαλλία το 1961 και μετέπειτα υιοθετήθηκε σε αρκετές ανεπτυγμένες χώρες τη δεκαετία του 1980, προσαρμοσμένη στην οργανωτικοοικονομική διάρθρωση του εκάστοτε συστήματος υγείας. Σκοπός του εν λόγω εγχειρήματος ήταν η βιωσιμότητα των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας και η ανταπόκρισή τους στις γεωγραφικές απαιτήσεις των απομακρυσμένων περιοχών σε εξειδικευμένη ποιοτική φροντίδα χρόνιων και επειγόντων περιστατικών. (Αδαμακίδου Θ. και συν, 2014).

Η *διαφοροποίησή της από την κατ'οίκον φροντίδα* εστιάζεται στην *καθημερινή εντατικοποιημένη ασθενοκεντρική παρακολούθηση θεραπείας και αποκατάστασης, 2-3 ιατρονοσηλευτικών κατ'οίκον επισκέψεων ημερησίως*, με τον *νοσηλευτή να αναλαμβάνει πρωτεύοντα ρόλο* στην ολοκληρωμένη διαχείριση της *εξωνοσοκομειακής νοσηλείας*. Ο ιατρός εκτελεί καθημερινά ή εβδομαδιαία εποπτικά χρέη παρακολούθησης της πορείας υγείας και παραπομπής τους ασθενούς σε λοιπές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας λ.χ. φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, διατροφολόγους κλπ. (Αδαμακίδου Θ. και συν, 2014).

Η *επικαιροποίηση των γνώσεων, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των υγειονομικών, η ανάπτυξη της ιατρικής προηγμένης τεχνολογίας, η χρήση Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας* αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες επιτυχίας του «Νοσοκομείου στο Σπίτι», καθώς το *προσωπικό οφείλει να εφαρμόζει τα ιατρικά κατευθυντήρια πρωτόκολλα και να ενημερώνει τον Α.Η.Φ.Υ.* (Αδαμακίδου Θ. και συν, 2014).

Η *εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενών ή επειγόντων περιστατικών* προϋποθέτει την 24ωρη θεραπεία ή/και φροντίδα, μέσω *αυτόματων ογκομετρικών φορητών αντλιών προγραμματισμένης έγχυσης, φορητών αναλυτών αερίου αίματος και διενέργεια βασικών βιοχημικών εξετάσεων, τοποθέτηση φλεβοκαθετήρων, χρήση παρεντερικής σίτισης, ενδοφλέβιες εγχύσεις, αναπνευστήρες οξυγόνου, φορητούς υπερηχογράφους/καρδιογράφους, ακτινοδιαγνωστικά μηχανήματα.* (Αδαμακίδου Θ. και συν, 2014).

*Οι υποτροπιάζουσες περιπτώσεις των χρόνιων καρδιαγγειακών, νεοπλασιών, αναπνευστικών νοσημάτων*, η επιτακτική συστηματική παρακολούθησή τους, *η φροντίδα ατόμων με κινητικά ή διανοητικά προβλήματα, η βραχεία/άμεση κατ'οίκον νοσηλεία οξέων περιστατικών*, λ.χ. εγκεφαλικών, θρομβώσεων, ενδοκαρδίτιδας, οστεομυελίτιδας, στηρίζονται στην εφαρμογή κατ'οίκον τηλεπαρακολούθησης των ασθενών και τηλεπικοινωνίας (video-τηλέφωνο) με την οικογένεια. (Αδαμακίδου Θ. και συν, 2014).

*Τα αποτελέσματα της εφαρμογής του «Νοσοκομείου στο Σπίτι»* κατέδειξαν *ασφαλή θεραπευτική πορεία, ποιοτική αποκατάσταση οξέων περιστατικών, αποδοτική παρακολούθηση χρόνιων πασχόντων, αισθητή μείωση του λειτουργικού κόστους του συστήματος υγείας και των δαπανών υγείας, με την προϋπόθεση πλήρους αξιοποίησης των πόρων σε ανθρώπινο δυναμικό, σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, χρησιμοποίηση αποκλειστικά απαραίτητων παρεχόμενων υπηρεσιών.* (Αδαμακίδου Θ. και συν, 2014).

Στα *ελληνικά δεδομένα* και κυρίως λόγω γεωγραφικής ποικιλομορφίας, αδυναμίας πρόσβασης των μόνιμων κατοίκων των δυσπρόσιτων νησιωτικών περιοχών σε ποιοτικές και μεγάλου εύρους παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού και της αύξησης της υπογεννητικότητας, *το εν λόγω μοντέλο φροντίδας υγείας*, με την *ταυτόχρονη αναβάθμιση της σύμπραξης του ιδιωτικού τομέα*, θα μπορούσε να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες *βελτίωσης της ικανοποίησης των χρηστών υγείας από το σύστημα.*

Η ελληνική νησιωτική ακριτική περιφέρεια και οι δυσπρόσιτες ορεινές περιοχές θα πρέπει να αποτελέσουν ξεχωριστό τμήμα στρατηγικού σχεδιασμού

χάραξης πολιτικής υγείας, λόγω της ιδιαιτερότητάς τους και των ανισοτήτων που βιώνουν οι μόνιμοι κάτοικοι. Η αναβάθμιση της υγείας, μέσω της υιοθέτησης υφιστάμενων μοντέλων διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας της τοπικής κοινότητας, λ.χ. *EverCare*, θα μπορούσε να προσδώσει ενισχυτική ώθηση στην ενδυνάμωση και μετεξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας της αποκεντρωμένης τοπικής κοινωνίας. (Πιερράκος Γ., 2013).

**Κύρια συνιστώσα της φροντίδας υγείας** των χρονίων πασχόντων, υψηλού κινδύνου με αυξημένα επίπεδα συννοσηρότητας, χαρακτηρίζεται η **εξατομικευμένη ενημέρωση και παρακολούθηση του ασθενούς**, η **ολοκληρωμένη προσφερόμενη πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα** πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης. Η ευαισθητοποίηση του χρήστη και της οικογένειάς του στη διαχείριση της κατάστασης της υγείας του αποσκοπούν στην υποστήριξη της **αυτοφροντίδας του**. (Πιερράκος Γ., 2013).

**Η κύρια φροντίδα του ασθενούς παρέχεται από εξειδικευμένους νοσηλευτές** με κατ'όικον εντατικές προγραμματισμένες επισκέψεις. Παρατηρείται η αναμενόμενη **αμφίδρομη ανάπτυξη της ικανοποίησης ασθενούς-νοσηλευτή**, διότι ενδυναμώνεται η θεραπευτική σχέση, δημιουργούνται αντίστοιχες διαπροσωπικές με υψηλό αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Ο νοσηλευτής γίνεται αποδέκτης της εκτίμησης του πάσχοντα, για το παρεχόμενο ποιοτικό νοσηλευτικό θεραπευτικό του αποτέλεσμα και η αξιοποίηση των επικαιροποιημένων νοσηλευτικών του γνώσεων/πρακτικών φροντίδας, του επιτρέπουν να λαμβάνει ορθές πρωτοβουλίες, που συνεισφέρουν στην βελτίωση της πορείας της νόσου και της προσωπικής του αυτοεκτίμησης/αυτοβελτίωσης. (Πιερράκος Γ., 2013, Σαρρής Μ., 2001).

Αξιοποιείται η **εργασιακή θεραπευτική συνεργατικότητα, οι συνθήκες ασφάλειας/εμπιστοσύνης στο περιβάλλον της εργασίας μεταξύ ιατρού-νοσηλευτή και ο συντονισμός των τριών επιπέδων περίθαλψης, μέσω της χρησιμοποίησης της ιατρικής τεχνολογίας**. Ο προσωπικός ιατρός εφαρμόζει τα ιατρικά κατευθυντήρια πρωτόκολλα, καθοδηγεί, συμβουλεύει τον νοσηλευτή σε ζητήματα ανεπιθύμητων παρενεργειών των φαρμακευτικών σκευασμάτων, των επιπλοκών της χρόνιας ή οξείας νόσου και μαζί ενημερώνουν τον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο του ασθενούς, ο οποίος είναι άμεσα προσβάσιμος στους εξουσιοδοτημένους χρήστες του τριτοβάθμιου επιπέδου περίθαλψης, σε περίπτωση αναγκαίας νοσηλείας του ασθενούς. (Πιερράκος Γ., 2013, Σαρρής Μ., 2001).

Σε αυτό το επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών εμφανίζεται και η έννοια της **κοινωνικής φροντίδας**, όπου η παροχή της διενεργείται στα γεωγραφικά πλαίσια της κοινότητας. Άτυπα δίκτυα, άτομα του οικογενειακού ή συγγενικού περιβάλλοντος, φροντιστές υγείας, κοινωνικές ομάδες εκδηλώνουν εθελοντική ιατρική αρωγή/ανθρωπιστικές συμπεριφορές υγειονομικής φροντίδας, προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Σταθόπουλος Πέτρος., 1999). Η τοπική κοινωνία θα πρέπει να διαθέτει ένα ευρύ, εκπαιδευμένο, ενημερωμένο **άτυπο δίκτυο φορέων εθελοντών και φροντιστών υγείας**. (Αμίτσης Γ., 2001, 2014).

Η **κοινωνική καινοτομία**, δηλαδή η ανάπτυξη της κοινωνικής επιχειρηματικότητας, των Μ.Κ.Ο., των εθελοντικών οργανώσεων, συνδυασμένη με την **επενδυτική καινοτομία της ιατρικής τεχνολογίας της πληροφορικής και επικοινωνιών** αποτελούν τις μελλοντικές παρεμβάσεις αντιστάθμισης των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων και βελτίωσης της καθολικής κάλυψης αναγκών υγείας, μέσω της ισότιμης προσβασιμότητας σε υψηλών προδιαγραφών σχεδιασμένες υπηρεσίες υγείας. **Τα μοντέλα «προνοιακού πλουραλισμού και Εταιρικής Σύμπραξης»**, των συγχρηματοδοτούμενων δηλαδή δημόσιων, ιδιωτικών, εθελοντικών φορέων κοινής φιλοσοφίας και οράματος, θα μπορούσαν να αυξήσουν το εύρος και την ποιότητα των ακάλυπτων προσδοκιών. (Αμίτσης Γ., 2001, 2014).

**Σκοπός των ελληνικών κυβερνήσεων** ήταν και παραμένει η αναβάθμιση της ποιότητας, η βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, η κοινωνική επανένταξη/ ενσωμάτωση των χρόνιων πασχόντων, η μείωση λειτουργικού κόστους και ο περιορισμός δαπανών υγείας των δημοσίων δομών, για επίτευξη της βιωσιμότητας του Ε.Σ.Υ. (Σούλης Σ. 2015, Πιερράκος Γ., 2013).

Σε μια κοινωνία όπου μαστίζεται από προκλήσεις αντιμετώπισης εξελισσόμενων μορφών χρόνιων νοσημάτων και συννοσηρότητας η τοπική κοινωνία θα διαδραματίσει σημαίνοντα ρόλο στη χάραξη και εφαρμογή πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Η αποτελεσματική μακροχρόνια φροντίδα υγείας συμπεριλαμβάνει:

1. την **εξατομικευμένη ενημέρωση, πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, παρηγορητική φροντίδα**, των διαφοροποιούμενων, κλιμακούμενων αναγκών υγείας των χρόνιων νοσημάτων,
2. **την αναβάθμιση της παρεχόμενης ποιότητας κατ'οίκον φροντίδας υγείας**, με την ταυτόχρονη μείωση του κόστους υγείας,
3. **την εφαρμογή συστήματος διοίκησης**, με την παράλληλη χρήση βιοϊατρικής τεχνολογίας, συνεχιζόμενης κατάρτισης/εκπαίδευσης προσωπικού, ορθολογιστικής κατανομής διαθέσιμων ανθρωπίνων πόρων,
4. **εύρυθμη συνεργασία** και συνεπικουρική δράση με πολιτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας και **προαγωγής της υγείας**.

**Η υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής** εμπεριέχει το στοιχείο της εξέλιξης του ατόμου, μέσω της ενεργητικής δραστηριοποίησής του στη λήψη σημαντικών αποφάσεων υγείας, για τη διατήρηση ή βελτίωση της κατάστασης υγείας του. **Η προγραμματισμένη προληπτική φροντίδα υγείας εξασφαλίζει συνύπαρξη της χρόνιας νόσου με αξιοπρεπείς συνθήκες καθημερινής διαβίωσης.** (Πιερράκος Γ., 2013).

**2.Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.** Στο επίπεδο αυτό παρέχεται **εξωνοσοκομειακή ανοιχτή περίθαλψη**, με κεντρικό καθοδηγητή, σε ορισμένες χώρες της Ε.Ε., τον προσωπικό ιατρό, ο οποίος ορίζεται αρμόδιο όργανο ενημέρωσης, διαχείρισης της κατάστασης υγείας του πληθυσμού ευθύνης του και παραπομπής των χρηστών σε εξειδικευμένες ειδικότητες συμβεβλημένων ιατρών ή στο δευτεροβάθμιο/τριτοβάθμιο επίπεδο του συστήματος. Ορισμένες χώρες της Ε.Ε. έχουν υιοθετήσει την άμεση πρόσβαση σε εξειδικευμένους ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, χωρίς να προαπαιτείται η έγκριση του προσωπικού ιατρού. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Στην **Ελλάδα** το επικαιροποιημένο μεταρρυθμιστικό πλαίσιο της Π.Φ.Υ. (2022) ορίζει τον **προσωπικό ιατρό** κυρίαρχο καθοδηγητή του χρήστη στο σύστημα, με την προέγκρισή του να κρίνεται απαραίτητη, για **παραπομπή του εξωτερικού ασθενή στο τριτοβάθμιο επίπεδο**, σε μια προσπάθεια συγκράτησης του νοσοκομειακού κόστους και μείωσης της λίστας αναμονής, εξαιτίας της άσκοπης/ανεξέλεγκτης πρόσβασης του καταναλωτή στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Ενισχύεται η συνεργασία και **ενημέρωση μεταξύ εξειδικευμένων ιατρικών ειδικοτήτων και του προσωπικού ιατρού**. Επίσης, μόνο οι εξουσιοδοτημένοι χρήστες υποχρεούνται να επικαιροποιούν τα δεδομένα, κάθε ιατρικής επίσκεψης, στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας του Ασθενούς.

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν δημόσιες δομές πρωταρχικής πρόσβασης του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας στο σύστημα, ενώ σε περιπτώσεις που υπεισέρχονται πληθυσμιακά/συγκοινωνιακά/γεωγραφικά περιοριστικά κριτήρια, ο εξωτερικός ασθενής εισέρχεται και εξυπηρετείται από τα υπαγόμενα στα Κέντρα Υγείας περιφερειακά ή πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Στον κάτωθι πίνακα αναλύεται η συνολική στελέχωση επαγγελματιών υγείας στο σύνολο των δομών Π.Φ.Υ. το έτος 2021, σύμφωνα με το δελτίο τύπου της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας «Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, έτος 2021».



Πίνακας 1.3. Στελέχωση δομών Π.Φ.Υ. 2021

Περιφέρειες	Κ.Υ.	Π.Ι.	Π.Π.Ι.	Ε.Π.Ι.	Τ.Ι.	ΛΟΠΙΑ	ΤΟ.Μ.Υ	Ιατροί	Νοσηλευτές	Λοιποί
1 <sup>η</sup>								1.356	818	829
2 <sup>η</sup>								1.071	695	739
3 <sup>η</sup>								675	655	476
4 <sup>η</sup>								691	848	635
5 <sup>η</sup>								774	781	569
6 <sup>η</sup>								1.002	1.099	1.184
7 <sup>η</sup>								511	264	245
<b>Σύνολο</b>	310	1.432	95	52	220	10	127	6.080	5.160	4.677

Πηγή: «Απογραφή Κ.Υ. και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., 2021» [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr), Ιδία Επεξεργασία.

Στις ανεπτυγμένες χώρες, επιτυχημένος εφαρμοζόμενος στρατηγικός σχεδιασμός, θεωρείται η κάλυψη αναγκών υγείας 2.500 κατοίκων ανά Κέντρο Υγείας, ενώ στις αναπτυσσόμενες διαφοροποιείται στους 10.000-50.000 κατοίκους πληθυσμό αναφοράς. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

Στον πίνακα 1.4. καταγράφεται η κατανομή των κέντρων υγείας, το υγειονομικό προσωπικό των κέντρων υγείας ανά υγειονομική ελληνική περιφέρεια το έτος 2021, βάση της αντίστοιχης απογραφής, που διενήργησε η ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Πίνακας 1.4. Κατανομή Κ.Υ. &amp; Προσωπικού ανά Περιφέρεια, 2021

Περιφέρεια	Κ.Υ.	Ιατροί	Νοσηλευτές	Λοιποί Επαγγελματίες
Ανατολική Μακεδονία, Θράκη	20	150	377	211
Κεντρική Μακεδονία	46	565	901	569
Δυτική Μακεδονία	11	139	211	129
Ήπειρος	20	137	344	161
Θεσσαλία	21	151	482	203
Στερεά Ελλάδα	23	184	311	205
Ιόνια Νησιά	12	70	75	59
Δυτική Ελλάδα	29	218	342	228
Πελοπόννησος	29	160	294	203
Αττική	57	1.503	1.176	1.011
Βόρειο Αιγαίο	10	52	114	149
Νότιο Αιγαίο	14	116	123	119
Κρήτη	18	226	254	222
<b>Σύνολο</b>	310	3.671	5.004	3.469

Πηγή: «Απογραφή Κ.Υ. και λοιπών μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., 2021» [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr), Ιδία Επεξεργασία.

Ο εσωτερικός κανονισμός στελέχωσης και επάνδρωσης των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας, καθώς και ο θεσμός του προσωπικού ιατρού στο ελληνικό σύστημα υγείας αναλύονται εκτενώς στα επόμενα υποκεφάλαια του 1<sup>ου</sup> κεφαλαίου.

Η σπουδαιότητα και η χρησιμότητα του επιτυχημένου λειτουργικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διαφαίνεται στην ανάλυση των μεταβλητών, που συνθέτουν την χάραξη αναπτυξιακών πολιτικών και στρατηγικών παρεμβάσεων, απαραίτητων για την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών. (Πιερράκος Γ., 2008).

Η Π.Φ.Υ. για να αποτελέσει το συνειδητό πρωταρχικό επίπεδο εισόδου του χρήστη στο σύστημα υγείας, θα πρέπει να πληρούνται κάποιες ουσιαστικές προϋποθέσεις, όπως η διαθεσιμότητα της ισότιμης προσπελασιμότητας, του συνόλου των πολιτών, στην κάλυψη των μοναδικών αναγκών του κάθε ατόμου προσωπικά. Η συνέχεια της παροχής,

δηλαδή το ζητούμενο της πρόληψης-διάγνωσης-θεραπείας της ασθένειας-αποκατάστασης της υγείας, για να εξασφαλιστεί θα πρέπει να έχει προηγηθεί καταγραφή των μετρήσεων των δεικτών νοσηρότητας, θνησιμότητας, θνητότητας, προσδόκιμου επιβίωσης, που δηλώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αναφοράς και ανίχνευση των τοπικών αναγκών υγείας, για να διασφαλισθεί η κάλυψη των απαιτήσεων των χρηστών σε εύρος και ποιότητα. (Θεοδώρου Μ., και συν 2001, Πιερράκος Γ. 2008).

Το πρωτοβάθμιο δίκτυο, μέσω ερευνών έχει αποδειχθεί ότι εκτελεί αποτελεσματικά την υπαρξιακή του φιλοσοφία, δηλαδή δεσμούς συνεργασίας, διάυλους επικοινωνίας, ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης, συμμετοχής των πολιτών σε προγράμματα προληπτικής ιατρικής, αγωγής υγείας, όταν η περιοχή ευθύνης του δεν υπερβαίνει τα 2.500 άτομα. (Πιερράκος Γ., 2008, 2013).

Επιπρόσθετα, η ανάπτυξη του πρωτοβάθμιου επιπέδου επηρεάζεται από το βαθμό ενεργοποίησης του προσωπικού στη διαδικασία της δια βίου μάθησης, συνεχιζόμενης κατάρτισης, της προσέλκυσης περισσότερων εξειδικευμένων επιστημόνων υγείας, την αύξηση των επενδύσεων, των οικονομικών κονδυλίων καθώς και την ενεργητική διασύνδεση με την τοπική κοινωνία. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2008, 2013).

3. **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.** Αναφέρεται σε ενδονοσοκομειακή κλειστού τύπου περίθαλψη, σε τοπικό ή νομαρχιακό γενικό νοσοκομείο, με πληθυσμό ευθύνης 50.000-500.000 μόνιμους κατοίκους. Παρέχεται βασικών ειδικοτήτων κλινική και θεραπευτική ιατρική, καθώς και πλήθος κλινικών, παρακλινικών, εργαστηριακών εξετάσεων. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

4. **Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Πανεπιστημιακά Περιφερειακά Νοσοκομεία.** Διαχωρίζεται από την Δευτεροβάθμια, λόγω της διαφοροποίησης του πληθυσμού αναφοράς, 500.000-1.5 εκατομμύριο άτομα, της πολυπλοκότητας των ιατρικών περιστατικών, που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας υγείας. Η επάνδρωσή τους με μηχανήματα/ιατροτεχνικό εξοπλισμό σύγχρονης τεχνολογίας, με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, σε επενδύσεις ερευνητικών δραστηριοτήτων εξειδικευμένων θεραπειών αυξάνουν κατακόρυφα το νοσοκομειακό κόστος, αν η μέση διάρκεια νοσηλείας δεν συνοδεύεται από χαμηλά επίπεδα μετρήσεων. (Θεοδώρου Μ και συν 2001, Πιερράκος Γ., 2008).

### **1.2.Ιστορική Αναδρομή Μεταρρυθμιστικών Διαρθρωτικών Διατάξεων Χρονικής Περιόδου 2014-2022.**

Ο 21<sup>ος</sup> αιώνας οικονομικής αστάθειας, μελλοντικής αβεβαιότητας αναδυόμενων ευκαιριών, ραγδαίων απρόβλεπτων εξελίξεων προβάλλει την αναγκαιότητα **μεταρρυθμιστικών** κινήσεων των Εθνικών Συστημάτων Υγείας πανευρωπαϊκά, για να προβλεφθεί η **διασφάλιση της βιωσιμότητας του δημόσιου τομέα υγείας**. Τα πολύ **υψηλά ποσοστά δαπανών υγείας** μαρτυρούν, τόσο τον ιδιαίτερο χαρακτήρα του **δημόσιου αγαθού υγείας**, την προάσπιση του δικαιώματος ισότιμης προσβασιμότητας στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όσο και τις **μεταβαλλόμενες συνθήκες επίδρασης του εξωτερικού περιβάλλοντος** στην υπέρμετρη ζήτηση αγαθών υγείας. (Γούλα Α., 2014, Σουλιώτης Κ., 2021).

Οι **πληθυσμιακές/ηλικιακές εξελίξεις**, συνδυασμένες με την εμφάνιση **χρόνιων και νεοφερμένων ασθενειών**, η χρησιμοποίηση υπερσύγχρονων τεχνολογικών επιτευγμάτων στην επιστήμη της **πληροφορικής της υγείας**, η παράλληλη **υπερκατανάλωση της εσκεμμένης φαρμακευτικής δαπάνης** με την **προκλητή ζήτηση νοσοκομειακών υπηρεσιών** και οι αυξημένες **απαιτήσεις των χρηστών-ασθενών** ανάγκασαν τις χώρες της Ε.Ε. να αντιληφθούν την επιτακτική **συμμόρφωση** με τη λήψη

μέτρων *συγκράτησης του νοσοκομειακού κόστους, ενδυνάμωσης διά βίου μάθησης* των επαγγελματιών υγείας και *εκσυγχρονισμού της Π.Φ.Υ.*, όπως προβλεπόταν στο Χάρτη Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. (Γούλα Α., 2014).

*Στον ελληνικό χώρο* οι προσπάθειες *μετεξέλιξης του ρόλου της Π.Φ.Υ.* στην παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και διαχείρισης συντονισμού των επιπέδων φροντίδας υγείας διενεργήθηκε με τη δημοσίευση στο **Φ.Ε.Κ. του Ν. 4238/2014: «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», όπως αυτός τροποποιήθηκε, από το **Φ.Ε.Κ. του Ν.4486/2017: «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος αντικαταστάθηκε, από το σημερινό **Φ.Ε.Κ του Ν.4931/2022: «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις»**. (<https://www.moh.gov.gr>).****

Η αναδιάρθρωση του μεταρρυθμιστικού πλαισίου του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) προέβλεπε την αναβάθμιση του ρόλου των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στους προαναφερθέντες νόμους αναφέρεται ρητά ο κατευθυντήριος, συντονιστικός ρόλος της *Π.Φ.Υ.* με τα υπόλοιπα επίπεδα Φροντίδας Υγείας και διαφαίνεται, ότι αποτελεί την *πρώτη υποχρεωτική επαφή του χρήστη με το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας*. Η *Π.Φ.Υ.* κρίνεται το αρμόδιο επίπεδο *παραπομπής* των ασθενών που χρήζουν νοσηλείας στη Δευτεροβάθμια και *Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, προς αποφυγή της αλόγιστης, άσκοπης πρόσβασης των εξωτερικών ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία.

Η *εξυγίανση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, μέσω της συγκράτησης του νοσοκομειακού κόστους και των δημόσιων δαπανών υγείας, της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης και της ορθολογιστικής διαχείρισης των παραπομπών για διαγνωστικές/παρακλινικές εξετάσεις ή νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία, *αναμένεται να επέλθει με την αναβάθμιση του θεσμού του προσωπικού ιατρού*, την παράλληλη ανάπτυξη της *εγγραφής των ασθενών στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας*, όπου θα αποτελέσουν *αρωγούς* για ένα *ποιοτικό αποτελεσματικό Πρωτοβάθμιο Επίπεδο Φροντίδας Υγείας* (Γούλα Α. 2014, Καρακόλιας Σ. και συν, 2021, Πιερράκος Γ. 2013).

Συνάμα, η *οργανωτικοδιοικητική αναδιάρθρωση των δημόσιων δομών Π.Φ.Υ.* επηρεαζόμενη από πληθυσμιακά, δημογραφικά, γεωγραφικά κριτήρια, ο *ανασχεδιασμός της κατανομής του συνόλου των επαγγελματιών υγείας*, η *δια βίου εκπαίδευση και κατάρτισή τους*, η *αναβάθμιση της υλικοτεχνολογικής υποδομής*, η *επένδυση στην Πληροφορική της Υγείας*, θα επιφέρουν *βελτίωση της ποιότητας* των παρεχόμενων υπηρεσιών και *ικανοποίηση του χρήστη* (Γούλα Α. 2014, Πιερράκος Γ. 2013).

### **1.2.1. Διάρθρωση Οργανωτικής Δομής δημόσιων δομών Π.Φ.Υ. (Ν.4238/2014, Ν.4486/2017, επικαιροποιημένη νομοθεσία Ν.4931/2022).**

Ανασυγκροτήθηκε ενιαίο, *καθολικό Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας* (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο οργανωτικοδιοικητικά λειτουργεί στις *7 αποκεντρωμένες Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.)*, με σκοπό την *ισότιμη πρόσβαση του συνόλου των πολιτών στο σύστημα υγείας*, ανεξαρτήτου τόπου διαμονής, κοινωνικοοικονομικής/ασφαλιστικής κατάστασης, την εξάλειψη περιφερειακών ανισοτήτων, προς επίτευξη κοινωνικής συνοχής, ευημερίας και της προαγωγής, προάσπισης της κατάστασης υγείας του συνολικού πληθυσμού.

*Καθορίζονται οι απαραίτητες προϋποθέσεις έγκρισης των νεοσύστατων Κέντρων Υγείας / Πολυδύναμων Κέντρων Υγείας, καθώς και οι περιοχές αναφοράς τους.* Δημογραφικά, πληθυσμιακά, γεωγραφικά κριτήρια, υφιστάμενες συγκοινωνιακές υποδομές, υπάρχον γειτονικό δίκτυο δομών υγείας, κοινωνικοοικονομική

κατάσταση/εξέλιξη περιοχής αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες χωροταξικής κατανομής των Κ.Υ. και του υπαγόμενου πληθυσμού ευθύνης τους. Ο **πληθυσμός αναφοράς**, δηλαδή ο Τομέας Π.Φ.Υ. κάθε Κ.Υ. εξυπηρετείται από το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ., το οποίο συνίσταται από τις δημόσιες δομές Π.Φ.Υ., τους **ιδιώτες συμβεβλημένους παρόχους** με τον ΕΟΠΥΥ πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας, **τους οικογενειακούς και άλλων ειδικοτήτων συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς**, τα **δημοτικά ιατρεία** και τα **συμβεβλημένα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ**. Κάθε Δ.Υ.Πε. υποδιαιρείται σε τομείς Π.Φ.Υ. όπως και κάθε δήμος διαθέτει τουλάχιστον ένα τοπικό δίκτυο Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τον Ν. 4238/2014, ο οποίος τροποποιήθηκε από τον Ν.4486/2017 και πήρε την τελική σημερινή μορφή του, με την δημοσίευση του Ν.4931/2022 αποσαφηνίζεται το **οργανόγραμμα της Π.Φ.Υ.**, του οποίου **η οργανωτική διάρθρωση περιλαμβάνει το σύνολο των αυτοτελών Κέντρων Υγείας και των υπαγόμενων σε αυτά αποκεντρωμένων οργανικών μονάδων τους**, λ.χ. Τοπικές Μονάδες Υγείας, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και Τοπικά Ιατρεία, όπως αυτά λειτουργικά κατατάσσονται στις εκάστοτε Δ.Υ.Πε. αναφοράς. Ομοίως, και οι αποκεντρωμένες μονάδες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), και των συμβεβλημένων φαρμακείων του. Επιπρόσθετα προσδιορίζεται λεπτομερώς η διαδικασία **κλινικής διακυβέρνησης και διασύνδεσης των δημόσιων/πανεπιστημιακών νοσοκομείων με τις ενταγμένες σε αυτά δομές Π.Φ.Υ.**

Οι παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας υγείας καλύπτονται από:

- **τα Κέντρα Υγείας**, που εξυπηρετούν την κάλυψη ευρείας δέσμης αναγκών υγείας της περιοχής αναφοράς τους και εξειδικευμένης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών όπως:
  - ✓ βραχυχρόνια περίθαλψη/θεραπεία επειγόντων περιστατικών, παροχή πρώτων βοηθειών,
  - ✓ προληπτικός, προσυμπτωματικός έλεγχος βιοχημικών, εργαστηριακών, υπερηχογραφικών, ακτινοδιαγνωστικών/απεικονιστικών εξετάσεων, για ανίχνευση υφιστάμενων/μελλοντικών αναγκών υγείας και κινδύνων νοσηρότητας,
  - ✓ εθνικά προγράμματα προαγωγής/αγωγής υγείας και προώθησης πολιτικών δημόσιας υγείας, π.χ. εθνικά προγράμματα εμβολιασμού,
  - ✓ συνεργασία με δίκτυο φορέων ψυχικής υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, για διασφάλιση βελτίωσης κατάστασης υγείας του πληθυσμού και εξασφάλισης κοινωνικής ένταξης/ενσωμάτωσης,
  - ✓ εξατομικευμένη παροχή κατ'οίκον φροντίδας, αποκατάστασης, καθώς και συστηματική εξειδικευμένη φροντίδα και παρακολούθηση ασθενών με σοβαρά/χρόνια νοσήματα,
  - ✓ διασφάλιση της υγιεινής και ιατρικής της εργασίας,
  - ✓ προληπτική/θεραπευτική οδοντιατρική φροντίδα και αποκατάσταση,
  - ✓ παροχή συμβουλευτικών και υγειονομικών υπηρεσιών στα κέντρα μητέρας-παιδιού, συμβουλευτική υποστήριξη εφήβων και
  - ✓ εξατομικευμένα προγράμματα φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, λογοθεραπείας.
- τις **Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ)**, όπου αποτελούν το αρχικό σημείο πρόσβασης στο Ε.Σ.Υ. Εξυπηρετούν τους δικαιούχους του καταλόγου της περιοχής ευθύνης τους, για την κάλυψη προληπτικής, οικογενειακής ιατρικής, τη προώθηση προαγωγής υγείας, από εξειδικευμένο, πλήρως καταρτισμένο υγειονομικό και λοιπό προσωπικό, που αποκαλείται Ομάδα Υγείας. Η Ομάδα Υγείας απαρτίζεται από ιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, τους επισκέπτες υγείας και κοινωνικούς λειτουργούς.

- **τα Περιφερειακά Ιατρεία**, βάση της παρ. 1 άρθρο 14 του Ν. 1397/1983 Α'143, ιδρύονται σε κάθε νομό, έπειτα από κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας/Πρόνοιας και Οικονομικών, ως αποκεντρωμένες μονάδες υγείας των Κέντρων Υγείας ευθύνης τους. Η χωροταξική σύστασή τους, ο πληθυσμός αναφοράς τους, η επιλογή περιορισμένου ωραρίου λειτουργίας ή 24ωρης βάσης παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται από το συγκοινωνιακό δίκτυο διασύνδεσης με το Κ.Υ. αναφοράς, προς ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας. Ο εσωτερικός κανονισμός των Κ.Υ. και των υπαγόμενων Π.Ι. διασαφηνίζει τον τρόπο λειτουργίας τους, τις διαδικασίες παραγωγής / διανομής των προσφερόμενων υπηρεσιών, τις αρμοδιότητες του προσωπικού που στελεχώνει τις μονάδες. Επιπρόσθετα, ορίζεται ο τρόπος χρηματοδότησης των εν λόγω δημόσιων μονάδων. Διευκρινίζεται ότι οι δαπάνες υγείας τους πιστώνονται σε ειδικό λογαριασμό του νοσοκομείου αναφοράς τους.
- **τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία** μπορούν να συγκροτηθούν σε νησιωτικές περιοχές, στις οποίες δεν υφίσταται Κ.Υ. και η κάλυψη του τοπικού πληθυσμού προϋποθέτει τη μετακίνησή τους εκτός μόνιμης κατοικίας. Στις νησιωτικές αυτές περιοχές, τα Π.Ι. μετατρέπονται σε Π.Π.Ι., η στελέχωση των οποίων απαρτίζεται από ιατρικό προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτικό/παραϊατρικό/λοιπό υγειονομικό προσωπικό. Ορίζεται δωρο βασικό 5νθήμερο πρόγραμμα λειτουργίας, οι εφημερίες μη εργάσιμων ημερών/αργιών (8.00π.μ.-16.00μ.μ.) και χρονοδιάγραμμα ετοιμότητας εναλλασσόμενης εφημερίας τις ώρες και ημέρες που οι μονάδες παραμένουν κλειστές. Στα Π.Π.Ι υποχρεούνται να καλύπτουν εφημερίες ή έκτακτες ανάγκες και οι επαγγελματίες υγείας των Κ.Υ. ή των νοσοκομείων στα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες δημόσιες δομές. (παρ. 1 άρθρο 27 του Ν.2519/1997 Α'165).
- **τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία**, τα οποία βάση της παρ. 1 άρθρο 6 του Ν. 2345/1995 Α'213, συνιστώνται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ. ευθύνης τους, για την εξυπηρέτηση κάλυψης αναγκών υγείας ειδικών πληθυσμιακών ομάδων, π.χ. Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία στις φυλακές. Η συγκρότησή τους πραγματοποιείται έπειτα από τη σύμφωνη γνώμη έγκρισης υπουργών.
- **τα Τοπικά Ιατρεία** (παρ. 3 άρθρο 3 του ΠΔ. 266/1989 Α'266).

### **1.2.2. Εσωτερικός Κανονισμός Στελέχωσης δημόσιων δομών Π.Φ.Υ. (Ν.4238/2014, Ν.4486/2017, επικαιροποιημένη νομοθεσία 4931/2022).**

Ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των Κ.Υ., κάθε δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας επεξηγεί λεπτομερώς τη στελέχωση στο σύνολο των διαφόρων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, τα τοπικά προσόντα, ανά κλάδο, ειδικότητα, κατηγορία και το καθηκοντολόγιο αρμοδιοτήτων του υγειονομικού προσωπικού. Προσδιορίζει επίσης, τον τρόπο παροχής/διανομής των υπηρεσιών, καθώς το ωράριο εξυπηρέτησης ασθενών και τις προγραμματισμένες εφημερίες.

Με συναπόφαση των Υπουργών Υγείας, Οικονομικών, Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης καταρτίζεται ο Οργανισμός Στελέχωσης κάθε Κ.Υ. ανά κλάδο, κατηγορία, ειδικότητα επαγγελματιών υγείας και η διαδικασία διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων, του ιατρικού απορρήτου του ηλεκτρονικού ατομικού φακέλου ασθενούς, βάση του κώδικα βιοηθικής, ιατρικής δεοντολογίας και προστασίας των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

*Ανάλογα με την αντίχνευση αναγκών υγείας, το επιδημιολογικό, ανοσολογικό προφίλ της τοπικής κοινωνίας, τους υφιστάμενους δείκτες νοσηρότητας/θνησιμότητας και τις*

μελλοντικές εκτιμήσεις παραγόντων κινδύνου υγείας, τη γεωγραφική/συγκοινωνιακή προσβασιμότητα, τα δημογραφικά/πληθυσμιακά δεδομένα, ο στρατηγικός σχεδιασμός στελέχωσης των κατά τόπους Κ.Υ. ή/και λοιπών Πρωτοβάθμιων δομών του Π.Ε.Δ.Υ., ενδεικτικά εξειδικεύεται στις κάτωθι ιατρικές και λοιπές ειδικότητες επαγγελματιών υγείας:

- **πρωτίστως με ιατρούς ειδικότητας:** γενικής/οικογενειακής ιατρικής, εσωτερικής παθολογίας, καρδιολογίας, ορθοπεδικής, τραυματολογίας, παιδιατρικής και οδοντιατρικής. Σε συγκεκριμένες αιτιολογημένες περιστάσεις, μετά από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε., μπορεί να επανδρώνονται με ιατρούς ειδικότητας: αιματολογίας, ακτινολογίας, αλλεργιολογίας, αναισθησιολογίας, ιατρικής βιοπαθολογίας/εργαστηριακής ιατρικής, γαστρεντερολογίας, χειρουργικής, μαιευτικής και γυναικολογίας, δερματολογίας/αφροδισιολογίας, ενδοκρινολογίας/διαβήτη μεταβολισμού, ιατρικής εργασίας και περιβάλλοντος, δημόσιας υγείας/κοινωνικής ιατρικής, νευρολογίας, νεφρολογίας, ουρολογίας, οφθαλμολογίας, ψυχιατρικής παιδιού και εφήβου, πνευμονολογίας/φυματιολογίας, ρευματολογίας, φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, ψυχιατρικής και ωτορινολαρυγγολογίας,
- **λοιπό υγειονομικό προσωπικό**, π.χ. νοσηλεύτες, βοηθοί νοσηλευτών, μαιές, επαγγελματίες δημόσιας/κοινοτικής υγείας, επισκέπτες/επόπτες υγείας,
- **λοιπό παραϊατρικό προσωπικό**, λ.χ. τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, βοηθοί ιατρικών/βιολογικών εργαστηρίων, ραδιολόγοι-ακτινολόγοι,
- **κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι,**
- **φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές,**
- **διαιτολόγοι-διατροφολόγοι**
- **διοικητικό προσωπικό.**

**1.2.3. Ο θεσμός του Προσωπικού (Οικογενειακού) Ιατρού.**  
**(Ν.4238/2014, Ν.4486/2017, επικαιροποιημένη νομοθεσία 4931/2022).**

Στο άρθρο 5 του Ν. 4238/2014 παρουσιάζεται ο **σημαίνοντας ρόλος του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, τα καθήκοντα, οι υποχρεώσεις του και ο εκσυγχρονισμός** των παροχών υγείας στην εποχή της **Πληροφορικής της Υγείας**. Το άρθρο 36 του Ν. 4931/2022 αποτελεί τη μεταρρυθμιστική διάταξη στην Π.Φ.Υ. και μετονομάζει τον όρο «**οικογενειακός ιατρός**» σε «**προσωπικό ιατρό**».

Χρέη προσωπικού ιατρού έχουν το δικαίωμα να εξασκούν οι ειδικότητες της Γενικής Ιατρικής, Οικογενειακής Ιατρικής, της εσωτερικής Παθολογίας, για τον γενικό ενήλικο πληθυσμό, ενώ για τα ανήλικα άτομα ηλικίας έως 16 ετών, οι παιδίατροι. Εξάιρεση αποτελούν οι έφηβοι έως 18 ετών, που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και λόγω της επιβαρυσμένης κατάστασης υγείας τους, μπορούν να εξυπηρετούνται από παιδίατρο. (ΦΕΚ Τεύχος Β'4698/19.10.2018, περί ηλικιακό όριο παρακολούθησης παιδιών και εφήβων από ιατρούς ειδικότητας παιδιατρικής). Επίσης διευκρινίζεται ότι στους ενήλικους ασθενείς χρόνιων νοσημάτων, μπορεί να οριστεί προσωπικός ιατρός, απλός ιδιώτης οποιασδήποτε ειδικότητας, ο οποίος έχει αναλάβει την συστηματική παρακολούθηση του χρήστη και υποχρεούται να ενημερώνει/επικαιροποιεί τα ιατρικά δεδομένα του Α.Η.Φ.Υ.

Οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες οικογενειακοί ιατροί, οι επαγγελματίες υγείας προσωπικοί ιατροί, που απασχολούνται μόνιμα ή επικουρικά ή με οποιαδήποτε μορφή σύμβασης στις δημόσιες δομές των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ή στα ιδιωτικά συμβαλλόμενα διαγνωστικά/πολυϊατρεία και όσοι συμβαλλόμενοι προσφέρουν κατ'οίκον νοσηλεία, ορίζεται από το άρθρο 5 του Ν.4238/2014 και την τροποποίηση του μεταγενέστερου Ν. 4931/2022 στο άρθρο 36, να προσφέρουν υπηρεσίες προληπτικής και προαγωγής υγείας στους εγγεγραμμένους τους πολίτες.

Επισημαίνεται στον παρόντα νόμο, όχι μόνο η υποχρεωτική αντιστοίχιση όλων των ενήλικων πολιτών σε προσωπικό ιατρό, αλλά και η διευκόλυνση των μόνιμων κατοίκων άγονων και απομακρυσμένων περιοχών να επιλέξουν ιατρό, από οποιοδήποτε Δίκτυο Παροχής Π.Φ.Υ. Επιπρόσθετα, ο **ιατρός υπηρεσίας υπαίθρου**, που υπηρετεί τη θητεία του σε Περιφερειακό ή Πολυδύναμο Ιατρείο και αδυνατεί να αναλάβει καθήκοντα προσωπικού ιατρού, στην περίπτωση της παραπομπής ασθενούς στα υπόλοιπα επίπεδα φροντίδας υγείας, η παραπομπή πραγματοποιείται κατόπιν εύρυθμης **συνεργασίας και συντονισμού με το Κέντρο Υγείας περιοχής ευθύνης.**

Οι υποχρεώσεις, τα καθήκοντα των προσωπικών ιατρών απαριθμούνται ακολούθως:

- εντατική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα,
- υλοποίηση πολιτικών υγείας προσυμπτωματικού, προληπτικού ελέγχου, εθνικών προγραμμάτων εμβολιασμού, προς εκμηδένιση εμφάνισης παραγόντων κινδύνων υγείας και βελτίωσης της κατάστασης υγείας του πληθυσμού,
- συνταγογράφηση φαρμακευτικών αγωγών, παρακλινικών/διαγνωστικών εξετάσεων τηρουμένων των διεθνών κατευθυντήριων υγειονομικών πρωτοκόλλων,
- παραπομπή επισκέψεων σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή προς εισαγωγή στο Τριτοβάθμιο Επίπεδο Φροντίδας Υγείας. Θεωρείται το υπεύθυνο όργανο μετακίνησης του χρήστη στο Σύστημα Υγείας, εξαιρουμένων των περιπτώσεων επειγόντων περιστατικών, που δε χρήζουν προηγούμενης παραπομπής. Επίσης, οι ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων έχουν δικαίωμα παραπομπής, για ιατρικά θέματα της εξειδίκευσής τους, μόνο κατόπιν της σύμφωνης γνώμης και προηγούμενης συνεννόησης με τον προσωπικό ιατρό.
- ηλεκτρονική εγγραφή και ασφαλή διατήρηση των πληροφοριών του ιατρικού ιστορικού των ασθενών, για ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, εύρυθμο, ορθολογικό συντονισμό και συνεργασία των επιπέδων φροντίδας υγείας. Διαφαίνεται η τάση αναβάθμισης της κλινικής διακυβέρνησης και η ανάπτυξη του ηλεκτρονικού ατομικού φακέλου ασθενούς, στα πλαίσια διασφάλισης των ιατρικών προσωπικών δεδομένων.

Ο αριθμός εγγεγραμμένων χρηστών υγείας ανά οικογενειακό ιατρό (συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτη ιατρό ή δημόσιας δομής Π.Φ.Υ.), η κατανομή των οικογενειακών ιατρών ανά τοπικό δίκτυο Π.Φ.Υ. και ανά Δ.Υ.ΠΕ., οι υποχρεώσεις, τα δικαιώματα, τα έννομα συμφέροντα συμβαλλόμενων μερών (υγειονομικοί, Δ.Υ.ΠΕ.) και ο τρόπος αποζημίωσής τους, αναφέρονται στον επικαιροποιημένο νόμο και χρήζουν υπουργικών αποφάσεων και εγκρίσεων.

Προκαθορίζεται ο μέγιστος αριθμός εγγεγραμμένων χρηστών στον κατάλογο του εκάστοτε προσωπικού ιατρού, με αναλογία **1 προσωπικός ιατρός/2.000 δικαιούχους** και κατηγοριοποιείται η διαδικασία του τρόπου αποζημίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών:

- προσωπικοί ιατροί που απασχολούνται σε δημόσιες δομές Π.Φ.Υ. θα απολαμβάνουν άγιο μηνιαίο μισθό μέχρι τα 1.500 εγγεγραμμένα πρόσωπα πληθυσμού ευθύνης τους, μισθός που θα αυξάνεται μηνιαίως και αναλογικά δεδομένων των κατά κεφαλήν 500 μέγιστων επιπρόσθετων δικαιούχων,
- αναλογική κατά κεφαλήν αποζημίωση, ανά πλήθος και ηλικιακό κριτήριο εγγεγραμμένων χρηστών περιοχής ευθύνης, για τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ιδιώτες προσωπικούς ιατρούς,
- προσέλκυση προσωπικών ιατρών, μέσω οικονομικών κινήτρων, για κάλυψη αναγκών υγείας πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης στις άγονες, απομακρυσμένες περιοχές.

**1.2.4.Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.).**  
**(Ν.4238/2014, Ν.4486/2017, επικαιροποιημένη νομοθεσία 4931/2022).**

Στο νόμο 4486/2017 συμπεριλήφθηκε η τροποποίηση της παρ. 4 του άρθρου 51 του Ν. 4238/2014 ως ακολούθως: «*Καθιερώνεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) για όλους τους κατόχους ΑΜΚΑ*». Στο παρόν εδάφιο **προσδιορίζεται το περιεχόμενο του Α.Η.Φ.Υ και ο τρόπος δημιουργίας και τήρησής του**. Το περιεχόμενο αφορά το ιατρικό ιστορικό υγείας ασθενούς, τις ιατρικές πληροφορίες των επισκέψεων του χρήστη σε διάφορες ιατρικές ειδικότητες, τα ιατρικά αποτελέσματα πάσης φύσεως εξετάσεων, τη χρόνια λήψη φαρμακευτικών αγωγών ή την αιτιολόγηση οποιασδήποτε εξειδικευμένης φαρμακευτικής συνταγογράφησης, προς την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση δεδομένων, που θα συμβάλουν στην πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση, προαγωγή της υγείας του ατόμου.

*Υπεύθυνος επαγγελματίας υγείας, για την ηλεκτρονική καταγραφή του φακέλου ασθενούς κρίνεται ο προσωπικός ιατρός ή το υγειονομικό προσωπικό του ΤοΜΥ ή πιστοποιημένοι χρήστες της ΗΑΙΚΑ*, όπου ο χρήστης ασθενής έχει πραγματοποιήσει οποιαδήποτε ιατρική επίσκεψη, η διενέργεια της οποίας συνέβαλε στην επικαιροποίηση ιατρικών στοιχείων του ιστορικού του χρήστη. Ο τρόπος καταχώρησης ευαίσθητων δεδομένων στον ΑΗΦΥ ακολουθεί ενιαίο εθνικό προτυπολόγιο και έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα.

*Τα ιατρικά δεδομένα του φακέλου θεωρούνται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα και υπάγονται στο ν. 2472/1997 περί προστασίας προσωπικών δεδομένων. Πρόσβαση στις πληροφορίες έχουν:* ο κάτοχος του ΑΜΚΑ και οι πιστοποιημένοι χρήστες της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, μόνο με τη γραπτή σύμφωνη γνώμη του ασθενούς, η οποία συναίνεσή του μπορεί να ανακληθεί μερικώς ή ολικώς ανά πάσα ώρα και στιγμή. **Ο αρμόδιος εντεταλμένος φορέας λειτουργίας του ΑΗΦΥ**, που ορίζεται από το Υπουργείου Υγείας, έχει το **δικαίωμα να επεξεργαστεί**, να αποθηκεύσει καθώς και ανώνυμα να μεταβιβάσει **ιατρικά δεδομένα για ερευνητικούς σκοπούς** στο Υπουργείο Υγείας, προς βελτίωση των αρνητικών δεικτών νοσηρότητας/θνησιμότητας, ενίσχυση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, πάντα με την συναίνεση του ασθενούς.



**Κεφάλαιο 2. «Δημογραφική συσχέτιση νησιωτικών περιοχών, με τη στελέχωση του συνόλου των επαγγελματιών υγείας, των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων».**

**2.1.Υγειονομικές Ανισότητες Επαγγελματιών Υγείας ανά Περιφερειακή Ενότητα.**

*Το επικαιροποιημένο νομοσχέδιο της Π.Φ.Υ. 2022* αποσκοπεί στη δημιουργία ενός ανταποκρινόμενου συστήματος υγειονομικής φροντίδας υγείας, εστιασμένο στην **πρωτοβάθμια προληπτική ιατρική σε τοπικό επίπεδο**, προς ενδυνάμωση των συνθηκών ισότιμης προσβασιμότητας, μείωσης των υγειονομικών περιφερειακών ανισοτήτων και ποιοτικής/ποσοτικής αναβάθμισης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

*Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμιστικές ενέργειες της Π.Φ.Υ.* καταρτίστηκαν, για να επιλύσουν την **άνιση κατανομή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού** ανά υγειονομική περιφέρεια και να επιφέρουν **ορθολογιστική αναδιανομή των διαθέσιμων ανθρώπινων πόρων**, μέσω παροχής κυρίως οικονομικών κινήτρων, προς κάλυψη των διαθέσιμων κενών θέσεων εργασίας στις δημόσιες δομές Π.Φ.Υ. των δυσπρόσιτων άγονων περιοχών. Οι ποσοτικές ελλείψεις και ανεπάρκειες επαγγελματιών υγείας αποτυπώνονται στις ετήσιες εκθέσεις υγείας, τόσο της ΕΛΣΤΑΤ σε εθνικό επίπεδο, όσο και του ΟΟΣΑ σε πανευρωπαϊκό.

Σύμφωνα, με την **Ετήσια Έκθεση του ΟΟΣΑ, «Η Υγεία μας με μια ματιά, Ευρώπη 2020»**, η χώρα μας παρουσιάζει την υψηλότερη ιατρικού προσωπικού αναλογία ανά 1.000 κατοίκους στην **ελληνική επικράτεια (6.1 ιατροί / 1.000 κατοίκους)**, συγκριτικά με την αντίστοιχη επιβεβαιωμένη αναλογία του **μ.ο. της Ε.Ε. (3.8 / 1.000)**. Επιπρόσθετα, παρατηρείται το αντίστροφο φαινόμενο αναφορικά με τη νοσηλευτική υπηρεσία, όπου καταγράφουμε τη χαμηλότερη τιμή στο συγκεκριμένο δείκτη (**Ελλάδα: 3.4 νοσηλευτές / 1.000 κατοίκους**, σε αντίθεση με τον **μ.ο. της Ε.Ε. 8.2 / 1.000**). ([www.https://health.ec.europa.eu/system/files/2020](http://www.https://health.ec.europa.eu/system/files/2020)).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε παρελθοντική μελέτη του ΟΟΣΑ, **«Προφίλ Υγείας στην Ελλάδα, 2017»**, η συλλογή και επεξεργασία στοιχείων κατέδειξε παρόμοια εικόνα (Ελλάδα: 6.3 ιατροί / 1.000 κατοίκους, με μόλις το 6% του ποσοστό να αναλογεί στους οικογενειακούς ιατρούς, 3.2 νοσηλευτές / 1.000 κατοίκους, ενώ ο μ.ο. της Ε.Ε. ανερχόταν στους 8.4 νοσηλευτές /1.000). Το γεγονός αυτό φανερώνει την αναγκαιότητα, αναδιάρθρωσης των ανθρωπίνων πόρων, που απαρτίζουν το Ε.Σ.Υ. καθώς και την υποβοηθούμενη παρακίνηση των φοιτητών ιατρικής σχολής να στραφούν, προς τις ειδικότητες γενικής ιατρικής/εσωτερικής παθολογίας/παιδιατρικής, όπου η χώρα μας καταλαμβάνει το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των υπολοίπων ειδικοτήτων εθνικά, αλλά και σε επίπεδο Ε.Ε. (**Ελλάδα 7% το ποσοστό οικογενειακών ιατρών το 2021, μ.ο. Ε.Ε. 26% οικογενειακοί ιατροί**). (OECD. [Health.ec.europa.eu/system/files/2021](http://Health.ec.europa.eu/system/files/2021)).

Τις διαπιστώσεις του ΟΟΣΑ, έρχονται να επαληθεύσουν μελέτες της ΕΛΣΤΑΤ, μέσω της καταγραφής του συνόλου των ιατρών ανά υγειονομική περιφέρεια και ανά ειδικότητα. Συγκεκριμένα, η παρούσα εργασία θα επικεντρωθεί στις περιφερειακές ενότητες Βορείου Αιγαίου, Δωδεκανήσων και Κυκλάδων, που αποτελούν ιδιαίτερες περιοχές γεωπολιτικής, γεωγραφικής, τουριστικής σημασίας και χρήζουν επιτακτικής υγειονομικής ανάπτυξης.

Στις προαναφερθείσες μελέτες, που διενεργήθηκαν από την ΕΛΣΤΑΤ το έτος 2020, εκδηλώνονται έντονα υγειονομικές περιφερειακές ανισότητες. Αναλυτικότερα, από τον πίνακα 2.1 και το αντίστοιχο γράφημα 2.1. διαφαίνεται ότι στο **Βόρειο Αιγαίο απασχολούνται μόλις 722 ιατροί, στο Νότιο Αιγαίο 1.273 στο σύνολο των 66.187** ιατρών

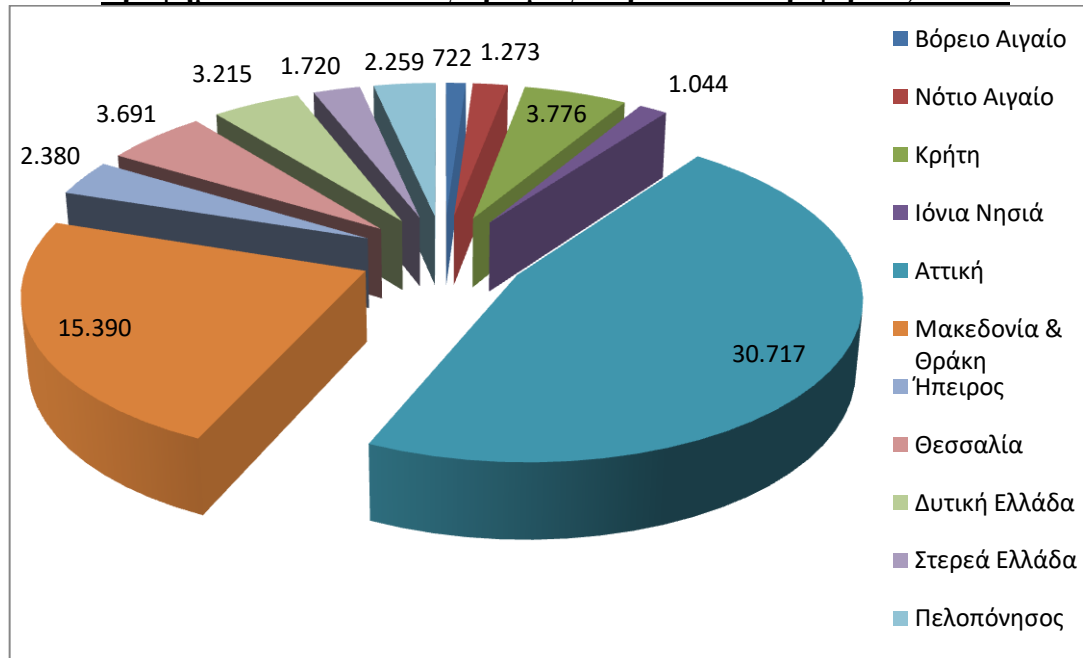
της ελληνικής επικράτειας. Η ανισότητα και έλλειψη ορθολογικής κατανομής διαφαίνεται, αν επισημάνουμε τον αντίστοιχο αριθμό ιατρικού απασχολούμενου σώματος στη **περιφέρεια Αττικής**, που απαντά στην τιμή των **30.717**. ([www.statistics.gr](http://www.statistics.gr): «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων 2020»).

**Πίνακας 2.1. Συνολικός αριθμός ιατρικού προσωπικού, ανά περιφερειακή ενότητα ελληνικής επικράτειας το έτος 2020.**

Περιφερειακή Ενότητα	Συνολικός Αριθμός Ιατρών
Αττική	30.717
Δυτική Ελλάδα	3.215
Στερεά Ελλάδα	1.720
Θεσσαλία	3.691
Ήπειρος	2.380
Μακεδονία και Θράκη	15.390
Πελοπόννησος	2.259
Κρήτη	3.776
Βόρειο Αιγαίο	722
Νότιο Αιγαίο	1.273
Ιόνια Νησιά	1.044
Σύνολο	66.187

Πηγή: [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr), «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων, 2020», Ιδία Επεξεργασία.

**Γράφημα 2.1. «Συνολικός Αριθμός Ιατρών ανά Περιφέρεια, 2020».**



Πηγή: [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr), «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών, 2020», Ιδία Επεξεργασία.

Οι ποσοτικές ελλείψεις σε σημαίνουσες ειδικότητες, λ.χ. παθολόγοι, γενικοί ιατροί, παιδίατροι, καρδιολόγοι, γυναικολόγοι, μικροβιολόγοι, η άνιση απασχόλησή τους στην ελληνική περιφέρεια καταδεικνύουν την ανεπάρκεια πρόσβασης των μονίμων

κατοίκων νησιωτικών ακριτικών περιοχών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε κατάλληλο εύρος προσφερόμενων αγαθών υγείας, αξιολογώντας το επίπεδο φροντίδας υγείας, να κρίνεται υποδεέστερο στις δυσπρόσιτες περιοχές. ([www.statistics.gr](http://www.statistics.gr): «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων 2020»).

Αναφορικά με την καταγραφή των ιατρικών ειδικοτήτων ανά περιφερειακή ενότητα το έτος 2020, που εκπόνησε η ΕΛΣΤΑΤ, τα αποτελέσματα της έρευνας επεσήμαναν την υπεροχή του ιατρικού προσωπικού Αττικής, έναντι των λοιπών περιφερειών. Στον κάτωθι πίνακα 2.2. και στα γραφήματα 2.2. και 2.3. αποτυπώνονται τα εξής συμπεράσματα: η αναλογία των **παθολόγων στο Βόρειο Αιγαίο ανέρχεται σε 66 παθολόγους στο σύνολο των 4.573 ιατρών ειδικότητας παθολογίας, τα Δωδεκάνησα απασχολούν 58 ιατρούς παθολόγους, ενώ στις Κυκλάδες ο αριθμός τους αγγίζει μόλις τους 32 παθολόγους.**

Παρόμοια εικόνα παρατηρείται στην ειδικότητα **γενικής ιατρικής (Βόρειο Αιγαίο 67/3.465, Δωδεκάνησα 72/3.465, Κυκλάδες 18/3.465, Αττική 769/3.465)**. Οι **παιδίατροι** στο σύνολό τους κατέχουν τον αριθμό **3.787** εκ των οποίων στο **Βόρειο Αιγαίο απασχολούνται 37** επιστήμονες, στα **Δωδεκάνησα 51**, στις **Κυκλάδες 31**, ενώ στην **Αττική** παρατηρείται για ακόμη μια φορά η ανισοκατανομή και της παιδιατρικής ειδικότητας (**1.610/3.787**). (ΕΛΣΤΑΤ, «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων, 2020», «ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι κατά γεωγραφική περιφέρεια και νομό 2020»).

Εκτός από την αποτύπωση των ειδικοτήτων, που συμπεριλαμβάνονται στους οικογενειακούς ιατρούς, η παρούσα εργασία, θα αναφερθεί και στην ανισοκατανομή των ειδικοτήτων της καρδιολογίας, γυναικολογίας/μαιευτικής, μικροβιολογίας και ακτινολογίας, όπως η αναλογία τους απαριθμίστηκε στη μελέτη της ΕΛΣΤΑΤ, διότι αποτελούν σημαντικές ειδικότητες στις δυσπρόσιτες περιοχές, λόγω δημογραφικών στοιχείων γήρανσης του πληθυσμού και του φαινομένου της υπογεννητικότητας.

Στην πλειονότητα των ακριτικών νησιών, ο πληθυσμός είναι κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας με χρόνια νοσήματα, συννοσηρότητα παθήσεων και η έλλειψη καρδιολόγου δημιουργεί ανασφάλεια και χαμηλό επίπεδο υγειονομικής προληπτικής ιατρικής, αναποτελεσματική παρακολούθηση της πορείας της υγείας των πασχόντων, επικινδυνότητα στην εξέλιξη της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων.

Επιπρόσθετα, η έλλειψη της ειδικότητας γυναικολογίας/μαιευτικής προκαλεί ενίσχυση του φαινομένου της υπογεννητικότητας, όταν η παρακολούθηση της γυναίκας παραγωγικής ηλικίας ή σε κατάσταση κυοφορίας, χρήζει μεταφοράς της εκτός μόνιμης κατοικίας, λόγω ανεπάρκειας κάλυψης απαραίτητων γυναικολογικών ή μαιευτικών παροχών υγείας.

Σύμφωνα με τις έρευνες «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων 2020», «ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι κατά γεωγραφική περιφέρεια και νομό, 2020», οι **καρδιολόγοι** στην περιφερειακή ενότητα **Βόρειου Αιγαίου ανέρχονται στους 40** στο σύνολό των 3.576 καρδιολόγων, στα **Δωδεκάνησα σε 46/3.576, στις Κυκλάδες σε 23/3.576**, σε αντίθεση με την περιφερειακή ενότητα **Αττικής**, όπου καταλαμβάνουν την τιμή **1.679 στο σύνολο των 3.576 καρδιολόγων**. Ομοίως, οι **ιατροί γυναικολογίας/μαιευτικής** κατατάσσονται ως εξής: **Βόρειο Αιγαίο 30/3.035, Δωδεκάνησα 29/3.035, Κυκλάδες 20/3.035 και Αττική 1.493/3.035**.

Τέλος, η ανισοκατανομή εκδηλώνεται και στους αγροτικούς/ειδικευόμενους, όπου στο Β. Αιγαίο το σύνολό τους αγγίζει τους 44, στα Δωδεκάνησα τους 38, στις Κυκλάδες τους 117, σε αντίθεση με την Αττική που απαριθμούνται σε 4.282.

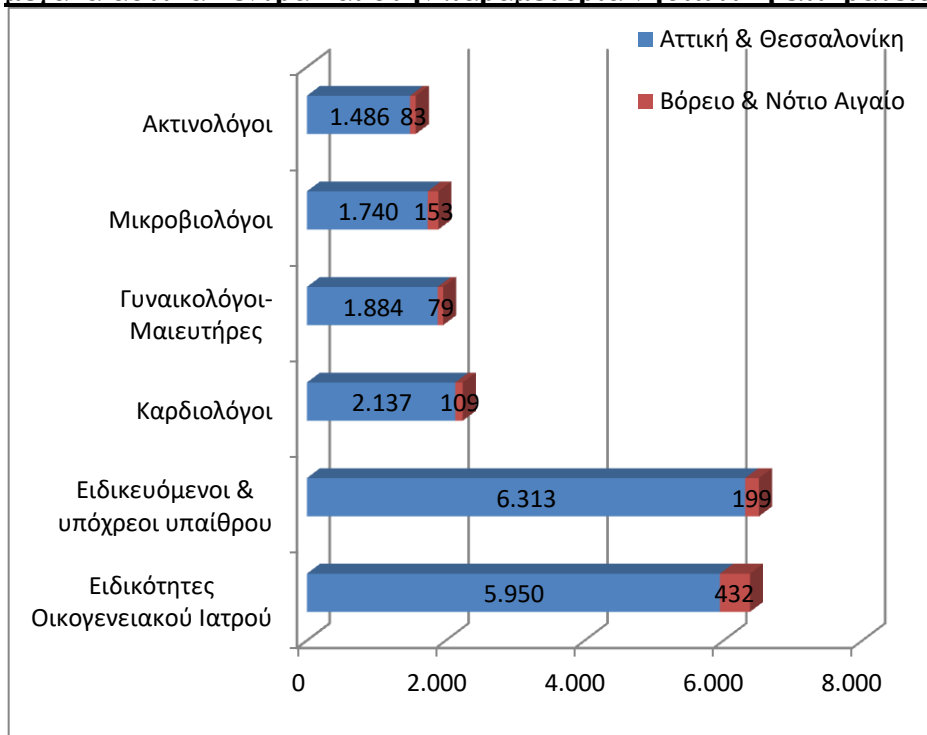
**Πίνακας 2.2. «Περιφερειακή Ανισοκατανομή Ιατρικών Ειδικοτήτων»**

Περιφερειακή Ενότητα	Παθολόγοι	Γενική Ιατρική	Παιδιάτροι	Καρδιολόγοι	Μαιευτήρες - Γυναικολόγοι	Μικροβιολόγοι	Ακτινολόγοι	Ειδικευόμενοι & Υπηρεσίας Υπαίθρου
Αττική	2.189	769	1.610	1.679	1.493	1.364	1.166	4.282
Δυτική Ελλάδα	241	282	206	178	143	226	133	541
Στερεά Ελλάδα	144	211	115	91	69	134	63	225
Θεσσαλία	259	251	209	204	155	257	155	618
Ήπειρος	157	161	145	120	88	156	83	601
Μακεδονία & Θράκη	971	977	916	837	702	763	533	2.754
Θεσσαλονίκη	555	312	515	458	391	376	320	2.031
Πελοπόννησος	149	255	140	130	101	161	53	419
Κρήτη	231	329	258	171	149	187	154	95
Βόρειο Αιγαίο	66	67	37	40	30	58	31	44
Χίος	22	11	6	14	9	18	13	18
Νότιο Αιγαίο	90	90	82	69	49	95	52	155
Δωδεκάνησα	58	72	51	46	29	64	41	38
Κυκλάδες	32	18	31	23	20	31	11	117
Ιόνια Νησιά	76	73	69	57	56	72	46	86
Σύνολο	4.573	3.465	3.787	3.576	3.035	3.473	2.469	9.820

Πηγή: [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr), «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων, 2020», «ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι κατά γεωγραφική περιφέρεια και νομό 2020», Ιδία Επεξεργασία.

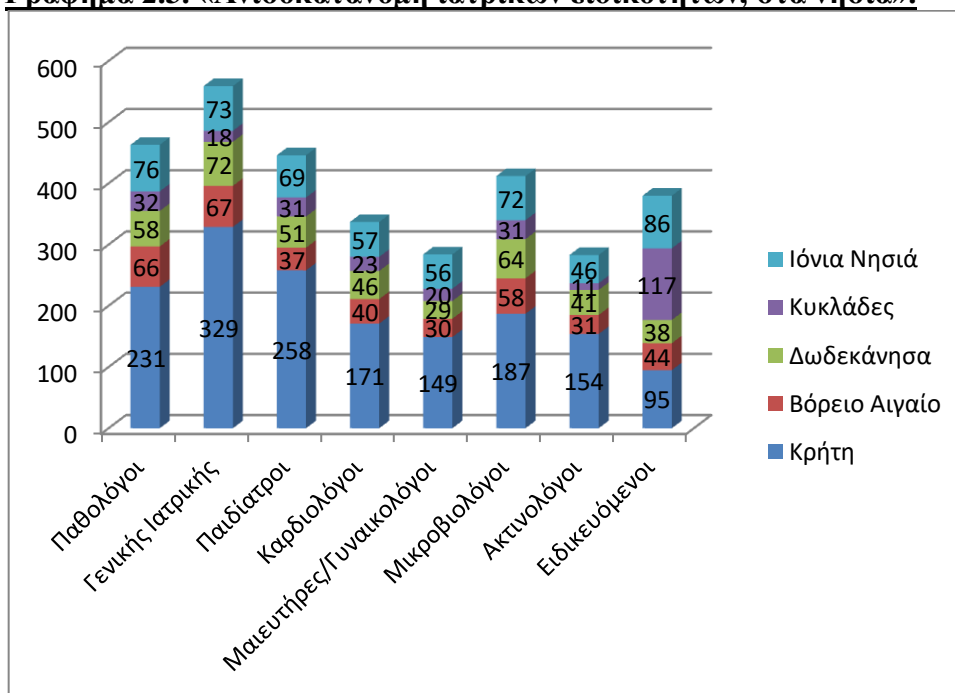
**Κύρια συμπεράσματα του πίνακα 2.2. και των γραφημάτων 2.2., 2.3.:** τα μεγάλα αστικά κέντρα Αττικής και Θεσσαλονίκης καταλαμβάνουν την πλειοψηφία στην απασχόληση ιατρικών ειδικοτήτων ή ασκούμενων ιατρών, με έντονη την ανισοκατανομή στην περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, όπου παρατηρείται η υπεροχή της Θεσσαλονίκης σχεδόν στο 50% της κάλυψης των ιατρικών ειδικοτήτων, συγκριτικά με τα υπόλοιπα γεωγραφικά δημοτικά διαμερίσματα της εν λόγω περιφέρειας. Αναφορικά με τις περιφερειακές νησιωτικές υγειονομικές ανισότητες, εκδηλώνεται έντονα η υψηλή αναλογία των εν ενεργεία ιατρών στην περιφέρεια Κρήτης σε σχέση με την υπόλοιπη νησιωτική επικράτεια. Διαφαίνεται ότι η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη μιας περιοχής επηρεάζει σημαντικά την επιλογή επαγγελματικής στέγης και μόνιμης κατοικίας, διότι οι ευκαιρίες εκπαιδευτικής καλλιέργειας, κοινωνικής αναγνώρισης, επαγγελματικής εξέλιξης, οι καθημερινές διευκολύνσεις στις ποικίλες δραστηριότητες, οι διαφορετικές επιλογές του σύγχρονου τρόπου ζωής και οι βελτιωμένες συνθήκες διαβίωσης, αποτελούν παράγοντες διαμόρφωσης των ατομικών κριτηρίων λήψης αποφάσεων στη διαδικασία επιθυμητού αυτοπροσδιοριστικού επιπέδου ανθρώπινης ανάπτυξης. (Σούλης Σ., 2015).

**Γράφημα 2.2. «Ανισοκατανομή ιατρικών ειδικοτήτων, ανάμεσα στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα και στην παραμεθόρια νησιωτική επικράτεια».**



Πηγή: [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr), «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων, 2020», «ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι κατά γεωγραφική περιφέρεια και νομό 2020», Ιδία Επεξεργασία.

**Γράφημα 2.3. «Ανισοκατανομή ιατρικών ειδικοτήτων, στα νησιά».**



Πηγή: [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr), «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων, 2020», «ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι κατά γεωγραφική περιφέρεια και νομό 2020», Ιδία Επεξεργασία.

## **2.2. Υγειονομικές Ανισότητες Επαγγελματιών Υγείας ανά Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο.**

Έχοντας πραγματοποιήσει μια σύντομη επισκόπηση των υγειονομικών ανισοτήτων, με βάση την περιφερειακή ανισοκατανομή των ιατρικών ειδικοτήτων, στο συγκεκριμένο υποκεφάλαιο η εργασία θα επικεντρωθεί στην υφιστάμενη κατάσταση υποστελέχωσης των Π.Π.Ι. αναφορικά με το απασχολούμενο ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, που εξυπηρετεί τις ανάγκες υγείας των μόνιμων κατοίκων στα νησιά της ακριτικής ελληνικής περιφέρειας, στα οποία το κάθε Π.Π.Ι αποτελεί και τη μοναδική δομή στις δυσπρόσιτες αυτές περιοχές.

Πριν αναλυθεί το περιεχόμενο της συγκριτικής ανάλυσης του υποκεφαλαίου, η εργασία θα διαχωρίσει τις περιφερειακές ενότητες, που υπάγονται στην αρμοδιότητα της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. και τα Π.Π.Ι., τις μοναδικές δομές υγείας, που συγκαταλέγονται σε κάθε μια περιφέρεια.

Η 2<sup>η</sup> Δ.Υ.ΠΕ. κατηγοριοποιείται στις εξής Περιφερειακές Ενότητες:

1. **Περιφερειακή Ενότητα Νήσων:**
  - Π.Π.Ι. Πόρου, Π.Π.Ι. Ύδρας.
2. **Περιφερειακή Ενότητα Βορείου Αιγαίου:**
  - Περιφερειακή Ενότητα Ικαρίας:
    - ❖ Π.Π.Ι. Φούρνων Κορσέων,
  - Περιφερειακή Ενότητα Λήμνου:
    - ❖ Π.Π.Ι. Αγίου Ευστρατίου,
  - Περιφερειακή Ενότητα Χίου:
    - ❖ Π.Π.Ι. Ψαρρών, Π.Π.Ι. Οινουσών.
3. **Περιφερειακή Ενότητα Δωδεκανήσων**
  - Περιφερειακή Ενότητα Καλύμνου:
    - ❖ Π.Π.Ι. Αστυπάλαιας, Π.Π.Ι. Λειψών, Π.Π.Ι. Αγαθονησίου,
  - Περιφερειακή Ενότητα Καρπάθου:
    - ❖ Π.Π.Ι. Κάσου,
  - Περιφερειακή Ενότητα Κω:
    - ❖ Π.Π.Ι. Νισύρου,
  - Περιφερειακή Ενότητα Ρόδου:
    - ❖ Π.Π.Ι. Μεγίστης, Π.Π.Ι. Σύμης, Π.Π.Ι. Τήλου, Π.Π.Ι. Χάλκης,
4. **Περιφερειακή Ενότητα Κυκλάδων**
  - Περιφερειακή Ενότητα Θήρας:
    - ❖ Π.Π.Ι. Ανάφης, Θηρασιάς, Π.Π.Ι. Σικίνου, Φολεγάνδρου,
  - Περιφερειακή Ενότητα Κέας/Κύθνου, με τα αντίστοιχα Π.Π.Ι.
  - Περιφερειακή Ενότητα Μήλου:
    - ❖ Π.Π.Ι. Κιμώλου, Π.Π.Ι. Σερίφου, Π.Π.Ι. Σίφνου,
  - Περιφερειακή Ενότητα Νάξου:
    - ❖ Μικρές Κυκλάδες,
  - Περιφερειακή Ενότητα Πάρου:
    - ❖ Π.Π.Ι. Αντιπάρου,

Με βάση τους **κάτωθι πίνακες και γραφήματα**, η εργασία θα προσπαθήσει να αποκομίσει πολύτιμα συμπεράσματα περιφερειακής συγκριτικής ανάλυσης της ανισοκατανομής του ανθρώπινου δυναμικού, των σοβαρών ανεπαρκειών και υγειονομικών ελλείψεων του συστήματος υγείας στο τοπικό απομακρυσμένο δυσπρόσιτο δίκτυο.

Η εφαρμογή των δεικτών του αριθμού των ιατρών/νοσηλευτών, που αντιστοιχούν σε περιοχή ευθύνης 1.000 κατοίκων, προσαρμοσμένων στον συνολικό αριθμό του μόνιμου πληθυσμού των νησιών **επιβεβαιώνει τις ανισότητες πρόσβασης και τη**

**δυσκολία εξάλειψης των περιφερειακών ανισοτήτων, λόγω της ιδιόμορφης γεωγραφικής φύσης και των πληθυσμιακών/δημογραφικών δεδομένων της ελληνικής νησιωτικής επικράτειας.**

Μια σύντομη τυχαία περιγραφή της απλής αναλογικής μαθηματικής μεθόδου αναγωγής του δείκτη 6.1 ιατροί/1.000 κατοίκους, στον πληθυσμό αναφοράς του Π.Π.Ι. Κέας, υπολογίζει ότι ενώ θα έπρεπε να απασχολούνται 14.6 ιατροί, στελεχώνεται μόνο από 2 ιατρούς. Ομοίως και η Μεγίστη, όπου εξυπηρετεί μόνο ένας ιατρός, ενώ θα έπρεπε να συνεπικουρεί το έργο του με 3 συναδέλφους του.

Καταδεικνύεται η αδυναμία ορθολογιστικού ανασχεδιασμού της κατανομής των επαγγελματιών υγείας με γνώμονα την ολική εκπλήρωση των απαιτήσεων και προσδοκιών κάθε πολίτη, χωρίς να αποστερείται τη δημόσια φύση της Υγείας. **Το δημόσιο αγαθό της Υγείας πρέπει να είναι ισότιμα προσβάσιμο και να εξασφαλίζεται η καθολική κάλυψη των αναγκών υγείας του συνόλου του πληθυσμού. (Π.Ο.Υ.).**

Το Βόρειο και Νότιο Αιγαίο αποτελεί ιδιαίτερο γεωγραφικό, γεωπολιτικό κομμάτι της ελληνικής επικράτειας, όχι μόνο από τουριστικής/οικονομικής σκοπιάς, για την ενίσχυση των εσόδων του προϋπολογισμού, αλλά και της διαφύλαξης της ασφάλειας, της ειρήνης, της συνοχής της χώρας μας, από την πολεμοχαρή και συνοριακή επεκτατική διάθεση της γείτονας χώρας. Η κοινωνική ανάπτυξη και ευημερία των νήσων του Βορείου Αιγαίου, των Δωδεκανήσων και των Κυκλάδων κρίνεται επιτακτική, για να διασφαλισθεί η ενίσχυση του κοινωνικού συνολικού οφέλους και η βελτίωση της κατάστασης υγείας του συνόλου του πληθυσμού. (Σούλης Σ., 2015).

Ελλείψεις σε σημαντικές ιατρικές και λοιπές ειδικότητες, η ανεπάρκεια ανεπτυγμένου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η ανυπαρξία επιπλέον δημόσιων/ιδιωτικών δομών φροντίδας υγείας παρέχουν χαμηλό, ανεπαρκές προσφερόμενο ποιοτικό επίπεδο φροντίδας υγείας και δυσχεραίνουν τις συνθήκες καθημερινής διαβίωσης, που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι κάτοικοι ευθύνης των Π.Π.Ι. Η κατά καιρούς απαγόρευση ή επικινδυνότητα αεροπορικής ή θαλάσσιας μεταφοράς, λόγω δυσμενών καιρικών συνθηκών, εξαιτίας της ανικανότητας χερσαίας διασύνδεσής τους με την υπόλοιπη ελληνική επικράτεια επιβάλλει τον επανασχεδιασμό της κατανομής των επαγγελματιών υγείας και την αναβάθμιση των δομών σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό.

Η εξάλειψη περιφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων ήταν, είναι και πρέπει να παραμείνει προτεραιότητα των κυβερνήσεων, ώστε **ηρωικοί νήσοι να μην στερούνται σημαντικών ειδικοτήτων ιατρονοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού και ποιοτικών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.** Σε αυτό το σημείο η εργασία θα προσπαθήσει να καταγράψει τις περιφερειακές υγειονομικές ανισότητες, τόσο εντός της κάθε περιφερειακής ενότητας, όσο και μεταξύ διαφορετικών περιφερειακών ενότητων, για να αντλήσουμε πορίσματα του διαφορετικού εύρους και της παρεχόμενης ποιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του πίνακα 2.3. παρατηρείται η πλήρης υποστελέχωση των Π.Π.Ι Πόρου, Ύδρας, Σπετσών, η ανεπιτυχής κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων, καθώς επιτυχημένο δίκτυο Π.Φ.Υ. κρίνεται εκείνο που δεν υπερβαίνει τα 2.500 άτομα ευθύνης, ενώ ο πληθυσμός των συγκεκριμένων νήσων είναι 3.237, 2.011 και 3.680 κάτοικοι αντίστοιχα. Αντιλαμβανόμαστε ότι τα Πολυδύναμα θα έπρεπε να μετατραπούν σε Κέντρα Υγείας. (Πιερράκος Γ., 2008).

Επίσης, διαφαίνεται η ανισότητα πρόσβασης στο εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μεταξύ των προαναφερθέντων κατοίκων και των αντίστοιχων των Κυθήρων, όπου στα Κύθηρα απολαμβάνουν τις υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας και των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου (πληθυσμός αναφοράς 3.659).

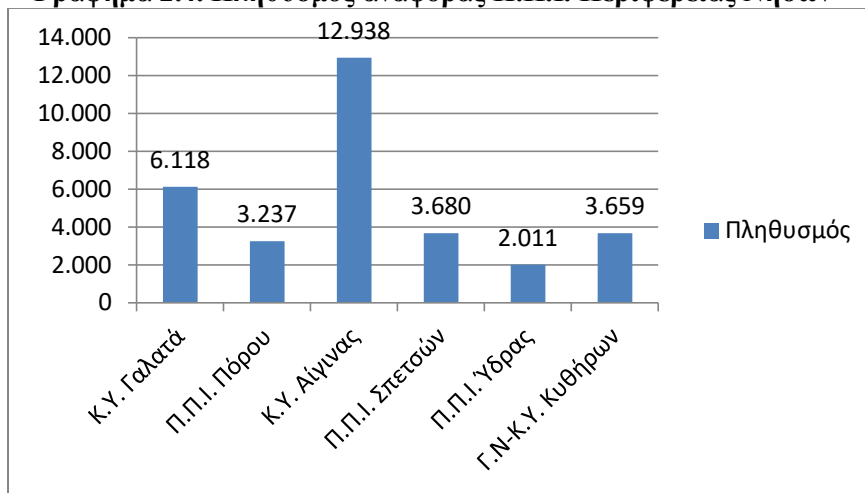
**Πίνακας 2.3. Αναλογία Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά συνολικό πληθυσμό έτους 2021, Περιφερειακή Ενότητα Νήσων.**

Δομές Υγείας	Άνδρες // Γυναίκες	Μόνιμοι Ιατροί// Υπόχρεοι Υπαίθρου// Σύνολο 2020	Μόνιμοι Ιατροί// Υπόχρεοι Υπαίθρου// Επικουρικοί// Σύνολο 2021	Μόνιμοι Νοσηλεύτες// Επικουρικοί// Σύνολο 2020	Μόνιμοι Νοσηλεύτες// Επικουρικοί// Σύνολο 2021	Μόνιμο Λοιπό// Επικουρικό// Σύνολο 2020	Μόνιμο Λοιπό// Επικουρικό// Σύνολο 2021
<b>Κ.Υ. Γαλατά</b>	<b>3.001//3.117</b>	<b>Σύνολο 5</b>	<b>Σύνολο 10</b>	<b>Σύνολο 7</b>	<b>Σύνολο 10</b>	<b>Σύνολο 16</b>	<b>Σύνολο 16</b>
Π.Π.Ι. Πόρου	1.571//1.666	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	Άνευ νοσηλευτών	Άνευ	Άνευ	Άνευ
<b>Κ.Υ. Αίγινας</b>	<b>6.249//6.689</b>	<b>Σύνολο 13</b>	<b>Σύνολο 10</b>	<b>Σύνολο 14</b>	<b>Σύνολο 11</b>	<b>Σύνολο 16</b>	<b>Σύνολο 22</b>
Π.Π.Ι. Σπετσών	1.778//1.902	Άνευ ιατρών	Άνευ ιατρών	Άνευ	Άνευ	Άνευ	Άνευ
Π.Π.Ι. Ύδρας	992//1.019	Άνευ ιατρών	Άνευ ιατρών	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	Άνευ	Άνευ
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Κυθήρων</b>	<b>1.868//1.791</b>	<b>Σύνολο 13</b>	<b>Σύνολο 16</b>	<b>Σύνολο 25</b>	<b>Σύνολο 23</b>	<b>Σύνολο 27</b>	<b>Σύνολο 20</b>

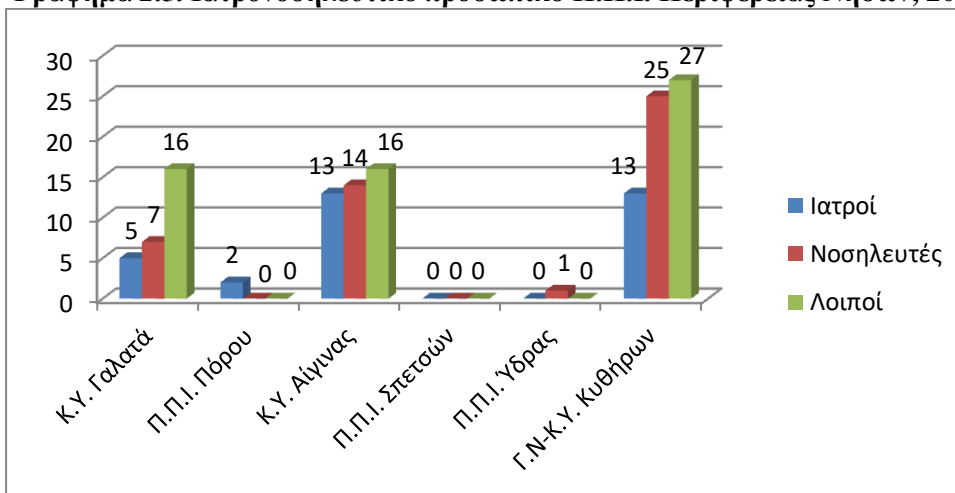
Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, 2021, <https://www.statistics.gr>, Ιδία Επεξεργασία.



Γράφημα 2.4. Πληθυσμός αναφοράς Π.Π.Ι. Περιφέρειας Νήσων



Γράφημα 2.5. Ιατρονοσηλευτικό προσωπικό Π.Π.Ι. Περιφέρειας Νήσων, 2020



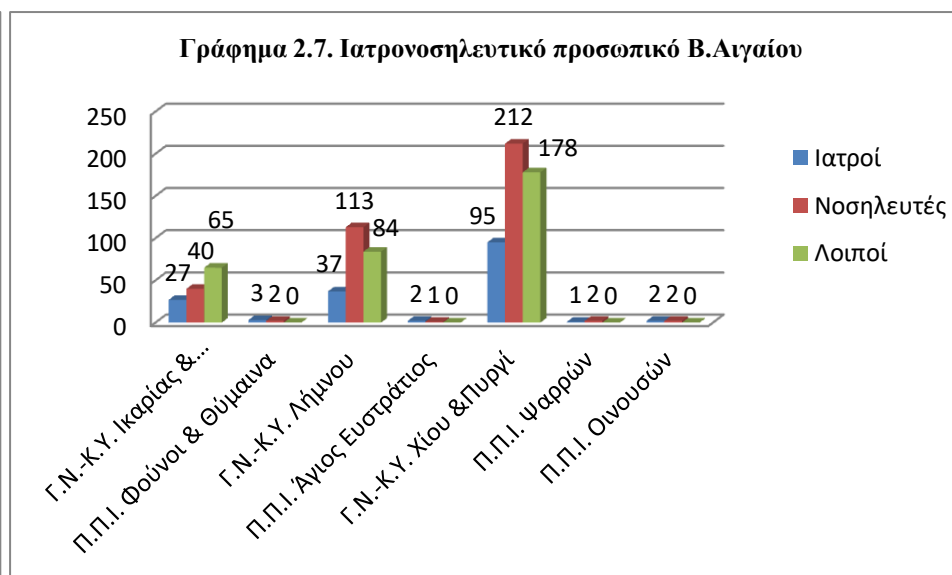
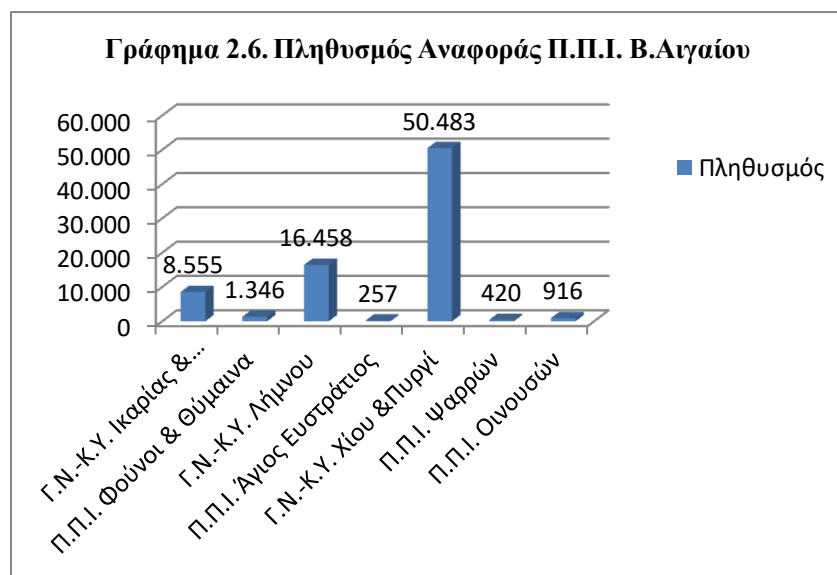
Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, <https://www.statistics.gr>, Ιδία Επεξεργασία.

**Πίνακας 2.4. Αναλογία Ιατρικού, Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά συνολικό πληθυσμό έτους 2021, Περιφερειακή Ενότητα Βορείου Αιγαίου.**

Δομές Υγείας	Άνδρες//Γυναίκες	Μόνιμοι Ιατροί// Υπόχρεοι Υπαίθρου// Σύνολο 2020	Μόνιμοι Ιατροί// Υπόχρεοι Υπαίθρου// Επικουρικοί// Σύνολο 2021	Μόνιμοι Νοσηλεύτες// Επικουρικοί// Σύνολο 2020	Μόνιμοι Νοσηλεύτες// Επικουρικοί// Σύνολο 2021	Μόνιμο Λοιπό// Επικουρικό// Σύνολο 2020	Μόνιμο Λοιπό// Επικουρικό// Σύνολο 2021
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Ικαρίας &amp; Κ.Υ. Ευδήλου</b>	<b>4.296//4.259</b>	<b>Σύνολο 27</b>	<b>Σύνολο 29</b>	<b>Σύνολο 40</b>	<b>Σύνολο 44</b>	<b>Σύνολο 65</b>	<b>Σύνολο 50</b>
Π.Π.Ι. Φούρνοι και Θύμιανα	630//716	3 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 3	4 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 4	2 Μόνιμοι Νοσηλεύτες// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 2	Άνευ	Άνευ
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Λήμνου</b>	<b>8.493//7.965</b>	<b>Σύνολο 37</b>	<b>Σύνολο 34</b>	<b>Σύνολο 113</b>	<b>Σύνολο 111</b>	<b>Σύνολο 84</b>	<b>Σύνολο 84</b>
Άγ. Ευστράτιος	138//119	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	2 Επικουρικοί Νοσηλεύτες// Σύνολο 2	Άνευ	Άνευ

<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Χίου &amp; Κ.Υ. Πυργίου</b>	<b>25.010//25.473</b>	<b>Σύνολο 95</b>	<b>Σύνολο 100</b>	<b>Σύνολο 212</b>	<b>Σύνολο 204</b>	<b>Σύνολο 178</b>	<b>Σύνολο 174</b>
Π.Π.Ι. Ψαρρών	203//217	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	2 Μόνιμοι Νοσηλευτές// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// 1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 2	Άνευ	Άνευ
Π.Π.Ι. Οινουσών	459//457	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	2 Μόνιμοι Νοσηλευτές// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// 1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 2	Άνευ	1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 1

Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020,2021, <https://www.statistics.gr>, Ιδία Επεξεργασία.



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, <https://www.statistics.gr>, Ιδία Επεξεργασία.

Η ανάλυση του **πίνακα 2.4. της Περιφερειακής Ενότητας Βορείου Αιγαίου** φανερώνει τις ανεπάρκειες του πρωτοβάθμιου δικτύου στις προσφερόμενες υπηρεσίες των Πολυδύναμων. Τα Πολυδύναμα Ιατρεία των Φούρνων-Θυμαίων, με εξυπηρετούμενο πληθυσμό 1.346 άτομα, απασχολούσαν μόλις 3 ιατρούς υπόχρεους υπαίθρου και 2 μόνιμους νοσηλευτές το έτος 2020, με περιστατικά που έχρηζαν εξειδικευμένης παρακολούθησης, να υποχρεούνταν να μεταβούν σε άλλο νησί, συνήθως στο υπαγόμενο Γ.Ν.-Κ.Υ. Ικαρίας ή σε συμβεβλημένους ειδικούς ιδιώτες ιατρούς με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ άλλων γεωγραφικών περιοχών.

Παρόμοια εικόνα παρατηρήθηκε το έτος 2021, όπου η μεταβολή του προσωπικού κατέγραψε 4 ιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου και ο ένας μόνιμος νοσηλευτής αντικαταστάθηκε από νοσηλευτή επικουρικής εργασιακής σύμβασης.

Τα πεπραγμένα των Π.Π.Ι Φούρνων-Θυμαίων του έτους 2020, που απεικονίζονται στο γράφημα 2.8., όπως έχουν αναρτηθεί στην ιστοσελίδα της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, φανερώνουν τον κύριο λόγο ιατρικής προγραμματισμένης επίσκεψης των κατοίκων στα Π.Π.Ι. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση κατέλαβε ιδιαίτερα υψηλή τιμή, εξαπλάσια των αντίστοιχων τακτικών επισκέψεων, όπου συνδυαστικά με την έλλειψη εξειδικευμένης γνώσης των ασκούμενων ιατρών χωρίς ειδικότητα, προσφερόταν περιορισμένη ιατρική φροντίδα, κυρίως διενέργεια κλινικής εξέτασης και συνταγογράφησης.

Παρεμφερή εικόνα παρατηρήθηκε για το έτος 2021, όπου τα ηλεκτρονικά δημοσιευμένα στοιχεία της 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε καταγράφουν 3.5 φορές αυξητική τάση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (6.099 συνταγογραφήσεις) σε σχέση με τις προγραμματισμένες τακτικές επισκέψεις των χρηστών υγείας στα Π.Π.Ι. Φούρνων-Θυμαίων (1.723 ιατρικά τακτικά ραντεβού).

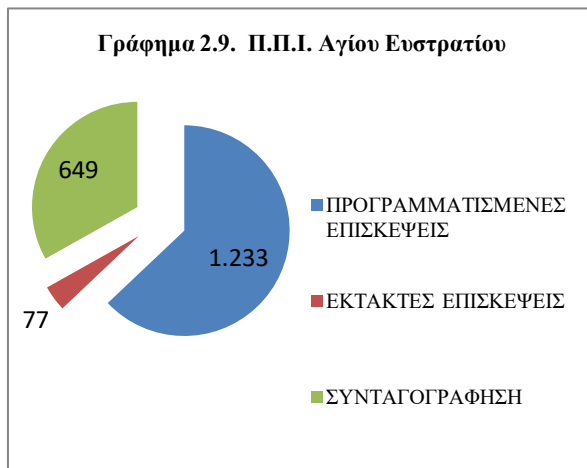
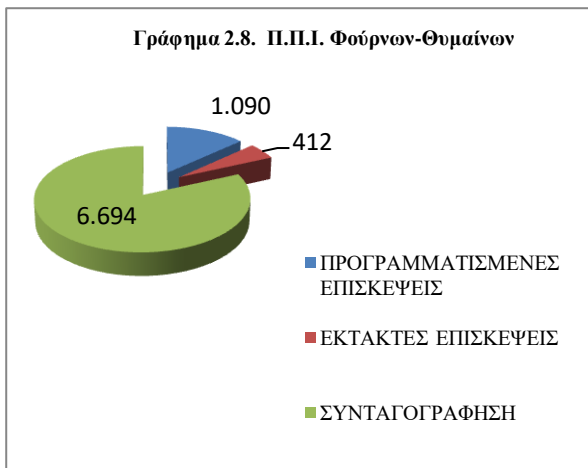
Η απουσία ιατρικών πράξεων π.χ. ηλεκτροκαρδιογραφήματα, σπυρομετρήσεις ή αιματολογικές εξετάσεις, καθώς και υπηρεσιών νοσηλευτικής φροντίδας λ.χ. ενεσθεραπεία ή κατ'οίκον νοσηλεία του έτους 2020,2021, φανερώνουν την ανεπάρκεια του συστήματος στην παροχή πρωτοβάθμιας προληπτικής ιατρικής και παρακολούθησης της πορείας της υγείας των πολιτών.

Η πλήρης υποστελέχωση των μονάδων από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, η ανυπαρξία παραϊατρικών επαγγελματιών υγείας, η αντικατάσταση του μόνιμου νοσηλευτή με επικουρικό συνάδελφο πιθανά δημιούργησε προβλήματα χρησιμοποίησης του υπάρχοντος ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, λ.χ. πολυκάναλοι ηλεκτροκαρδιογράφοι, αναλυτές αιματολογικού εργαστηρίου με φυγόκεντρο υψηλής ταχύτητας, τραπέζι διαγνωστικού συστήματος ακτίνων Χ κλπ.

Η έλλειψη εμπιστοσύνης των κατοίκων στο πρωτοβάθμιο τοπικό σύστημα περίθαλψης, οδήγησε σε διαρροή των περιστατικών σε άλλες υφιστάμενες δομές υγείας ή σε ιατρούς της προσωπικής επιλογής τους. (Πεπραγμένα 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε 2020, 2021, [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr)).

Παρόμοια εικόνα παρατηρείται στο Π.Π.Ι. Αγίου Ευστρατίου. Όπως δείχνει το κάτωθι γράφημα 2.9. μοναδική διαφοροποίηση αποτελεί ο εγγεγραμμένος αριθμός προγραμματισμένων ιατρικών επισκέψεων τετραπλάσιος του μόνιμου πληθυσμού, που δε συνοδεύεται από αντίστοιχη εκτόξευση της παραπομπής σε παρακλινικές/εργαστηριακές εξετάσεις ή στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής του έτους 2020.

Σύμφωνα και με τα πεπραγμένα του 2021, τα τακτικά ραντεβού καταλάμβαναν 4πλάσια τιμή του μόνιμου πληθυσμού αναφοράς, χωρίς την ταυτόχρονη υπερσυνταγογράφηση (771 εκδόσεις παραπεμπτικών και συνταγών).

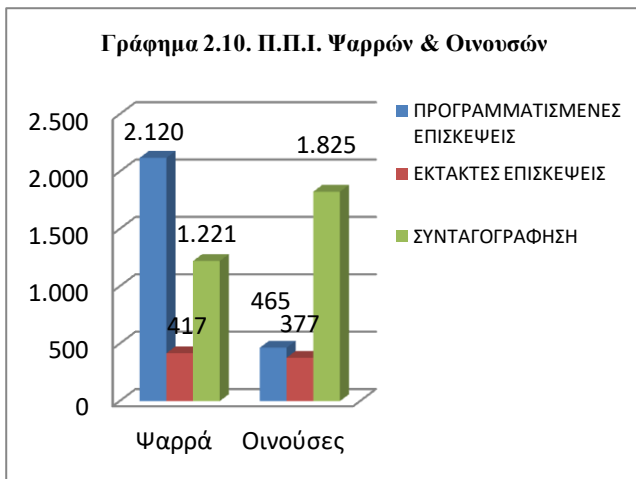


Πηγή: Πεπραγμένα 2020, [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr), Ίδια Επεξεργασία.

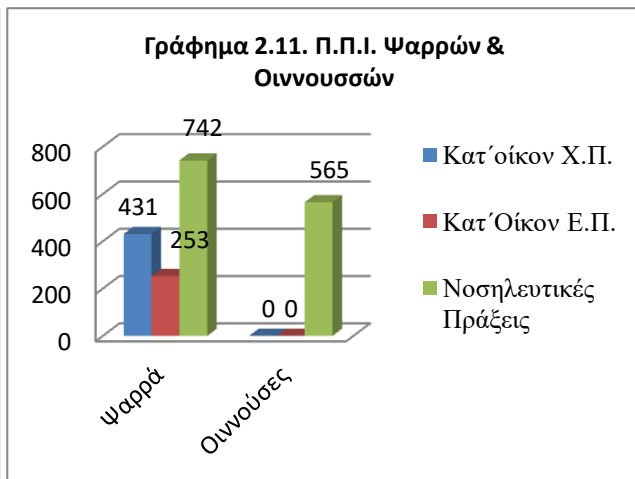
Οι 257 χρήστες υπηρεσιών υγείας του Πολυδύναμου Αγίου Ευστρατίου Περιφερειακής Ενότητας Λήμνου εξετάζονταν κλινικώς το έτος 2020 από 2 ασκούμενους ιατρούς άνευ ειδικότητας και η φροντίδα υγείας παρεχόταν από 1 επικουρικό νοσηλευτή. Ομοίως και το έτος 2021, με μοναδική διαφοροποίηση την προσθήκη ενός επιπλέον επικουρικού νοσηλευτή. Η έλλειψη μόνιμου, επαρκώς καταρτισμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η πλήρης υποστελέχωση σε παραϊατρικές ειδικότητες κατέστησαν τις δομές αναποτελεσματικές στη προσφορά υπηρεσιών υγείας, ακόμη και σε ιατρικές πράξεις, που λόγω ύπαρξης ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, θα μπορούσαν να καλύψουν ανάγκες υγείας.

Η μηδενική συμμετοχή των χρηστών-ασθενών στη διενέργεια βιοπαθολογικών εξετάσεων, ηλεκτροκαρδιογραφημάτων, σπιρομετρήσεων, με την παράλληλη ύπαρξη στη δομή υγείας αυτοματοποιημένου αναλυτή αιματολογίας, πολυκάναλου ηλεκτροκαρδιογράφου, σπιρομετρητή αντίστοιχα, καταδεικνύουν το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών από το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Αγίου Ευστρατίου. Αντιλαμβανόμαστε ότι η ζήτηση ολιστικής παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αναγκάζει τους πολίτες να επιζητήσουν την ιατρική λύση αρχικά στα εξωτερικά ιατρεία του υπαγόμενου Γ.Ν.-Κ.Υ. Λήμνου ή σε ιδιώτες συμβαλλόμενους ιατρούς με τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. ή σε μονάδες υγείας άλλων αστικών κέντρων.

Αντίστοιχου επιπέδου φροντίδα υγείας παρατηρείται στα Πολυδύναμα των Ψαρρών και Οινουσών, όπου για το έτος 2020, βάση των πεπραγμένων της 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε., 1 ιατρός υπαίθρου και 2 ιατροί (1 μόνιμος Γενικής Ιατρικής και ένας υπηρεσίας υπαίθρου) αντίστοιχα καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των νησιωτών. Εξειδικευμένες εξετάσεις ή παραπομπές σε ειδικές ειδικότητες ή στα Τμήματα Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων απαιτούν μεταφορά των ασθενών σε διαφορετική περιοχή από τον τόπο κατοικίας τους, συνηθέστερα στο Γ.Ν. Χίου, δομή ευθύνης.



Πηγή: Πεπραγμένα 2020, [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr)  
 Ιδία Επεξεργασία.



Πηγή: Πεπραγμένα 2021, [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr)

Άξια αναφοράς κρίνεται η κατ'οίκον φροντίδα, που καταγράφηκε στη νήσο Ψαρρών, για κάλυψη χρονίων και επειγόντων περιστατικών και η νοσηλευτική παροχή υπηρεσιών στα Ψαρρά και στις Οινούσες, συγκριτικά με την μηδενική ανταπόκριση στις νοσηλευτικές ενεσοθεραπείες και λοιπές νοσηλευτικές πράξεις στα Π.Π.Ι Αγίου Ευστρατίου και Φούρνων. Η διαφοροποίηση αυτή μπορεί να οφειλόταν στη σχέση εμπιστοσύνης, που ενδεχόμενα έχει διαμορφωθεί μεταξύ των νησιωτών κατοίκων και του μόνιμου έκαστου νοσηλευτή, που στελεχώνει το κάθε Πολυδύναμο Ιατρείο, καθώς και στη φύση των χρονίων νοσημάτων ή επειγόντων επιπλοκών. (Εκθεση πεπραγμένων 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ., 2021).

Επιπρόσθετα η πιθανή εκπαίδευση του μόνιμου νοσηλευτή και η τηλεεκπαίδευση/τηλεβοήθεια των 2 ιατρών υπαίθρου, μέσω του υπάρχοντα ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ενδεχόμενα διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην εξυπηρέτηση κάλυψης αναγκών υγείας 553 περιστατικών χρονίων πασχόντων στο Π.Π.Ι. Ψαρρών (2021). Ένα σημαντικό συμπέρασμα, που μπορεί να εξαχθεί, για το είδος του μεγαλύτερου φάσματος των προαναφερθέντων 553 χρονίων νοσημάτων του πληθυσμού ευθύνης του Π.Π.Ι. Ψαρρών είναι η φύση των περιστατικών. Ο εξοπλισμός της δομής, δηλαδή ο νεφελοποιητής αναπνευστικού συστήματος, ο συμπυκνωτής οξυγονοθεραπείας, ο πολυκάναλος ηλεκτροκαρδιογράφος, συνηγορούν στην κάλυψη καρδιαγγειακών και χρονίων αναπνευστικών αναγκών υγείας. (Εκθεση πεπραγμένων 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. 2021, [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr)).

Απεναντίας το Π.Π.Ι. Οινουσών παρόλη την επάνδρωσή του με σύστημα τηλεϊατρικής, σύστημα τηλεμετρίας ηλεκτροκαρδιογράφου, πολυκάναλου ηλεκτροκαρδιογράφου, απεικονιστικού συστήματος υπερήχων, αυτόματου επεξεργαστή ακτινολογικού φιλμ και σχετιζόμενων συσκευών, συστήματος νεφελοποίησης αντιμετώπισης αναπνευστικών χρονίων νοσημάτων, κατέγραψε για το έτος 2021, μόνο διενέργεια βιοπαθολογικών εξετάσεων στο σύνολο των απεικονιστικών/υπερηχογραφικών/παρακλινικών και εργαστηριακών ιατρικών πράξεων. Το γεγονός αυτό πιθανά δηλώνει την δυσαρέσκεια των χρηστών από τη μετακίνηση του μόνιμου Γενικού Ιατρού σε άλλη δομή υγείας, την έλλειψη εμπιστοσύνης στον ασκούμενο ιατρό, που εκτελεί χρέη μοναδικού ιατρικού παρόχου υπηρεσιών υγείας και την ανεπάρκεια του υπάρχοντος προσωπικού να καλύψει τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες υγείας των εξωτερικών ασθενών.

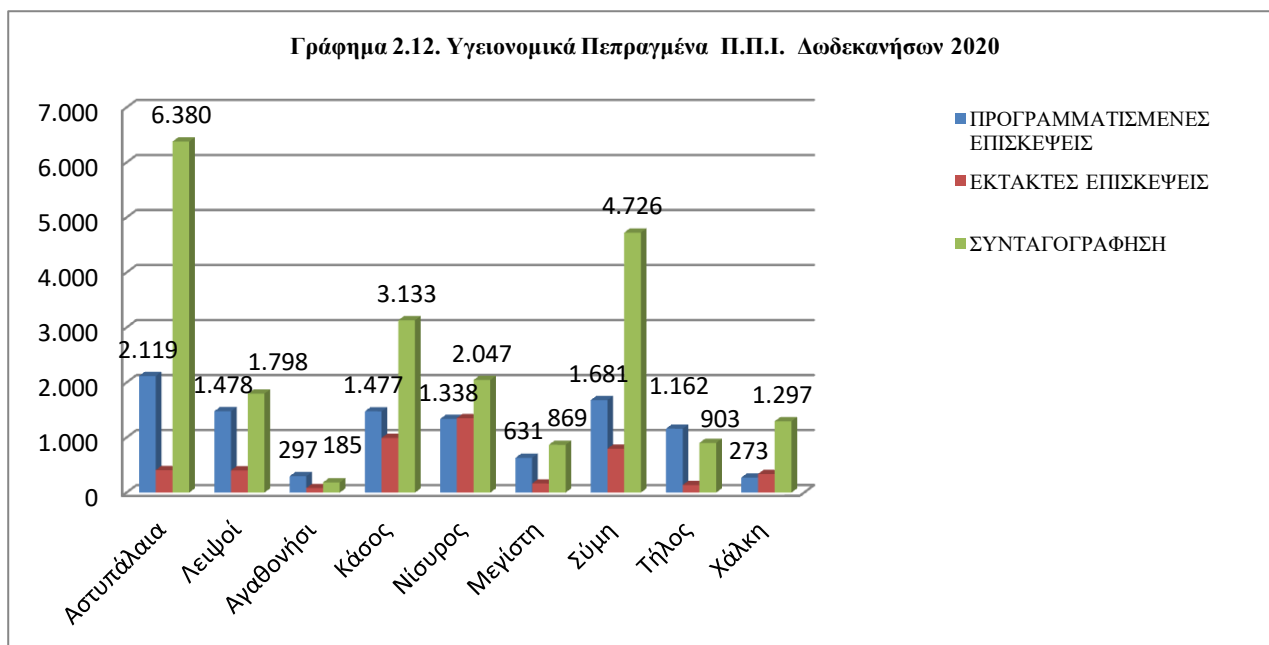
**Τα πορίσματα του πίνακα 2.4. και των γραφημάτων 2.6-2.11** δηλώνουν το χαμηλό ποιοτικά, με αυξημένες ανεπάρκειες, παρεχόμενο επίπεδο φροντίδας υγείας, την πλήρη έλλειψη ιατρικών εξειδικευμένων ειδικοτήτων ή λοιπών επαγγελματιών υγείας λ.χ. ραδιολόγων, χειριστών ιατρικών μηχανημάτων, βοηθών μικροβιολόγων, τα οποία

φανερώνουν την πλήρη αποστέρηση, τόσο σε βασικές εξετάσεις (αιματολογικές, ηλεκτροκαρδιογραφήματα), όσο και στην ποιοτική παρακολούθηση χρηστών-ασθενών σε προληπτικό, θεραπευτικό και επίπεδο αποκατάστασης. Για το εύρος των ακάλυπτων απαιτήσεων υγείας, την προσδοκία εξισορρόπησης της αναλογίας προσφοράς-ζήτησης των υπηρεσιών, η εργασία θα αναφερθεί εκτενώς στα επόμενα κεφάλαια.

Συναφή συμπεράσματα αποκομίζονται από τον **πίνακα 2.5. της Περιφέρειας Δωδεκανήσου**, στην επόμενη σελίδα της διπλωματικής εργασίας. Αξιοσημείωτη, πλην της υποστελέχωσης των Π.Π.Ι., των ελλείψεων σε σημαίνουσες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας ή του πολύ περιορισμένου εύρους παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι η περίπτωση της Σύμης. Η Σύμη με πληθυσμό 2.495 κατοίκους, για να συγκαταλεχθεί στον επιτυχημένο στρατηγικό σχεδιασμό παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να αναβαθμιστεί σε δομή Κέντρου Υγείας.

Το έτος 2021, βάση των υγειονομικών πεπραγμένων της 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε, το Πολυδύναμο της Σύμης ενδυναμώθηκε από 2 μόνιμους ιατρούς ειδικότητων παθολογίας, καρδιολογίας και 1 επικουρικό ιατρό ειδικότητας ορθοπαιδικής. Η τάση ιατρικής αναβάθμισης της δομής όμως, δε συνοδεύτηκε από ανάλογη ποσοτική αύξηση του παραϊατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς παρατηρήθηκε μετακίνηση ενός εκ των τριών μόνιμων νοσηλευτών και οι δύο μόνιμοι τεχνολόγοι εργαστηρίων αντικαταστάθηκαν από έναν μόνιμο παρασκευαστή βοηθό εργαστηρίου.

Τα κάτωθι γραφήματα θα μας δώσουν μια συγκριτική αξιολόγηση των καταγεγραμμένων υγειονομικών πεπραγμένων της ετήσιας έκθεσης της 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε του έτους 2020. Παρατηρείται η συντριπτική υπεροχή της συνταγογράφησης και των τακτικών επισκέψεων, έναντι των επειγόντων περιστατικών.



Πηγή: Πεπραγμένα 2020, [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr), Ιδία Επεξεργασία.

**Πίνακας 2.5. Αναλογία Ιατρικού, Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά συνολικό πληθυσμό έτους 2021, Περιφερειακή Ενότητα Δωδεκανήσων.**

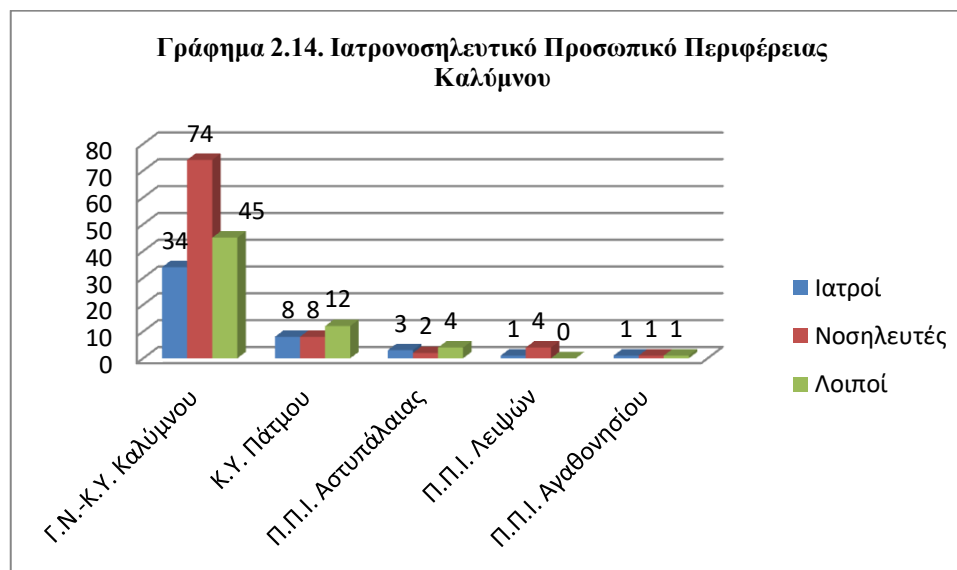
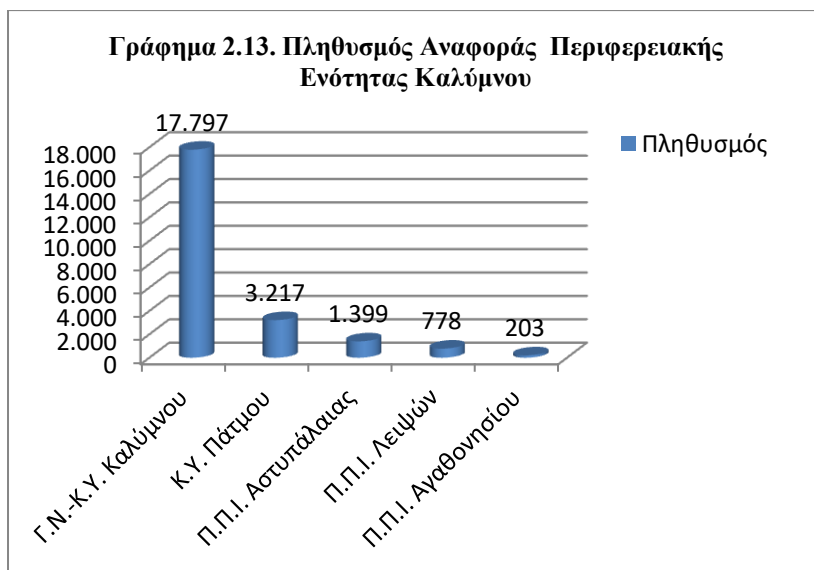
Δομές Υγείας	Άνδρες//Γυναίκες	Μόνιμοι Ιατροί// Υπόχρεοι Υπαίθρου// Σύνολο 2020	Μόνιμοι Ιατροί// Υπόχρεοι Υπαίθρου// Επικουρικοί// Σύνολο 2021	Μόνιμοι Νοσηλευτές// Επικουρικοί// Σύνολο 2020	Μόνιμοι Νοσηλευτές// Επικουρικοί// Σύνολο 2021	Μόνιμο Λοιπό// Επικουρικό// Σύνολο 2020	Μόνιμο Λοιπό// Επικουρικό// Σύνολο 2021
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Καλύμνου</b>	<b>8.689//9.108</b>	<b>Σύνολο 34</b>	<b>Σύνολο 31</b>	<b>Σύνολο 74</b>	<b>Σύνολο 89</b>	<b>Σύνολο 45</b>	<b>Σύνολο 47</b>
Κ.Υ. Πάτμου	1.623//1.594	Σύνολο 8	Σύνολο 6	Σύνολο 8	Σύνολο 6	Σύνολο 12	Σύνολο 12
Π.Π.Ι. Αστυπάλαιας	711//688	2 Μόνιμοι Γενικοί Ιατροί & 1 Μόνιμος Καρδιολόγος// Σύνολο 3	2 Μόνιμοι Γενικοί Ιατροί & 1 Μόνιμος Καρδιολόγος// Σύνολο 3	2 Επικουρικοί Νοσηλευτές// Σύνολο 2	3 Επικουρικοί Νοσηλευτές// Σύνολο 3	1 Μόνιμος Παρασκευαστής & 1 Μόνιμος Οδηγός Ασθενοφόρου & 1 Μόνιμος Προσωπ. Καθαριότητας// 1 Επικουρικός Ακτινολόγος// Σύνολο 4	1 Μόνιμος Παρασκευαστής & 1 Μόνιμος Οδηγός Ασθενοφόρου// 1 Επικουρικός Ραδιολόγος & 1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 4
Π.Π.Ι. Λειψών	391//387	1 Μόνιμος Ιατρός Εργασίας// Σύνολο 1	2 Μόνιμοι Ιατροί Εργασίας// Σύνολο 2	3 Μόνιμοι Νοσηλευτές// 1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 4	3 Μόνιμοι Νοσηλευτές// 1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 4	Άνευ	1 Επικουρικός Οδηγός Ασθενοφόρου & 1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 2
Π.Π.Ι. Αγαθονησίου	114//89	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// Σύνολο 1	1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 1	1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Εστίασης// Σύνολο 1	1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 1
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Καρπάθου</b>	<b>3.228//3.188</b>	<b>Σύνολο 15</b>	<b>Σύνολο 19</b>	<b>Σύνολο 16</b>	<b>Σύνολο 16</b>	<b>Σύνολο 39</b>	<b>Σύνολο 39</b>
Π.Π.Ι. Κάσου	624//600	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Ιατρός Υπαίθρου// 1 Επικουρικός	1 Μόνιμη Μαία//	1 Μόνιμη Μαία//	Άνευ	Άνευ

			Θωρακοχειρουργός // Σύνολο 2	1 Επικουρικός Νοσηλεύτης & 1 Επικουρική Μαία// Σύνολο 3	1 Επικουρική Μαία & 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 3		
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Κω</b>	<b>19.094//17.892</b>	<b>Σύνολο 43</b>	<b>Σύνολο 35</b>	<b>Σύνολο 71</b>	<b>Σύνολο 82</b>	<b>Σύνολο 56</b>	<b>Σύνολο 67</b>
Π.Π.Ι. Νισύρου	548//495	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	2 Μόνιμοι Νοσηλεύτες// Σύνολο 2	2 Μόνιμοι Νοσηλεύτες// 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 3	1 Μόνιμος Πλήρωμα Ασθενοφόρου & 1 Μόνιμος Καθαριότητας// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Πλήρωμα Ασθενοφόρου// 1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 2
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Ρόδου &amp; Κ.Υ. Έμπωνα &amp; Κ.Υ. Αρχαγγέλου</b>	<b>62.132//62.719</b>	<b>Σύνολο 178</b>	<b>Σύνολο 185</b>	<b>Σύνολο 303</b>	<b>Σύνολο 316</b>	<b>Σύνολο 199</b>	<b>Σύνολο 187</b>
Π.Π.Ι. Μεγίστης	396//188	1 Μόνιμος Γενικός Χειρουργός// Σύνολο 1	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	2 Μόνιμοι Νοσηλεύτες// Σύνολο 2	1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Καθαριότητας// 1 Επικουρικός Διοικητικός & 1 Επικουρική Μαία// Σύνολο 3	1 Επικουρικός Διοικητικός & 1 Επικουρική Μαία & 1 Επικουρικός Οδηγός Ασθενοφόρου & 1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 4
Π.Π.Ι. Σύμης	1.327//1.168	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Καρδιολόγος & 1 Μόνιμος Παθολόγος// 2 Ιατροί Υπαίθρου// 1 Επικουρικός Ορθοπαιδικός // Σύνολο 5	3 Μόνιμοι Νοσηλεύτες & 1 Μόνιμη Μαία// Σύνολο 4	2 Μόνιμοι Νοσηλεύτες & 1 Μόνιμη Μαία// Σύνολο 3	2 Μόνιμοι Τεχνολόγοι Εργαστηρίων// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Παρασκευαστής// 1 Επικουρικός Γενικών Καθηκόντων Σύνολο 2



Π.Π.Ι. Τήλου	415//330	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Καρδιολόγος// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	2 Μόνιμοι Νοσηλευτές// 2 Επικουρικοί Νοσηλευτές// Σύνολο 4	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// 2 Επικουρικοί Νοσηλευτές// Σύνολο 3	Άνευ	Άνευ
Π.Π.Ι Χάλκης	256//220	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// 1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// 1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 2	1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 1	1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 1

Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, <https://www.statistics.gr>. Ιδία Επεξεργασία.



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, <https://www.statistics.gr>. Ιδία Επεξεργασία.

Η ανάλυση της περιφερειακής ενότητας Καλύμνου δηλώνει τις ανισότητες πρόσβασης στην υγεία, μεταξύ των κατοίκων των νήσων Καλύμνου, Πάτμου, Αστυπάλαιας, Λειψών και Αγαθονησίου. Οι μόνιμοι κάτοικοι της Καλύμνου μπορούν να εξυπηρετηθούν στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, λαμβάνοντας πρωτοβάθμια περίθαλψη από πληθώρα ιατρικών ειδικοτήτων (34 στο σύνολό τους), φροντίδα από ένα σεβαστό αριθμό νοσηλευτών και χαίρουν ιατρικών εξετάσεων μεγαλύτερης κλίμακας και εύρους, σε αντίθεση παραδείγματος χάριν με τον πληθυσμό αναφοράς του Π.Π.Ι. Αγαθονησίου.

Στο εν λόγω Πολυδύναμο Ιατρείο απαριθμούνται 1 μόνιμος γενικός ιατρός, 1 επικουρικός νοσηλευτής. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Πολυδύναμου Ιατρείου Αγαθονησίου ο υπάρχον πολυκάναλος ηλεκτροκαρδιογράφος, ο αυτοματοποιημένος αναλυτής αιματολογικού εργαστηρίου και το απεικονιστικό σύστημα υπερήχων τα έτη 2020, 2021 παρέμεναν ανενεργά, δίχως πραγματοποίηση ιατρικών πεπραγμένων. (Πεπραγμένα 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε. 2020, 2021).

Οι σοβαρές ελλείψεις και ανεπάρκειες του πρωτοβάθμιου στρατηγικού σχεδιασμού παροχής υπηρεσιών υγείας στα Π.Π.Ι. Λειψών και Αγαθονησίου επέφεραν την μηδενική διενέργεια παρακλινικών/ εργαστηριακών εξετάσεων το έτος 2020, ανυπαρξία βραχείας νοσηλείας επειγόντων περιστατικών, αδυναμία ουσιαστικής θεραπευτικής παρακολούθησης ή αποκατάστασης χρόνιων πασχόντων και κατ'οίκον φροντίδας ασθενών. (Πεπραγμένα 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε. 2020, [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr)).

Ίδια ακριβώς εικόνα παρατηρήθηκε και στα πεπραγμένα του έτους 2021, το οποίο καταδεικνύει την αδυναμία του υφιστάμενου προσωπικού επαγγελματιών υγείας να ανταπεξέλθει στις ανάγκες και απαιτήσεις των χρηστών ασθενών, παρόλο που η στελέχωση των Πολυδύναμων Ιατρείων Λειψών και Αγαθονησίου καταγράφει ολιγάριθμο μόνιμο προσωπικό. Αυτό από μόνο του δεν είναι αρκετό να προκαλέσει εμπιστοσύνη στο χρήστη, να αντιμετωπισθεί ολιστικά σε πρωτοβάθμιο επίπεδο φροντίδας, ώστε να καλυφθούν πλήρως οι αυξημένες ανάγκες του.

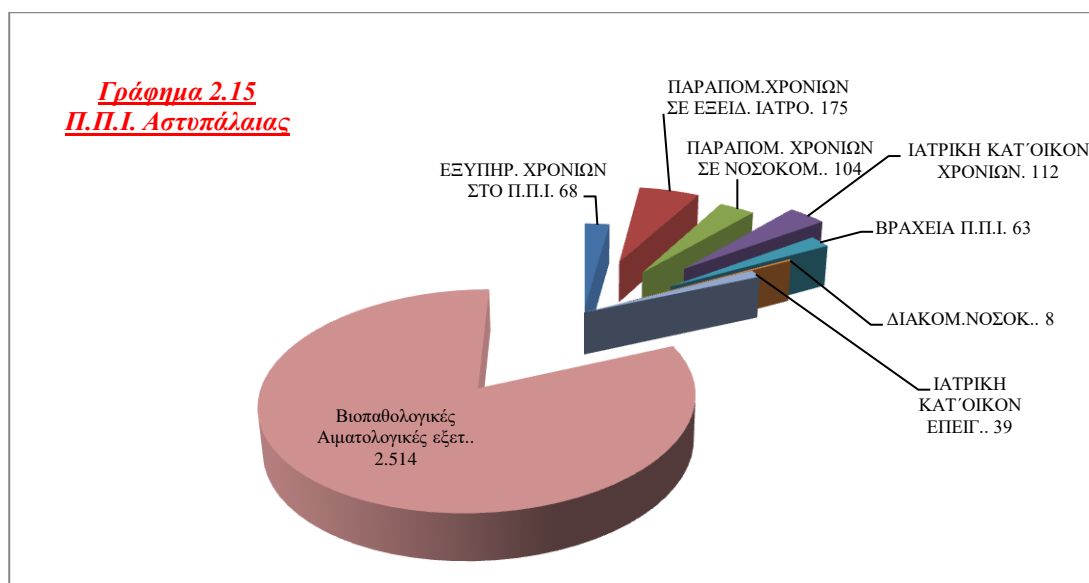
Η ιατροτεχνολογική επάνδρωση του Π.Π.Ι. Λειψών με πολυκάναλο ηλεκτροκαρδιογράφο, συμπτυκνωτή οξυγονοθεραπείας, αυτοματοποιημένο αιματολογικό εργαστήριο με χρήση φυγόκεντρου υψηλής ταχύτητας, φορητό διαγνωστικό σύστημα ακτίνων Χ, συνδυαστικά με την μηδενική συμμετοχή διενέργειας ιατρικών εξετάσεων του πληθυσμού αναφοράς, δηλώνει την διαρροή των κατοίκων σε άλλες πρωτοβάθμιες ιδιωτικές ή δημόσιες δομές υγείας. Δύο πιθανές αιτίες μπορούν να αποδοθούν:

- ✓ η ανασφάλεια των εξωτερικών ασθενών ως προς την ποιότητα και το εύρος των παρακλινικών/εργαστηριακών εξετάσεων ή
- ✓ η κακή συντήρηση των ιατρικών μηχανημάτων με την παράλληλη αδυναμία διενέργειας αξιόπιστων αποτελεσμάτων.

Αντίθετα το Π.Π.Ι. Αστυπάλαιας εκδηλώνει μια διαφορετική δυναμική, συγκρινόμενο με τους Λειψούς και το Αγαθονήσι. Η ενίσχυση της στελέχωσής του με δύο μόνιμους γενικούς ιατρούς, έναν μόνιμο καρδιολόγο, η ύπαρξη παραϊατρικών ειδικοτήτων, λ.χ. 1 μόνιμος παρασκευαστής βοηθός εργαστηρίου, 1 επικουρικός ραδιολόγος-ακτινολόγος, συνεισφέρουν στη διεκπεραίωση βιοπαθολογικών αιματολογικών εξετάσεων και στη διαχείριση χρόνιων και επειγόντων περιστατικών. Στο γράφημα 2.15 αποτυπώνεται η υγειονομική κίνηση της δομής το έτος 2020, βάση των στοιχείων της 2<sup>ης</sup> Υ.Π.Ε.

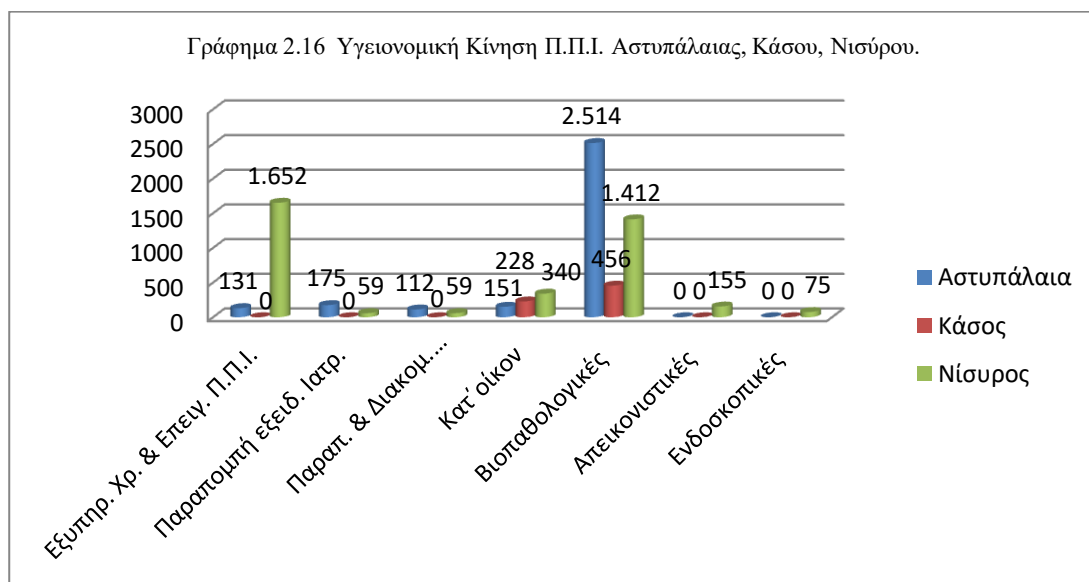
Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έτους 2021, διαφαίνεται μια ραγδαία αύξηση παρακολούθησης/εξυπηρέτησης χρόνιων πασχόντων στο Πολυδύναμο Αστυπάλαιας, από 68 περιστατικά το 2020 σε 543, η οποία συνοδεύτηκε από αυξητικές παραπομπές σε εξειδικευμένους ιατρούς (481 έναντι 175) και σε νοσοκομειακές παραπομπές στα εξωτερικά ιατρεία (262 έναντι 104). Διαφαίνεται η ενδυνάμωση της

αξιοπιστίας της δομής, άρα η ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας των χρηστών από το πρωτοβάθμιο παρεχόμενο επίπεδο φροντίδας υγείας του τόπου τους, καθώς και η εκδήλωση επιπλοκών/επιδείνωσης της κατάστασης υγείας των χρονίων πασχόντων.



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr> (Έκθεση Πεπραγμένων 2020). Ιδία Επεξεργασία.

Επιπρόσθετα το γράφημα 2.16 θα παραστήσει απεικονιστικά τη σύγκριση της υγειονομικής κίνησης των Π.Π.Ι. Αστυπάλαιας, Κάσου, Νισύρου των Περιφερειακών Ενοτήτων Καλύμνου, Καρπάθου, Κω, με παρεμφερή πληθυσμό αναφοράς.



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr> (Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων 2020). Ιδία Επεξεργασία.

Η ανάλυση του γραφήματος 2.16 εκδηλώνει μια διακύμανση του εύρους των παροχών υγείας μεταξύ των τριών Π.Π.Ι. που πιθανά οφείλονται στη στελέχωσή τους. Η πρώτη θέση στην διαχείριση χρονίων και επειγόντων περιστατικών του Πολυδύναμου της Νισύρου ενδεχόμενα στηρίζεται στην μονιμότητα του Γενικού Ιατρού και των δύο

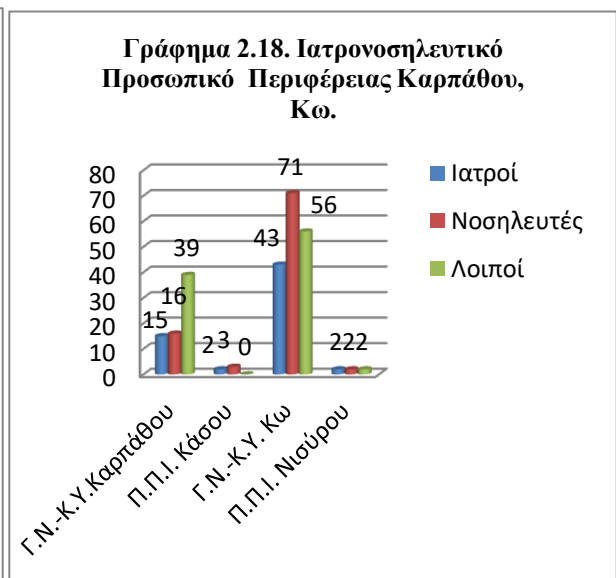
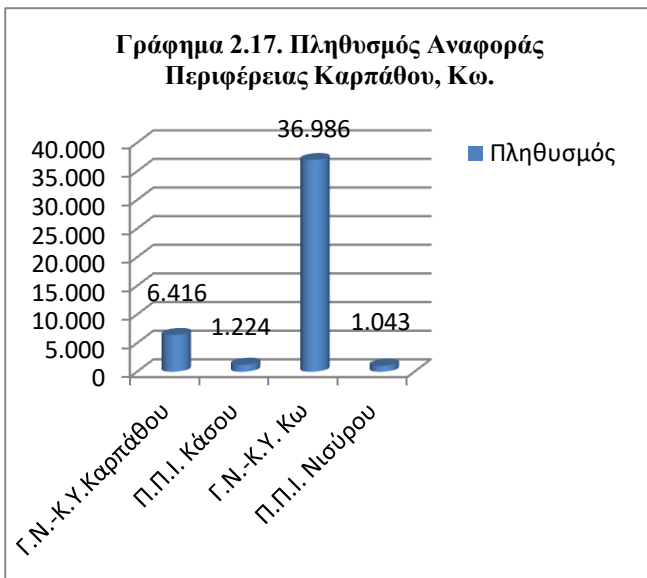
μόνιμων νοσηλευτών, καθώς οι μόνιμοι κατοικοί νιώθουν εμπιστοσύνη στον θεράποντα προσωπικό ιατρό τους, έχοντας δημιουργήσει μια διαπροσωπική σχέση. Ομοίως, αίσθημα ασφάλειας στην παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, που απορρέει από τη σταθερή θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή.

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση του προσωπικού πιθανά να έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διενέργεια βιοπαθολογικών, απεικονιστικών, ενδοσκοπικών εξετάσεων, μέσω της τηλεϊατρικής, της συνεχιζόμενης κατάρτισης και των υφισταμένων ιατροτεχνολογικών εξοπλιστικών μηχανημάτων/εργαλείων. Το Πολυδύναμο της Νισύρου έχει στην κατοχή του απεικονιστικό σύστημα υπερήχων, μη επεμβατικό αγγειακό σύστημα υπερήχων, πολυκάναλο ηλεκτροκαρδιογράφο και σύστημα τηλεμετρίας, επομένως η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού αντικαθίσταται από την επένδυση στην ιατρική τεχνολογία και την θέληση για επικαροποιημένη μάθηση. Οι απεικονιστικές εξετάσεις triplex και ηλεκτροκαρδιογραφήματα λαμβάνουν χώρα και εξυπηρετούν τον μόνιμο πληθυσμό. Τον ισχυρισμό αυτό έρχεται να ενισχύσει η έκθεση πεπραγμένων 2021, όπου τα ηλεκτροκαρδιογραφήματα παρουσίασαν αυξητική τάση της τάξεως 340 έναντι 139 του προηγούμενου έτους. Ομοίως και οι βιοπαθολογικές εργαστηριακές εξετάσεις.

Τέλος, η κατ'οίκον νοσηλεία αποτελεί υπηρεσία, που προσφέρεται και στα τρία Π.Π.Ι, ιδιαίτερα σημαντική παροχή της εκσυγχρονιστικής εξωνοσοκομειακής φροντίδας των τοπικών κοινωνιών. Μεταξύ των τριών Π.Π.Ι η Κάσος παρουσιάζει τα χαμηλότερα ποσοστά παρεχόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γεγονός που δικαιολογείται από το ολιγάριθμο προσωπικό των 2 ασκούμενων ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου και την μόνιμη μαία.

Τα κάτωθι γραφήματα 2.17 και 2.18 φανερώνουν για ακόμη μια φορά, την ανισότητα υγειονομικής πρόσβασης των πολιτών των περιφερειακών ενοτήτων Καρπάθου και Κω. Τα εποπτευόμενα Π.Π.Ι. Κάσου και Νισύρου παρουσιάζουν παρεμφερή ολιγομελή κατανομή των επαγγελματιών υγείας, συγκρινόμενα με τα αντίστοιχα του Αγαθονησίου, των Λειψών ή της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, με τη διάκριση να εστιάζεται, για ακόμη μια φορά, στο είδος της εργασιακής σύμβασης και στις ειδικότητες του προσωπικού. Επίσης, οι μόνιμοι κάτοικοι των νησιωτικών περιοχών Καρπάθου, Κω γίνονται αποδέκτες ποιοτικότερων, ποσοτικότερων υπηρεσιών, έχοντας την επιλογή των εξωτερικών ιατρείων των Γ.Ν.-Κ.Υ.

Η διακύμανση της κλίμακας του συνόλου των ιατρικών πράξεων, των επισκέψεων παρακολούθησης χρονίων πασχόντων ή επειγόντων περιστατικών, επηρεάζεται από το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών κατά την πρόσβασή τους στο σύστημα και από το βαθμό εκπλήρωσης των προσδοκιών τους. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2013, Σούλης Σ., 2015). Οι παράγοντες που καθορίζουν την αποδοτικότητα της δομής υγείας και την αύξηση επισκεψιμότητάς της, δηλαδή διαμόρφωση εμπιστευτικής θεραπευτικής σχέσης ιατρονοσηλευτικού προσωπικού/ασθενούς/οικογενειακού περιβάλλοντος, η αναβάθμιση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η ασφάλεια των συνθηκών εργασίας/εργασιακού περιβάλλοντος των εσωτερικών ασθενών, λειτουργούν σαν κινητήριος μοχλός ή τροχοπέδη, ανάλογα με το ποσοστό επίτευξής τους. (Γούλα Α και συν, 2019, Σαρρής Μ., 2001).



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, <https://www.statistics.gr>.  
 Ιδία Επεξεργασία.

Παρόμοια συμπεράσματα ανακύπτουν από την συγκριτική ερμηνεία των γραφημάτων 2.19, 2.20, 2.21 περιφερειακής ενότητας Ρόδου. Όσο αυξάνεται και εξειδικεύεται το ανθρώπινο δυναμικό, όσο ιατρονοσηλευτικές και σχέσεις προσωπικού-ασθενών αναπτύσσονται, όσο χρησιμοποιείται η επιστήμη της ιατρικής τεχνολογίας και της πληροφορικής της υγείας, τόσο τροποποιείται η υγειονομική κίνηση των Π.Π.Ι. και δημιουργείται ένα ποσοστό εμπιστοσύνης των πολιτών στις δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας, για τη διαχείριση της κατάστασης υγείας τους σε προληπτικό, θεραπευτικό και επίπεδο αποκατάστασης. (Σούλης Σ., 2015).

Η πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού των Π.Π.Ι. αποτελείται από ιατρούς υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου ή επί θητεία, γεγονός που δημιουργεί ανασφάλεια στον χρήστη, για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε περιπτώσεις Πολυδύναμων Ιατρείων που στελεχώνονται από μόνιμο μονοθέσιο ή ολιγομελή ιατρικό προσωπικό, οι ελλείψεις σε σημαντικές εξειδικευμένες ειδικότητες, π.χ. καρδιολογίας, μαιευτικής/γυναικολογίας, παιδιατρικής, ορθοπαιδικής, μικροβιολογίας, ακτινολογίας, εμποδίζουν την ολιστική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του πολίτη. (Πιερράκος Γ., 2008, Σούλης Σ., 2015).

Η σχέση εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενούς χτίζεται σε βάθος χρόνου και η 12μηνη θητεία των ασκούμενων ιατρών ή ειδικευόμενων, η πλήρης αποστέρηση ειδικών ιατρικών επιστημόνων προκαλεί συναισθήματα άγχους και αμφισβήτησης από την πλευρά των πολιτών, με αποτέλεσμα το πρωτοβάθμιο σύστημα των Π.Π.Ι. να χαρακτηρίζεται αναποτελεσματικό, ανεπαρκές, χαμηλότερο των προσδοκιών και με μεγάλα ποσοστά διαρροής προς τον ιδιωτικό τομέα ή σε γειτονικές νησιωτικές δομές εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων αναφοράς. (Γούλα Α., και συν, 2019, Σαρρής Μ., 2001).

Η ανισορροπία στην παραγωγή, προσφορά και ζήτηση υπηρεσιών υγείας μεταξύ των μέχρι τώρα αναφερθέντων Π.Π.Ι. Βορείου Αιγαίου και Δωδεκανήσων οφείλεται:

- στην ύπαρξη ή μη μόνιμου προσωπικού,
- στην ελάχιστη, σχεδόν μηδαμινή, στελέχωση κυρίως με παροδικές εξειδικευμένες ιατρικές ειδικότητες, μέσω επικουρικών συμβάσεων εργασίας,
- στην αδυναμία ή πρόσκαιρη ενδυνάμωση του υφιστάμενου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με παραϊατρικό, για τη διενέργεια

προσυμπτωματικού ή τακτικών επανελέγχων εργαστηριακών, απεικονιστικών εξετάσεων,

- στην μερική αξιοποίηση ή πλήρη απουσία της Τηλε-βοήθειας, για εξειδικευμένη απομακρυσμένη ιατρική θεραπεία και συμβουλευτική.

Οι ποσοτικές μετρήσεις των υγειονομικών πεπραγμένων κίνησης της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. των ετών 2020, 2021 μαρτυρούν μια πολύ μικρή ακτίνα φωτός ποιοτικής ενδυνάμωσης, αύξησης ικανοποίησης των χρηστών ασθενών σε ορισμένα Π.Π.Ι. Από την πλήρη ανεπάρκεια διενέργειας παρακλινικών, εργαστηριακών εξετάσεων των νήσων του Βορείου Αιγαίου, της έλλειψης εμπιστοσύνης ή πλήρους αδυναμίας διαχείρισης επειγόντων ή χρονίων περιστατικών, ορισμένα Π.Π.Ι. Δωδεκανήσων καταγράφουν μια πολύ μικρή αλλά ουσιαστική διεκπεραίωση χρονίων νοσημάτων ή εκτάκτων αναγκών, με δυνατότητα βραχείας νοσηλείας ασθενών, μικροχειρουργικών επεμβατικών πράξεων, βασικών αιματολογικών, απεικονιστικών εξετάσεων, κυρίως ηλεκτροκαρδιογραφημάτων, σπιρομετρήσεων.

Το ζητούμενο του επιτυχημένου στρατηγικού σχεδιασμού καθίσταται η σε βάθος κάλυψη καθολικών αναγκών υγείας, όχι η περιστασιακή εκπλήρωση απαιτήσεων, με προσέλκυση εξειδικευμένου μόνιμου προσωπικού όλων των ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, αναβάθμιση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, για υποστήριξη προληπτικών ή θεραπευτικών εργαστηριακών/ακτινοϋπερηχοδιαγνωστικών εξετάσεων, 24ωρη ενίσχυση της Τηλεϊατρικής, με διασύνδεση όλων των Π.Π.Ι. με τα τμήματα επειγόντων περιστατικών και τακτικών ιατρείων των πανεπιστημιακών/γενικών νοσοκομείων αναφοράς.

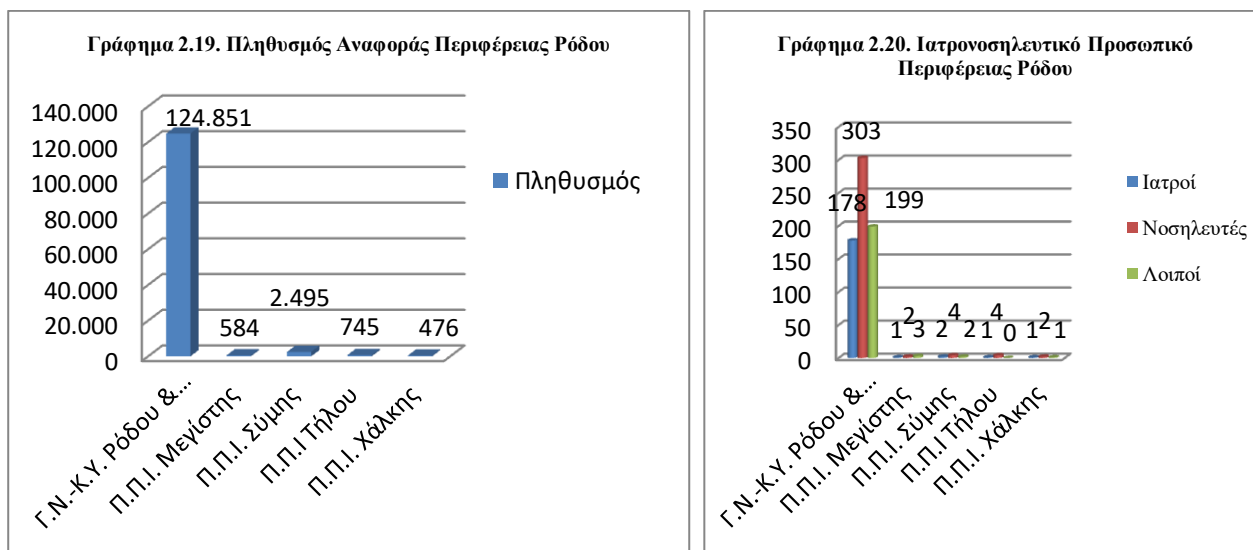
Επίσης, η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη μια περιοχής διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στην γενικότερη άνθισή της, στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και στην ατομική ανθρώπινη ανάπτυξη, παράγοντες που υπεισέρχονται στις ευκαιρίες καθολικής ισότιμης πρόσβασης κάθε ατόμου στο εκπαιδευτικό, υγειονομικό σύστημα και στη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών στέγασης, σίτισης, ένταξης στην αγορά εργασίας, καταπολέμησης της φτώχειας, του αποκλεισμού. Η αλληλεπίδραση των παραγόντων αυτών καθορίζουν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού ευθύνης και τις ανισότητες, που βιώνουν τα άτομα τοπικών λιγότερο ανεπτυγμένων κοινωνιών. (Σούλης Σ., 2015).

Το πρωτοβάθμιο υγειονομικό σύστημα της περιφερειακής ενότητας Ρόδου αποτελεί ακόμη ένα παράδειγμα περιφερειακών ανισοτήτων, λόγω γεωγραφικής κατανομής των διάσπαρτων νήσων, της έκτασής τους, των πληθυσμιακών δεδομένων, των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης και των περιορισμένων ευκαιριών εκπαιδευτικής και επαγγελματικής ανέλιξης. Οι προσδιοριστές υγείας όμως, και ο καθοριστικός ρόλος τους στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και στρατηγικού σχεδιασμού, θα αναφερθούν εκτενώς στο επόμενο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας.

Η συνδυαστική ανάλυση του πίνακα 2.5., των κάτωθι γραφημάτων 2.19, 2.20, 2.21 και της έκθεσης πεπραγμένων της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. του έτους 2021 παρουσιάζουν μια μικρή, αλλά ουσιαστική διακύμανση αυξομείωσης του προσωπικού. Στο Πολυδύναμο της Μεγίστης αντικαταστάθηκε ο μόνιμος ιατρός με δύο υπηρεσίας υπαίθρου, καθώς και οι δύο μόνιμοι νοσηλευτές, από έναν επικουρικό. Η περίπτωση της Σύμης αναλύθηκε προηγουμένως, ενώ η Τήλος στελεχώθηκε από έναν επιπλέον μόνιμο καρδιολόγο και μετακινήθηκε προς άλλη δομή, ο ένας εκ των δύο μόνιμων νοσηλευτών. Η Χάλκη παρέμεινε με τον μοναδικό ιατρό υπόχρεο υπηρεσίας υπαίθρου και χωρίς καμία άλλη τροποποίηση του προσωπικού.

Οι μετακινήσεις των μόνιμων επαγγελματιών υγείας πιθανότατα οφείλονται σε προσωπική βούλησή τους, λόγω της ανασφάλειας του προσωπικού, αναφορικά με τις συνθήκες εργασίας και την ικανοποίηση του παραγόμενου, ποιοτικά προσφερόμενου έργου τους, το οποίο επηρεάζει την αποδοτικότητα της μονάδας υγείας. (Σαρρής Σ., 2001, Σούλης Σ., 2015).

Καθοριστικοί παράγοντες μπορούν να κριθούν οι προσδιοριστές υγείας, λ.χ. συνθήκες διαβίωσης, κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της τοπικής κοινωνίας, εκπαιδευτικές και επαγγελματικές ευκαιρίες ανέλιξης κλπ, στον τρόπο επιλογής επαγγελματικής στέγης και προσπάθειας μετακίνησης σε άλλη δομή υγείας, όπου η πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά χαρακτηρίζεται από πολλαπλές ευκαιρίες και διευκολύνσεις. (Σούλης Σ., 2015).



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, <https://www.statistics.gr>. Ιδία Επεξεργασία.

Η νοσολογική κίνηση των Π.Π.Ι. Περιφερειακής Ενότητας Ρόδου παρουσιάζει διαφοροποιήσεις τη χρονική διάρκεια 2020, 2021, όπως αυτές καταγράφονται στα δημοσιευμένα στοιχεία της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. Συγκεκριμένα οι απεικονιστικές εξετάσεις αυξήθηκαν το έτος 2021 και στα τέσσερα Πολυδύναμα, ενώ αξιοσημείωτη είναι η Τήλος και η Μεγίστη, όπου παρατηρήθηκε διπλάσια άνοδος της διενέργειας ηλεκτροκαρδιογραφημάτων. Στην περίπτωση της Τήλου η ανοδική τάση μπορεί να εξηγηθεί με την στελέχωση του Πολυδύναμου με τον μόνιμο καρδιολόγο, ενώ στη Μεγίστη λόγω της εκπαίδευσης των ιατρών υπαίθρου στη χρησιμοποίηση του πολυκάναλου ηλεκτροκαρδιογράφου και του απεικονιστικού συστήματος υπερήχων, που διαθέτει το Ιατρείο.

Η δυσκολία μετακίνησης των μόνιμων κατοίκων των ακριτικών νησιών σε άλλες γεωγραφικές περιοχές, λόγω καιρικών συνθηκών, οικονομικών δυσχερειών ή λοιπών αστάθμητων παραγόντων, δεν αφήνει περιθώρια επιλογής τη δεδομένη στιγμή, που ενδεχομένως η διενέργεια των εξετάσεων κρίνεται επιτακτική. Η μοναδική λύση του Πολυδύναμου Περιφερειακού Ιατρείου επιβάλλει από την μεριά του προσωπικού την απαραίτητη εκπαίδευση και επικαιροποιημένη γνώση διαχείρισης της κατάστασης υγείας των πολιτών. Η πλευρά του επιτυχημένου στρατηγικού σχεδιασμού επιτάσσει την ορθολογιστική επένδυση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, εκπαιδευτικής κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας και κατανομής των ανθρωπίνων και υλικοτεχνικών πόρων, στις δυσπρόσιτες κυρίως νησιωτικές περιοχές. (Γούλα Α., 2014, Σούλης Σ., 2015).

Το περιορισμένο εύρος πραγματοποίησης παρακλινικών, εργαστηριακών, απεικονιστικών εξετάσεων, η έλλειψη καταρτισμένων εξειδικευμένων επιστημόνων στα Π.Π.Ι. δικαιολογεί την παραπομπή σε ιδιώτες ιατρούς εξειδικευμένης ειδικότητας, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων καθώς και τις διακομιδές στα επείγοντα νοσοκομειακά τμήματα, όπως σημειώθηκαν τα έτη 2020, 2021 στα υγειονομικά πεπραγμένα των Πολυδύναμων.

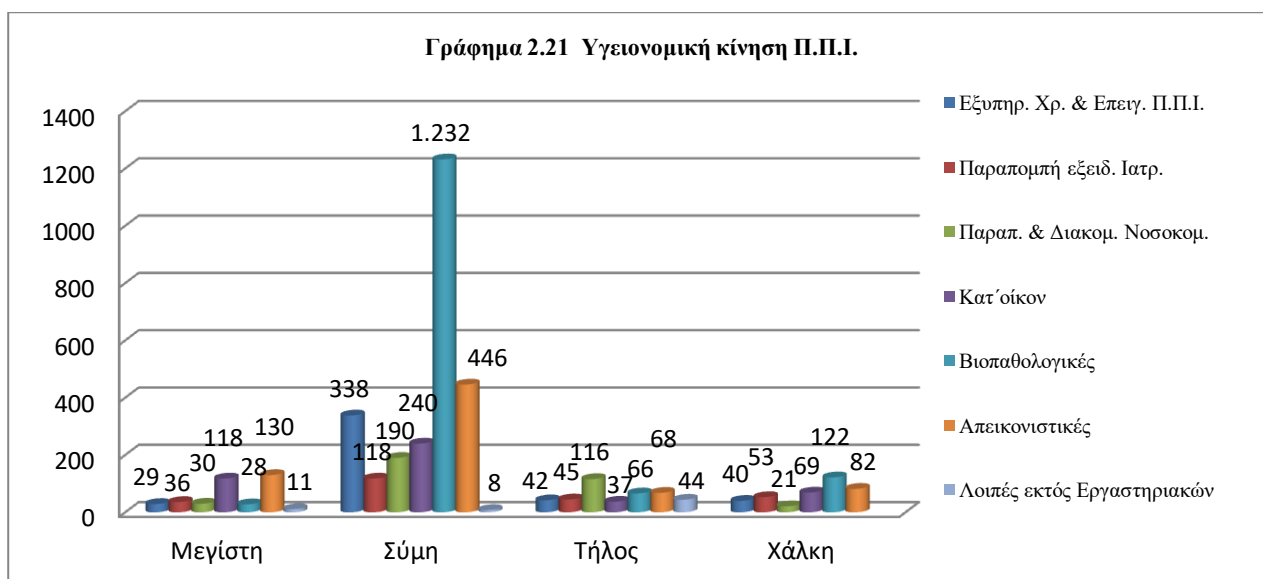
Η αυξομείωση της διακύμανσης των παραπομπών, διακομιδών μεταξύ των δύο ετών στο ίδιο Π.Π.Ι. μπορούν να οφείλονται στη φύση και στην ένταση της ασθένειας.



Χρόνια νοσήματα με προκαθορισμένες ημερομηνίες επαναληπτικών εξειδικευμένων εξετάσεων ή προγραμματισμένων ιατρικών επισκέψεων συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων δεν υπηρετούνται καν στο πρωτοβάθμιο σύστημα του Πολυδύναμου Ιατρείου, αλλά αποτελούν εξ' αρχής διαρροή προς άλλες δομές ή ιατρούς. Οι ίδιοι χρόνιοι πάσχοντες θα επισκεφθούν το Ιατρείο σε περιπτώσεις προκαθορισμένης επίσκεψης για έκδοση συνταγών/παραπεμπτικών ή για κλινική εξέταση ρουτίνας.

Η αδυναμία διαχείρισης των χρόνιων πασχόντων στη Μεγίστη, Τήλο, Χάλκη διαφαίνεται από τα μηδενικά (2021) ή ελάχιστα της τάξεως 2 περιστατικά παρακολούθησης στα Πολυδύναμα (2020) και η αυξημένη επισκεψιμότητα τακτικών ιατρικών ραντεβού ακολουθείται από ιδιαίτερα υψηλές συνταγογραφήσεις, γεγονός που φανερώνει τον κυρίαρχο λόγο προγραμματισμένων ιατρικών προληπτικών επισκέψεων ή αντιμετώπισης χρόνιων ασθενειών.

Η Σύμη παρουσιάζει μια διαφορετική εικόνα αντιμετώπισης στα χρόνια νοσήματα, η οποία μπορεί να δικαιολογηθεί από το μόνιμο προσωπικό της, 223 χρόνιοι πάσχοντες εξυπηρετήθηκαν στο Π.Π.Ι. το έτος 2021, ενώ 225 το έτος 2020. Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας σε ηλεκτροκαρδιογραφήματα, η προσθήκη μόνιμου καρδιολόγου το έτος 2021, το μόνιμο παραϊατρικό προσωπικό και ο υφιστάμενος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός συνηγορεί στη φύση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, ως κυριότερη αιτία χρόνιων παθήσεων.



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, (Εκθεση Πεπραγμένων 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. 2020.). Ιδία Επεξεργασία.

Οι περιφερειακές ανισότητες θα γίνουν περισσότερο αντιληπτές στα γραφήματα 2.22., 2.23, όπου θα αναπαραστήσουν τη στελέχωση της α'βάθμιας και γ'βάθμιας φροντίδας υγείας (γράφημα 2.22), καθώς και την συνολική διενέργεια ιατρικών εξετάσεων το έτος 2020 στο α'βάθμιο επίπεδο (γράφημα 2.23)

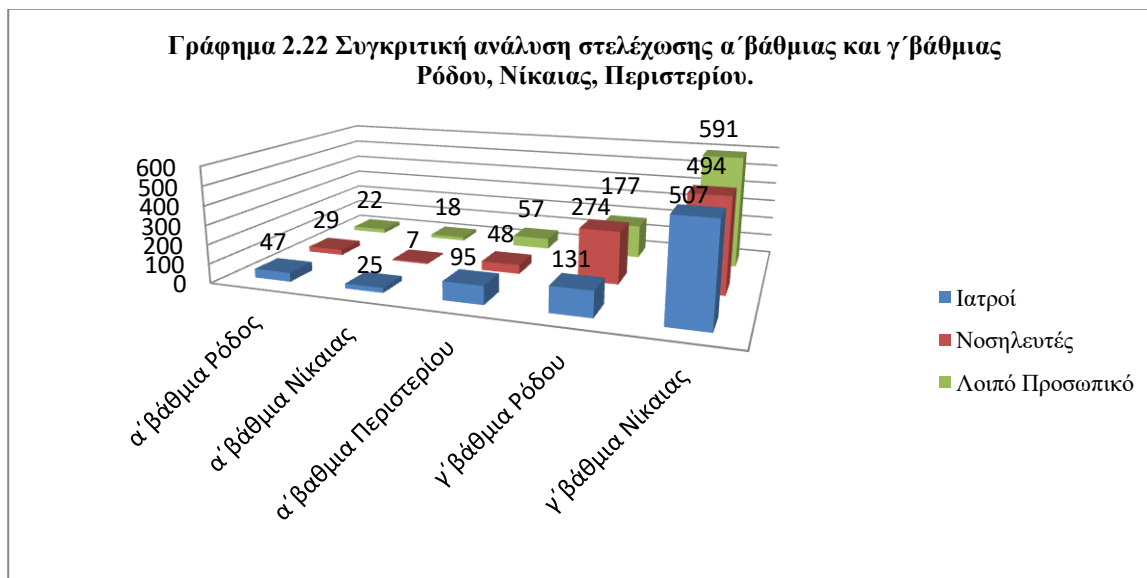
- των περιφερειακών ενοτήτων Ρόδου,
- του Δυτικού τομέα Αθηνών, συγκεκριμένα την περίπτωση της α'βάθμιας περίθαλψης του δημοτικού διαμερίσματος Περιστερίου (πληθυσμός αναφοράς 132.123) και
- της περιφερειακής ενότητας Πειραιώς, συγκεκριμένα της α'βάθμιας και γ'βάθμιας φροντίδας υγείας του δημοτικού διαμερίσματος Νίκαιας-Αγίου Ιωάννη Ρέντη (περιοχή ευθύνης 103.355).

Στο γράφημα 2.23 η υπέρμετρη ποσοτική διακύμανση παραγόμενων ιατρικών πράξεων ανά γεωγραφική περιοχή δεν οφείλεται μόνο στα διαφορετικά πληθυσμιακά δεδομένα, αλλά στο εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ανά δημόσια δομή. Στα

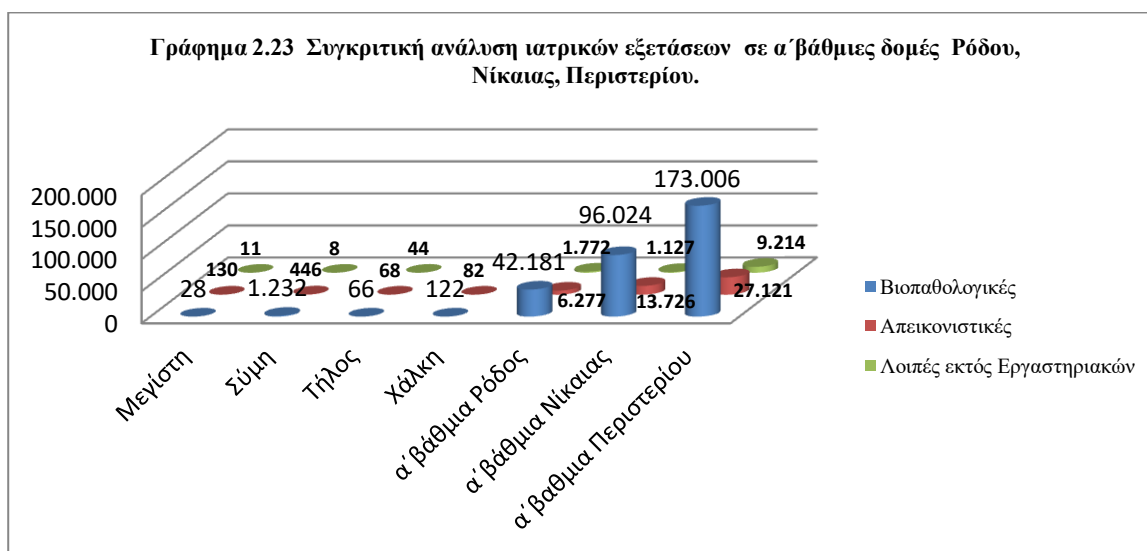


Κέντρα Υγείας Ρόδου, Περιστερίου, Νίκαιας προσφέρονται μεγαλύτερης κλίμακας ακτινοϋπερηχογραφικές εξετάσεις, λ.χ. ακτινογραφίες, υπέρηχοι, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, triplex αγγείων, πανοραμικές οδόντων και μαστογραφίες, σε αντίθεση με τα Π.Π.Ι. όπου διενεργείται μόνο ηλεκτροκαρδιογράφημα, πλην της Μεγίστης που παρέχεται η δυνατότητα και υπερήχων.

Επιπρόσθετα, στα Κ.Υ. εκτελούνται φυσικοθεραπείες, τεστ Παπανικολάου, σπιρομετρήσεις, ακοογράμματα, ενώ στα Π.Π.Ι. απουσιάζει η υπηρεσία της φυσικοθεραπείας. Στη Χάλκη και στην Τήλο παρατηρείται η πλήρης έλλειψη αποτελεσμάτων τεστ Παπανικολάου, όπου με την ταυτόχρονη ανυπαρξία προσυμπτωματικού ψηφιακού μαστογραφικού ελέγχου, ο γυναικείος πληθυσμός έμεινε ακάλυπτος από γυναικολογικό προληπτικό έλεγχο το έτος 2020.



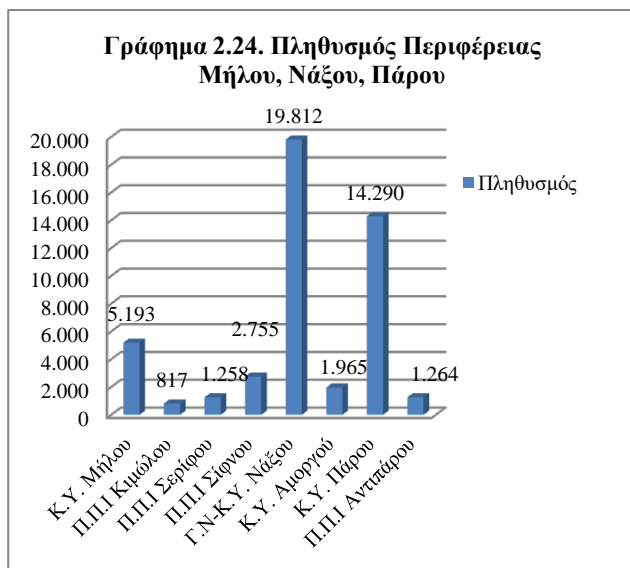
Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>. Ιδία Επεξεργασία.



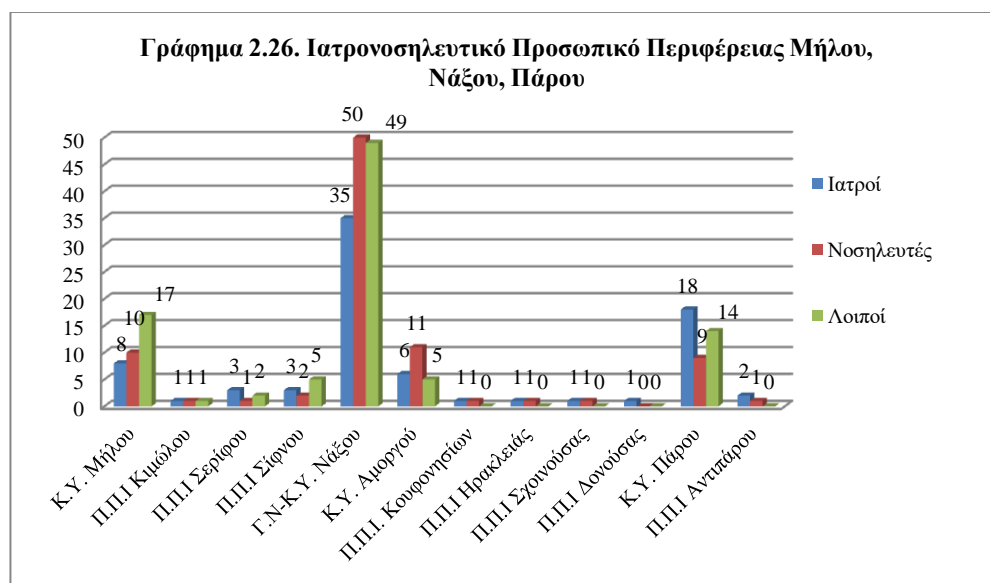
Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>. Ιδία Επεξεργασία.

Τα στατιστικά δεδομένα του κάτωθι πίνακα 2.6. και των αντίστοιχων γραφημάτων της Περιφέρειας των Κυκλάδων επίσης, δείχνουν την ελλιπή στελέχωση των υπαγόμενων Πολυδύναμων Ιατρείων της Θήρας, των Μικρών Κυκλάδων της Νάξου και της Αντιπάρου, καθώς και την επιτακτική μελλοντική αναβάθμιση των

Πολυδύναμων της Κέας και Σίφνου σε Κέντρα Υγείας, βάση πληθυσμιακών κριτηρίων της απογραφής του 2021. Οι μικρές Κυκλάδες, η περιφερειακή ενότητα Θήρας **χαρακτηρίζονται ακριτικά νησιά**, εξαιτίας της θαλάσσιας διασύνδεσής τους, με ελάχιστα χειμερινά εβδομαδιαία δρομολόγια, με τα μεγαλύτερα ελληνικά λιμάνια π.χ. Πειραιά, Νάξου, Πάρου, Σύρου κλπ, και ανυπαρξίας αεροδρομίου.



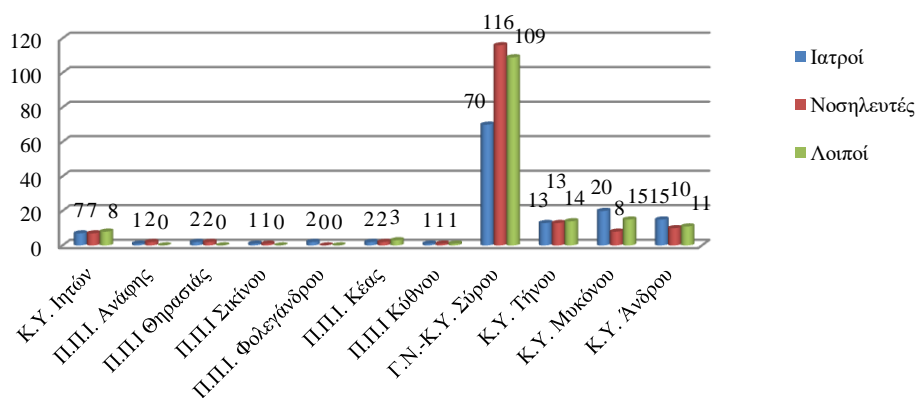
<https://www.statistics.gr>. Ιδία Επεξεργασία.



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020. Ιδία Επεξεργασία.

Οι Κυκλάδες εξυπηρετούνται από τα Γ.Ν. Σύρου, Νάξου και Θήρας, καλύτερα όμως επανδρωμένο κρίνεται το νοσοκομείο της Σύρου, με διπλάσιο προσωπικό από το αντίστοιχο της Νάξου. Παραπομπές στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων Σύρου και Νάξου καλύπτουν 118.340 κατοίκους των διάσπαρτων Κυκλάδων, ενώ παραδείγματος χάριν, τα εξωτερικά ιατρεία του Γ.Ν. Θριασίου περιφερειακής ενότητας Δυτικής Αττικής έχουν πληθυσμό αναφοράς 164.864 πολίτες. Με αυτή την τυχαία σύγκριση προσπαθείτε να γίνει αντιληπτή η διάκριση στην πρόσβαση και στο εύρος εξειδικευμένων παροχών υγείας.

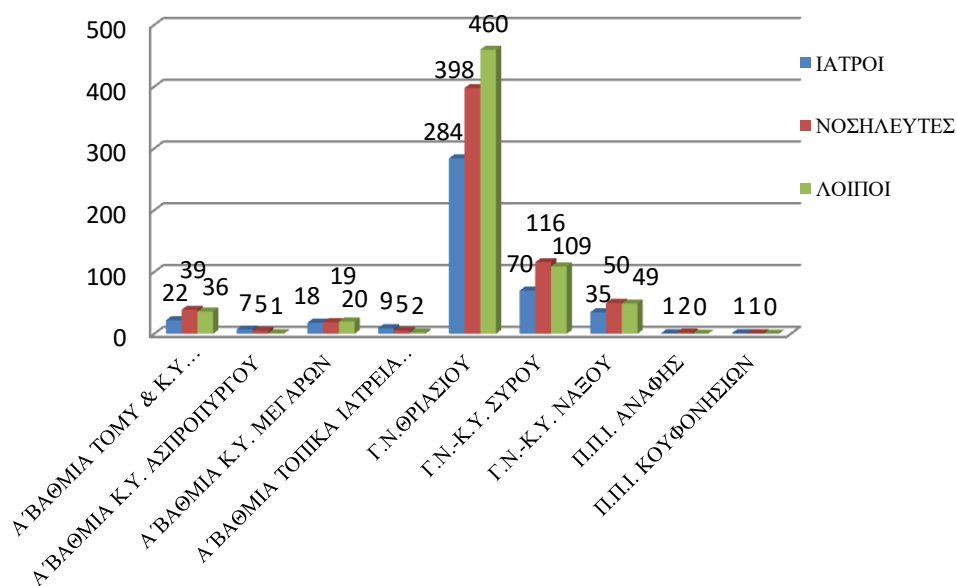
**Γράφημα 2.27. Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό Περιφερειών Θήρας, Σύρου, Τήνου, Ανδρού.**



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, <https://www.statistics.gr>.  
 Ιδία Επεξεργασία.

Η ευελιξία σε προσφερόμενες υπηρεσίες της Δυτικής Αττικής σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, τόσο σε επίπεδο συμβεβλημένου ειδικού ιατρού, όσο σε δημόσιες δομές των Κέντρων Υγείας ή στην σημαντική επιλογή παραπομπής και εύκολης/άμεσης πρόσβασης στα εξωτερικά ή απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων, φανερώνει την άνιση μεταχείριση των πολιτών των νησιωτικών περιοχών, έναντι των κατοίκων των μεγάλων αστικών κέντρων. Στο *γράφημα 2.28* που ακολουθεί, επιδιώκεται η αποτύπωση της διακύμανσης των προσφερόμενων παροχών μεταξύ Δυτικής Αττικής, Σύρου και Νάξου, στο πρωτοβάθμιο συνολικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένων και των εξωτερικών ιατρείων των αντίστοιχων νοσοκομείων.

**2.28 Συγκριτική Ανάλυση Δυτικής Αττικής, Σύρου, Νάξου**



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>. Ιδία Επεξεργασία.

**Πίνακας 2.6. Αναλογία Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού ανά συνολικό πληθυσμό έτους 2021, Περιφερειακή Ενότητα Κοκκιάδων.**

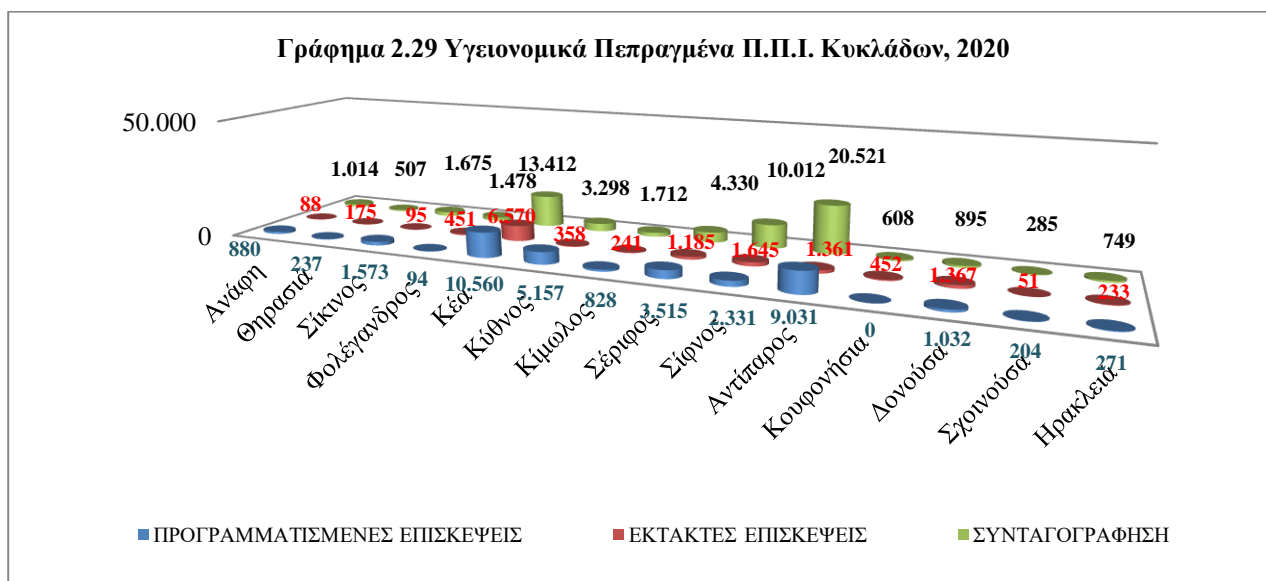
Δομές Υγείας	Άνδρες//Γυναίκες	Μόνιμοι Ιατροί// Υπόχρεοι Υπαίθρου// Σύνολο 2020	Μόνιμοι Ιατροί// Υπόχρεοι Υπαίθρου// Επικουρικοί// Σύνολο 2021	Μόνιμοι Νοσηλευτές// Επικουρικοί// Σύνολο 2020	Μόνιμοι Νοσηλευτές// Επικουρικοί// Σύνολο 2021	Μόνιμο Λοιπό// Επικουρικό// Σύνολο 2020	Μόνιμο Λοιπό// Επικουρικό// Σύνολο 2021
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Θήρας</b>	<b>7.789//7.668</b>		<b>Σύνολο 24</b>		<b>Σύνολο 39</b>		<b>Σύνολο 87</b>
Κ.Υ. Ιητών	1.188//1.109	Σύνολο 7	Σύνολο 7	Σύνολο 7	Σύνολο 7	Σύνολο 8	Σύνολο 6
Π.Π.Ι. Ανάφης	153//138	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	2 Μόνιμοι Νοσηλευτές// Σύνολο 2	1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 1	Άνευ	1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 1
Π.Π.Ι. Θηρασιάς		1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλευτής & 1 Μόνιμη Μαία// Σύνολο 2	1 Μόνιμη Μαία// Σύνολο 1	Άνευ	1 Επικουρικός Οδηγός Ασθενοφόρου// Σύνολο 1
Π.Π.Ι. Σίκινου	133//120	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// Σύνολο 1	Άνευ	Άνευ
Π.Π.Ι. Φολεγάνδρου	368//347	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	Άνευ	Άνευ	Άνευ	1 Επικουρικός Οδηγός Ασθενοφόρου// Σύνολο 1
<b>Κέα-Κύθνος</b>							
Π.Π.Ι. Κέας	1.216//1.178	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 3	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// 1 Επικουρικός Νοσηλευτής// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλευτής// 2 Επικουρικοί Νοσηλευτές// Σύνολο 3	1 Μόνιμος Πλήρωμα Ασθενοφόρου & 1 Μόνιμος Παρασκευαστής// 1 Επικουρικός Διοικητικός// Σύνολο 3	1 Μόνιμος Παρασκευαστής & 1 Μόνιμος Πλήρωμα Ασθενοφόρου// 1 Επικουρικός Διοικητικός & 1 Επικουρικός Οδηγός

							Ασθενοφόρου & 2 Επικουρικοί Καθαριότητας// Σύνολο 6
Π.Π.Ι. Κύθνου	773//719	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Πλήρωμα Ασθενοφόρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Πλήρωμα Ασθενοφόρου// Σύνολο 1
<b>Κ.Υ. Μήλου</b>	<b>2.683//2.510</b>	<b>Σύνολο 8</b>	<b>Σύνολο 9</b>	<b>Σύνολο 10</b>	<b>Σύνολο 8</b>	<b>Σύνολο 17</b>	<b>Σύνολο 18</b>
Π.Π.Ι. Κιμώλου	412//405	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Πλήρωμα Ασθενοφόρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Πλήρωμα Ασθενοφόρου// 1 Επικουρικός Πλήρωμα Ασθενοφόρου & 1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 3
Π.Π.Ι. Σερίφου	659//599	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 3	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 2 Ιατροί Υπαίθρου// Σύνολο 3	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Παρασκευαστής & 1 Μόνιμος Οδηγός Ασθενοφόρου// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Παρασκευαστής// 1 Επικουρικός Οδηγός Ασθενοφόρου// Σύνολο 2
Π.Π.Ι. Σίφνου	1.400//1.355	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός & 1 Μόνιμος Παιδίατρος// 1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 3	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// 1 Ιατρός Υπαίθρου// 1 Επικουρικός Παιδίατρος // Σύνολο 3	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 2	2 Μόνιμοι Παρασκευαστές// 1 Επικουρικός Οδηγός & 1 Πλήρωμα Ασθενοφόρου & 1 Επικουρικός Ραδιολόγος//	2 Μόνιμοι Παρασκευαστές// 2 Επικουρικοί Πληρώματος Ασθενοφόρου & 1 Επικουρικός Ραδιολόγος// Σύνολο 5

						Σύνολο 5	
<b>Γ.Ν.-Κ.Υ. Νάξου</b>	<b>9.918//9.894</b>	<b>Σύνολο 35</b>	<b>Σύνολο 32</b>	<b>Σύνολο 50</b>	<b>Σύνολο 50</b>	<b>Σύνολο 49</b>	<b>Σύνολο 48</b>
Κ.Υ. Αμοργού	1.004//961	Σύνολο 6	Σύνολο 7	Σύνολο 11	Σύνολο 9	Σύνολο 5	Σύνολο 5
Π.Π.Ι. Κουφονησίων		1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	Άνευ	1 Επικουρικός Οδηγός Ασθενοφόρου & 1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 2
Π.Π.Ι Ηρακλείας		1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// 1 Επικουρικός Νοσηλεύτης// Σύνολο 2	Άνευ	1 Επικουρικός Οδηγός Ασθενοφόρου & 1 Επικουρικός Καθαριότητας// Σύνολο 2
Π.Π.Ι. Σχοινούσας		1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	Άνευ	1 Επικουρικός Γενικών Καθηκόντων // Σύνολο 1
Π.Π.Ι Δονούσας		1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	1 Ιατρός Υπαίθρου// Σύνολο 1	Άνευ	Άνευ	Άνευ	Άνευ
<b>Κ.Υ. Πάρου</b>	<b>7.068//7.222</b>	<b>Σύνολο 18</b>	<b>Σύνολο 17</b>	<b>Σύνολο 9</b>	<b>Σύνολο 11</b>	<b>Σύνολο 14</b>	<b>Σύνολο 10</b>
Π.Π.Ι. Αντιπάρου	647//617	1 Μόνιμος Παθολόγος & 1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Γενικός Ιατρός & 1 Μόνιμος Παθολόγος// Σύνολο 2	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	1 Μόνιμος Νοσηλεύτης// Σύνολο 1	Άνευ	1 Επικουρικός Οδηγός Ασθενοφόρου// Σύνολο 1
<b>Γ.Ν-Κ.Υ. Σύρου</b>	<b>10.020//10.771</b>	<b>Σύνολο 70</b>	<b>Σύνολο 58</b>	<b>Σύνολο 116</b>	<b>Σύνολο 126</b>	<b>Σύνολο 109</b>	<b>Σύνολο 105</b>
<b>Κ.Υ. Τήνου</b>	<b>4.202//4.409</b>	<b>Σύνολο 13</b>	<b>Σύνολο 15</b>	<b>Σύνολο 13</b>	<b>Σύνολο 11</b>	<b>Σύνολο 14</b>	<b>Σύνολο 15</b>
<b>Κ.Υ. Μυκόνου</b>	<b>4.973//4.829</b>	<b>Σύνολο 20</b>	<b>Σύνολο 17</b>	<b>Σύνολο 8</b>	<b>Σύνολο 7</b>	<b>Σύνολο 15</b>	<b>Σύνολο 15</b>
<b>Κ.Υ. Άνδρου</b>	<b>4.368//4.515</b>	<b>Σύνολο 15</b>	<b>Σύνολο 16</b>	<b>Σύνολο 10</b>	<b>Σύνολο 10</b>	<b>Σύνολο 11</b>	<b>Σύνολο 15</b>

Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr>, Έτος 2020, <https://www.statistics.gr>. Ιδία Επεξεργασία.

Ολοκληρώνοντας την συγκριτική στατιστική ανάλυση των πεπραγμένων των Π.Π.Ι. Κυκλάδων της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. του έτους 2020, η εργασία θα παραθέσει τη συνολική καταγεγραμμένη κίνηση προγραμματισμένων ή εκτάκτων ιατρικών ραντεβού, με σκοπό την εφαρμογή διορθωτικών στρατηγικών επιλογών, για αναβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας, ενίσχυση της καλλιέργειας αισθήματος εμπιστοσύνης των χρηστών στη δομή, μέσω της επίτευξης ανταπόκρισης στις απαιτήσεις υγείας των πολιτών. Στο κάτωθι γράφημα αποτυπώνεται η εικόνα λειτουργίας των νησιωτικών δημόσιων μονάδων.



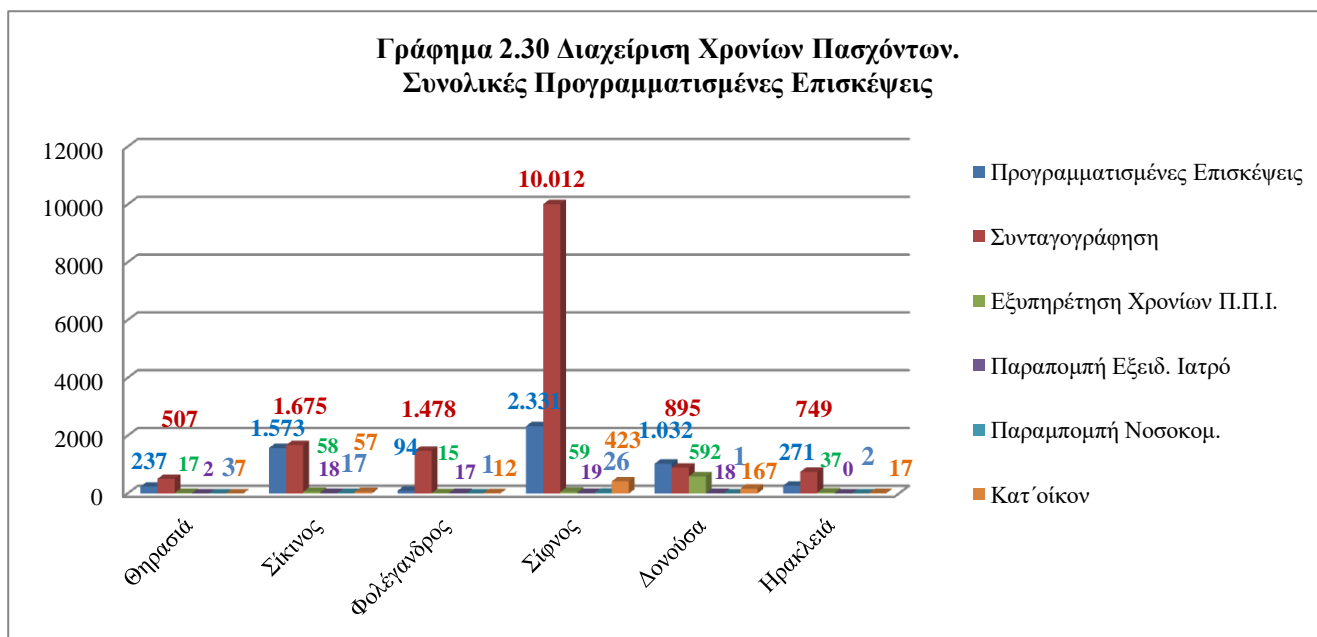
Πηγή: <https://www.2dvpe.gov.gr>. Ιδία Επεξεργασία.

Τα πρώτα πορίσματα του γραφήματος καταδεικνύουν τον κυριότερο λόγο προγραμματισμένων ιατρικών ραντεβού, που δεν είναι άλλος από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Οι τακτικές επισκέψεις, αν συνδυαστούν με τα επόμενα γραφήματα καταγεγραμμένων χρονίων περιστατικών, που εξυπηρετεί το κάθε κυκλαδίτικο Π.Π.Ι. συνδράμουν στο συμπέρασμα της προληπτικής ιατρικής επίσκεψης, για διενέργεια έκδοσης παραπεμπτικών προσυμπτωματικού ελέγχου ή συνταγογράφησης χρόνιας φαρμακευτικής αγωγής. Το περιορισμένο εύρος πραγματοποίησης βιοπαθολογικών και απεικονιστικών εξετάσεων, συνηγορεί με την μετακίνηση χρονίων πασχόντων σε λοιπές δομές μη μόνιμης κατοικίας. Επιπρόσθετα, η έλλειψη σύγχρονου, εξειδικευμένου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και καταρτισμένων ιατρικών ειδικοτήτων παρέχει στον χρήστη ανεπαρκή φροντίδα, στα πλαίσια κυρίως της κλινικής εξέτασης.

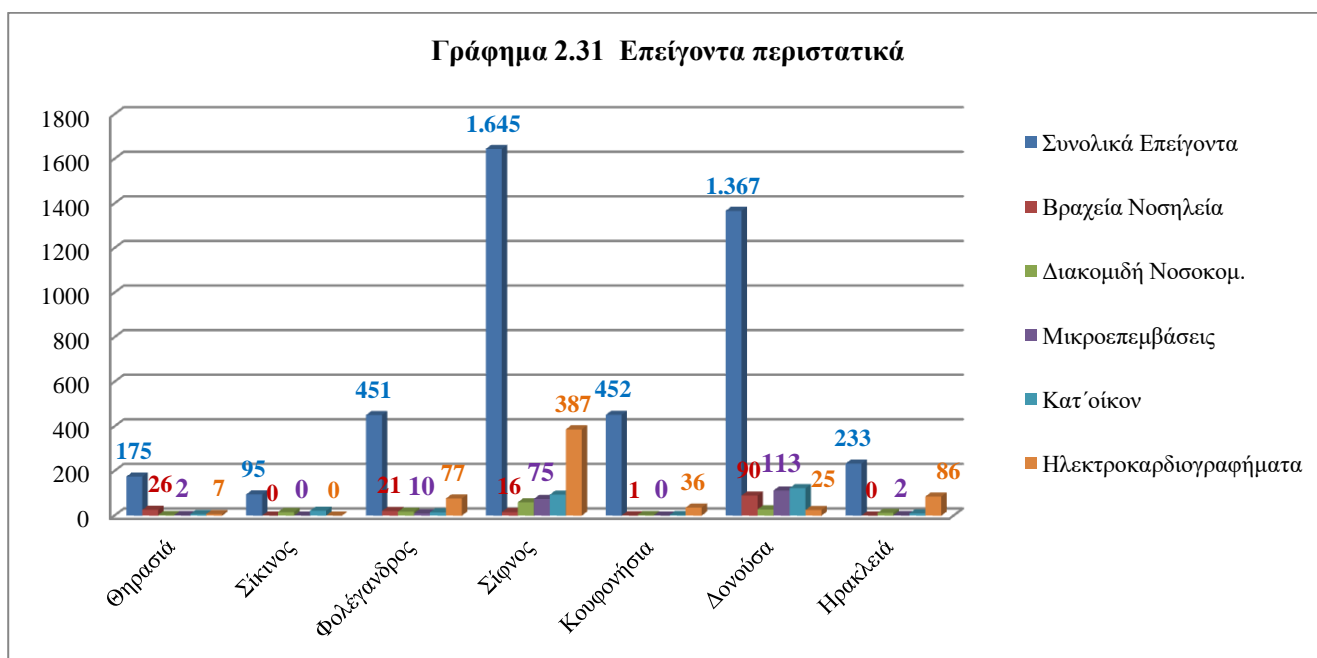
Παρόμοια εικόνα παρατηρείται στα επείγοντα περιστατικά, όπου ενώ καταγράφεται αυξημένος αριθμός σε κάθε Π.Π.Ι. ελάχιστα εξ αυτών περιθάλπονται στη βραχεία νοσηλεία ή διενεργούνται συγκεκριμένης κλίμακας μικροεπεμβάσεις ή παραπέμπονται σε λοιπές δομές, μέσω διακομιδής, γεγονός που εγείρει ερωτηματικά, για τη φύση των εκτάκτων αναγκών υγείας, αναλογισθέντος της περιορισμένης κατηγορίας ειδικοτήτων και παροχών των εν λόγω υποδομών.

Η εκτέλεση ηλεκτροκαρδιογραφήματων, για επείγοντα καρδιολογικά/καρδιαγγειακά περιστατικά, τα υφιστάμενα συστήματα νεφρολοπείσης, οξυγονοθεραπείας, σπιρομετρήσεων, για αντιμετώπιση χρονίων αναπνευστικών παθήσεων, που επανδρώνουν ορισμένα Π.Π.Ι. λ.χ. Ανάφης, Αντιπάρου, Ηρακλείας, Θηρασίας, Σικίνου, Φολεγάνδρου κλπ, μπορούν να δώσουν μια πρώτη απάντηση της φύσης των πασχόντων/επισκέψεων καθώς και να αιτιολογήσουν το μικρό ποσοστό καταγεγραμμένης βραχείας νοσηλείας και μικροεπεμβάσεων ή διακομιδής στα Τ.Ε.Π. νοσοκομείων το έτος 2020.

Τα κάτωθι γραφήματα έρχονται να συμπληρώσουν τους ανωτέρω προβληματισμούς, τα συμπεράσματα, τις υποθέσεις, που στα επόμενα κεφάλαια, μέσω ποιοτικής έρευνας, η εργασία θα προσπαθήσει να δώσει απαντήσεις στα ερωτηματικά και να διορθώσει λανθασμένες στρατηγικές σχεδιασμού πολιτικής υγείας.



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr,2020>. Ιδία Επεξεργασία.



Πηγή: <https://www.2dype.gov.gr,2020>. Ιδία Επεξεργασία.



### **2.3. Υφιστάμενες και προτεινόμενες μελλοντικές λύσεις κάλυψης αναγκών υγείας και προσέλκυσης ιατρικού, λοιπού υγειονομικού προσωπικού στις δυσπρόσιτες νησιωτικές περιοχές.**

Ο προβληματισμός υποστελέχωσης των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων και των υπόλοιπων δημόσιων δομών στα ακριτικά νησιά έχει οδηγήσει σε **συνεργασία τα Υπουργεία Εθνικής Αμυνας και Υγείας**, για την κάλυψη κενών θέσεων, που προκύπτουν εξαιτίας των υπόχρεων ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου (ιατροί που εκκρεμεί η αγροτική θητεία τους και δεν επιλέγουν τις άγονες περιοχές νήσων) ή των επί θητεία (ιατροί που έχουν εκπληρώσει την υποχρέωση του αγροτικού τους, επιθυμούν όμως την παράτασή της σε μη δυσπρόσιτες νησιωτικές περιοχές) από οπλίτες ιατρούς στα Π.Π.Ι., όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η προβλεπόμενη θητεία ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου (12 μήνες).

Η αποζημίωση του προσφερόμενου έργου τους, προκαθορίζεται με διπλή αντιμισθία, όπως αυτή κατατίθεται ως ανταμοιβή στους οπλίτες ιατρούς και η παράλληλη μηνιαία μισθοδοσία των ιατρών υπηρεσίας υπαίθρου. Επίσης, διενεργούνται προσλήψεις επικουρικών ιατρών συζύγων επιστημόνων υγείας, που υπηρετούν στα στρατιωτικοποιημένα νησιά της ελληνικής επικράτειας. ([www.2dypc.gov.gr](http://www.2dypc.gov.gr)).

Επιπρόσθετα, το Υπουργείο Υγείας, για να καλύψει βασικές ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διενεργεί παρεμβατικές δράσεις προληπτικής ιατρικής και προαγωγής της υγείας. Η Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. συνδιοργανώνει με φορείς Μ.Κ.Ο. και τις ένοπλες δυνάμεις προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας, προώθησης της βελτίωσης κατάστασης υγείας του πληθυσμού αρμοδιότητά της.

Ενδεικτικά αναφέρονται στην εργασία οι πολιτικές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που έλαβαν χώρα το έτος 2020, από τη σύμπραξη δράσεων προληπτικής ιατρικής μεταξύ 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. και κινητών μονάδων υγείας μη κυβερνητικών/κερδοσκοπικών οργανώσεων. Το Ίδρυμα Σταύρου Νιάρχου ανέλαβε δράσεις στα Π.Π.Ι. Ψαρρών, Μεγίστης, Φούρνων Κορσέων, Κάσου, Φολεγάνδρου, Ανάφης, Αστυπάλαιας, Τήλου, Λειψών και Αγαθονησίου.

Η αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «Γαληνός» πραγματοποίησε στα Π.Π.Ι. Νισύρου και Κάσου το 2020 προληπτικό προσυμπτωματικό έλεγχο καρδιολογικής, ενδοκρινολογικής, παιδιατρικής, πνευμονολογικής, ορθοπεδικής και ΩΡΛ ειδικότητας. Στο Π.Π.Ι. Αγίου Ευστρατίου ανέλαβε προληπτικό πρόγραμμα δράσης η αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία «Σύμπλευση», για διενέργεια εργαστηριακών/απεικονιστικών εξετάσεων.

Ομοίως η εταιρεία πρόληψης και προαγωγής υγείας «Υγεία για όλους» με φορητούς υπερήχους και καρδιογράφους επισκέφθηκε τα Π.Π.Ι. Σύμης και Σίφνου και η Μ.Κ.Ο «Γιατροί του κόσμου» συμβαλλόμενοι με την 2<sup>η</sup> Υ.ΠΕ. εκπόνησαν προληπτικό πρόγραμμα υγείας με τα Π.Π.Ι. Χάλκης, Σύμης και Νισύρου. ([www.2dypc.gov.gr](http://www.2dypc.gov.gr)).

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα, της αναδιάρθρωσης της κατανομής των διαθέσιμων ανθρωπίνων πόρων, με μείωση προσωπικού στις χερσαίες-νησιωτικές περιφέρειες, όπου η διασύνδεση των δομών υγείας μέσω των σύγχρονων οδικών υποδομών κρίνεται σωτήρια και με υψηλή ευκολία προσβασιμότητας. Μετατοπίζεται η ευθύνη της μεταρρύθμισης στη μετακίνηση επιστημόνων, προς τις δυσπρόσιτες περιοχές, μέσω παροχής ελκυστικών κινήτρων, διότι η υγεία και κατάσταση υγείας του πληθυσμού αποτελεί απαραίτητο δικαίωμα όλων των πολιτών.

Η ψυχοκοινωνική συμπεριφοριστική κατευθυνόμενη παρακίνηση των επιστημόνων υγείας να επιλέξουν ως τόπο κατοικίας και εργασιακής απασχόλησης τα Π.Π.Ι. δυσπρόσιτων νησιωτικών άγονων περιοχών, προϋποθέτει τη δημιουργία δέσμης κατάλληλων διαφοροποιούμενων κινήτρων κάλυψης ατομικών ανεκπλήρωτων προσδοκιών. (Γκιόκα Β., συν, 2017).

Ο κατάλληλος συνδυασμός οικονομικών/υλικών απολαβών, λ.χ. αύξηση μηνιαίου μισθού, υπερωριών και εφημεριών, εκπτώτικα κουπόνια/επιταγές στέγασης, σίτισης, μεταφοράς, κοινωνικοασφαλιστικές φοροελαφρύνσεις και **ηθικής ικανοποίησης/ανταμοιβής**, μέσω της αναγνώρισης, του σεβασμού και της εκτίμησης του ιατρονοσηλευτικού κοινωνικού παραγόμενου έργου, του βαθμού συναδελφικότητας, ποιότητας των εργασιακών σχέσεων σε κάθετη, οριζόντια ιεράρχηση και του επιπέδου συνεργασίας, επικοινωνίας με τους χρήστες-ασθενείς, θα αποτελέσει την κινητήριο δύναμη ενισχυτικής επάνδρωσης των Π.Π.Ι. νήσων. (Γκικόκα Β., συν, 2017).

**Η ολοκλήρωση της προσωπικότητας του ατόμου στο εργασιακό του περιβάλλον** πηγάζει από τον βαθμό εκπλήρωσης **αγαστών εργασιακών σχέσεων**, την **ασφάλεια και υγιεινή των συνθηκών του περιβάλλοντος εργασίας**, την **αίσθηση επαινετικής διάθεσης** των εσωτερικών και των εξωτερικών ασθενών, **για τη συμβολή του στην παροχή υπηρεσιών υγείας**. (Σαρρής Μ., 2001).

Η **ασφάλεια των συνθηκών εργασίας** διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην **απόδοση των εργαζομένων**, στο **αίσθημα εμπιστοσύνης** του παραγόμενου έργου τους και στην **επιλογή επαγγελματικής στέγης**. Η αναβάθμιση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η ανάπτυξη της πληροφορικής της υγείας, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση θα συνεισφέρουν τα μέγιστα στην προσπάθεια ενδυνάμωσης της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας υγείας στα Π.Π.Ι. (Πιερράκος Γ., 2013).

Η **προσέκλυση ανθρώπινου δυναμικού στα δυσπρόσιτα νησιά**, εξαρτάται από τους προαναφερθέντες παράγοντες, καθώς οι επαγγελματίες υγείας που αισθάνονται την υποστήριξη της ιατρικής τεχνολογίας και της απομακρυσμένης τηλε-βοήθειας, από εξειδικευμένους επιστήμονες, μέσω Τηλεϊατρικής, καθώς και την ενίσχυση του εύρους των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω της αναβάθμισης του εξοπλισμού των εργαστηρίων και της μονάδας νοσηλείας, κρίνουν ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν στον όρκο του Ιπποκράτη και να τον διατελέσουν με **αφοσίωση, συνέπεια και υπευθυνότητα**.

**Το ανθρώπινο δυναμικό των Π.Π.Ι. θα πρέπει να μετατραπεί σε προσωπικό σύγχρονου οργανισμού μάθησης**, για να νιώθουν οι εργαζόμενοι την αλληλεγγύη και ανυπαρξία κινδύνου, που παρέχει η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση στην αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και της συνολικής αποδοτικότητας της πρωτοβάθμιας δομής. (Γούλα Α., 2014).

Η ενημέρωση, η υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας και προληπτικής ιατρικής, η παρακολούθηση/παρέμβαση στην πορεία των χρόνιων νόσων, η διαχείριση επειγόντων περιστατικών υγείας, μέσω της **επικαιροποιημένης γνώσης** των ιατρικών κατευθυντήριων πρωτοκόλλων/οδηγιών, της εφαρμογής των **νέων ιατρικών πρακτικών** και των **νοσηλευτικών μεθόδων φροντίδας υγείας**, θα καταστήσουν τα Π.Π.Ι. ικανά να διαχειριστούν τις αλλαγές και απαιτήσεις του συνεχώς μεταβαλλόμενου εξωτερικού περιβάλλοντος. (Γούλα Α., 2014).

Η **ευελιξία και προσαρμοστικότητα** στις νέες συνθήκες, η ικανότητα διεκπεραίωσης και ανταπόκρισης στις ακάλυπτες ή έκτακτες ανάγκες υγείας, μέσω της εκμάθησης **νέων δεξιοτήτων και καινοτομιών** θα βελτιώσουν το βαθμό εμπιστοσύνης των χρηστών και θα εξασφαλίσουν τη βιωσιμότητά των δομών στις αυξανόμενες σύγχρονες προσδοκίες των εξωτερικών, εσωτερικών ασθενών. (Γούλα Α., 2014).

### Κεφάλαιο 3. «Επιχειρησιακός Στρατηγικός Σχεδιασμός Βορείου και Νοτίου Αιγαίου, 2021-2027».

#### 3.1. «Προσδιοριστές Υγείας-Διατομεακή Προσέγγιση».

Οι προσδιοριστικοί συντελεστές διαμόρφωσης χάραξης στρατηγικού σχεδιασμού πολιτικών Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας, δηλαδή πολιτικοί-νομικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, τεχνολογικοί, αποτελούν το χρησιμοποιούμενο «εργαλείο-τεχνική ανάλυσης PEST» (Political, Economical, Social, Technological), βάση του οποίου καταγράφεται και ανιχνεύεται η επίδραση του εξωτερικού μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος, στην εσωτερική οργανωτική διάρθρωση και λειτουργική αποδοτικότητα του συστήματος, καθώς και οι μελλοντικές προσαρμοστικές, ευέλικτες ενέργειές του στα νέα δεδομένα. (Πιερράκος Γ., 2008).

Υγεία ορίζεται η πλήρης σωματική, ψυχική, κοινωνική ευεξία του ατόμου (Π.Ο.Υ.), η οποία επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση των προσδιοριστών υγείας, καθώς κοινωνικοοικονομικοί, πολιτισμικοί, δημογραφικοί, γεωγραφικοί, περιβαλλοντικοί, συμπεριφοριστικοί παράμετροι καθορίζουν την κατάσταση υγείας του πληθυσμού. (Μπουραζάνη Μ., και συν, 2022, Χαραλάμπους Α., και συν 2010).

Το επιδημιολογικό και νοσολογικό προφίλ ενός πληθυσμού συνδέεται άρρηκτα με το βαθμό κοινωνικής ανάπτυξης και ευημερίας της κοινότητας, την αναδιανεμητική δικαιοσύνη στους κόλπους της κοινωνίας, την ισότιμη πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι περιφερειακές υγειονομικές ανισότητες των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού εκδηλώνονται εξαιτίας της στενότητας των πόρων, της γεωγραφικής απόκλισης των δυσπρόσιτων περιοχών από τα αστικά κέντρα. (Σούλης Σ., 2015, Μπουραζάνη Μ., 2022, Χαραλάμπους Α., 2010).

##### 3.1.1. Πολιτικοί-νομικοί προσδιοριστές υγείας.

Οι νέες τάσεις του νοσολογικού φάσματος των σύγχρονων κοινωνιών, με τις αυξητικές εκδηλώσεις εμφάνισης χρόνιων και οξέων παθήσεων, καθιστούν επιβεβλημένη την ανάγκη μετάβασης σε νέα διοικητικά αλληλοϋποστηριζόμενα πολυμορφικά επίπεδα. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2013).

Ο περιορισμένος αριθμός ανθρωπίνων πόρων, η άνιση περιφερειακή κατανομή τους, η αύξηση των δαπανών υγείας και των χρόνιων ασθενών, αναγκάζουν τα αρμόδια όργανα σχεδιασμού και άσκησης πολιτικής υγείας να στρέψουν την προσοχή τους σε οργανωτικοδιοικητικές μεταρρυθμίσεις. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2013).

Οι τροποποιητικές διαρθρωτικές διατάξεις, ανταποκρινόμενες στις σύγχρονες απαιτήσεις των υψηλών ποιοτικών προδιαγραφών των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας, με το χαμηλότερο δυνατό λειτουργικό κόστος, αποτελούν το ζητούμενο στο στρατηγικό σχέδιασμο των μελλοντικών και προς υλοποίηση δράσεων υγείας. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2013).

Ο νέος ενισχυτικός ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και της Κοινωνίας των Πολιτών, οι πολιτικές, νομοθετικές, θεσμικές κατευθύνσεις του νέου μοντέλου της Δημόσιας Αξίας αποσκοπούν στην πραγμάτωση της επιχειρούμενης αποκεντρωμένης διάστασης της νέας φύσης και αντίληψης της ενεργητικής συμμετοχής της τοπικής κοινωνίας, στη χάραξη στρατηγικού σχεδιασμού πολιτικής υγείας και εφαρμογής προγραμμάτων Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Προστασίας. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2008).

Το νέο εκσυγχρονιστικό οργανωτικοχρηματοδοτικό δομικό πλαίσιο της Δημόσιας Αξίας επιχειρεί να διατελέσει θεμέλιο λίθο επικαιροποιημένου μετασχηματισμού,

ανταποκρινόμενου στις σύγχρονες απαιτήσεις και ανάγκες της εξελισσόμενης κοινωνίας, διορθώνοντας τα ευάλωτα σημεία των προγενέστερων εφαρμοζόμενων μοντέλων της παραδοσιακής γραφειοκρατικής δημόσιας διοίκησης και της μετέπειτα νέας δημόσιας διοίκησης. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2008).

Το βεμπεριανό μοντέλο διοίκησης κρίνεται αναποτελεσματικό, με την ενισχυμένη διοικητική γραφειοκρατία, να προκαλεί ανισότητες προσβασιμότητας στην καθολική, ισότιμη παροχή υπηρεσιών, άνηση μεταχείριση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, με έντονο το στοιχείο του κομματισμού και της κυβερνητικής υπέρσχυσης και ενδυναμωμένο το κλίμα διαφθοράς, αδιαφάνειας διαδικασιών. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2008).

Με αυτόν τον τρόπο θίγονται θεμελιώδεις αξιώσεις του συστήματος κοινωνικής προστασίας, όπως η κοινωνική δικαιοσύνη, η ευημερία, η συνοχή και η αλληλεγγύη. Το ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών από το σύστημα ενισχύεται από την αδιαφορία ή την ευθυνοφοβία των δημοσίων υπαλλήλων, της αδυναμίας προσωπικής τους πρωτοβουλίας ή ευελιξίας στην επίλυση προβλημάτων, λόγω της υπέρμετρης προσκόλλησης στην νομολατρεία, που χαρακτηρίζει το σύστημα. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2008).

Το μοντέλο της νέας δημόσιας διοίκησης, δηλαδή το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο της παραδοσιακής διοικητικής βεμπεριανής γραφειοκρατίας, προσπάθησε να επιτύχει τον άριστο συνδυασμό της καθολικής κοινωνικής κάλυψης του δημόσιου αγαθού της υγείας, με τις διακεκριμένες εφαρμοζόμενες ιδιωτικές πρακτικές της ποιοτικής ανάπτυξης των προσφερόμενων υπηρεσιών και της ταυτόχρονης συγκράτησης του ελεγχόμενου κόστους. (Γούλα Α., 2014).

Η ενίσχυση του ρόλου των managers, η δημιουργία αποκεντρωμένων διοικητικά/δημοσιονομικά μονάδων, με την παράλληλη λογοδοσία-διαφάνεια των προϋπολογισμών και την εφαρμογή εργαλείων περιορισμού του κόστους, λ.χ. ανάλυση κόστους-οφέλους, ήταν ορισμένες ενέργειες του ιδιωτικού τομέα, που υιοθετήθηκαν σε μια προσπάθεια της νέας δημόσιας διοίκησης να αντιστρέψει:

- A. την αυξητική ανοδική πορεία των δαπανών,
- B. την έντονη πολιτική χροιά επηρεασμού ή εξαναγκασμού των διοικητικών ή πάσης φύσεως αποφάσεων των managers και
- Γ. τον συγκεντρωτισμό του συστήματος προς την μετατόπιση καθηκόντων και υποχρεώσεων στις αποκεντρωμένες υπηρεσίες ευέλικτων δομών. (Γούλα Α., 2014).

**Εργαλεία** ανάλυσης κόστους εξυπηρετούν στην ορθολογική χρησιμοποίηση των πόρων, προσδίδοντας τον βαθμό/έκταση της σκοπιμότητας της σχεδιασμένης εφαρμοζόμενης ή προς εφαρμογή πολιτικής. Το κοινωνικό όφελος, που αποτυπώνεται με τον μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ευημερία της κοινωνίας, αποτελεί το επιλέξιμο εφαρμόσιμο σχέδιο δράσης (**ανάλυση κοινωνικού κόστους-κοινωνικής ωφέλειας**). (Σούλης Σ., 2015).

Επίσης, στην πλευρά της προσδοκίας της ποιότητας και της ικανοποίησης των χρηστών, ελήφθησαν υπόψη οι απαιτήσεις τους και εισήχθη η έννοια των επιπέδων αριστείας στις μονάδες. (Γούλα Α., 2014).

Η μετασχηματιστική αντίληψη της νέας δημόσιας διοίκησης απέβη καθοριστική στην διάσπαση της κρατικής οργάνωσης/χρηματοδότησης του εύρους των καλυπτόμενων υπηρεσιών, από την παραγωγή και διανομή τους. Ιδιωτικά συμφωνητικά σύμπραξης δημοσίου-ιδιωτικού τομέα έκαναν την εμφάνισή τους με γνώμονα τον διαχωρισμό της κρατικής χρηματοδότησης από την ιδιωτική παραγωγική-διανεμητική διαδικασία, με απώτερο σκοπό την ανταπόκριση του συστήματος στις σύγχρονες ανάγκες των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας. (Γούλα Α., 2014).

**Ο εκσυγχρονισμός της νέας δημόσιας διοίκησης** την δεκαετία του '90, επήλθε από την κοινή παραδοχή, ότι η τοπική δημοκρατία, η αναδιανεμητική κοινωνική δικαιοσύνη, η ευημερία/αλληλεγγύη των κοινωνικών ομάδων, θεμελιώδεις αξίες του συστήματος κοινωνικής προστασίας δεν μπορούν να διασφαλιστούν και να αποτελέσουν πρωταρχικής σημασίας επιδίωξη στις φιλελεύθερες και ανταγωνιστικές ιδιωτικές αγορές, που επικρατεί η κερδοφορία. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2008).

**Η έννοια της Δημόσιας Αξίας**, εκσυγχρονιστική επικαιροποιημένη «μετά-ανταγωνιστική» αντίληψη, αντιτίθεται στην ατομική επιλογή της νέας δημόσιας διοίκησης και ενδυναμώνει τη συλλογική συνείδηση και το κοινωνικό όφελος σε οριζόντια ιεράρχηση. Αναδεικνύει την κοινωνική αναδιανομή και όχι την αποκλειστική οικονομική ανταπόδοση των ανταγωνιστικών φιλελεύθερων αξιών. (Γούλα Α., 2014).

Ενισχύει την ενεργητική συμμετοχικότητα, συνεργατικότητα της **Κοινωνίας των Πολιτών** στη λήψη αποφάσεων, καθώς τους ορίζει **συμμέτοχους** στη διαδικασία καθορισμού και προγραμματισμού κυβερνητικών σχεδιαζόμενων πολιτικών. Η δημοκρατία και η δικαιοσύνη διαφαίνονται άμεσα, ως αποτέλεσμα της συνέργειας των πολιτών και των εκλεγμένων οργάνων δημόσιας διοίκησης. (Γούλα Α., 2014).

Η λογοδοσία, η διαφάνεια, η διαβούλευση, βασικές συνιστώσες διαύλων επικοινωνίας, συνεργασίας, εμπιστοσύνης, νομιμότητας, συνδυαστικά με:

α. το αποκεντρωτικό σύστημα μεταφοράς αρμοδιοτήτων, διοικητικών-δημοσιονομικών πεπραγμένων σε τοπικό/περιφερειακό επίπεδο,

β. τη μεταστροφή των δημόσιων οργανισμών σε προσαρμοστικές/ευέλικτες διοικητικές δομές, με πορεία προς την αριστεία και την δια βίου γνώση/κατάρτιση,

γ. την ανάπτυξη σύγχρονων κοινωνικών δεξιοτήτων,

αποτελούν το εφελτήριο επιτυχούς μετάβασης σε μια ***τοπική μεταρρυθμιστική συμμετοχική προσαρμοστική κοινωνία με χαρακτηριστικά γνωρίσματα κοινωνικοοικονομικής και πολιτικής ανάπτυξης, ευημερίας και συνοχής***. (Γούλα Α., 2014).

Η μετά-Ελλάδα της δημοσιονομικής οικονομικής κρίσης (2010-2018) και της παρούσας υγειονομικής παγκόσμιας πανδημικής κατάστασης προσπαθεί να επιτύχει διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας, με την παράλληλη αναπτυξιακή προώθηση της βιώσιμης οικονομίας, της κοινωνικής συνοχής και ευημερίας. Απόρροια των ανωτέρω είναι η χάραξη στρατηγικού σχεδιασμού, εφαρμογής, εποπτείας και αξιολόγησης του ολοκληρωμένου ***Εθνικού Προγράμματος Ανάπτυξης και των συμπεριλαμβανομένων του Υπό-Προγραμμάτων Τομεακής και Περιφερειακής Ανάπτυξης***, των οποίων η χρηματοδότηση θα μας απασχολήσει στο επόμενο υποκεφάλαιο 3.1.2. «Οικονομικοί Προσδιοριστές Υγείας». (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου, Νοτίου Αιγαίου 2021-2027).

Το Εθνικό και τα Τομεακά Περιφερειακά Προγράμματα ***5ετούς στρατηγικής αναπτυξιακής στοχοθεσίας*** αναλαμβάνουν προς οργανωτικοοικονομική διεκπεραίωση, το συναρμόδιο υπουργείο Ανάπτυξης και Επενδύσεων, οι αντίστοιχες περιφέρειες και οι φορείς του έκαστου τομέα ευθύνης. Η ισοσκελισμένη παρεμβατική ενίσχυση των στρατηγικών στόχων, η ιεραρχική διαβάθμιση των δράσεων κάθε άξονα ευθύνης διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην επιτυχημένη έκβαση του κάθε προγράμματος. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου, Νοτίου Αιγαίου 2021-2027).

Ο προγραμματισμός στρατηγικού σχεδιασμού, η διαχείριση της παρακολούθησης της πορείας της υλοποίησης, η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του Περιφερειακού Προγράμματος Ανάπτυξης Βορείου Αιγαίου, υπάγεται στην ευθύνη της επίσημα ορισμένης ***ομάδας έργου της Διεύθυνσης Αναπτυξιακού Προγραμματισμού***, της Γενικής Διεύθυνσης Αναπτυξιακού Προγραμματισμού Περιβάλλοντος και Υποδομών της συγκεκριμένης περιφέρειας. (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου

Νοτίου, Αιγαίου 2021-2027). Αντίστοιχη **ομάδα σχεδιασμού αναπτυξιακού προγράμματος δημιουργήθηκε στην περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου**.

Η δημιουργία **εταιρικού συμφώνου**, για την αξιοποίηση του ΕΣΠΑ 2021-2027, αποσκοπεί στον εκσυγχρονισμό της λειτουργικής οργανωτικής δομής, στη μεταρρύθμιση του θεσμικού πλαισίου της Δημόσιας Διοίκησης, μέσω της ενδυνάμωσης της Τοπικής και Περιφερειακής Αποκέντρωσης. Στη μετεξέλιξη της Δημόσιας Διοίκησης, σε διοικητική αποδοτική κουλτούρα εστιασμένη στον χρήστη, θα συνδράμει η ενίσχυση της ηλεκτρονικής διακυβέρνησης και επένδυσης στο προσωπικό του δημόσιου τομέα. (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου 2021-2027).

Παρομοίως, η **Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου**, στο αντίστοιχο αναπτυξιακό πρόγραμμα, όρισε τις συνεργαζόμενες εταιρικές ομάδες πολυεπίπεδης διακυβέρνησης, στηριζόμενη στις αρχές της αναλογικότητας, επικουρικότητας, ανοιχτής διαβούλευσης, για την εύρυθμη, δίκαιη, ισοκατανομημένη, διαφανή διαδικασία σχεδιασμού, προγραμματισμού, υλοποίησης, ελέγχου και αξιολόγησης των διατιθέμενων ευρωπαϊκών χρηματοδοτικών κονδυλίων, καθώς και των προτεινόμενων ενεργειών, που αποτέλεσαν το προς υιοθέτηση περιεχόμενο του αναπτυξιακού προγράμματος.

Οι αντιπροσωπευτικοί εταίροι που απαρτίζουν το σύμφωνο είναι: Αρχή διαχείρισης, συντονισμού και πιστοποίησης των αναπτυξιακών προγραμμάτων, περιβαλλοντικές/προάσπισης ανθρωπίνων δικαιωμάτων ευάλωτων ομάδων/συνδικαλιστικές οργανώσεις, δημόσιες υπηρεσίες εθνικού-περιφερειακού-τοπικού επιπέδου και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου 2021-2027).

### **3.1.2. Οικονομικοί Προσδιοριστές Υγείας.**

Η Ελλάδα ως ενεργό μέλος της παγκοσμιοποιημένης κοινωνίας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, χαίρει προνομίων της οικονομικής διεθνούς αναπτυξιακής πολιτικής και των ευρωπαϊκών κονδυλίων στήριξης. Οι εθνικοί πόροι χρηματοδότησης δεν αφορούν μόνο τα έσοδα του προϋπολογισμού και την αναδιανεμητική φορολογική ή κοινωνικής προστασίας πολιτική, αλλά και την ευρωπαϊκή αλληλοϋποστήριξη βοήθειας. Η εκταμίευση ευρωπαϊκών πόρων συμβάλει καθοριστικά στην εθνική, περιφερειακή, τοπική αναπτυξιακή πολιτική. (Πιερράκος Γ., 2008).

Το Εθνικό, τα Περιφερειακά, τα Τομεακά Προγράμματα Ανάπτυξης χρηματοδοτούνται από εθνικούς πόρους του Προγράμματος Δημόσιων Επενδύσεων. Η αναπτυξιακή ελληνική πολιτική χρηματοδοτήθηκε από το πολυτομεακό ΕΣΠΑ 2014-2020, το οποίο είναι συγχρηματοδοτούμενο αναπτυξιακό πρόγραμμα του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου, του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης και των Διαρθρωτικών Επενδυτικών Ταμείων. Επιπρόσθετα, το ΕΣΠΑ 2021-2027 αποτελεί το νέο πολυταμειακό εκταμειωτικό πρόγραμμα, στο οποίο στήριξαν η ελληνική κυβέρνηση, η περιφερειακή και τοπική αυτοδιοίκηση, τον αναπτυξιακό εκσυγχρονιστικό σχεδιασμό τους 2021-2027. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Βορείου, Νοτίου Αιγαίου 2021-2027).

Επίσης, η στρατηγική χωρικής αιεφόρου ανάπτυξης μπορεί να χρηματοδοτείται, εκτός από τα προαναφερθέντα ευρωπαϊκά ταμεία και από το Ευρωπαϊκό Γεωργικό Ταμείο Αγροτικής Ανάπτυξης, το Ευρωπαϊκό Ταμείο Θάλασσας Αλιείας Υδατοκαλλιέργειας, καθώς και το πρόγραμμα Horizon Europe. Επιπρόσθετα, το ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης, Ένταξης καθώς το ταμείο Ανάκαμψης και Ανθεκτικότητας προωθούν δράσεις κοινωνικής ένταξης των μεταναστευτικών ροών και καινοτομίες πράσινης αιεφόρου ανάπτυξης και ψηφιακής τεχνολογίας στην μεταπανδημική εποχή αντίστοιχα. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Βορείου, Νοτίου Αιγαίου 2021-2027).

Τα Περιφερειακά Προγράμματα Ανάπτυξης Βορείου, Νοτίου Αιγαίου, που αναλύονται στο παρόν κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας, αποτελούν παραδείγματα χάραξης στρατηγικού σχεδιασμού, δηλαδή:

A. της διαδικασίας καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης της περιφέρειας, η οποία είναι αποτέλεσμα των πορισμάτων των εφαρμοζόμενων προηγούμενων παρεμβατικών αναπτυξιακών αξόνων δράσης 2014-2020,

B. της ανάλυσης απειλών-ευκαιριών, δυνατών-αδύνατων σημείων κάθε συγκεκριμένης νέας τομεακής στοχοθεσίας και της προτεραιοποίησης των υποέργων κάθε άξονα στρατηγικού παρεμβατικού στόχου των ετών 2021-2027. (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου, Νοτίου Αιγαίου 2021-2027).

### **3.1.3. Κοινωνικοί Προσδιοριστές Υγείας.**

Η κατάσταση υγείας των μόνιμων κατοίκων των Π.Π.Ι. διαμορφώνεται από τους:

A. **δημογραφικούς πληθυσμιακούς προσδιοριστές υγείας.** Η γήρανση του πληθυσμού συνοδεύεται από αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, τη μείωση της θνησιμότητας και κατ'επέκταση από την εμφάνιση χρόνιων εκφυλιστικών νοσημάτων. Παράλληλα η αύξηση της υπογεννητικότητας, ως επακόλουθο των νέων οικογενειακών μορφωμάτων, με την ένταξη του γυναικείου φύλου στην αγορά εργασίας (κοινωνικός προσδιοριστής υγείας), συνηγορεί με την νέα τάξη πραγμάτων. Τα άτομα, όταν προσεγγίσουν την Τρίτη Ηλικία, θα έχουν αυξημένες πιθανότητες προσβολής, από χρόνιες εκφυλιστικές, καρδιαγγειακές και νεοπλασματικές ασθένειες. (Γούλα Α., 2014, Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020).

Σύμφωνα με το Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Βορείου Αιγαίου (2021-2027) το ποσοστό του συνολικού πληθυσμού της περιφέρειας καλύπτει το 1,9% του πληθυσμού της ελληνικής επικράτειας (2018). Το φαινόμενο της γήρανσης του ελληνικού πληθυσμού χαρακτηρίζει και την περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, όμως με μικρότερη φθίνουσα πορεία στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Παρόλα αυτά ο πληθυσμός που αδυνατεί να απασχοληθεί στην αγορά εργασίας, ανήλικος 0-14 ετών και Τρίτης Ηλικίας 65 ετών και άνω, υπερσιχύει του αντίστοιχου παραγωγικού πληθυσμού 15-65 ετών.

Επιπρόσθετα η εσωτερική/εξωτερική μετακίνηση των πληθυσμών (πολιτισμικός προσδιοριστής) προκαλεί όχι μόνο ποσοτική τροποποίηση των μόνιμων κατοίκων μιας περιοχής ανά φύλο, ηλικία και εθνότητα, αλλά και αλλαγή των πολιτισμικών παραδόσεων, μέσω της υιοθέτησης φιλελεύθερων προτύπων συμπεριφοράς, με τη νέα κουλτούρα να ευνοεί τη μετάδοση σεξουαλικών νοσημάτων (προσδιοριστής ατομικής συμπεριφοράς). (Γούλα Α., 2014, Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020).

B. **κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές υγείας.** Η δημιουργία κοινωνικών δικτύων και σχέσεων σε μια μικρή κλειστή κοινωνία προσδίδει θετικό πρόσημο στην ψυχική υγεία και ευημερία ατομικά και συλλογικά. Σε αντίθεση με την κοινωνική απομόνωση, τους γρήγορους/απαιτητικούς καθημερινούς ρυθμούς των μεγαλουπόλεων, που αποτελούν τους κύριους αρνητικούς προσδιοριστές εκδήλωσης ψυχικών νοσημάτων, αυτοκτονιών και ατυχημάτων. (Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020).

Το επίπεδο εκπαίδευσης, ως προσδιοριστικός παράγοντας, συνδέεται όχι μόνο με την οικονομική, επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική αναγνώριση του ατόμου, αλλά και με την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών και κουλτούρας αγωγής/προαγωγής της υγείας (προσδιοριστής υγείας ατομικής συμπεριφοράς). (Σούλης Σ., 2015, Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Περιφερειακού Προγράμματος Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου (2021-2027), το αντίστοιχο εκπαιδευτικό επίπεδο κατέχει ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά επιμόρφωσης, καθώς το 50% του συνόλου του πληθυσμού

κατέχει απολυτήριο πρωτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου τίτλου σπουδών, ενώ μόλις το 17.6% έχει ολοκληρώσει τριτοβάθμιες σπουδές, συμπεριλαμβανομένων των μεταπτυχιακών/διδακτορικών τίτλων (46.5% και 21.3% τα αντίστοιχα ποσοστά συμμετοχής στην ελληνική επικράτεια).

Επίσης παρατηρείται ανεπάρκεια ερευνητικού επιστημονικού ανθρώπινου δυναμικού, η οποία παρεμποδίζει την προώθηση της έρευνας, της καινοτομίας και της κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης της περιφέρειας. Η μοναδική πηγή ερευνητικών και καινοτομικών δραστηριοτήτων, το Πανεπιστήμιο Αιγαίου, αδυνατεί να καλύψει τα κενά της έλλειψης των καταρτισμένων, εξειδικευμένων ανθρωπίνων πόρων. (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου 2021-2027).

Παρόμοια εικόνα παρουσιάζει και η **περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου**, λόγω της πολυνησιωτικής μορφολογίας της, των ανεπαρκειών σε εκπαιδευτικές υποδομές και προηγμένο ψηφιακό υλικοτεχνολογικό εξοπλισμό, όπου καταγράφει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά πρώιμης αποχώρησης από το εκπαιδευτικό σύστημα, στην ηλικιακή ομάδα 15-24 ετών, καθώς και στην απόκτηση επιμορφωτικών εφοδίων και σεμιναρίων κατάρτισης. Επίσης, παρατηρείται χαμηλό επίπεδο γνώσης χειρισμού των επιστημών πληροφορικής και τηλεπικοινωνίας. (Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου 2021-2027).

Η καταπολέμηση της φτώχειας, της ανεργίας και των χαμηλών εισοδηματικών κλιμακίων και του κοινωνικού αποκλεισμού, αποτελούν παρεμβατικές μεθόδους βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και ενίσχυσης της ποιότητας σε όλες τις εκφάνσεις του καθημερινού βίου. (Γούλα Α., 2014, Σούλης Σ., 2015, Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020).

Στην περιφέρεια Βορείου Αιγαίου το ποσοστό μακροχρόνιων ανέργων ανερχόταν το έτος 2018 στο 67.3%, το 26.8% των νέων ηλικίας 18-24 ετών ήτο κοινωνικά αποκλεισμένοι από το εκπαιδευτικό ή εργασιακό σύστημα, το 13.3% αντιμετώπιζε υγειονομικό αποκλεισμό, ποσοστά που επέδρασαν καταλυτικά στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ευημερία της περιφέρειας, με αυξημένο το ποσοστό των ατόμων που βίωναν τον κίνδυνο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού (33.6%). (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου 2021-2027).

Συνδυαστικά, με το ιδιαίτερα μικρό μερίδιο συμβολής της περιφέρειας στη διαμόρφωση του Ακαθάριστου Ελληνικού Εθνικού Προϊόντος, μόλις 1.4% το έτος 2018, ένα από τα μικρότερα ποσοστά στη ρύθμιση της ελληνικής οικονομίας και την φθίνουσα πορεία του κατά κεφαλήν ΑΕΠ της εν λόγω περιφέρειας, 11.955 ευρώ το 2017, προσέδωσαν αρνητική διάσταση στην κοινωνικοοικονομική περιφερειακή ανάπτυξη και αναδιανεμητική κοινωνική δικαιοσύνη. (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου 2021-2027).

Ομοίως, το **Νότιο Αιγαίο** εκδηλώνει ανησυχητικά κοινωνικά φαινόμενα, αναφορικά με τα άτομα που διαβιούν σε κίνδυνο φτώχειας, το δείκτη ανισοκατανομής του εισοδήματος (Gini) και τα ποσοστά ανεργίας. Η μέτρηση του δείκτη Gini κατέδειξε την μεγαλύτερη ανισοκατανομή εισοδημάτων, γεγονός που φανερώνει πλήρη απουσία κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης, με προεκτάσεις την ανισότητα στην προσβασιμότητα σε υπηρεσίες. Τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ανεργίας προκαλούν προβλήματα στην κοινωνική ανάπτυξη της περιφέρειας. (Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου 2021-2027).

**Γ. πολιτισμικοί προσδιοριστές υγείας.** Οι πολιτισμικές αξίες και παραδόσεις μιας κοινωνίας, η πίστη στη θρησκεία και τα εθνικά ιδανικά, διαμορφώνουν την πολυπολιτισμικότητα των δυσπρόσιτων περιοχών, με την αύξηση των μεταναστευτικών, προσφυγικών ροών των τελευταίων ετών. Πληθυσμοί με διαφορετική κουλτούρα, ήθη και έθιμα, από την ελληνική κοινωνία προκαλούν διαφοροποίηση του δημογραφικού και



επιδημιολογικού προφίλ των απομακρυσμένων περιοχών.(Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020, Kotsiou et al, 2018, Christodoulou G., 2016).

Τα κέντρα κράτησης ή οι δομές φιλοξενίας χαρακτηρίζονται από ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης και μετάδοσης μολυσματικών και μεταδοτικών ασθενειών. Το «μακρόχρονο ταξίδι της προσφυγιάς», η ελλιπής προηγηθείσα υγειονομική εμβολιαστική κάλυψη, καθώς και οι ακατάλληλες συνθήκες καθημερινής διαβίωσης στις χώρες προέλευσης και υποδοχής συνθέτουν το νοσολογικό φάσμα των προσφύγων. (Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020, Kotsiou et al, 2018, Christodoulou G., 2016).

Η νόσηση από μεταδοτικές ασθένειες, λόγω των συνθηκών του ταξιδιού και του προϋπάρχοντος ανεπαρκούς υγειονομικού δικτύου υπηρεσιών υγείας, επιφέρουν οργανικές επιπλοκές χρόνιων νοσημάτων, λ.χ. προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος, δυσλειτουργίες του καρδιαγγειακού συστήματος, ψυχικές διαταραχές κλπ.( Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020, Kotsiou et al, 2018, Christodoulou G., 2016).

Οι συνθήκες διαβίωσης στα κέντρα φιλοξενίας, η αδυναμία πλήρους κοινωνικής ενσωμάτωσης, η ανεπαρκής ένταξη στην αγορά εργασίας και στο εκπαιδευτικό σύστημα (**κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές υγείας**) επιδεινώνουν την εκδήλωση χρόνιων και μεταδοτικών ασθενειών, λόγω της ανεπαρκούς πληροφόρησης και της άνισης προσβασιμότητας στον κοινωνικοοικονομικό ιστό της χώρας υποδοχής και στο υγειονομικό της σύστημα. (Γούλα Α., 2014, Σούλης Σ., 2015, Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020, Kotsiou et al, 2018, Christodoulou G., 2016).

**Δ. περιβαλλοντικούς προσδιοριστές υγείας.** Οι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες διαμόρφωσης της κατάστασης υγείας του πληθυσμού αναφοράς είναι η ποσότητα και ποιότητα του νερού, οι εγκαταστάσεις ύδρευσης και οι διαδικασίες προμήθειάς του, η κλιματική αλλαγή, η περιβαλλοντική ρύπανση, οι μορφές ενέργειας, που επηρεάζει την υγιεινή των καλλιεργειών, την σίτιση και κατ'επέκταση δημιουργεί χρόνια αναπνευστικά προβλήματα, καρδιαγγειακές και νεοπλασματικές νόσους. (Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020).

**Το Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου (2021-2027)** αναφέρει τα υφιστάμενα περιβαλλοντικά προβλήματα υποδομών και εγκαταστάσεων των νήσων, τονίζοντας την αναποτελεσματικότητα των αναχρονιστικών διαδικασιών διανομής και μεταφοράς ύδατος, την αδυναμία ανταπόκρισης στις σύγχρονες αυξητικές ανάγκες ζήτησης υδάτινων πόρων ύδρευσης και άρδευσης. Ομοίως, την έλλειψη νομικού κανονιστικού πλαισίου θαλάσσιας μεταφοράς λυμάτων και αποβλήτων, ανακυκλώσιμης δραστηριότητας, ολιστικής διεκπαιρευτικής διαδικασίας διαχείρισης και εκμετάλλευσης στέρεων απορριμμάτων, προβληματικοί τομείς που διαταράσσουν την οικολογική ισορροπία του φυσικού και αστικού περιβάλλοντος των νησιωτικών περιοχών.

Παρόμοια εικόνα καταγράφεται στις υποδομές και στις διαδικασίες διαχείρισης της ηλεκτρικής ενέργειας και αξιοποίησης των Ανανεώσιμων Πηγών Ενέργειας. Μπορεί οι επενδύσεις σε αιολικά πάρκα και φωτοβολταϊκά συστήματα να έχουν αξιοποιηθεί και να εφαρμόζονται σε μεγάλο βαθμό, ωστόσο η κύρια πηγή παραγωγής ηλεκτρικής ενέργειας παραμένει η παραδοσιακή χρήση καυσίμων υψηλών εκπομπών διοξειδίου του άνθρακα. Η ανάγκη πλήρους και αποκλειστικής εκμετάλλευσης των Ανανεώσιμων Πηγών φυσικών ενεργειακών πόρων των νησιών, π.χ. αιολική ενέργεια, φωτοβολταϊκά μέσω ηλιακής ενέργειας, γεωθερμία, κινητική θαλάσσια ενέργεια, πηγάζει από την απαίτηση ανταπόκρισης, στην ισότιμη με ποιοτικούς όρους διαβίωση, όλων των πολιτών της ελληνικής επικράτειας. (Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου 2021-2027).

Επιπροσθέτως, η **περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου** κρίνει επιτακτικό τον εκσυγχρονισμό του συστήματος ανακύκλωσης αποβλήτων, με ενίσχυση στην περιβαλλοντική αειφορία,

που θα προσδώσει αίσθημα ευθύνης και ευαισθητοποίησης των νησιωτών στην επαναχρησιμοποίηση πόρων και ορθολογική διαχείρισή τους. Συνάμα προτείνεται ο εξορθολογισμός της κατασπατάλησης του νερού, για ποιοτική περισυλλογή/χρήση, σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης πιθανών ποσοτικών ελλείψεων του. Η ενεργειακή πολιτική επιδιώκει αντικατάσταση των περιβαλλοντικών ρύπων, με βιώσιμες/ανανεώσιμες πηγές ενέργειας, κυρίως των πεπαλαιωμένων υποδομών και μεγάλων κτιριακών εγκαταστάσεων. Μέσω των νέων μορφών ενέργειας επιχειρείται η ενδο-συνδεσιμότητα της πολυνησιωτικής περιφέρειας. (Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Ν. Αιγαίου 2021-2027).

**Ε. γεωγραφικούς προσδιοριστές υγείας.** Τα Π.Π.Ι. νησιωτικών απομακρυσμένων περιοχών, θεωρούνται γεωγραφικά δυσπρόσιτα, λόγω της δυσκολίας διασύνδεσης των μεταφορικών υποδομών τους με τα μεγάλα αστικά κέντρα. Η άνιση προσβασιμότητα στις υγειονομικές υπηρεσίες φροντίδας καθορίζει τις τιμές των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας. (Χαραλάμπους Α., 2010, Καμέκης Α., 2020).

**Το Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου** (2021-2027) χαρακτηρίζει την περιφέρεια «δύσκολα προσπελάσιμη», εξαιτίας της έντονης ενδο-νησιωτικής, δια-νησιωτικής, εξω-νησιωτικής αποστέρησης εύκολης πρόσβασης, τόσο μεταξύ ορεινών περιοχών ενός νησιού με το αστικό τους κέντρο, όσο μεταξύ της δυσκολίας άμεσης διασυνδεσιμότητας των διαφορετικών νησιών της περιφέρειας καθώς και της αδυναμίας αμεσότητας επικοινωνιακής ανταπόκρισης των μεταφορικών συγκοινωνιακών γραμμών, της συνολικής νησιωτικής περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, με τα μεγάλα αστικά κέντρα της ηπειρωτικής Ελλάδας. (Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου 2021-2017).

Η ανάπτυξη εκσυγχρονιστικής, λειτουργικά αποδοτικής και ευέλικτα επικαιροποιημένης πολιτικής μεταφορών και συγκοινωνιών θα αποτελέσει έναυσμα προσαρμογής των αερολιμένων της περιφέρειας με τις διεθνείς προδιαγραφές και τα πιστοποιημένα ποιοτικά πρότυπα και θα συμβάλει στην αύξηση της επιβατικής κίνησης. Επιπρόσθετα, θα επιφέρει βελτίωση των εγκαταστάσεων των κεντρικών λιμένων, ώστε να ανακηρυχθούν επισήμως διεθνούς ενδιαφέροντος λιμένες, σε μια απώτερη προσπάθεια κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης της περιφέρειας. (Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου 2021-2017).

Το Γενικό Περιφερειακό Χωροταξικό πλαίσιο Σχεδιασμού και Αειφόρου Ανάπτυξης έχει συγκαταλέξει μόνο τον λιμένα Μυτιλήνης, ως διεθνούς ενδιαφέροντος υποδομή μεταφοράς εμπορικής και επιβατικής κίνησης, με τα υπόλοιπα κεντρικά λιμάνια της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, δηλαδή Χίου, Σάμου, Μύρινας, Αγίου Κηρύκου, Αγίου Ευστρατίου, Ψαρρών, Οινουσσών και Φούρνων Κορσέων, να χρήζουν αναβαθμιστικών τεχνικών έργων, προς αξιοποίηση και προσέλκυση τουριστικής επιχειρηματικότητας και τοπικής γενικότερης ανάπτυξης. (Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου 2021-2017).

Η ανεπάρκεια θαλάσσιων δρομολογίων, με την περιοδική αύξησή τους, μόνο τους καλοκαιρινούς τουριστικούς μήνες, το υψηλό κόμιστρο μεταφοράς, αποτελούν αρνητικές παραμέτρους ενίσχυσης της εμπορικής και επιβατικής κίνησης, άνθισης της τοπικής οικονομίας, βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης των νησιωτών και προσβασιμότητάς τους στις υγειονομικές/λοιπές υπηρεσίες. Αν συνυπολογιστεί και η δυνατότητα αερομεταφοράς, μόνο σε ορισμένες νήσους, λ.χ. αερολιμένας Μυτιλήνης, Σάμου, Λήμνου, Χίου, Ικαρίας, ενδυναμώνεται η ανάγκη στρατηγικού σχεδιασμού εκσυγχρονισμού όλων των λιμενικών υποδομών. (Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου 2021-2027).

Σύμφωνα με το **Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Νοτίου Αιγαίου 2021-2027**, τα εντασσόμενα νησιά χαρακτηρίζονται κατακερματισμένα, γεγονός που προσδίδει

στην περιφέρεια τόσο ενδοαπομόνωση/ασυνέχεια, όσο προβλήματα διασύνδεσης με την υπόλοιπη ελληνική επικράτεια. Τα ιδιαίτερα αυτά περιφερειακά γνωρίσματα ενδυναμώνουν την αναγκαιότητα ανάπτυξης των λιμενικών, αερομεταφορικών, οδικών υποδομών, καθώς και τις συνθήκες μεταφοράς και διακίνησης ατόμων και αγαθών, σε ένα πλαίσιο, που θα προτάσσει την ασφάλεια, τη ποιότητα και τη μείωση του κόστους.

Τα επίσης στοιχεία του αναπτυξιακού προγράμματος κατηγοριοποιούν τα διάσπαρτα νησιά **σε απομονωμένα μικρού μεγέθους**, με ανεπάρκειες πόρων, αδυναμία εκμετάλλευσής τους, **σε αναπτυσσόμενα νησιά**, στα οποία η προσοχή δίδεται στην παράλληλη παραγωγική αναπτυξιακή δραστηριότητα διαφόρων αγαθών/υπηρεσιών, όχι μόνο στην άνθιση του τουρισμού, **σε τουριστικά πολυφημισμένα νησιά**, των οποίων η εκτόξευση του μονοπωλιακού τουρισμού έχει επιφέρει περιβαλλοντικές/πληθυσμιακές διαταράξεις που χρήζουν άμεσης παρέμβασης και τέλος **σε μικρά νησιά με παροδική/εποχιακή εγκατάσταση**, με ειδικές συνθήκες προφύλαξης, στην οποία κατηγορία εντάσσονται και βραχονησίδες, ακατοίκητα νησιά.

Τα δεδομένα αυτά προκαλούν ενδο-περιφερειακές ανισότητες στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και ζητήματα χωρικής συνοχής, με την ολική αναδιάρθρωση, ανασυγκρότηση του κάθε νησιού να θεωρείται πρόκληση του στρατηγικού επιχειρησιακού σχεδιασμού, σε μια εποχή, που τα κοινωνικά ιδεώδη υπερτερούν! (Πρόγραμμα Ν. Αιγαίου 2021-2027).

#### **3.1.4. Τεχνολογικοί Προσδιοριστές Υγείας.**

Η περιφέρεια Βορείου Αιγαίου χαρακτηρίζεται από χαμηλή ανάπτυξη του τομέα Τεχνολογίας, Πληροφορικής και Επικοινωνιών, γεγονός που καταδεικνύει τους προσδιοριστικούς παράγοντες διαμόρφωσης της κατάστασης αυτής.

A. Η έλλειψη δραστηριοποίησης κέντρων έρευνας, υψηλής τεχνολογίας και σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων,

B. προσέλευσης εξειδικευμένων επιστημόνων ή ανεπάρκειας τεχνογνωσίας του υφιστάμενου προσωπικού, λόγω του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου μόρφωσης του νησιωτικού πληθυσμού,

δημιουργούν στασιμότητα σε πεπαλαιωμένες συνθήκες τεχνολογικής χρησιμοποίησης εφαρμογών και υπηρεσιών. (Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου 2021-2017).

Η ανάπτυξη των επενδύσεων σε νέες ψηφιακές τεχνολογίες/καινοτομίες σε όλους τους κλάδους δραστηριοποίησης, η εκπαιδευτική επιμόρφωση σε ψηφιακά προγράμματα/δεξιότητες, καθώς και η ευαισθητοποίηση του κοινού στη γνώση και χρησιμοποίηση ηλεκτρονικών εφαρμογών/δημόσιων ψηφιακών συναλλαγών, θα συμβάλουν τα μέγιστα στην κοινωνικοοικονομική, βιώσιμη ανάπτυξη, στην ευημερία των νησιωτών, στην εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού τους και στην εναρμόνιση με τις σύγχρονες ποιοτικές τεχνολογίες και υπηρεσίες. (Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου 2021-2027).

Ομοίως το **Νότιο Αιγαίο**, μέσω του ΕΣΠΑ 2021-2027, θα προσπαθήσει να ενδυναμώσει το χαμηλό επίπεδο δεξιοτήτων του πληθυσμού στις τεχνολογίες της πληροφορικής και επικοινωνίας, προωθώντας τον ψηφιακό κόσμο στην καθημερινότητα του πολίτη και του εργαζόμενου. Επίσης, επενδυτικές δραστηριότητες έρευνας και επιχειρηματικής καινοτομίας, η αναβάθμιση ερευνητικών κέντρων και του Πανεπιστημίου Αιγαίου θα συνεισφέρουν στην ταύτιση των αναγκών της αγοράς εργασίας με το εκπαιδευτικό σύστημα, με το ανθρώπινο δυναμικό να ανταποκρίνεται στις αυξημένες απαιτήσεις δεξιοτήτων και προσόντων.

### «Τηλεϊατρική».

Το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής αποτελεί το επιδοτούμενο ευρωπαϊκό πρόγραμμα με την ονομασία «Ψηφιακή Σύγκλιση» 2007-2013, υπό την εποπτεία της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ., για τη δημιουργία και υποστήριξη συστήματος Τηλεϊατρικής σε δομές υγείας της περιοχής ευθύνης της. Σκοπός της, μέσω του υλοποιημένου προγράμματος της Πληροφορικής της Υγείας είναι η προαγωγή της υγείας του μόνιμου πληθυσμού στις δυσπρόσιτες περιοχές, η άμβλυση των περιφερειακών ανισοτήτων, η βελτίωση των αρνητικών δεικτών υγείας, μέσω του σεβασμού και της προώθησης του θεμελιώδους δικαιώματος της ισότιμης πρόσβασης στο δημόσιο αγαθό της υγείας. (<https://edit.gov.gr>).

Η ορθολογιστική κατανομή των πόρων του Συστήματος, με την παράλληλη ανάπτυξη των Πληροφοριακών Συστημάτων Υγείας, θα επιφέρει συγκράτηση του κόστους και αναβάθμιση του ποιοτικού επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών, που θα ανταποκρίνονται στις προσδοκίες και τις ανάγκες υγείας της απομακρυσμένης τοπικής κοινωνίας. (Πιερράκος Γ., 2013).

Το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. υποστηριζόμενο από το δημόσιο δίκτυο του ΟΤΕ εξυπηρετεί τα Αιγαιοπελαγίτικα ακριτικά νησιά της ελληνικής επικράτειας, με τις 43 μονάδες τηλεϊατρικής. Τα εξειδικευμένα ιατρικά όργανα των μονάδων αλληλομεταφέρουν ιατρικά δεδομένα, σε ζωντανή αναμετάδοση, την ώρα διενέργειας των εξετάσεων, από τις απομακρυσμένες δομές υγείας προς τα περιφερειακά/κεντρικά νοσοκομεία και αντίστροφα. Στο πρόγραμμα Τηλεϊατρικής μετέχουν 270 επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, σε τακτικά/έκτακτα περιστατικά, αλλά και για εκπαιδευτικούς λόγους. (Βουτσίδου Σ., και συν, 2019).

Τηλεϊατρική υποστήριξη σε επίπεδο των Π.Π.Ι. παρέχεται στις δημόσιες δομές της **Κάσου, Οινουσσών, Φούρνων Κορσέων, Αστυπάλαιας, Σύμης, Μεγίστης Καστελόριζου, Νισύρου, Σίφνου** και το εύρος των προσφερόμενων τηλεϊατρικών υπηρεσιών καλύπτει το φάσμα της:

- τηλεσυμβουλευτικής: η υπηρεσία προγραμματισμένων τηλεραντεβού, για εξειδικευμένες ιατρικές ειδικότητες, που απουσιάζουν από τις δυσπρόσιτες περιοχές. Οι ιατροί των Π.Π.Ι, κυρίως οι υπόχρεοι υπηρεσίας υπαίθρου, αξιοποιούν τις γνώσεις των καταρτισμένων ιατρών των μεγάλων νοσοκομείων της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ. και παρέχεται κάλυψη της δεδομένης ανάγκης υγείας πχ. ηπατολογικό περιστατικό.
- τηλεψυχιατρική: τακτική διαχείριση ασθενών απομακρυσμένων περιοχών, που χρήζουν ψυχιατρικής υποστήριξης ή ψυχανάλυσης/ψυχοθεραπείας, από πιστοποιημένους ψυχιάτρους και ψυχολόγους, που πλαισιώνουν το ανθρώπινο δυναμικό του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής, του Γ.Ν. Βούλας Ασκληπιείου, του Γ.Ν. Σύρου.
- τακτικά ιατρεία τηλεϊατρικής: υλοποίηση στις ειδικότητες *Ηπατολογίας*, με το Π.Π.Ι. Σύμης να λαμβάνει τις υπηρεσίες τακτικών ηπατολογικών ιατρείων τηλεϊατρικής ανά 15νήμερον, το τηλεϊατρικό διαβητολογικό τακτικό ιατρείο να λειτουργεί ανά 7ήμερον στα νησιά των Κυθήρων και Ιητών και τέλος το ενδοκρινολογικό τηλε-ιατρείο να καλύπτει τις ανάγκες υγείας των κατοίκων των Κυθήρων.
- τηλεϊατρική επειγόντων περιστατικών: την παρούσα υπηρεσία απολαμβάνουν τα Π.Π.Ι. Σύμης, Κάσου, Σίφνου και Οινουσσών καθώς με τα συστήματα πληροφορικής διασύνδεσης με το Γ.Ν. Θριασίου, οι μόνιμοι ιατροί, καθώς και οι ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου, έχουν τη δυνατότητα 24ωρης συμβουλευτικής υποστήριξης επειγόντων καρδιολογικών καταστάσεων άμεσης/έκτακτης διαχείρισης.

- δράσεις πρόληψης και ενημέρωσης, π.χ. διά βίου μάθηση και εκπαίδευση, συνεχιζόμενη εξειδικευμένη κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας, κυρίως του ιατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, των δημόσιων δομών Π.Φ.Υ. νησιωτικών περιοχών. Άρτια εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό των Γ.Ν. Αττικών και Γ.Ν. Νίκαιας/Αγίου Παντελεήμονος, μεταλαμπαδεύουν τις επιστημονικές γνώσεις των πεδίων ιατρικής εξειδίκευσής τους. (<https://edit.gov.gr>).

*Μελλοντικό σκοπό του Ε.ΔΙ.Τ. αποτελεί η 24ωρη κάλυψη επειγόντων καρδιολογικών/παιδιατρικών περιστατικών και λοιπών ειδικοτήτων ιατρικής, του συνόλου των νησιών, στην εφημερία των νοσοκομείων.* (Βουτσίδου Σ., και συν, 2019).

### **3.2. Swot analysis των στρατηγικών στόχων του Περιφερειακού Αναπτυξιακού Προγράμματος Βορείου Αιγαίου της προγραμματικής περιόδου 2021-2027.**

Η διπλωματική εργασία σε αυτό το υποκεφάλαιο θα προσπαθήσει να αποτυπώσει ομαδοποιημένα, ανά βασικό στρατηγικό στόχο, την ανάλυση των παραγόντων που διαμορφώνουν τις απειλές και ευκαιρίες του περιβάλλοντος, καθώς και των μεταβλητών που αποτελούν δυνατά και αδύναμα σημεία της περιφέρειας Βορείου Αιγαίου στη συγκεκριμένη τομεακή στοχοθεσία. Η καταγραφή θα ολοκληρωθεί με τους επιμέρους εξειδικευμένους στόχους κάθε βασικού πυλώνα παρέμβασης, για να εξασφαλιστεί η πληρέστερη ανάλυση κάθε τομεακής στοχοθεσίας.

#### ***Α. Στρατηγικός στόχος χάραξης πολιτικής της ενίσχυσης και προαγωγής της επιχειρηματικής καινοτομίας και της έξυπνης μεταρρυθμιστικής εξειδίκευσης των δυναμικών κλάδων της οικονομίας, όπως αποτυπώνονται στο Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου.***

Οι εξειδικευμένες παρεμβατικές δράσεις της συγκεκριμένης στοχοθεσίας αποβλέπουν στην ενίσχυση της χρηματοδότησης των επιχειρήσεων της περιφέρειας στην έρευνα και τη δημιουργική καινοτομία, για βελτίωση της ανταγωνιστικής τους θέσης στην αγορά, ανάπτυξη της εξωστρέφειάς τους στον τομέα των εξαγωγών, ενδυνάμωσης της καθολικής δια-νησιωτικής παραγωγικής και κοινωνικής διαλειτουργικότητας των υπηρεσιών, μέσω της ισότιμης προσβασιμότητας σε υπηρεσίες και αγαθά.

Απώτερος σκοπός η διατήρηση της χωρικής πολύ-νησιωτικής γεωφυσικής/γεωγραφικής φυσιογνωμίας του κάθε νησιού και ανάπτυξης της κοινωνικής δια-περιφερειακής συνοχής. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στην ενίσχυση του σχεδίου δράσης του αγροδιατροφικού τομέα, προσπαθώντας να αποδώσει προστιθέμενη αξία στην τοπική τουριστική αγορά και στις εξαγωγές, καθώς και στο σχέδιο δράσης του φυσικού και πολιτισμικού περιβάλλοντος, ως ενδυναμωτικοί πόροι κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης.

Ο διαχρονικός και πολυπολιτισμικός πλούτος του συμπλέγματος των νησιών του Βορείου Αιγαίου, με την κατάλληλη συντήρηση και προβολή μπορεί να διατελέσει ανοδικό μονοπάτι ανάδειξης της πολιτιστικής κληρονομιάς της περιφέρειας, με οικονομικές προεκτάσεις, που θα εξυπηρετήσουν την γενικότερη ανάπτυξη του τόπου και θα αναβαθμίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο σύνολό τους. Η έξυπνη εξωστρεφής βιώσιμη ανάπτυξη επιτυγχάνεται με επενδύσεις στην επιχειρηματική καινοτομία και επιφέρει κοινωνική ευημερία και ποιότητα ζωής.

#### **Swot Analysis.**

Δυνατά Σημεία: Στα δυνατά σημεία συγκαταλέγονται η ερευνητική δραστηριότητα του Πανεπιστημίου Αιγαίου, οι ποιοτικές προδιαγραφές και η ποικιλομορφία των καλοφημισμένων τοπικών αγροτοπροϊόντων. Αναφορικά με τους διαθέσιμους πόρους, το

ανθρώπινο δυναμικό των Στελεχών παρουσιάζει υψηλά εκπαιδευτικά μορφωτικά επίπεδα και εργασιακή αποτελεσματικότητα στη Δημόσια Διοίκηση. Η υλικοτεχνολογική υποδομή των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και η εφαρμογή νέων σύγχρονων τεχνολογιών, λ.χ. διαλειτουργικότητα και ηλεκτρονική διακυβέρνηση παρουσιάζει αναπτυξιακό προφίλ ικανοποιητικού βαθμού.

Αδύνατα Σημεία: Χαμηλή ανταγωνιστικότητα και αδυναμία διασύνδεσης ερευνητικών καινοτομικών μεθόδων στον πρωτογενή τομέα, Μείωση παραγωγικών δραστηριοτήτων στον δευτερογενή τομέα. Έλλειψη ερευνητικού επιστημονικού προσωπικού, με το ποσοστό του ανθρώπινου δυναμικού τριτοβάθμιου τίτλου σπουδών να είναι χαμηλό, γεγονός που δικαιολογεί την περιορισμένης κλίμακας εφαρμογή της επιστήμης της τεχνολογίας της πληροφορικής και των επικοινωνιών.

Ευκαιρίες: Το πανεπιστήμιο μπορεί να διαδραματίσει καταλυτικό ρόλο στην γνώση χρησιμοποίησης Τ.Π.Ε. στους εργαζόμενους και στις επιχειρήσεις. Σφαιρική αξιοποίηση των αγροτοπροϊόντων και της πολιτιστικής/πολιτισμικής κληρονομιάς, με την έξυπνη επιχειρηματική καινοτομία. Πληθώρα επενδυτικών κονδυλίων και ευρωπαϊκών πόρων προς διάθεση και εκταμίευση.

Απειλές: Διαφυγή εξειδικευμένου καταρτισμένου ανθρώπινου προσωπικού, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Η ανταγωνιστικότητα της ελεύθερης αγοράς, η άνιση διάθεση των ευρωπαϊκών πόρων μεταξύ περιφερειών, η αντίστοιχη μείωση για τα αγροτοπροϊόντα, η θεσμική και γραφειοκρατική καθυστέρηση επιχορηγήσεων, η αδυναμία βοηθητικού πλαισίου υλοποίησης ΤΠΕ στις επιχειρήσεις, καθιστούν την οικονομία Βορείου Αιγαίου να κατέχει χαμηλό μερίδιο συμμετοχής στο εθνικό ΑΕΠ. Παράλληλα, ο φόβος μείωσης των τουριστικών αφίξεων, λόγω των αυξημένων εισροών μεταναστευτικού ρεύματος δυναμιτίζει τις δυσκολίες.

#### ***Β. Στρατηγικός σχεδιασμός στόχου επένδυσης στην πράσινη και μπλε ανάπτυξη, σύμφωνα με το Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου.***

Μείωση των εκπομπών διοξειδίου του άνθρακα, μέσω της ενίσχυσης της παραγωγικής αξιοποίησης ανανεώσιμων πηγών ενέργειας, εφαρμογή μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης απειλών της κλιματικής αλλαγής. Τα κύρια μέτρα προστασίας αφορούν την μείωση εκπομπών αερίων των θερμοκηπίων, προάσπιση των φυσικών πόρων έκαστου νησιού, καθώς και υπεράσπιση της ανθρώπινης ζωής και των περιουσιακών στοιχείων των ατόμων, από φυσικές καταστροφές, π.χ. πλημμύρες, σεισμούς κλπ.

Η πράσινη και μπλε επενδυτική ανάπτυξη αναμένεται να επιφέρει άνθιση της καινοτομικής αιεφόρου εξειδικευμένης επιχειρηματικότητας, αναβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης, καθώς θα αυξηθεί η ποιότητα ζωής και κατ'επέκταση ο μόνιμος πληθυσμός και η επισκεψιμότητα στα νησιά.

Το Περιφερειακό Σχέδιο Διαχείρισης Αποβλήτων, εναρμονίζεται με τις επιταγές του Εθνικού Σχεδίου Πρόληψης και Διαχείρισης Αποβλήτων με κεντρικές κατευθύνσεις την πρόληψη, την επαναχρησιμοποίηση, την ανακύκλωση, την άλλου είδους ανάκτηση πχ της ενέργειας, την ασφαλή τελική διάθεση στο σύνολο των νησιών του Βορείου Αιγαίου. Έχουν δημιουργηθεί εγκαταστάσεις στέρεων, βιοαποβλήτων και ανακυκλώσιμων αποβλήτων, καθώς και τεχνική καταγραφής των περιβαλλοντικών διαφοροποιήσεων.

#### **Swot Analysis:**

Δυνατά Σημεία: Σχετικά αναλλοίωτο οικοσύστημα, με πληθώρα ενδημικών και ποικιλομορφία σπάνιας χλωρίδας/πανίδας, εναρμονισμένα φυσικού κάλλους τοπία. Αποτελεσματική διαχείριση των πολιτικών προαγωγής της προστασίας του φυσικού περιβάλλοντος και μέτρων κατά της προκλητής επιβαρυνμένης κλιματικής αλλαγής.

Αδύνατα σημεία: Αναχρονιστικές εγκαταστάσεις και υποδομές μεταφοράς/διανομής ύδατος και ενέργειας, καθώς και κτιριακές εγκαταστάσεις, που

καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες ηλεκτρικής ενέργειας. Χρησιμοποίηση νερού, χωρίς άσκοπη κατασπατάλησή του. Υψηλό δυσβάστακτο κόστος αντικατάστασης πεπαλαιωμένων διαδικασιών, με σύγχρονες μεθόδους υδροληψίας και αντιρρυπαντικών τεχνολογιών. Καταστροφικά φυσικά φαινόμενα με δυσμενείς συνέπειες στο περιβάλλον και την κλιματική αλλαγή. Έλλειψη ευαισθητοποίησης/ενημέρωσης, για μείωση των εκπομπών ρύπων, από βιομηχανικές παραγωγικές μονάδες και τη Δημόσια Διοίκηση.

Ευκαιρίες: Υψηλές δυνατότητες εφαρμογής επενδυτικών προγραμμάτων ΑΠΕ., χρησιμοποίηση κονδυλίων ΕΣΠΑ, για ανανεώσιμες πηγές ενέργειας στην κατανάλωση των κτιριακών μονάδων. Η αναπτυξιακή χωρική αειφόρος ανάπτυξη, οι διατιθέμενοι πόροι, για τη διασφάλιση του περιβάλλοντος και η ευαισθητοποίηση των νησιωτών, θα συνδράμουν στην ομαλή και εύρυθμη πράσινη ανάπτυξη της περιφέρειας.

Απειλές: Η μόλυνση του περιβάλλοντος και η κλιματική αλλαγή έχει προέλθει κυρίως από τα στέρεα απόβλητα λατομείων/οικοδομής, την άτακτη διακοπή βιομηχανικών εργοστασίων, την λειτουργία εκτεταμένων ξενοδοχειακών εγκαταστάσεων, την αδυναμία χρονικής και λειτουργικής παρέμβασης στην πρόληψη και διαχείριση κινδύνων και κρίσεων, λόγω φυσικών καταστροφών.

**Γ. Στρατηγική πολιτική στοχοθεσία *ανάπτυξης περιφερειακής διασύνδεσης, μέσω της αναβάθμισης της κινητικότητας του Τομεακού Προγράμματος Ανάπτυξης Μεταφορών και Υποδομών, βάση του αντίστοιχου αναπτυξιακού προγράμματος περιφέρειας Βορείου Αιγαίου.***

Οι εξειδικευμένοι στόχοι επιδιώκουν την ανάπτυξη των έργων δημόσιας υποδομής μεταφορικών και συγκοινωνιακών υπηρεσιών υψηλής ποιότητας και ασφάλειας μετακίνησης, για βελτίωση της κινητικότητας, της προσβασιμότητας της δια-νησιωτικής, ενδο-νησιωτικής και διευρωπαϊκής περιφερειακής διασύνδεσης.

Επιχειρείται η άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων, της αποστέρησης σε αγαθά και υπηρεσίες και η ενδυνάμωση της προσπελασιμότητας των νησιών, με απώτερο σκοπό την ποιοτική και ποσοτική ανάπτυξη των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σχέδιο δράσης Νησιά Ίσων Ευκαιριών). Η κοινωνική ευημερία και συνοχή μπορεί να επέλθει μόνο με συνθήκες κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης.

**Swot Analysis:**

Δυνατά Σημεία: Αξιοσημείωτη κρίνεται η αναβάθμιση μεγάλου μέρους των υπάρχοντων επαρχιακών, οδικών δικτύων, καθώς και νέων οδικών υποδομών. Αρκετές από τις λιμενικές υποδομές χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακές προδιαγραφές.

Αδύνατα Σημεία: Οι αδυναμίες υπερτερούν λόγω της πολύ-νησιωτικής φυσιογνωμίας της περιφέρειας. Ενδο-νησιωτικά παρατηρείται ανεπαρκής δημόσια μεταφορά με μαζικά μέσα, γεγονός που αυξάνει το κόστος ιδίου μέσου μετακίνησης. Ενδοπεριφερειακά και διαπεριφερειακά η κινητικότητα δεν εξασφαλίζει συνδυασμένες μεταφορές, ούτε επάρκεια δρομολογίων, κυρίως τη χειμερινή περίοδο, με αποτέλεσμα το κόστος μετακίνησης να είναι αποτρεπτικό τις περισσότερες φορές.

Επίσης οι ευρωπαϊκοί χρηματοδοτικοί πόροι δεν μπορούν να καλύψουν τις ιδιαίτερα αυξημένες απαιτήσεις σε μεταφορικές υποδομές, ούτε σε ευρυζωνικά δίκτυα υψηλών ταχυτήτων. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να είχε ήδη διενεργηθεί η καθολική βιώσιμη αειφόρος αστική κινητικότητα, κυρίως στα μικρά νησιά.

Ευκαιρίες: Η αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας θα μπορούσε να διατελέσει εφαλτήριο ποιοτικής αναβάθμισης της προσβασιμότητας των νησιωτών, μέσω αντικατάστασης των παραδοσιακών μετακινήσεων, για συναλλαγές με τη Δημόσια Διοίκηση, με τις ψηφιακές εφαρμογές συνδιαλλαγής. Ομοίως η Τηλεϊατρική μπορεί να αναβαθμίσει τις ελλείψεις και ανεπάρκειες της άριστης προσπελασιμότητας, με ποιοτικές απομακρυσμένες υπηρεσίες Τηλε-φροντίδας.

Απειλές: Η αδυναμία χρονικά ορθολογικού στρατηγικού σχεδιασμού και χάραξης περιφερειακής πολιτικής μεταφορών και υποδομών καταδεικνύει την διαχρονική απομόνωση μεγάλου μέρους και έκτασης της νησιωτικής περιφερειακής επικράτειας.

**Δ. Στρατηγικός στόχος *προάσπισης και προαγωγής θεμελιωδών κοινωνικών δικαιωμάτων, όπως εξειδικεύεται στο Περιφερειακό Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Βορείου Αιγαίου.***

Η συγκεκριμένη τομεακή στοχοθεσία αφορά την ανάπτυξη εκπαιδευτικής πολιτικής και της απασχολησιμότητας. Θα πραγματοποιηθούν ενέργειες προώθησης της βελτίωσης του επιπέδου εκπαιδευτικής μόρφωσης και κατάρτισης των κατοίκων της περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, καθώς και ενεργητικές πολιτικές ενδυνάμωσης της απασχόλησης, της ασφάλειας και ποιότητας της εργασίας.

Η ενεργητική φιλοσοφία της «υγιούς» απασχόλησης ευελπιστείτε, ότι θα επιτρέψει την λειτουργική αποδοτική μετασχηματιστική παραγωγική δραστηριότητα, γεγονός που θα συνδράμει στην ανάπτυξη της επιχειρηματικής ανταγωνιστικότητας και εξωστρέφειας. Θα επιχειρηθεί η κοινωνική επανένταξη των ευάλωτων ομάδων της περιφέρειας, σε μια προσπάθεια κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης (Σχέδιο Δράσης Αγορά Εργασίας χωρίς Αποκλεισμούς).

**Η περιφερειακή στρατηγική για την καταπολέμηση της φτώχειας και την κοινωνική ένταξη,** βασίζεται πλήρως στην αντίστοιχη Εθνική Στρατηγική και επικεντρώνεται στην προαγωγή κάλυψης των βασικών αναγκών διαβίωσης και την καταπολέμηση των μεταβλητών, που προκαλούν τις συνθήκες φτώχειας, αποκλεισμού, περιθωριοποίησης και καταστάσεων κρίσης.

Η αντιμετώπιση των κινδύνων στιγματισμού, αποστέρισης, απομόνωσης των ευπαθών ομάδων επιδιώκεται να αντισταθμιστεί με πολιτικές χορήγησης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, προγράμματα προώθησης ικανοποιητικού επιπέδου στέγασης, ενίσχυση της προσβασιμότητας σε άτομα με αναπηρία κλπ.

Επιπρόσθετα, επιχειρείται η καθολική, ισότιμη προσβασιμότητα σε πρωτοβάθμιες/δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής φροντίδας, εκπαίδευσης, σε πάσης φύσεως υπηρεσίες, μέσω ενίσχυσης της ευαισθητοποίησης, ενημέρωσης των πολιτών (Σχέδιο Δράσης Πρόσβαση σε Υπηρεσίες για Όλους).

**Swot Analysis:**

**Δυνατά Σημεία:** Ενθαρρυντικά δημογραφικά στοιχεία αναφορικά με τη μείωση γήρανσης του πληθυσμού και των παραγωγικών ηλικιακών ομάδων, που συνοδεύεται από αύξηση της απασχολησιμότητας και ένταξης/επαναπροώθησης στο εκπαιδευτικό σύστημα. Χαμηλά επίπεδα των δεικτών φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, λόγω ορθολογικής διαχείρισης Σχεδίου Δράσης Κοινωνικής Ένταξης. Αύξηση της προσβασιμότητας στην δευτεροβάθμια περίθαλψη, με παράλληλη ενίσχυση του βιοϊατρικού εξοπλισμού. Η ποιότητα ζωής ενισχύεται σημαντικά από την δημιουργία αθλητικών εγκαταστάσεων και συλλόγων, μέσω των οποίων ενδυναμώνονται τα κοινωνικά δίκτυα και οι διαπροσωπικές σχέσεις.

**Αδύνατα Σημεία:** Η επακόλουθη συνέπεια της οικονομικής/πανδημικής κρίσης προκάλεσε αύξηση του δείκτη ανεργίας και άνιση μεταχείριση του γυναικείου πληθυσμού και των νέων στην αγορά εργασίας. Ταυτόχρονα το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο μόρφωσης και κατάρτισης ενισχύεται από την αδυναμία υποστήριξης του θεσμού της διά βίου μάθησης σε όλο το νησιωτικό σύμπλεγμα. Παρατηρείται η αδυναμία συνεργατικής διασύνδεσης και ορθολογικής συν-διαχείρισης μεταξύ Τοπικής και Περιφερειακής Διοίκησης.

**Ευκαιρίες:** Οι ευκαιρίες που μπορούν να αξιοποιηθούν θα προσδώσουν ποιοτική χροιά στην πρόσβαση των παρεχόμενων υπηρεσιών, λ.χ. τα ενισχυμένα ευρωπαϊκά



χρηματοδοτικά πλαίσια του ΕΣΠΑ 2021-2027 μπορούν να εισάγουν τις τεχνολογίες της πληροφορικής και επικοινωνίας στο υγειονομικό και εκπαιδευτικό σύστημα. Η τηλεϊατρική και το κοινωνικό δίκτυο στο Βόρειο Αιγαίο θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο αναβάθμισης των προσφερόμενων υπηρεσιών σε εύρος και ποιότητα στα απομακρυσμένα νησιά π.χ Άγιο Ευστράτιο, Οινούσες, Ψαρρά, Φούρνους. Το πανεπιστήμιο επίσης, μπορεί να αποτελέσει καθοριστικό παράγοντα συνεργασίας με την αγορά και τις ανάγκες της σε δεξιότητες/ειδικότητες του ανθρώπινου δυναμικού. Οι τομείς παρεμβατικής δράσεις θα πρέπει να εστιάσουν στην ενδυναμωτική προώθηση και αύξηση της απασχόλησης της οικονομικά παραγωγικής ηλικιακής ομάδας, συμπεριλαμβανομένων του γυναικείου φύλου, καθώς και σε πολιτικές κοινωνικής επιχειρηματικότητας ή ενίσχυσης όλων των παραγωγικών κλάδων, λ.χ. πρωτογενής τομέας, δευτερογενής, τριτογενής.

Απειλές: Αδυναμία ενσωμάτωσης της έξυπνης μετασχηματιστικής κουλτούρας στον πρωτογενή τομέα, γραφειοκρατικές παρεμποδίσεις ενίσχυσης της αυτοαπασχόλησης, καθώς και διαφυγή νεανικών ατόμων σε άλλες περιοχές οδηγούν στην συρρίκνωση της οικονομίας ή στην παρέκκλιση από τους επιθυμητούς ρυθμούς ανάπτυξης. Θίγεται ο σημαίνοντας ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συνδυαστικά με το μεταναστευτικό ζήτημα και την ελλειπή ποιοτική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, η κοινωνική προστασία και το δημόσιο αγαθό της υγείας δεν εξασφαλίζονται στην ολιστική τους διάσταση.

***Ε. Στρατηγική χάραξη στόχου προαγωγής της βιώσιμης και ολοκληρωμένης ανάπτυξης των αστικών, αγροτικών, παράκτιων περιοχών και τοπικών πρωτοβουλιών, όπως αναφέρονται στο Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Βορείου Αιγαίου.***

Η εν λόγω τομεακή στοχοθεσία αποβλέπει στη μετατροπή των γεωγραφικών/γεωφυσικών μειονεκτημάτων του πολύ-νησιωτικού συμπλέγματος, δηλαδή μέγεθος πληθυσμού, αποστάσεις διασυνδεσιμότητας, αποστέρηση πόρων που προκαλούν περιορισμό προηγμένης παραγωγικής δυνατότητας, σε τοπικές κοινωνίες στηριζόμενες στα παραδοσιακά ανθρωποκεντρικά παραγωγικά μοντέλα, με τη διασφάλιση του φυσικού περιβάλλοντος να υπερισχύει της σύγχρονης τεχνολογίας.

Ο σχεδιασμός χωρικής αειφόρου ανάπτυξης θα χρησιμοποιηθεί, ως πρωταρχική στρατηγική της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου, στην προσπάθεια αποκέντρωσης του πληθυσμού, μείωσης της αστικοποίησης, μέσω εκσυγχρονιστικής εξέλιξης της διασυνδεσιμότητας και προσβασιμότητας των τοπικών κοινωνιών με το εθνικό και διεθνές δίκτυο.

Υψηλό επίπεδο διαλειτουργικότητας των υπηρεσιών, η ασφάλεια των αποτελεσματικών μετακινήσεων, όποτε κρίνεται απαραίτητο, η ποιότητα των δημόσιων συγκοινωνιακών μεταφορικών υποδομών και η ανάπτυξη αξιόπιστων ανανεώσιμων ενεργειακών και ευρυζωνικών δικτύων, θα συμβάλουν στην ποιότητα των συνθηκών διαβίωσης και στην προσέλκυση μόνιμου πληθυσμού ή τουριστικού ανθρώπινου κεφαλαίου.

#### **Swot Analysis:**

Δυνατά Σημεία: Το φυσικό περιβάλλον της περιφέρειας αποτελεί σπάνιο οικοσύστημα, κυρίως ανεπεξέργαστου κάλλους, με έντονο το στοιχείο της διαχρονικής πολύ-πολιτισμικότητας. Τα τοπικά αγροτικά αυθεντικά πιστοποιημένα προϊόντα σε συνεργασία με ερευνητικά κέντρα μπορούν να προσδώσουν ποιοτική αναβάθμιση της πρωτογενούς τοπικής παραγωγικής δραστηριότητας, καθώς επίσης και η διασύνδεση της γαστρονομίας με την τουριστική προβολή προϊόντων. Η υπό σύσταση Περιφερειακή δομή στήριξης της επιχειρηματικότητας θα βοηθήσει στην εξωστρέφεια της οικονομίας.

**Αδύναμα Σημεία:** Τα αδύναμα σημεία καταγράφονται στην αποστέρηση πρόσβασης και αποκλεισμού λόγω της πολύ-νησιωτικής φύσης της περιφέρειας. Ιδιαίτερα σημαντικά κρίνονται τα μειονεκτήματα των χαμηλών εκπαιδευτικών δεξιοτήτων που χαρακτηρίζουν τους κατοίκους, το δημογραφικό στοιχείο του γηράσκοντος πληθυσμού και η διαφυγή των νέων, στοιχεία που αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες αστικοποίησης και του χαμηλού βαθμού κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης ακριτικών νησιών της περιφέρειας. Ο βαθμός ανάπτυξης επιδεινώνεται αν συνυπολογιστεί η αδυναμία των πολιτιστικών φορέων να ακολουθήσουν μια συνεργατική τακτική προώθησης της περιφέρειας. Οι μεταναστευτικές ροές ήρθαν να επισφραγίσουν το κλίμα υπανάπτυξης συγκεκριμένων περιοχών της περιφέρειας.

**Ευκαιρίες:** Οι ευκαιρίες επικεντρώνονται στο διεθνές ενδιαφέρον για εναλλακτικές μορφές τουρισμού και το μεσογειακό υγιεινό τρόπο διατροφής. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας στη χάραξη, σχεδιασμό, εφαρμογή των αναπτυξιακών πολιτικών, σε μια κοινή προσπάθεια και παραδοχή της αναγκαιότητας της χωρικής συνοχής θα μπορέσει να επιφέρει τα μέγιστα στην άρση της απομόνωσης αλλά και στη διατήρηση της έκαστης νησιωτικής φυσιογνωμίας.

**Απειλές:** Ο φόβος της αύξησης των ατόμων τρίτης ηλικίας και του δείκτη εξάρτησης φαντάζει απειλητικός στην επιθυμητή αειφόρο βιώσιμη ανάπτυξη.

### **3.3. Στρατηγικοί Αναπτυξιακοί Στόχοι Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου 2021-2027.** **Μια προσπάθεια συγκερασμού των επιχειρησιακών στρατηγικών στόχων της περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου με τα ιδανικά του Δείκτη Ανθρώπινης Ανάπτυξης και του εργαλείου Κοινωνικής Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού.**

Ο **σχεδιασμός δράσεων πολιτικών υγείας** παρουσιάζει τις τελευταίες δεκαετίες μια στροφή, προς την **προάσπιση θεμελιωδών ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων**, ανταποκρινόμενος στις σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές τάσεις των παγκοσμιοποιημένων κοινωνιών. Η αναγκαιότητα **σεβασμού της αξιοπρέπειας της προσωπικότητας του ατόμου**, η **διασφάλιση της υγιούς, μακρόχρονης και ποιοτικής διαβίωσης του συνόλου του πληθυσμού**, κατέστησαν επιτακτική τη μετατόπιση του ενδιαφέροντος και των εφαρμοζόμενων ευρωπαϊκών στρατηγικών σε προγραμματισμένες κατευθυντήριες πολιτικές **οικονομικής ανάπτυξης**, με παράλληλη εξασφάλιση **κοινωνικής ευημερίας και δικαιοσύνης**. (Σούλης Σ., 2015).

Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μέσω της χρησιμοποίησης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων του **δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης** κάθε χώρας διερευνούν τις **συνθήκες** σε εθνικό/πανευρωπαϊκό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, που επιφέρουν **θετική επίδραση στη βελτίωση κατάστασης υγείας** του πληθυσμού, στην αύξηση προσδόκιμης υγιούς επιβίωσης, καθώς και τις **αρνητικές επιπτώσεις** κοινωνικοπολιτισμικών, οικονομικών καταστάσεων. (Σούλης Σ., 2015).

Ο **συγκεκριμένος δείκτης** αποτυπώνει σημαντικά συμπεράσματα συγκριτικής ανάλυσης στο τοπικό, εθνικό, διεθνές στερέωμα της **διασύνδεσης του ατομικού εκπαιδευτικού μορφωτικού επιπέδου**, με την αγορά εργασίας, την επαγγελματική αποκατάσταση, το ύψος του μηνιαίου μισθού εργασιακών απολαβών, **τις συνθήκες καθημερινής διαβίωσης**, την **υιοθετούμενη κουλτούρα συμπεριφοράς**. Πώς η ατομική οργάνωση της ζωής, οι προσωπικές επιλογές/ευκαιρίες **επηρεάζουν** τον τρόπο συνθηκών διαβίωσης του **κοινωνικού συνόλου**, δηλαδή η επίδραση της **κοινωνικής αλληλεγγύης**. Διενεργούνται επίσης, μελέτες αναφορικά με ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, καθώς και **ψυχοκοινωνικές συμπεριφοριστικές καταστάσεις υγείας**, π.χ. ανθρωποκτονίες, αυτοκτονίες. (Σούλης Σ., 2015).

Η ανάγκη εκσυγχρονισμού των ευρωπαϊκών κατευθυντηρίων παρεμβάσεων πολιτικών υγείας και κοινωνικής προστασίας, καθόρισε την δημιουργία του θεμελιώδους εργαλείου κοινωνικής ανάπτυξης, της **«Κοινωνικής Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού, 2008»** μέσω μιας ενιαίας στρατηγικής συντονισμού στα πεδία της κοινωνικής ένταξης, της βιωσιμότητας του αποδοτικού συνταξιοδοτικού κλάδου και της ποιοτικά αναβαθμισμένης βιώσιμης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, της αποτελεσματικής συνεργασίας πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, τριτοβάθμιας περίθαλψης υγείας. (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2008).

**Σύμφωνα με το περιφερειακό πρόγραμμα Νοτίου Αιγαίου 2021-2027,** ανταποκρινόμενο στις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2020), διατυπώνονται οι 5 μελλοντικοί στρατηγικοί στόχοι και προκαθορίζονται οι παρεμβατικές δράσεις ανά συγκεκριμένη στοχοθεσία:

1. **Εκσυγχρονισμός αναπτυξιακής παραγωγικής δραστηριότητας,** με κυριότερους άξονες παρέμβασης την ερευνητική ενδυνάμωση των αντιστοίχων κέντρων, του πανεπιστημιακού φορέα, μέσω της προώθησης της επιχειρηματικής καινοτομίας και της διασύνδεσης των εκπαιδευτικών δεξιοτήτων με τις σύγχρονες ανάγκες της αγοράς εργασίας. Επίσης, επιχειρείται η αντιστροφή του τουριστικού μονοφωνίου, μέσω εμπλουτισμού των παραγόμενων αγαθών/υπηρεσιών και ενίσχυσης της ανταγωνιστικής τους θέσης στην ελεύθερη αγορά.

Επιπρόσθετα, προωθούνται οι επενδυτικές δράσεις βιώσιμης γαλάζιας οικονομίας, δηλαδή μιας οικονομίας βασισμένης στη διασφάλιση της προστασίας της υγιούς πλούσιας θαλάσσιας βιοποικιλότητας, καθώς και ψηφιακής ανάπτυξης και καινοτομίας. Ιδιαίτερη δηλαδή βαρύτητα δίδεται στην ανάπτυξη της επιστήμης της πληροφορικής και επικοινωνίας, καθώς και στην ψηφιακή εξυπηρέτηση των πολιτών.

Αξιοσημείωτη κρίνεται η εγκατάσταση/υποστήριξη συστημάτων Τηλεϊατρικής βοήθειας/συμβουλευτικής στα μικρά απομονωμένα νησιά, για βελτίωση της κατάστασης υγείας των ασθενών και άρσης των προβλημάτων προσβασιμότητας στην παροχή φροντίδας υγείας και ιατρικής ενημέρωσης. Η χρησιμοποίηση της Τηλεϊατρικής τεχνολογίας αναμένεται να διατελέσει τον προσδιοριστή της μείωσης των δαπανών υγείας, με την ταυτόχρονη άμεση παροχή εξ'αποστάσεως ποιοτικών καινοτομικών σύγχρονων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στα μικρά απομακρυσμένα ακριτικά νησιά ή στις δυσπρόσιτες περιοχές των νήσων αυτών.

2. **Μεταρρυθμιστική περιβαλλοντική πολιτική,** με έμφαση στην ανανεώσιμη ενεργειακή ανασυγκρότηση των ενεργοβόρων πεπαλαιωμένων κτιριακών εγκαταστάσεων, π.χ. σε νοσοκομεία, στη δημόσια διοίκηση, σε σχολεία. Η χρηματοδότηση για βιώσιμη γαλάζια επένδυση αφορά αντιπλημμυρικά έργα, την προφύλαξη των ακτών και πάσης φύσεως μέτρα πρόληψης ή αποκατάστασης φυσικών περιβαλλοντικών κινδύνων, που προκαλούνται από την κλιματική αλλαγή ή τον ανθρώπινο παράγοντα. Επιπρόσθετα, επισημαίνονται τα αναπτυξιακά έργα ολοκληρωμένου συστήματος υγρών αποβλήτων/ανακύκλωσης λυμάτων, καθώς και τα μέτρα ευαισθητοποίησης/ενημέρωσης, για την ορθολογική διαχείριση υδάτινων πόρων.

3. **Αναπτυξιακή περιφερειακή διασύνδεση και κινητικότητα,** με κύριους άξονες προτεραιότητας, την προώθηση αναπτυξιακής πολιτικής οδικών/θαλάσσιων υποδομών, με προδιαγραφές πράσινης αναβάθμισης του δικτύου μεταφορών. Οι συνθήκες ασφαλούς μετακίνησης, η μείωση του κόστους ελεύθερης διακίνησης ατόμων/αγαθών, η άμβλυνση νησιωτικής απομόνωσης και ανισότητας στην πρόσβαση ποιοτικών υπηρεσιών, αποτελούν «στοιχήματα» της αναπτυξιακής πολιτικής υποδομών και μεταφορών.

#### 4. Διασφάλιση κοινωνικής συνοχής και προώθησης στην αγορά εργασίας, μέσω:

A. δημιουργίας νέων θέσεων εργασίας, που θα στελεχωθούν από ανέργους, άτομα που διαβιούν στο κατώφλι της φτώχειας, ευάλωτες περιθωριοποιημένες ομάδες του πληθυσμού, π.χ. Ρομά, πρόσφυγες, μετανάστες. Προωθείται η ενίσχυση της κοινωνικής επιχειρηματικότητας, μέσω ενδυνάμωσης των κινήτρων προσέλκυσης πτυχιούχων αυτοαπασχολούμενων, καθώς και χρηματοδοτικών καινοτομικών προγραμμάτων απόκτησης ψηφιακών εφοδίων γνώσης χειρισμού των ΤΠΕ, κυρίως στους απομονωμένους μόνιμους κατοίκους των νησιωτικών περιοχών. Ενδεικτικά παρατίθενται η δράση «ανάπτυξη ψηφιακών δεξιοτήτων ατόμων, που αντιμετωπίζουν το κατώφλι της φτώχειας και ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες, λ.χ. ανήλικα τέκνα, άτομα τρίτης ηλικίας και μόνιμοι κάτοικοι απομονωμένων δυσπρόσιτων περιοχών».

B. επέκτασης ποιοτικών, ανοιχτής φροντίδας, υπηρεσιών, που θα προάγουν την αποϊδρυματοποίηση, την υγιή/ενεργητική μακροχρόνια φροντίδα υγείας ηλικιωμένων ή ατόμων με ειδικές ικανότητες. Οι εν λόγω δράσεις εξυπηρετούν την κατ'οίκον νοσηλεία και φροντίδα υγείας, με τις κινητές μονάδες να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, κυρίως στα ακριτικά απομονωμένα νησιά.

Επίσης, η αποϊδρυματοποίηση επιχειρείται με τις κάτωθι ενέργειες: το πιλοτικό πρόγραμμα φροντιστή ή προσωπικού βοηθού, για άτομα τρίτης ηλικίας ή ασθενείς χρόνιων νοσημάτων ή ΑμεΑ, καθώς και με τις εκσυγχρονιστικές τάσεις διασύνδεσης της ενεργητικής τοπικής κοινωνίας με την εξατομικευμένη μακροχρόνια φροντίδα υγείας.

Επιπρόσθετα, η αναβάθμιση παρεχόμενων υπηρεσιών στις ευάλωτες ομάδες, που πλήττονται ή αντιμετωπίζουν μειονεκτική θέση, περιθωριοποίηση, φτώχεια και αποκλεισμό επιδιώκεται να αντιμετωπισθεί με μέτρα προάσπισης, που αφορούν την στεγαστική πολιτική, λ.χ. ι) τις δομές φιλοξενίας αστέγων και τα κέντρα ημέρας, ιι) τις δομές υποστηριζόμενης ή ημιαυτόνομης διαβίωσης παροχής υπηρεσιών φροντίδας ή στέγασης, με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση (ΚΗΦΗ), ιιι) τις δομές συγκέντρωσης βασικών αγαθών, για αντιμετώπιση του υποσιτισμού, καθώς και μέτρα οικογενειακής πολιτικής προστασίας, για το παιδί ή τις κακοποιημένες γυναίκες, σε μια προσπάθεια καταπολέμησης κάθε μορφής διάκρισης ή καταχρηστικής εξουσίας.

Γ. εκσυγχρονισμού Π.Φ.Υ. σε ποιοτικές παρεχόμενες επικαιροποιημένες ανάγκες υγείας, π.χ. αντιμετώπιση ψυχικών νόσων, απεξάρτηση από επικίνδυνες ουσίες, με επίκεντρο την πρόληψη και αγωγή υγείας, κυρίως ευπαθών κοινωνικών ομάδων. Ενδεικτικά παρατίθενται ορισμένες δράσεις: προγράμματα αγωγής υγείας στις προσφυγικές δομές προσωρινής διαβίωσης, π.χ. διενέργεια εμβολιαστικής κάλυψης μεταναστών, ιατρική ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σε ζητήματα προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγιεινής.

Καθολική ανάπτυξη κτιριακών εγκαταστάσεων και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, στο σύνολο των δομών υγείας, με απώτερο σκοπό την ισότιμη πρόσβαση, καθολική διαθεσιμότητα, τις ίσες ευκαιρίες στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε κάθε έναν νησιώτη. Οι κυριότερες παρεμβατικές ενέργειες αποσκοπούν στην αναβάθμιση των πρωτοβάθμιων Κέντρων Υγείας, των Το.Μ.Υ. καθώς και συνολικά στις δομές της Π.Φ.Υ., με έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας.

Η πολυνησιωτική γεωφυσιολογία της περιφέρειας, για να χαρακτηρίζεται από καθολική ισότιμη προσβασιμότητα σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιου επιπέδου φροντίδας υγείας, το περιφερειακό πρόγραμμα επιστρατεύει την στελέχωση του ΕΚΑΒ και των τοπικών κινητών ιατρικών μονάδων, για εξάλειψη των περιφερειακών ανισοτήτων και βελτίωση του επιπέδου υγείας του συνόλου του πληθυσμού, κυρίως στην κάλυψη υγειονομικών αναγκών των απομονωμένων δυσπρόσιτων περιοχών.

Οι ευρωπαϊκοί οικονομικοί πόροι του ΕΣΠΑ και των Ευρωπαϊκών Διαρθρωτικών Ταμείων θα διανεμηθούν αποκλειστικά σε υπηρεσίες ανοιχτής φροντίδας υγείας και αφού πρώτα έχει διενεργηθεί **χαρτογράφηση ατομικών αναγκών**, απαιτήσεων-προσδοκιών σε παρεχόμενες υπηρεσίες, υφιστάμενες υποδομές και επίπεδο ακάλυπτων αναγκών. Απώτερο σκοπό αποτελεί η εξατομικευμένη παροχή φροντίδας υγείας ή κοινωνικής προστασίας, ανταποκρινόμενη στις αρχές της ελεύθερης ανεξάρτητης διαβίωσης, ισότητας στην επιλογή, καταπολέμησης των διακρίσεων, για να διασφαλισθεί η χωρική συνοχή και η αντιμετώπιση των δημογραφικών εξελίξεων, των περιφερειακών ανισοτήτων, λόγω της γεωγραφικής απομόνωσης.

Η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο των επαγγελματιών υγείας, στην επιμόρφωση και δια βίου κατάρτισή τους, αποτελεί βέλτιστη προτεραιότητα των κατευθυντηρίων οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για την διάθεση των κονδυλίων του ΕΣΠΑ.

Δ. ανάπτυξης σχολικών εγκαταστάσεων, από την προσχολική, μέχρι την διά βίου εκπαίδευση, με την παράλληλη ψηφιακή ενίσχυση σε σύγχρονες τεχνολογίες. Επίσης, προτεραιότητα θα διατελέσει η προώθηση εκσυγχρονισμού πλήρους κάλυψης της ειδικής αγωγής, αφού προηγουμένως προηγηθεί χαρτογράφηση αναγκών σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης, γενικής και ειδικής αγωγής, σε δομές και προσωπικό.

Οι ειδικοί εκπαιδευτικοί στόχοι εξειδικεύονται, για να διευκρινίσουν λεπτομερώς τη στρατηγική στοχοθεσία, που ανταποκρίνεται στην αρχή της ισότητας και θεμελίωσης του δικαιώματος της διαφορετικότητας. Μέσω των πρωτευόντων αξόνων δράσης προασπίζεται η ισότητα καθολικής προσβασιμότητας, στο ολικό εκπαιδευτικό σύστημα και στο σύστημα επαγγελματικής διά βίου μάθησης/κατάρτισης, με ιδιαίτερη προτεραιοποίηση στις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες.

Στο νομό Δωδεκανήσων παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ανήλικων τέκνων προσχολικής/πρωτοβάθμιας/δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, γεγονός που καταδεικνύει την αναγκαία δημιουργία νέων υποδομών όλων των βαθμίδων του εκπαιδευτικού συστήματος. Η πολιτική δράση «Εγγύηση για το Παιδί» επιχειρεί να επανεντάξει το υψηλό ποσοστό των νέων, που αποχώρησαν από την υποχρεωτική εκπαίδευση, αλλά και διενεργεί δράσεις επαναπροώθησης των παιδιών με ειδικές ικανότητες στα γενικά σχολεία, μέσω της συνεκπαίδευσης και της κατάλληλης υποστηρικτικής, συμβουλευτικής αρωγής της διεπιστημονικής ομάδας, για ένα εκπαιδευτικό σύστημα, ανταποκρινόμενο στις προσδοκίες/απαιτήσεις της Σύμβασης του ΟΗΕ των θεμελιωδών δικαιωμάτων, για την προστασία του παιδιού!

Επιπρόσθετα, βαρύτητα δίδεται στην αξιοποίηση της εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης, για να αντιμετωπισθεί ο κατακερματισμένος πολυδιάσπαστος χαρακτήρας του πανεπιστημίου Αιγαίου, οι ανεπάρκειες μεταδευτεροβάθμιων/τριτοβάθμιων λοιπών δομών επαγγελματικής κατάρτισης, σε μια προσπάθεια υπερπήδησης των εμποδίων και ανοδικής ακαδημαϊκής/ερευνητικής εξέλιξης του τριτοβάθμιου εκπαιδευτικού κλάδου.

Όμως, η καινοτομία στην εκπαίδευση/επιμόρφωση των δεξιοτήτων του εκπαιδευτικού προσωπικού θα προπορεύεται ή θα συγχρηματοδοτείται με τις δράσεις αναβάθμισης των δομών.

***Η εκπαίδευση συνδέεται άρρηκτα με την ευαισθητοποίηση των μελλοντικών ενηλίκων σε ζητήματα αγωγής/προαγωγής υγείας, καθώς και σε επιτυχημένες προοπτικές επαγγελματικού/κοινωνικού ποιοτικού υπόβαθρου και ευκαιριών ανέλιξης, παράγοντες, που αναβαθμίζουν τον τόπο κατοικίας, βελτιώνουν τις καθημερινές συνθήκες διαβίωσης, το επίπεδο υγείας της τοπικής κοινωνίας και επιτυγχάνεται κοινωνική συνοχή και ευημερία!***

##### **5. Ενίσχυση χωρικής συνοχής, μέσω της καταπολέμησης περιφερειακών ανισοτήτων.**

Η συνοχή και η ισότητα επιχειρείται να εξασφαλιστεί με αναπτυξιακές παρεμβατικές δράσεις, στις δομές και στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας/πρόνοιας και εκπαίδευσης, στα μικρά νησιά των Δωδεκανήσων και των Κυκλάδων. Η ενδοπεριφερειακή συνοχή επιτάσσει την αναδιαμόρφωση των συνθηκών διαβίωσης των μόνιμων κατοίκων, αλλά και των εποχιακών επισκεπτών, των μικρών παραμεθόριων νησιών, ακολουθώντας την φιλοσοφία της αναδιανεμητικής κοινωνικής δικαιοσύνης, στηριζόμενη στην καθολική κοινωνική ευημερία.

Παρατηρείται η αλληλεπίδραση και αλληλοσυμπλήρωση, όχι επικάλυψη, των στρατηγικών στόχων, καθώς η στοχοθεσία για αναβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης αφορά ι)την τοπική επιχειρηματικότητα/ανταγωνιστικότητα/καινοτομία, την ανάπτυξη της ψηφιακής τεχνολογίας και των ΤΠΕ, σε όλες τις εκφάνσεις της καθημερινότητας, ιι)την πράσινη/γαλάζια βιώσιμη επένδυση προφύλαξης του περιβάλλοντος, μέσω ενίσχυσης ανανεώσιμων πηγών ενέργειας, μείωσης περιβαλλοντικής ρύπανσης, διαχείρισης νερού, ιιι)την ασφάλεια του οδικού/λιμενικού δικτύου και την προώθηση της κινητικότητας με συμφέρουσες οικονομικές διευκολύνσεις μετακίνησης και αύξησης δρομολογίων, σε μια προσπάθεια άρσης της νησιωτικής απομόνωσης, ιιιι)την κοινωνική ένταξη ευάλωτων ομάδων, τόσο με στεγαστικές/οικογενειακές πολιτικές, όσο και με κοινωνικές υπηρεσίες, που θα επιτρέψουν την ενσωμάτωση στον κοινωνικοοικονομικό τοπικό ιστό.

Επιπρόσθετα, οι στοχοθεσίες 1,2,3,4, συνθέτουν την βελτίωση των συνθηκών καθημερινής διαβίωσης. Τέλος η βιώσιμη αστική ανάπτυξη των μεγαλύτερων σε έκταση και πληθυσμό νησιών, θα βασιστεί στην πράσινη και έξυπνη ανάπτυξή τους.

## **Κεφάλαιο 4 «Διενέργεια Ποιοτικής Έρευνας».**

Οι περιφερειακές υγειονομικές ανισότητες παρεμποδίζουν τη δημόσια φύση του αγαθού της υγείας και την ανάπτυξη της ζητούμενης κοινωνικής ευημερίας, εξαιτίας της αδυναμίας καθολικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού και της δυσκολίας προσβασιμότητας στο επιθυμητό και ποιοτικό εύρος παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ελληνική νησιωτική επικράτεια, κυρίως τα ακριτικά νησιά αντιμετωπίζουν σημαντικές καθημερινές προκλήσεις:

- σε γεωπολιτικό επίπεδο, όπου οι μόνιμοι κάτοικοι ως εθνοφρουροί υπερασπίζονται τα πάτρια εδάφη και την ελληνική κυριαρχία,
- σε πλήθος υγειονομικών, εκπαιδευτικών, κοινωνικοοικονομικών διακρίσεων, καθώς και σε πεπαλαιωμένες υποδομές και εγκαταστάσεις,
- σε γεωγραφική θalάσσια απομόνωση, διότι οι περιφέρειες Βορείου, Νοτίου Αιγαίου χαρακτηρίζονται πολυνησιωτικές, με έντονο το στοιχείο της χωρικής ασυνέχειας.

Οι μόνιμοι κάτοικοι των περιοχών αυτών διασφαλίζουν την επιτακτική αποκέντρωση, τη συμμένουσα τουριστική ανάπτυξη, την ελληνική κατοχή των απομακρυσμένων νησιωτικών εκτάσεων, από την υπόλοιπη ελληνική χερσαία επικράτεια, συνεπώς ορθολογικό θα ήταν οι αρμόδιοι φορείς να προσφέρουν ορθολογικά κίνητρα και ενδιαφέρουσες/ελκυστικές προϋποθέσεις συνέχισης της διαμονής στους συγκεκριμένους τόπους, μέσω:

- ποιοτικής ποσοτικής ενίσχυσης σε εξειδικευμένους και άρτια καταρτισμένους επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας,
- αναβάθμισης σύγχρονων εγκαταστάσεων υποδομής, υλικοτεχνολογικού και ψηφιακού εξοπλισμού,

για τη δημιουργία και διατήρηση κατάλληλων συνθηκών διαβίωσης σε υγειονομικό, εκπαιδευτικό, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, με απώτερο σκοπό τη βιώσιμη πράσινη, έξυπνη και μπλε αειφόρο ανάπτυξη, που θα εξασφαλίσει την ανάπλαση των μικρών νησιών, τη διασύνδεσή τους με τα μεγάλα αστικά κέντρα και τη ζητούμενη κοινωνική ενδυνάμωση και συνοχή!

*Ερευνητικό σκοπό* της παρούσας ποιοτικής μελέτης θα αποτελέσει η καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας υγείας, οι ελλείψεις και οι ανεπάρκειες, τόσο σε ανθρώπινο δυναμικό, όσο και σε ακάλυπτες ανάγκες, π.χ. διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, στοιχεία που θα προσδώσουν το επίπεδο ικανοποίησης/εμπιστοσύνης των μόνιμων κατοίκων από τις υπηρεσίες, που προσφέρονται στα ΠΕΔΥ Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, μοναδικές μονάδες υγείας, σε ολόκληρο το εκάστοτε νησί.

Η ανατροφοδότηση πληροφοριών από τους άμεσα εμπλεκόμενους, θα καταδείξει οργανωτικής/χρηματοδοτικής φύσεως προβληματικές, ποιοτικές προσδοκίες χρηστών και ένα πλαίσιο μελλοντικού σχεδιασμού νέων, προσαρμοσμένων στις σύγχρονες απαιτήσεις και στους πολυσύνθετους κινδύνους υγείας, παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης και φροντίδας. Η αντιμετώπιση υφιστάμενων δυσλειτουργιών, ακάλυπτων αναγκών, θα συνεισφέρει στη διασφάλιση αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης, βελτίωσης του επιπέδου υγείας, καθώς και στην προαγωγή ψυχικής και σωματικής ευημερίας.

Οι αντιλήψεις, η έκφραση των απαιτήσεων ή των προσωπικών εμπειριών των μόνιμων κατοίκων, η απόκλιση από το επιθυμητό ποιοτικό και σε εύρος επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό καθοριστικό παράγοντα στον ανασχεδιασμό πολιτικών υγείας, στην εκσυγχρονιστική ανασυγκρότηση του υγειονομικού συστήματος και στην ανάπτυξη της ψηφιακής διακυβέρνησης/διαλειτουργικότητας.

Ο καθορισμός του ερευνητικού προβλήματος προέκυψε από τη μελέτη της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, η οποία κατέδειξε τις προσδιοριστικές μεταβλητές, των οποίων η αλληλεπίδραση συμβάλει στην ικανοποίηση ή απογοήτευση των χρηστών, από το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας των Π.Π.Ι., στον βαθμό απόκρισης ή απόκλισης από τις υγειονομικές προσδοκίες τους, καθώς και στο αίσθημα εμπιστοσύνης ή ανασφάλειας των μόνιμων κατοίκων, από το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας του τόπου διαμονής τους.

Η ποιοτική έρευνα θα επιχειρήσει να εμβαθύνει στο ερευνητικό πρόβλημα θέτοντας ερευνητικές ερωτήσεις, των οποίων η αναλυτική επεξεργασία θα επιδιώξει την επίτευξη της ερευνητικής στοχοθεσίας. Κύρια ερευνητική υπόθεση ορίζεται η βελτίωση της ποιότητας και το προσδοκώμενο εύρος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, παράμετροι που ενδυναμώνουν τον βαθμό εμπιστοσύνης και ικανοποίησης των μόνιμων κατοίκων από τα Π.Π.Ι.

Ερευνητικοί στόχοι κρίνονται η διερεύνηση των σημαντικότερων παραγόντων, που θα επιφέρουν την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας δομής, λ.χ. ενίσχυση της μονάδας υγείας με εξειδικευμένες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας, που θα ανταποκρίνονται στις σύγχρονες τοπικές ανάγκες υγείας, καθώς και ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός των Π.Π.Ι., μέσω χρήσης ΤΠΕ, με απώτερο σκοπό την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών, ώστε να κριθούν αποτελεσματικά στη διαχείριση προληπτικής ιατρικής, υποστήριξη επείγουσας και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας.

Οι ερευνητικές ερωτήσεις, που θα συνεισφέρουν στην εκπόνηση του ερευνητικού σκοπού, δηλαδή της ανάπτυξης της δομής στο βαθμό που θα καλύπτει τις απαιτήσεις υγείας της τοπικής κοινωνίας, αφορούν:

- 1.τους λόγους επίσκεψης στη δομή, για να προσδιοριστεί το εύρος των παρεχομένων υπηρεσιών,
- 2.την άποψη των μόνιμων κατοίκων αναφορικά με τις ελλείψεις σε ειδικότητες επαγγελματιών υγείας και τις ανεπάρκειες σε προσφερόμενες υπηρεσίες, για να γίνει αντιληπτό το επίπεδο υποστελέχωσης της δομής σε ανθρώπινο δυναμικό και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, οι ακάλυπτες ανάγκες υγείας και η απόκλιση από το επιθυμητό επίπεδο προσδοκιών και απαιτήσεων,
- 3.την πεποίθησή τους στο υφιστάμενο μοντέλο διαχείρισης της μακροχρόνιας και επείγουσας νόσου, καθώς και προτεινόμενες βελτιωτικές πολιτικές υγείας.

Οι παρούσες ερευνητικές ερωτήσεις θα αποφέρουν σημαντικές πληροφορίες ανατροφοδότησης στα ζητήματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των ασθενών στην προληπτική ιατρική και διασφάλιση ποιοτικών ετών της χρόνιας νόσου, στην αυτοφροντίδα, την κατ'οίκον νοσηλεία, την ψηφιακή τεχνολογία της Τηλεϊατρικής και στο επιδημιολογικό τοπικό προφίλ των επιλεγμένων νησιών.

Η μεθοδολογία της παρούσας *ποιοτικής έρευνας* διεξήχθη με την *τεχνική συλλογής δεδομένων, τη διενέργεια* δομημένης συνέντευξης ερωτήσεων, στον υπό διερεύνηση πληθυσμό. Τον πληθυσμό αναφοράς αποτέλεσαν μόνιμοι κάτοικοι από μικρά πληθυσμιακού μεγέθους νησιά. Το μέγεθος του δείγματος του πληθυσμού μόνιμων κατοίκων μικρών νησιωτικών περιοχών ήταν ολιγάριθμο και απαριθμούσε **17 άτομα**, τα οποία επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της *στρωματοποιημένης δειγματοληψίας*, στο σύνολο του πληθυσμού αναφοράς.

Στρώματα/υποομάδες ορίστηκαν τα διαστήματα προκαθορισμένων ηλικιακών ομάδων, συγκεκριμένα τα διαστήματα 20-45 ετών, 46 ετών και άνω, καθώς και νησιά τόσο του Βορείου, όσο του Νοτίου Αιγαίου (Κυκλάδες και Δωδεκάνησα), για να εξασφαλιστεί, όσο το δυνατόν πληρέστερα, η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και η ακρίβεια των δεδομένων.



Η στρωματοποιημένη δειγματοληψία επιλέχθηκε, για να εξασφαλισθεί η αξιοπιστία των δεδομένων, σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο αβέβαιο περιβάλλον, για να επιτευχθεί συγκριτική ανάλυση των προσφερόμενων υπηρεσιών, των ατομικών προσδοκιών, με γνώμονα τις διαφορετικές προσλαμβάνουσες, τα ερεθίσματα, τις ανάγκες, τη συναναστροφή με άλλες πολιτισμικές κουλτούρες, που χαρακτηρίζουν τις εμπειρίες/βιώματα των διαφορετικών ηλικιακών ομάδων.

Η ανάλυση των δομημένων συνεντεύξεων κατέληξε στις κάτωθι παρατηρήσεις αναφορικά με τις επισημάνσεις, τις εμπειρίες, τα συναισθήματα και τις απόψεις των μόνιμων κατοίκων:

**1.** Αναφορικά με τους λόγους επίσκεψης στο Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο, σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ως πρώτιστες αιτίες την διενέργεια συνταγογράφησης και τον εμβολιασμό κατά Covid-19.

Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες μόνιμοι κάτοικοι της **Κύθνου** δήλωσαν ότι έχουν επισκεφθεί το ιατρείο, για διενέργεια κλινικής εξέτασης, αιματολογικών εξετάσεων περιορισμένου εύρους, καθώς και πραγματοποίηση καρδιογραφήματων, τονίζοντας ότι δυστυχώς καλύπτονται μόνο οι συγκεκριμένες εξετάσεις στη δημόσια δομή. Επσήμαναν την αναγκαιότητα ενίσχυσής της με πιο εξειδικευμένες εξετάσεις και εξοπλισμό, λ.χ. εκτέλεση ακτινογραφιών και απεικονιστικών εξετάσεων, υπερηχογραφικές ιατρικές γνωματεύσεις.

Οι αντίστοιχοι ερωτώμενοι της **Σερίφου** ανέφεραν ότι πραγματοποιούνται επίσης μόνο συγκεκριμένες αιματολογικές εξετάσεις και καρδιογραφήματα στο ιατρείο, αλλά δεν το προτιμούν και καταφεύγουν, για τον προληπτικό τους έλεγχο σε ιδιωτικές επιλογές στην Αθήνα.

Το δείγμα της **Νισύρου** κατέδειξε προγραμματισμένες και επείγουσες ιατρικές επισκέψεις, λόγω χάρη φαρμακευτική συνταγογράφηση, έκδοση παρακλινικών εξετάσεων, διενέργεια αιματολογικού ελέγχου, εμβολιασμούς, παιδιατρικά περιστατικά, κλινική εξέταση περιπτώσεων ιογενών λοιμώξεων, καθώς και καταγραφή ενός έκτακτου περιστατικού αντιμετώπισης κολικού νεφρού και κολίτιδας εντέρου.

Δύο εκ των συμμετεχόντων υπογράμμισαν την έλλειψη απεικονιστικών εξετάσεων, π.χ. ακτινογραφίες, η διαφοροποίηση των λεγόμενων τους αφορούσε στην ύπαρξη ή μη των κατάλληλων μηχανημάτων και του ενδεδειγμένου χώρου, όπου το ένα μέλος του δείγματος αποκρίθηκε ότι «μηχανήματα και κατάλληλος εγκεκριμένος χώρος υπάρχει, μέσω της προσφοράς ιδιωτών, αλλά λείπει ο κατάλληλος τεχνικός. Αν υπήρχε θα αποφεύγονταν πολλές μεταφορές σε άλλο νησί για έλεγχο/ακτινογραφία», ενώ το δεύτερο μέλος κατέγραψε ταυτόχρονη έλλειψη «ακτινολογικού μηχανήματος και υπερήχου».

Επιπρόσθετα, τρεις συμμετέχοντες της έρευνας επιθυμούν την «αλλαγή του ιατρείου σε πιο εξειδικευμένο με τον κατάλληλο εξοπλισμό», «ένα καινούργιο καλύτερο ιατρείο, με περισσότερα μηχανήματα και ειδικότητες», «ανάπτυξη του ιατρείου με περισσότερες εξετάσεις, υλικά και μηχανήματα», σε αντίθεση με το τέταρτο μέλος του δείγματος, όπου θεωρεί ότι η πρωτοβάθμια δομή υγείας χρήζει μόνο ενίσχυσης με επιστημονικό ιατρικό προσωπικό εξειδικευμένων ειδικοτήτων.

Η μητέρα, πέντε ανήλικων τέκνων, μόνιμος κάτοικος της νήσου **Μεγίστης Καστελόριζου**, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, μου αποκάλυψε, πέραν της καθιερωμένης επίσκεψής της στο Πολυδύναμο Ιατρείο, για εκτέλεση καρδιογραφήματος και λήψη αιματολογικών εξετάσεων, μια διαφορετική οπτική από την επικρατούσα σύγχρονη διαδικασία τοκετού. Μου ανέφερε την προτίμησή της και την επιθυμία που έγινε πράξη, να γεννήσει πέντε παιδιά στο σπίτι και όχι στο μαιευτήριο, υποστηρίζοντας την ιδεολογία της «όχι παρεμβάσεις στο φυσιολογικό τοκετό». «Η ευτοκία είναι φιλοσοφία τρόπου ζωής, όχι αντισυμβατική πράξη. Ο φυσιολογικός τοκετός στο σπίτι είναι απόλυτα

ασφαλής και η υγεία της μητέρας και του μωρού δεν συντρέχουν κανέναν απολύτως κίνδυνο, όταν οι συστηματικές προγραμματισμένες ιατρικές εξετάσεις είναι φυσιολογικές».

Η ενδιαφέρουσα συζήτηση ξεκίνησε εξιστορώντας μου την εμπειρία της προ διατίας, όπου το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο στελεχωνόταν επιπρόσθετα από μια επικουρική μαία. Οι ποιοτικά ελλιπείς παροχές που λάμβανε ήταν στα πλαίσια απλού υπερήχου, για να «ακούει με τον σύζυγο την καρδούλα του μωρού», καμία επιπρόσθετη/εξειδικευμένη πληροφορία ή ιατρική γνωμάτευση.

Το θάρρος και η δύναμη που απόπνεε με οδήγησαν στη διατύπωση περαιτέρω αποριών, αναφορικά με την πορεία της εγκυμοσύνης, την εμπειρία της ημέρας του τοκετού και τον συναισθηματικό ψυχισμό κατά τη διάρκεια της λοχείας. Πώς μπόρεσε να ανταπεξέλθει ψυχοσυναισθηματικά και οικονομικά, καθώς οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο νησί ήταν σχεδόν μηδαμινές, μπροστά στο δύσκολο, κατά την προσωπική μου γνώμη, εγχείρημα, το να φέρεις στον κόσμο ένα υγιέστατο μωρό και να μην κινδυνεύσει κανένας από τους δύο, τους 9 μήνες της κύησης.

Η ερωτώμενη του δείγματος με πληροφόρησε, ότι η μαία στο **Καστελόριζο** δεν είχε πρόσβαση σε κατάλληλο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, αντιδραστήρια, εξελιγμένα υπερηχογραφικά μηχανήματα, όπως επίσης και την αρμόζουσα διεπιστημονική συμβουλευτική υποστήριξη και συνεργασία, ώστε να προσφέρει περαιτέρω ενημέρωση, προγεννητική και μαιευτική βοήθεια, αντίστοιχη του υψηλού επιπέδου των δύο προσωπικών μαιών, που την παρακολουθούσαν σε όλη τη διάρκεια των προηγούμενων τεσσάρων κυήσεων/τοκετών της στην Αθήνα. Οι εν λόγω ανεπάρκειες της πρωτοβάθμιας μονάδας και των παρεχομένων υπηρεσιών του συστήματος υγείας της τοπικής κοινωνίας, ανάγκαζαν την εν λόγω οικογένεια σε υποχρεωτικές μετακινήσεις πρωτίστως στην Αθήνα και σε πολύ έκτακτες καταστάσεις, όταν κρινόταν αδύνατη η μεταφορά στην πόλη, πραγματοποιούσαν επίσκεψη στη Ρόδο.

Μου δήλωσε emphaticά την αναγκαιότητα αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας δομής σε σύγχρονο εξοπλισμό και υποδομές, για να ενισχυθεί σημαντικά η ποιότητα και η ποσότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, σε μια συντονισμένη προσπάθεια να αντιμετωπισθούν οι απαραίτητες ανάγκες των γυναικών παραγωγικής ηλικίας, καθώς και οι αντίστοιχες παιδιατρικές. Οι συχνές μετακινήσεις, για ιατρικούς λόγους εκτός μόνιμου τόπου κατοικίας, αποτελούν οικονομική δυσβάσταχτη κατάσταση, αν πρέπει να υπολογισθεί ως ιδιωτική δαπάνη του νοικοκυριού και δεν υπάρχει τη δεδομένη στιγμή η δυνατότητα δωρεάν συνεισφοράς και εθελοντικής αρωγής των μη κερδοσκοπικών οργανώσεων, που αποτελούν τα τελευταία χρόνια σημαίνουσα ενισχυτική βοήθεια.

Ο συνεντευξιζόμενος της νήσου **Οινουσσών** δήλωσε διαφορετικό λόγο επίσκεψης, το δάγκωμα Δράκαινας, όπου το επείγον αυτό περιστατικό αποτέλεσε τη μοναδική επαφή του με το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο. Επεσήμανε ότι φίλοι και γνωστοί που το έχουν επισκεφθεί, για ιατρικούς λόγους στο παρελθόν, σχημάτισαν άσχημη προσωπική γνώμη και δεν το επαναπέλεξαν, για περαιτέρω φροντίδα υγείας, μόνο για διενέργεια ελέγχου νόσησης από τον ιό του κορονοϊού (τεστ covid-19).

Το γεγονός αυτό επηρέασε την άποψη του ίδιου του συμμετέχοντα της εν λόγω μελέτης, παρόλο που από την προσωπική του εμπειρία αποκόμισε θετική εικόνα και αντίληψη, καθώς στην ερώτηση, αν εξυπηρετήθηκε πλήρως απάντησε ότι, καλύφθηκε με πλήρη επάρκεια η δεδομένη ανάγκη υγείας. Όμως, επικράτησαν στο μυαλό και στα λεγόμενά του οι εμπειρίες των υπόλοιπων γνωστών και φίλων, καθώς τόνισε δύο φορές ότι «δεν έχω εξακριβωμένη απάντηση, αλλά σύμφωνα με κάποια άτομα, που έχουν επισκεφθεί το ιατρείο, το προσωπικό δεν είναι και τόσο έμπιστο», «να υπάρχει πιο έμπιστο προσωπικό διότι η πρόσβαση σε κάποιο νοσοκομείο δεν είναι εύκολη και η Χίος που υπαγόμαστε δεν είναι άμεσα προσβάσιμη».

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η έλλειψη εμπιστοσύνης, η υπάρχουσα κακή φήμη των Π.Π.Ι. μπορεί να ανατραπεί με εκσυγχρονισμό του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και ενίσχυση των δομών με εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, όπως θα διαφανεί κάτωθι. Η νησιωτική απομόνωση ενδυναμώνει το αίσθημα φόβου και προκατάληψης των κατοίκων, όσο δεν συντελείται σφαιρική αναβάθμιση των Π.Π.Ι.

**2.** Αναφορικά με την *υπάρχουσα στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό* όλο το δείγμα της ποιοτικής έρευνας συμφώνησε ομόφωνα στην υποστελέχωση των εκάστοτε δομών, στην επιτακτική ανάγκη ενίσχυσης με εξειδικευμένες ειδικότητες, μα κυρίως της γενικής ιατρικής ή παθολογίας. Οι αμέσως επόμενες ιεραρχικά πολυσυζητημένες ειδικότητες αφορούσαν την παιδιατρική, την καρδιολογία, τη γυναικολογία-μαιευτική.

Στη νήσο *Νίσυρο* δύο συνεντευξιαζόμενοι συμπεριλαμβάνουν τον ακτινοδιαγνώστη στις σημαντικές ελλείψεις ιατρικών ειδικοτήτων, για να κατορθωθεί η παροχή ιατρικών απεικονιστικών διαγνώσεων, η εκμηδένιση της άσκοπης μετακίνησης σε άλλα νησιά ή σε ηπειρωτικές πόλεις και η συνεργασία του με πνευμονολόγο, είτε τον προσωπικό ιατρό των ασθενών με Χρόνια Αναπνευστικά Προβλήματα, είτε μέσω της Τηλεϊατρικής. Παρόλο που τα συγκεκριμένα άτομα ήταν χρόνιοι πάσχοντες αναπνευστικής νόσου, δεν επέλεξαν την ειδικότητα της πνευμονολογίας στις τρεις πρωταρχικές ειδικότητες, μετά την γενική ιατρική, γεγονός που συνηγορεί με την σχέση εμπιστοσύνης που έχουν χτίσει με τον θεράποντα ιατρό τους, καθώς και με την παγιωμένη αντίληψή τους περί της αναγκαστικής μεταφοράς τους σε διαφορετικό μέρος εκτός μόνιμης κατοικίας, για διαχείριση χρονίων ή εξειδικευμένων επειγόντων περιστατικών.

Η μοναδική ερωτώμενη που εξέφρασε μια επιπρόσθετη παραϊατρική ειδικότητα, ως σημαίνουσα προσθήκη επαγγελματιών υγείας, ήταν η μόνιμη κάτοικος του *Καστελόριζου*, όπου συμπεριέλαβε την ειδικότητα της μαιίας. Κρίνει ουσιαστική την συμβολή της στην παροχή υπηρεσιών, καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης, τοκετού, λοχείας, με την προϋπόθεση της δια βίου εξειδίκευσής της/επικαιροποιημένης κατάρτισής της, της μονιμότητάς της στη δομή, την ιατροτεχνολογική υποστήριξή του έργου της, καθώς και την αμοιβαία συμβουλευτική συνεργασία μεταξύ της μαιίας και ενός γυναικολόγου κατά τη διάρκεια της κύησης, ώστε να διασφαλισθεί η ομαλή και ακίνδυνη πορεία του τοκετού στο σπίτι, για όσες γυναίκες τον επιθυμούν ή πιθανά να ενδιαφερθούν στο μέλλον, καθώς επίσης και για όσες επιλέγουν τον τοκετό στο μαιευτήριο. Η συμβολή της μαιίας είναι καθοριστική!!!

Επιπρόσθετα, ήταν έκδηλη η αποθάρρυνση του δείγματος σχετικά με την επίτευξη μονιμότητας των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια δομή. Συγκεκριμένα, οι ερωτώμενοι μόνιμοι κάτοικοι της νήσου *Κύθνου* όταν αναφέρθηκαν στο αίσθημα εμπιστοσύνης που απόρρεε από τη διαπροσωπική σχέση, που είχε δημιουργηθεί μεταξύ του πληθυσμού και του προηγθέντος μόνιμου γενικού ιατρού διαπιστώθηκε η ταυτόχρονη απογοήτευσή τους στη κατάσταση των τελευταίων ετών με τους αγροτικούς ιατρούς.

Παρόλο που εκδήλωσαν την θετική πεποίθησή τους, για την προθυμία και την εξυπηρέτηση των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, την σημαντική συμβολή τους στην διαχείριση και παρακολούθηση των περιστατικών, μέσω της τηλε-βοήθειας, δεν μπόρεσαν να αποκρύψουν την αίσθηση επιθυμίας, για σταθερές και παγιωμένες διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ιατρού-ασθενή.

Στη συζήτηση αναφέρθηκε η δυσκολία συναισθηματικού αποχωρισμού, όταν λήξει η θητεία υπαίθρου και η διαδικασία ψυχολογικής αναμονής, για την κάλυψη της κενής θέσης, από έναν άγνωστο αγροτικό ιατρό, σε αντίθεση με τη μόνιμη νοσηλεύτρια της δομής, όπου έχει οικοδομηθεί σχέση αξιοπιστίας και σεβασμού.

Στην αντίπερα όχθη στην περίπτωση της **Σερίφου**, αξιοσημείωτο κρίνεται το γεγονός ενός πιο καταρτισμένου ολιγάριθμου υγειονομικού προσωπικού, με έναν γενικό ιατρό, 2-3 αγροτικούς, μια νοσηλεύτρια και έναν βοηθό μικροβιολόγου, που δε συνοδεύεται από αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης από τους συμμετέχοντες. Ενώ υπάρχει γενικός ιατρός, το δείγμα της μελέτης, δεν έχει εγγραφεί σε οικογενειακό ιατρό, όπως επίσης δεν έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες της δομής, για διενέργεια εξετάσεων, παρόλη τη στελέχωση με προσωπικό νοσηλευτικής και βοηθό μικροβιολόγου.

Παρομοίως, ο συμμετέχοντας στις **Οινούσσες**, όπως και οι ερωτώμενοι στην **Κύθνο**, **Καστελόριζο** δεν έχουν εγγραφεί στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού, κατάσταση που συνηγορεί με συνθήκες παραπληροφόρησης ή αδιαφορίας ή ελλείψεων σε εγγεγραμμένο ιατρικό προσωπικό ή ανεπαρκούς ενημέρωσης των πολιτών ή ακόμη και απογοήτευσής τους από το σύστημα υγείας. Στις **Οινούσσες**, η δικαιολογία απαντάται στον μοναδικό ιατρό υπόχρεο υπηρεσίας υπαίθρου στο νησί, ομοίως στο **Καστελόριζο** όπου στελεχώνεται από έναν αγροτικό και έναν οπλίτη ιατρό, στην **Κύθνο** στην έλλειψη ορθής ενημέρωσης, στα πλαίσια παραπληροφόρησης, από τον θεράποντα ιδιώτη ιατρό καρδιολόγο, ο οποίος κατήθυνε τους ασθενείς στην μη εγγραφή, διότι θα προέκυπτε δυσκολία στην συνταγογράφηση και στην συν-διαχείριση της χρόνιας νόσου, μεταξύ οικογενειακού ιατρού και θεράποντος ιδιώτη ιατρού, καθώς τον κύριο λόγο θα τον είχε ο δηλωμένος οικογενειακός ιατρός.

Στη **Σέριφο** δεν υπάρχει σαφή και τεκμηριωμένη άποψη, αλλά από τα συμφραζόμενα εικάζεται, ότι κύριο λόγο αποτελεί η έλλειψη εμπιστοσύνης και η απογοήτευση, από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και ο φόβος/ανησυχία, που παρατηρείται σε όλους τους κατοίκους των μικρών νησιών, για την μετακίνηση του μόνιμου ιατρικού προσωπικού σε άλλες δομές εκτός του νησιού και την αντικατάστασή τους από αγροτικούς.

Επιπρόσθετα, σημαντική αιτία θα μπορούσε να αποτελέσει ο ανεπαρκής αριθμός εγγεγραμμένων οικογενειακών ιατρών συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στην καθολική κάλυψη των πολιτών και αδυναμία συνολικής πληθυσμιακής αντιστοίχισής τους.

Το δείγμα της **Νισύρου**, αντιθέτως, έχει όλο πιστοποιηθεί ως εγγεγραμμένο στον κατάλογο του προσωπικού ιατρού γενικής ιατρικής του Πολυδύναμου Περιφερειακού Ιατρείου Νισύρου, Η μια συμμετέχουσα χαρακτηριστικά επεσήμανε ότι *«το ιατρείο καλύπτει άριστα τις ιατρικές μου ανάγκες, λόγω της ύπαρξης μόνιμης, έμπειρης και δραστήριας ιατρού επιμελήτριας...»*, δήλωση που φανερώνει τον βαθμό ικανοποίησής της από την εξυπηρέτηση που απολαμβάνει από την συγκεκριμένη ιατρό, τις προσδοκίες που καλύπτει η επιτέλεση του παραγωγικού έργου της, καθώς σε άλλη ερώτηση διευκρινίζει τον σημαίνοντα ρόλο του οικογενειακού ιατρού, όπου αναφέρει: *«η γιατρός εδώ δίνει κατευθύνσεις, για πιθανές διαγνώσεις, αλλά μετά οι ειδικοί αναλαμβάνουν, για να γίνει εις βάθος διάγνωση και έλεγχος»*.

Η σχέση εμπιστοσύνης και το αίσθημα ασφάλειας που έχει δημιουργηθεί μεταξύ της γενικής ιατρού και της μόνιμης κάτοικου της **Νισύρου**, δικαιολογούν την έκφραση *«το ιατρείο καλύπτει άριστα τις ιατρικές ανάγκες μου..»* καθώς γίνεται αντιληπτό, ότι η συμμετέχουσα αναφέρεται στις σωστές ιατρικές συμβουλές, κατευθύνσεις, διαγνώσεις της ιατρού, όχι στο σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών, όπου σε μετέπειτα ερώτηση παραπομπής σε άλλη δομή ή εξειδικευμένο ιατρό ειδικότητας, ελήφθη η κάτωθι απάντηση: *«με την συμβουλή της ιατρού επισκέφθηκα γυναικολόγο, ΩΡΛ, και διενήργησα, καρδιολογικό, ενδοκρινολογικό και μαστογραφικό έλεγχο»*, υπηρεσίες υγείας, που δεν καλύπτονται στο Π.Π.Ι., το οποίο δεν υποστηρίζει τις προηγηθείσες ειδικότητες και εξετάσεις.

3.Όσον αφορά τους **μακροχρόνιους πάσχοντες**, τη **διαχείριση και παρακολούθησή** τους, η μελέτη αποκόμισε συμπεράσματα από το δείγμα της **Κύθνου**, όπου αποτελείτο από έναν ασθενή με χρόνια αναπνευστικά προβλήματα και έναν με καρδιακή ανεπάρκεια. Η περίπτωση ασθενή με καρδιολογικό πρόβλημα εξυπηρετείται και ρυθμίζει την κατάσταση της υγείας του, από τα προγραμματισμένα ραντεβού σε ιδιώτη ιατρό στην Αθήνα.

Οι καθορισμένες ιατρικές επισκέψεις συνοδεύονται από κλινική εξειδικευμένη εξέταση και διενέργεια ολοκληρωμένου πακέτου ιατρικών απεικονιστικών/υπερηχογραφικών εξετάσεων. Η προκαθορισμένη μετακίνησή του στην πόλη του προσφέρει την ποιοτική μακροχρόνια διαχείριση της νόσου του.

Η συνέχεια και η διαθεσιμότητα της παρακολούθησης της νόσου συντελείται, μέσω της συνεργασίας του θεράποντα καρδιολόγου του ασθενούς, του ιατρού υπόχρεου υπηρεσίας υπαίθρου και της χρήσης Τηλε-βοήθειας, όπου ο εξειδικευμένος ιατρός ενημερώνει και συμβουλεύει τον αγροτικό, στη διενέργεια κλινικής εξέτασης ή λήψης καρδιογραφήματος ή στην αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής ή σε περαιτέρω έκτακτη/διαχειρίσιμη αντιμετώπιση της υγείας του ασθενούς.

Το περιστατικό με την χρόνια αναπνευστική νόσο υποστηρίζεται από τον ιδιώτη πνευμονολόγο ιατρό στην Αθήνα και σε έκτακτες καταστάσεις ο αγροτικός ιατρός και η δομή μπορούν να προσφέρουν οξυγόνο και μάσκα νεφελοποιητή στα πλαίσια της βραχείας νοσηλείας. Επιπρόσθετα ο χρόνιος πάσχοντας έχει προμηθευτεί κατ'οίκον οξυγόνο, για ιδιωτική χρήση σε μόνιμη βάση, ομοίως και όσοι μόνιμοι κάτοικοι έχουν εκδηλώσει Χ.Α.Π.

Επιπρόσθετο παράδειγμα χρόνιου ασθενή με Χ.Α.Π. αποτελεί ένας μόνιμος κάτοικος του δείγματος από την **Νίσυρο**, όπου η μακροχρόνια νόσος του είναι το αλλεργικό βρογχικό άσθμα. Συγκεκριμένα αναφέρει ότι *«όταν νοσώ και παθαίνω βρογχίτιδες, αναγκαστικά πρέπει να πηγαίνω στην Κω, να με βλέπει ο πνευμονολόγος, για να παίρνω τη σωστή αγωγή»*. Η έλλειψη ακτινοδιαγνώστη στο Π.Π.Ι. Νισύρου επιβάλλει την μεταφορά του ασθενούς στην Κω ακόμη και για μια απλή πραγματοποίηση ακτινογραφίας θώρακος ή σπινθηρογράφηματος, μετακίνηση που θα μπορούσε να έχει αποφευχθεί με την κατάλληλη επιπρόσθετη στελέχωση του ιατρείου ή μέσω της ψηφιακής ιατρικής και της δια βίου εκπαίδευσης του υπάρχοντος δυναμικού επαγγελματιών υγείας της δομής, π.χ. για διενέργεια τηλε-ακτινολογίας ή τηλε-σπιρομέτρησης στα τηλε-εξ' αποστάσεως πνευμονολογικά τακτικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Αντιλαμβανόμαστε ότι η ανάπτυξη ολοκληρωμένου συστήματος Τηλεϊατρικής σε κάθε Π.Π.Ι. θα συνεισφέρει τα μέγιστα στην ποιοτική παροχή μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, συνδυαστικά με την εξειδίκευση συνολικά του υγειονομικού προσωπικού, που επανδρώνει ή πρόκειται να στελεχώσει κάθε δομή, όπου η επικαιροποιημένη και εξατομικευμένη γνώση των θεραπευτικών ιατρικών πρωτοκόλλων κάθε νόσου, θα επιφέρουν τη πολυπόθητη ποιότητα και μοναδικότητα στη φροντίδα της χρόνιας νόσου. Η προσέλευση, η κατάρτιση και δια βίου εκπαίδευση ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού προσωπικού, η εύρυθμη συνεργασία και επιστημονική αλληλοεπικάλυψή τους στην παραγωγή ιατρικού/κοινωνικού έργου θα αποτελέσουν τον κινητήριο μοχλό, για την ολιστική προσέγγιση της ολοκληρωμένης παροχής φροντίδας των πολιτών των μικρών νησιών.

4.Τα ευρήματα της έρευνας, για την **αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και την υποστηρίξιή τους στη βραχεία νοσηλεία** κατέδειξαν συναφή πορίσματα σε όλα τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία.

Οι έκτακτες ανάγκες των μόνιμων κατοίκων καλύπτονται στο ελάχιστο, όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν οι συμμετέχοντες της νήσου **Σερίφου**, οι οποίοι εξέφρασαν το άγχος και τους φόβους τους στην περίπτωση αεροδιακομιδής ή αναγκαστικής μεταφοράς

τους με ταχύπλοο μέσο, αν ο χρόνος και ο καιρός θα αποδειχθεί αρκετός και σύμμαχός τους, για να ολοκληρωθεί η διαδικασία εισαγωγής τους στο νοσοκομείο της Σύρου ή της Αθήνας. Η ανασφάλεια που τους προκαλεί η έλλειψη δυνατότητας νοσηλείας μεταφράζεται στον χαμηλό βαθμό εμπιστοσύνης και ικανοποίησης που αισθάνονται, από το εύρος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, του Πολυδύναμου Περιφερειακού Ιατρείου.

Τα Πολυδύναμα **Σερίφου και Κύθνου** εξυπηρετούν μόνο απλές έκτακτες ανάγκες υγείας, κυρίως στα πλαίσια πρώτων βοηθειών, με μοναδική διαφορά την ύπαρξη οδηγού ΕΚΑΒ στην Κύθνο, ο οποίος συνδράμει στην αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Επιπρόσθετα, διαφαίνεται η προτίμηση του δείγματος Σερίφου και Κύθνου στο νοσοκομείο της Αθήνας, έναντι της Σύρου, παρόλο που τα Πολυδύναμα υπάγονται στο νοσοκομείο Σύρου, καθώς και της προσωπικής επιλογής τους στον ιδιωτικό ιατρικό τομέα της Αθήνας.

Παρόμοια ανάλυση προκύπτει και για το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο **Οινουσσών**, όπου τα επειγόντα περιστατικά καλύπτουν μόνο πρώτες βοήθειες και ανάγκη για αεροδιακομιδή ή θαλάσσια μεταφορά πραγματοποιείται στο νοσοκομείο Χίου επί το πλείστον. Ο συνεντευξιαζόμενος παρομοίως ανέφερε τη δυσκολία προσβασιμότητας, λόγω της νησιωτικής κατακερματισμένης φύσης και χωρικής ασυνέχειας της περιφέρειας, παράγοντες που επιτάσσουν την αναγκαιότητα εκσυγχρονισμού της πρωτοβάθμιας δομής. Ίδια απάντησα ελήφθη και από την συμμετέχουσα της νήσου **Μεγίστης**, με μόνη διαφοροποίηση, ότι η πλειοψηφία των επειγόντων περιστατικών μεταφέρονται στη Ρόδο.

Μια συμμετέχουσα της έρευνας από τη **Νίσυρο**, μοιράστηκε την προσωπική της εμπειρία, ως επείγον περιστατικό στη βραχεία νοσηλεία του Π.Π.Ι. με συμπτώματα οξείας κολίτιδας και κολικών νεφρού. Η προθυμία και οι γνώσεις, κυρίως της γενικής ιατρού και μετέπειτα των 3 νοσηλευτών, καθώς και η τηλε-βοήθεια δεν ανταποκρίθηκαν πλήρως στις απαιτήσεις του έκτακτου περιστατικού και η ακάλυπτη υπερηχογραφική ανάγκη υγείας εκτελέστηκε με υποχρεωτική θαλάσσια μεταφορά στο νησί της Κω. Η ερωτώμενη εξέφρασε τη δυσκολία μετακίνησής της την επόμενη ημέρα, για πλήρη και εμπειρισταωμένο υπερηχογραφικό έλεγχο: *«ήταν πολύ δύσκολο και επίπονο την επόμενη ημέρα, όπου έπρεπε να μπω στο καραβάκι να πάω στην Κω, για να κάνω υπέρηχο και να δουν τι ακριβώς έχω»*.

**5.Η διασύνδεση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και την Τοπική Κοινωνία** ακολουθεί εκσυγχρονιστικές τάσεις και αναπτυξιακές πολιτικές παρέμβασης στην παροχή προληπτικής ιατρικής και προαγωγής της υγείας.

Ο Δήμος **Κύθνου** παραδείγματος χάριν έχει συνάψει ιδιωτικό συμβόλαιο με ιδιώτη παιδίατρο, ο οποίος επισκέπτεται το νησί μία φορά το μήνα. Παρόμοιες ενέργειες εκτελούνται μέσω συμφωνητικών με άλλες εξειδικευμένες ειδικότητες ιατρικής, όπως μου δήλωσαν οι κάτοικοι: *«πρόσφατα μας επισκέφθηκε ΩΡΛ και οι ιατρικές δωρεάν προγραμματισμένες επισκέψεις του στο νησί διενεργούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα»*.

Επιπρόσθετα, ο Δήμος σε συνεργασία με κλιμάκιο καταρτισμένων ιατρών εξειδικευμένων ειδικοτήτων προσφέρει τη δυνατότητα ολοκληρωμένου προληπτικού check-up, καθώς μέσω κλινικών και εξειδικευμένων εξετάσεων διεκπεριώνεται προσυμπτωματικός και ανά τακτά χρονικά διαστήματα επανέλεγχος, για να διασφαλισθεί η ολιστική προσέγγιση της υγείας, πρόληψη-διάγνωση-θεραπεία-αποκατάσταση ή μακροχρόνια ποιοτική διατήρηση της νόσου.

Οι κάτοικοι του δείγματος φανέρωσαν την ικανοποίησή τους από την παρεμβατική δράση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, διότι μπορούν να ελέγξουν την κατάσταση της υγείας τους, έστω και περιστασιακά, όμως εκδήλωσαν την επιθυμία για αναβάθμιση και

ενίσχυση της δομής σε ιατρικό εξειδικευμένο ανθρώπινο δυναμικό και επέκταση του εύρους των απεικονιστικών, υπερηχογραφικών και μικροβιολογικών εξετάσεων.

Την ίδια απαίτηση, αναφορικά με την ανάπτυξη του Πολυδύναμου Ιατρείου, εξέφρασαν και οι μόνιμοι κάτοικοι του δείγματος της **Σερίφου**. Το δείγμα της μελέτης δεν αναφέρθηκε με τόση έμφαση στις τακτικές προσυμπτωματικές ενέργειες του Δήμου, αναφορικά με προγράμματα αγωγής υγείας και προληπτικής ιατρικής, συγκριτικά με το αντίστοιχο της Κύθνου. Δήλωσαν απλώς ότι διενεργούνται δωρεάν εξειδικευμένες εξετάσεις από τον μη κερδοσκοπικό οργανισμό «Γλάροι του Αιγαίου» και δεν επεκτάθηκαν περαιτέρω.

Ο Δήμος **Νισύρου**, το έτος 2022, όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν 4 άτομα του δείγματος «*πληρώνει παιδίατρο και καρδιολόγο από την Ρόδο και έρχονται μια φορά το μήνα στο νησί*», για να εξυπηρετηθούν πάγιες ανάγκες υγείας. Πρόσθεσαν επίσης ουσιαστικές πληροφορίες, για τις μη κερδοσκοπικές οργανώσεις «Ανοιχτή Αγκαλιά» και «Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος», οι οποίοι διοργανώνουν μια φορά κάθε χρόνο δωρεάν προληπτικές εξετάσεις από εξειδικευμένο κλιμάκιο ιατρών.

Αντίθετα, στα λοιπά **ακριτικά νησιά** παρατηρείται η **συνεργασία του Υπουργείου Υγείας με το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας** σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό, καθώς τα μικρά πληθυσμιακά και σε έκταση νησιά, κυρίως υποστηρίζονται από το πολεμικό ναυτικό, την αεροπορία και το στρατό. Η συζήτηση με μόνιμο κάτοικο της **Τήλου** κατέδειξε τις σημαντικές ελλείψεις στο νησί, όπου το προσωπικό των επαγγελματιών υγείας τροποποιήθηκε, από την τελευταία καταγραφή του 2021 και το έτος 2022 πλέον στελεχώνεται από έναν οπλίτη ιατρό υπόχρεο υπηρεσίας υπαίθρου άνευ ειδικότητας, με ταυτόχρονη έλλειψη και νοσηλευτικού προσωπικού. Οι ανάγκες των μόνιμων κατοίκων του νησιού σχεδόν εξυπηρετούνται από τις προγραμματισμένες επισκέψεις κλιμακίου εξειδικευμένων ιατρών του πολεμικού ναυτικού. Επιπρόσθετα, καταγράφονται σοβαρές ελλείψεις και σε φάρμακα. Η ανησυχία του συμμετέχοντα ήταν έκδηλη «αν δεν υπήρχε ο στρατός, τα περισσότερα από τα μικρά ακριτικά παραμεθόρια νησιά θα είχαν ερημώσει»!!!

Η έρευνα στη **Μεγίστη Καστελόριζο** κατέδειξε την ουσιαστική συνδρομή του **εφοπλιστή Μαρτίνου**, όπου μία με δύο φορές το χρόνο επανδρώνει κλιμάκιο εξειδικευμένων ιατρικών ειδικοτήτων προσφέροντας στους κατοίκους του νησιού ολοκληρωμένο πρόγραμμα προληπτικών εξετάσεων. Η **συμβολή του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας** είναι καθοριστική, καθώς συνεισφέρει στις εθελοντικές ενέργειες, που διενεργούν μη κερδοσκοπικοί φορείς, όπως για παράδειγμα τον Οκτώβριο του 2022, όπου έλαβε χώρα ο εξειδικευμένος προσυμπτωματικός έλεγχος, υπό την αιγίδα της **ΑμΚΕ «Ομάδας Αιγαίου»** με την παράλληλη υποστήριξη του Πολεμικού Ναυτικού και του Λιμενικού Σώματος.

Αξιοσημείωτη αρωγή χαρακτηρίζεται η προσπάθεια καταπολέμησης της υπογεννητικότητας, που μαστίζει κυρίως τα ακριτικά μικρά νησιά, μέσω της μη κερδοσκοπικής εταιρίας **HOPEgenesis**, η οποία με τα δωρεάν προγράμματα ενισχύει την γονιμότητα και ενθαρρύνει την γεννητικότητα στα ακριτικά νησιά δράσης της.

Η συμμετέχουσα της **Μεγίστης** ανέφερε την «*ανάσα ελπίδας και ζωής*» που επέφερε η εθελοντική αυτή πράξη της μη κερδοσκοπικής εταιρίας στον γυναικείο παραγωγικό πληθυσμό του **Καστελόριζο**, καθώς οι γυναίκες απαλλαγμένες πλέον από το άγχος και την ανασφάλεια της νησιωτικής απομόνωσης και των σοβαρών ελλείψεων της δομής υγείας μπορούν να ατενίζουν ελπιδοφόρα το μέλλον, καθώς η εταιρία τους προσφέρει ασφάλεια και προστασία σε όλη την πορεία της κυοφορίας τους και της γέννησης των παιδιών τους. Δωρεάν μεταφορά, διαμονή στην περιοχή επιλογής τους, μια εβδομάδα πριν την Πιθανή Ημερομηνία Τοκετού, καθώς η εταιρία αποτελείται από ένα ευρύ δίκτυο ιατρών, κέντρων και νοσοκομείων σε όλη την ελληνική επικράτεια, ιατρικές

εξετάσεις και επισκέψεις άνευ αμοιβής, τόσο προγραμματισμένες όσο και για επείγουσες καταστάσεις κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, αποτελούν μερικές από τις παροχές που ενδυναμώνουν την εμπιστοσύνη, την ασφάλεια και την προστασία των νέων γυναικών όπως εμφιατικά επεσήμανε η συνεντευξιαζόμενη της έρευνας.

*«Ο αγώνας, η προθυμία εξυπηρέτησης του επικουρικού προσωπικού του ιατρείου στις τοπικές μας ανάγκες υγείας είναι αδιαμφισβήτητα, όμως δεν αρκούν για να καλύψουν τις πραγματικές απαιτήσεις στο σύνολό τους, οπότε παρεμβάσεις όπως της HOPEgenesis, της Ομάδας Αιγαίου, του εφοπλιστή και του Ναυτικού διαμορφώνουν ένα πολύ υποστηρικτικό πλαίσιο αντιμετώπισης όλων των καταστάσεων υγείας του μόνιμου πληθυσμού».*

Την ποιοτική έρευνα έρχεται να συμπληρώσει και να ολοκληρώσει μια συνοπτική αλλά ουσιαστική καταγραφή της οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών υγείας στην ακριτική νήσο **Κω**, για να μπορέσει η διπλωματική εργασία να αποτυπώσει τις περιφερειακές υγειονομικές ανισότητες, από την οπτική 5 συμμετεχόντων.

Η **Κως** επιλέχθηκε με γνώμονα την πληθυσμιακή, την χωροταξική και την χιλιομετρική έκτασή της. Αποτελεί μεγάλου μεγέθους παραμεθόριο νησί, στο οποίο τα τελευταία χρόνια παρατηρείται **ανάπτυξη του ιδιωτικού υγειονομικού τομέα, με ταυτόχρονη ενίσχυση του αντίστοιχου στρατιωτικού**. Η νήσος Νίσυρος υπάγεται και εξυπηρετείται πρωτίστως από την Κω.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν την ύπαρξη τριών μεγάλων ιδιωτικών ακτινοδιαγνωστικών κέντρων, όπου διενεργούνται αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες, ψηφιακές μαστογραφίες, υπερηχογραφικές διαγνώσεις, με μοναδικό μειονέκτημα ότι οι υπερηχογραφικοί έλεγχοι κύησης δεν διενεργούνται από εξειδικευμένους εμβρυολόγους, οπότε τα αποτελέσματα είναι αμφίβολα. Επιπρόσθετα, ανέφεραν την ίδρυση πολλών αξιολόγων μικροβιολογικών ιδιωτικών εργαστηρίων συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ.

Η άνθιση του ιδιωτικού πρωτοβάθμιου τομέα διενεργήθηκε, εξαιτίας της δημιουργίας ιδιωτικών στρατιωτικών ιατρείων εξειδικευμένων ειδικοτήτων, οι οποίοι πιστοποιήθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και ταυτόχρονα σύναψαν σύμβαση με τα έμμεσα μέλη του στρατού.

Αναφορικά με τον δημόσιο τομέα και συγκεκριμένα με το **Γενικό Νοσοκομείο Κω, το οποίο συστεγάζεται με το αντίστοιχο Κέντρο Υγείας** παρατηρήθηκε ανάπτυξη των τμημάτων, καθώς απαρτίζεται πλέον από γυναικολογικό/μαιευτικό τμήμα, νεφρολογικό, χειρουργικό κλπ, όμως συνάμα οι ελλείψεις προκαλούν τρομερές δυσλειτουργίες, με αποτέλεσμα την στροφή στον ιδιωτικό τομέα του νησιού, της Αθήνας ή της γειτονικής χώρας.

Σοβαρές ανεπάρκειες σε αναλώσιμα υλικά, η αδυναμία υποστήριξης στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, οι ελλείψεις σε πληθώρα μικροβιολογικών αντιδραστηρίων, σε καταρτισμένο προσωπικό κατευθύνουν τους πολίτες στην επιλογή του ιδιωτικού τομέα στην Κω ή στην Αθήνα, αν υπάρχει η οικονομική ευχέρεια ή στην οικονομική λύση του Τούρκικου ιδιωτικού τομέα, κυρίως στις χειρουργικές επεμβάσεις, όπου το κόστος είναι ιδιαίτερα χαμηλό και το προσωπικό χαρακτηρίζεται εξειδικευμένο και έμπειρο.

Το νεφρολογικό τμήμα παρόλο που έχει ενδυναμωθεί σημαντικά, κυρίως τα τελευταία χρόνια με την εθελοντική και μη κερδοσκοπική συμβολή της τοπικής κοινωνίας και των νεφρολογικών μη κερδοσκοπικών οργανώσεων, αδυνατεί να καλύψει τις συνολικές ανάγκες υγείας, με αποτέλεσμα μόνιμοι κάτοικοι να αναγκάζονται σε τακτική μεταφορά στο γειτονικό νοσοκομείο της Καλύμνου για αιμοκάθαρση.

Το γυναικολογικό-μαιευτικό τμήμα έχει ενισχυθεί, όμως δημιουργεί ιδιαίτερη ανασφάλεια η έλλειψη νεογνολογικής μονάδας, το οποίο σημαίνει την αεροδιακομιδή του βρέφους στην Κρήτη. Μια συμμετέχουσα της έρευνας εξέφρασε την ανησυχία της στην



πιθανή μελλοντική εγκυμοσύνη της, αν κάποια επιπλοκή κρίνει επιτακτική την αερομεταφορά του νεογνού στην Κρήτη. Συγκεκριμένα ανέφερε τα αρνητικά συναισθήματα που την διακατέχουν, τον φόβο και την απελπισία μη βιώσει ότι μια γνωστή της στο παρελθόν. Η συζήτηση έθιξε και το οικονομικό ζήτημα της διαμονής σε διαφορετική πόλη από τη μόνιμη κατοικία της, εκτός τον ψυχολογικό Γολγοθά.

Επίσης, σοβαρά παιδιατρικά περιστατικά που χρήζουν νοσηλείας και Μονάδας Εντατικής Θεραπείας δεν μπορούν να υποστηριχθούν στην Κω και μεταφέρονται κυρίως Αθήνα ή όπου τους ανακοινώσει το ΕΚΑΒ, όπου σημειωτέον υπάρχει μόνο ένα ασθενοφόρο σε ολόκληρο το νησί. Μια δεύτερη ερωτώμενη μοιράστηκε την άσχημη εμπειρία της με τον 6χρονο γιο της, όπου λόγω νόσησης από τον κορονοϊό, το παιδί ήταν το πρώτο πανελλαδικό περιστατικό, που εμφάνισε τετραπληγία και εγκεφαλίτιδα και έρχοζε άμεσης αερομεταφοράς στην Αθήνα. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης τα συναισθήματα ήταν έντονα, καθώς αναβίωνε τον φόβο της μη επιτυχούς έκβασης, την ανησυχία να φτάσει έγκαιρα το στρατιωτικό ελικόπτερο και να νοσηλευτεί στη ΜΕΘ το παιδί. Ευτυχώς όλα πήγαν κατευχόν και ήταν το μοναδικό περιστατικό, που οι επιπλοκές ήταν παροδικές, χωρίς να αφήσουν ανεπανόρθωτες βλάβες.

Αναφορικά με τους χρόνιους πάσχοντες και συγκεκριμένα με τους καρκινοπαθείς, που χρήζουν χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας, στο νοσοκομείο της Κω δεν πραγματοποιούνται καθόλου ακτινοβολίες, παρά μόνο υποστηρίζονται μόνο συγκεκριμένα κοκτέιλ/σχήματα χημειοθεραπειών.

Τέλος, η εγγραφή στον οικογενειακό ιατρό κατέστη συνολικά ανέφικτη, διότι σήνασαν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ μόνο δύο ιατροί σε ολόκληρο το νησί, ένας εκ των οποίων στο Περιφερειακό Ιατρείο Αντιμάχειας, το οποίο λειτούργησε ως εμβολιαστικό κέντρο και πλέον δεν διενεργεί ούτε συνταγογράφηση. Στον Γενικό Ιατρό της Αντιμάχειας αναφέρουν οι συμμετέχοντες, ότι δύσκολα μπορεί ο πολίτης να προγραμματίσει ιατρική επίσκεψη, συνήθως το ιατρείο παραμένει κλειστό.

Εν κατακλείδι, παρατηρείται η ανισότητα στην υγειονομική πρόσβαση και στην περίπτωση της νήσου Κω, καθώς πολλές υπηρεσίες υγείας παραμένουν ακάλυπτες και οι μόνιμοι κάτοικοι αναζητούν περίθαλψη και φροντίδα υγείας εκτός μόνιμης κατοικίας.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΛΥΣΕΙΣ

Από την *κριτική σύνθεση* των δομημένων συνεντεύξεων και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαπιστώνεται η αλληλεξάρτηση των προσδιοριστών, που διαμορφώνουν, τόσο το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των μόνιμων κατοίκων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, όσο την έλλειψη εμπιστοσύνης τους, προς τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία. Οι χρήστες καθορίζουν το βαθμό επίτευξης της προσδοκίας και της κάλυψης των υγειονομικών απαιτήσεών τους, βάση:

- της δημιουργίας αμφίδρομης διαπροσωπικής σχέσης και αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς-ιατρού, ασθενούς-νοσηλευτικού προσωπικού.

Η ανάπτυξη εοικοδομητικής κοινωνικής/επαγγελματικής αλληλεπίδρασης παρεμποδίζεται, εξαιτίας της συνεχούς διαφοροποίησης του ανθρώπινου δυναμικού, που επανδρώνει τα Π.Π.Ι, το οποίο καθιστά ανέφικτη τη διατήρηση κλίματος εμπιστοσύνης και αξιοπιστίας ανάμεσα στον επιστήμονα και τον χρήστη υγείας.

Το επίπεδο ιατρικής ενημέρωσης και προληπτικής ευαισθητοποίησης του πληθυσμού αναφοράς χαρακτηρίζεται χαμηλό, λόγω της έλλειψης εξειδικευμένων ιατρικών ειδικοτήτων, της συμμένουσας ειδικότητας της γενικής ιατρικής, καθώς σχεδόν όλα τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία απαρτίζονται από αγροτικούς ιατρούς άνευ ειδικότητας.

Η αδυναμία εξεύρεσης των κατάλληλων κινήτρων και καθορισμού των απαραίτητων κοινωνικοοικονομικών προϋποθέσεων, για να εκδηλωθεί ενδιαφέρον και προσέλκυση καταρτισμένων επαγγελματιών υγείας αποτελεί μελλοντική πρόκληση των υπευθύνων, ώστε το υγειονομικό προσωπικό να συνάπτει μόνιμες συμβάσεις, τις οποίες και να διατηρεί, χωρίς προσωπική επιθυμία μετάθεσης ή απόσπασης σε άλλη δομή.

Ενδεικτική μελλοντική μεταρρυθμιστική διάταξη θα μπορούσε να αποτελέσει η αισθητή αύξηση, τόσο του μηνιαίου μισθού των υγειονομικών, που επανδρώνουν τις δυσπρόσιτες δομές, όσο και η αναλογική ανά περιστατικό αποζημίωση παραγόμενου ιατρικού έργου βάση κριτηρίων.

Κριτήριο θα μπορούσε να θεωρηθεί η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας στην ψηφιακή ιατρική και στη χρήση της Τηλεϊατρικής, για ορθολογική διεκπεραίωση των περιστατικών εκτός της ειδικότητάς τους, μέσω της επικαιροποιημένης τηλε-συμβουλευτικής από εξειδικευμένους επιστήμονες, που εφαρμόζουν τα ευρωπαϊκά κατευθυντήρια ιατρικά πρωτόκολλα, **ή** η συνεχιζόμενη διά βίου εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού των δυσπρόσιτων νησιωτικών περιοχών στην εξατομικευμένη μακροχρόνια ή επείγουσα φροντίδα υγείας και στην υποστήριξή της από την ψηφιακή ιατρική και την τεχνολογία πληροφορικής και επικοινωνιών.

Ενδεχομένως, τα συγκεκριμένα εφόδια ενδυνάμωσης των προσωπικών δεξιοτήτων και της ψηφιακής/υλικοτεχνολογικής αναβάθμισης της δομής θα μπορούσαν να προσδώσουν το εφελτήριο έναυσμα κινητικότητας του ιατρικού σώματος, προς τις δυσπρόσιτες περιοχές, καθώς θα βελτιωνόταν το αίσθημα αποτελεσματικότητας στη διαχείριση των ασθενών. **Συνδυαστικά** με την αξιοποίηση άλλων μορφών ευέλικτης οικονομικής ενίσχυσης των επαγγελματιών υγείας, π.χ. μερική απασχόληση στον δημόσιο τομέα με την ταυτόχρονη δυνατότητα άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και στον ιδιωτικό, στεγαστικές ή επιταγές σίτισης, πιθανά θα θεωρηθούν ικανοποιητικά κίνητρα προώθησης του ανθρώπινου δυναμικού στις ακριτικές δύσβατες περιοχές (Σούλης Σ., 2015 και εξαγγελίες κυβέρνησης).

- του εύρους και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης.

Διαπιστώνονται σχεδόν σε όλα τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία ουσιώδεις ελλείψεις σε υλικοτεχνολογικό ιατρικό εξοπλισμό, στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού, σε εξειδικευμένες ιατρικές ειδικότητες, σε νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και σε παραϊατρικό.

Ακόμη και όταν δημιουργηθεί η συνθήκη εργασιακής απασχόλησης στη δομή, μετά από εύλογο διάστημα το προσωπικό μετακινείται σε άλλη μονάδα υγείας, κατάσταση που ενισχύει την περιοδικότητα επάνδρωσης και παροδικής εξυπηρέτησης των υγειονομικών απαιτήσεων των χρηστών. Η ανασφάλεια και το συναισθηματικό φορτίο αβεβαιότητας των μόνιμων κατοίκων ενισχύεται, ομοίως και η αναξιοπιστία και ανεπάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το εύρος και η ποιότητα είναι σε ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα, σε τέτοιο βαθμό, όπου η διενέργεια ολοκληρωμένου προληπτικού ελέγχου παρακωλύεται και επικεντρώνεται κυρίως σε περιορισμένης κλίμακας αιματολογικές εξετάσεις και καρδιογραφήματα, με πλήρη απουσία σημαντικών απεικονιστικών και υπερηχογραφικών ιατρικών διαγνώσεων, οι οποίες συμπεριλαμβάνονται στις κύριες εξετάσεις προσυμπτωματικού ελέγχου και στη διενέργεια προληπτικής ιατρικής.

Το ζητούμενο της πρόληψης, της προάσπισης της υγείας του συνόλου του πληθυσμού και της ευαισθητοποίησης στην αγωγή υγείας, δηλαδή το μεταρρυθμιστικό νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο επιδιώκει την αναβάθμιση του Πρωτοβάθμιου Συστήματος Υγείας, χρήζει ιδιαίτερου επιχειρησιακού στρατηγικού σχεδιασμού και πολιτικών υγείας στα μικρά πληθυσμιακά και σε έκταση νησιά.

Ο επιχειρησιακός στρατηγικός προγραμματισμός θα πρέπει να διαφοροποιείται από νησί σε νησί, καθώς η χάραξη πολιτικής θα πρέπει να στηρίζεται στην κάλυψη τοπικών αναγκών υγείας, κυρίως με βάση ηλικιακά και επιδημιολογικά κριτήρια. Σε νησιά με κενές ακάλυπτες θέσεις εργασίας, η πιθανή εκδήλωση ενδιαφέροντος των επαγγελματιών υγείας ή η επιτακτική υποχρεωτική κάλυψη της θέσης θα πρέπει να ακολουθείται από συστηματικό σχεδιασμό, ώστε η ιατρική ειδικότητα να ανταποκρίνεται στις τοπικές υγειονομικές απαιτήσεις.

Σε νησί με αυξημένο τον γηράσκοντα πληθυσμό με χρόνια καρδιαγγειακά νοσήματα η απαραίτητη ιατρική ειδικότητα κρίνεται ο γενικός ιατρός ή ο καρδιολόγος. Ομοίως, σε νησί, όπου υπερτερεί ο παραγωγικός γυναικείος πληθυσμός και τα ανήλικα τέκνα, η πρώτη ανάγκη που πρέπει να εξυπηρετηθεί θεωρείται η στελέχωση με τις ειδικότητες της γυναικολογίας-μαιευτικής και της παιδιατρικής.

Γίνεται αντιληπτό το δύσκολο εγχείρημα των αρμόδιων φορέων στην εκπόνηση επιτυχημένου επιχειρησιακού στρατηγικού σχεδιασμού, ο οποίος πρέπει να ανταποκρίνεται στην δημόσια φύση και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του αγαθού της υγείας, στην ορθολογική διαχείριση της στενότητας των ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων, στη συνολική κάλυψη των υγειονομικών προσδοκιών/απαιτήσεων της εκάστοτε τοπικής κοινωνίας, καθώς και στην δημιουργία κατάλληλων κινήτρων, που θα αποδειχθούν ελκυστικά, ώστε να προσελκύσουν επιστημονικό υγειονομικό προσωπικό στις δυσπρόσιτες απομονωμένες περιοχές.

Η σύγχρονη κοινωνία επιβάλλει τους ρυθμούς της και οι ιθύνοντες έχουν στην φαρέτρα τους πολυάριθμες επιλογές, προς επίτευξη μιας δίκαιης και ισότιμης κοινωνίας. Η εξέλιξη της ψηφιακής και βιοϊατρικής τεχνολογίας, της τεχνολογίας της πληροφορικής και των επικοινωνιών μπορούν να διαδραματίσουν συμπληρωματικές και υποκατάστατες παρεχόμενες ποιοτικές υπηρεσίες, έναντι των ποσοτικών ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό.

Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας, η κοινωνική επιχειρηματικότητα και η καινοτομία μπορούν να ενισχύσουν τον δημόσιο υγειονομικό τομέα και το πλουραλιστικό σύστημα υγείας να λειτουργήσει υπέρ της δημόσιας φύσης του αγαθού της υγείας και στην μετεξέλιξή του σε ένα ασθενοκεντρικό μοντέλο εξατομικευμένο στην μοναδικότητα της κάθε ανθρώπινης οντότητας.

Οι ιδιωτικές επενδύσεις μπορούν να επιφέρουν ενδυνάμωση του υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού και των ιατρικών μηχανημάτων, μέσω σύμπραξης ιδιωτικών συμφωνητικών με το Υπουργείο Υγείας και να συμβάλουν στην αποκέντρωση των υπηρεσιών.

Η διεθνής αποτελεσματική ανάπτυξη της μακροχρόνιας εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας (κατ'οίκον αυτοφροντίδα), η επαρκής και αποδοτική παρεχόμενη προληπτική/θεραπευτική ιατρική στη διεθνή τοπική κοινωνία εκφράζουν την υιοθέτηση νέων μορφών χρηματοδότησης του συστήματος, προς ορθολογιστική αξιοποίηση των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων.

Η δημιουργία κινήτρων προσέλκυσης *ιδιωτικών επενδυτών*, τα *ιδιωτικά συμφωνητικά εύρυθμης σύμπραξης δημόσιου-ιδιωτικού* τομέα, αλληλοσυμπληρούμενης προσφοράς αγαθών υγείας, η διαφοροποίηση του τρόπου *εργασιακής αποζημίωσης του παραγόμενου έργου* των επαγγελματιών υγείας συγκαταλέγονται στις νέες μορφές χρηματοδότησης του συστήματος. (Γούλα Α., 2014, Πιερράκος Γ., 2013). *Την ιδιωτική επένδυση θα μπορούσε να ενισχύσει η προώθηση ιατρικών πακέτων τουρισμού.*

Επίσης, η χρήση της ψηφιακής ιατρικής θα συνεισφέρει τα μέγιστα και θα εξασφαλίσει την επιθυμητή ενίσχυση στην ποιότητα και την έκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς θα αντισταθμίσει την έλλειψη σύγχρονου υλικοτεχνολογικού ιατρικού εξοπλισμού και πεπαλαιωμένων εγκαταστάσεων.

- της χρησιμοποίησης της επιστήμης της τεχνολογίας της πληροφορικής και των επικοινωνιών.

Η χρήση Τηλε-βοήθειας, Τηλε-συμβουλευτικής, **Τηλεϊατρικής** μπορούν να συντελέσουν στην ανάπτυξη των δομών, στην ενίσχυση του αισθήματος εμπιστοσύνης των πολιτών, με προϋπόθεση τη διά βίου εκπαίδευση και κατάρτιση μόνιμου και εποχικού προσωπικού.

Η διαλειτουργικότητα και η ψηφιακή διακυβέρνηση θα αποτελέσουν κρίσιμους παράγοντες διασύνδεσης μεταξύ του πρωτοβάθμιου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθώς και μεταξύ όλων των επιπέδων φροντίδας υγείας του συστήματος σφαιρικά.

Ο αγροτικός ιατρός ή ο ιατρός της απομακρυσμένης δομής θα έχει άμεση πρόσβαση και έγκυρη ενημέρωση, για την κατάσταση υγείας του ασθενούς, θα μπορεί να λαμβάνει επικαιροποιημένες συμβουλές και εξατομικευμένες κατευθυντήριες οδηγίες, για την αντιμετώπιση προληπτικών, μακροχρόνιων ή επειγόντων περιστατικών.

Η Τηλεϊατρική μπορεί να προσδώσει θετικό πρόσημο, να διασφαλίσει τη συνέχεια, την προσβασιμότητα, τη καθολικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών και αναγκών υγείας, μέσω της 24ωρης εξ'αποστάσεως διασύνδεσης του εκάστοτε Πολυδύναμου Περιφερειακού Ιατρείου με τα τακτικά εξειδικευμένα ιατρεία και επείγοντα περιστατικά του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου αναφοράς, ώστε εξειδικευμένοι επιστήμονες υγείας όλων των ειδικοτήτων να συμβουλεύουν, να καθοδηγούν, να διαγιγνώσκουν και να υποστηρίζουν το έργο των επαγγελματιών υγείας των δυσπρόσιτων δομών.

Η προγραμματισμένη ιατρική εξ'αποστάσεως επίσκεψη των μόνιμων κατοίκων σε εξειδικευμένες ειδικότητες, η 24ωρη τηλε-απομακρυσμένη κάλυψη επειγόντων καταστάσεων υγείας τους, μέσω της επένδυσης σε σύγχρονα ψηφιοποιημένα ιατρικά μηχανήματα και της χρήσης της τεχνολογίας της πληροφορικής και των επικοινωνιών θα αποτελέσουν αποτελεσματική επίλυση των περιφερειακών υγειονομικών ανισοτήτων.

Οι μόνιμοι κάτοικοι των ακριτικών νησιών θα μπορούν να προγραμματίσουν το τηλε-ραντεβού τους σε οποιαδήποτε ειδικότητα χρήζουν ιατρικού προληπτικού/διαγνωστικού ελέγχου ή επανελέγχου παρακολούθησης και διαχείρισης της νόσου, καθώς και να εξυπηρετηθούν ως εξ'αποστάσεως έκτακτα περιστατικά στη βραχεία νοσηλεία και μετέπειτα στην κατ'οίκον φροντίδα ή αυτοφροντίδα.

Η **θεραπευτική ιατρική** προσανατολισμένη σε υψηλών προδιαγραφών ποιοτικές σύγχρονες υπηρεσίες υγείας, μέσω της αναβαθμισμένης **ηλεκτρονικής υγείας και της βιοϊατρικής τεχνολογίας**, θα συντελέσει στην πλήρη **θεραπευτική αποκατάσταση χωρίς επιπλοκές**, στην **αυτόνομη διαβίωση των χρονίων ασθενών** και στη **μείωση των δεικτών νοσηρότητας, (πρόωρης) θνησιμότητας** π.χ. η Τηλεϊατρική συχνά συμβάλει στην αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, χωρίς να χρήζουν αερομεταφοράς σε νοσοκομείο ή εξειδικευμένα κατ'οίκον ιατρικά μηχανήματα ή υγειονομικές πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υποκαθιστούν ποιοτικώς την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. (Σούλης Σ., 2015).

Η ανάπτυξη της ολοκληρωμένης τηλε-πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα ακριτικά νησιά θα ενισχύσει τις επιστημονικές και κοινωνικές δεξιότητες του μόνιμου ή έκτακτου προσωπικού, θα ενδυναμώσει μέσω της εξειδικευμένης κατάρτισης και εκπαίδευσης, την αυτεπίγνωση, την αυτοδιαχείριση, την αυτοαποτελεσματικότητά τους, συνθήκες που θα συνεισφέρουν στην διεκπεραίωση του κοινωνικού τους έργου.

Οι επαγγελματίες υγείας επιτελούν κοινωνικό έργο, εξαιτίας της ιδιαίτερης φύσης του αγαθού της υγείας, καθώς η διαχείριση της πορείας του ασθενούς προϋποθέτει την ανάπτυξη διμερούς σχέσης εμπιστοσύνης, αμοιβαιότητας, αξιοπιστίας. Η επιστημονική αναγνώριση της σπουδαιότητας του παραγόμενου έργου, η παραδοχή της συμβολής του επαγγελματία στην επιτυχημένη έκβαση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς προσδίδουν αισθήματα αυτοαποδοτικότητας στον επιστήμονα και αύξηση τους αισθήματος εμπιστοσύνης στον χρήστη.

Οι ασφαλείς συνθήκες του εργασιακού περιβάλλοντος θα προσελκύσουν νέο ανθρώπινο δυναμικό στα Π.Π.Ι, αφού το κοινωνικό τους έργο θα επιτελείται με συνέπεια και υπευθυνότητα. Ομοίως οι χρήστες υπηρεσιών υγείας θα αισθάνονται προστατευμένοι, καθώς **ικανοποιούνται ποιοτικώς και επαρκώς οι προσδοκίες τους** και θα αυξάνεται το **αίσθημα εμπιστοσύνης** τους στη μονάδα. (Σούλης Σ., 2015, Πιερράκος Γ., 2022 σημειώσεις).

Στα μικρά ακριτικά νησιά η δυνατότητα στελέχωσης με μόνιμο πολυάριθμο προσωπικό εξειδικευμένων ειδικοτήτων μπορεί να φαντάζει ουτοπική στο σύνολό τους. Όμως, η επενδυτική προοπτική της σφαιρικής Τηλεϊατρικής σε όλα τα μικρά, πληθυσμιακού μεγέθους, δυσπρόσιτα νησιά, με την παράλληλη επιμόρφωση και διά βίου κατάρτιση των επικουρικών ή αγροτικών ιατρών, νοσηλευτών, παραϊατρικών ειδικοτήτων, που παροδικά επανδρώνουν τα Πολυδύναμα Ιατρεία ή ακόμη και στις ελάχιστες περιπτώσεις των νησιών, που υπάρχει μόνιμος γενικός ιατρός ή μόνιμο ολιγάριθμο υγειονομικό προσωπικό στη δομή, μπορούν να δημιουργήσουν τις προϋποθέσεις, για ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον τόπο κατοικίας. Οι χρήστες θα νιώσουν την απαιτούμενη ασφάλεια και βεβαιότητα ιατρικής αξιοπιστίας στο «πρόσωπο της τεχνολογίας» και της «επιμορφούμενης ψηφιακής κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού ή του αγροτικού ιατρού».

- της πολυεπίπεδης και πολύπλευρης οργανωτικής διασύνδεσης και του διοικητικού συντονισμού.

Κρίνεται επιτακτική η αναγκαιότητα εύρυθμης συνεργασίας των Πρωτοβάθμιων Δομών Υγείας με τις Τοπικές Αυτοδιοικήσεις και την Τοπική Κοινωνία των Πολιτών. Οι σύγχρονες ραγδαίες συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού επιβάλλουν την **αλληλεπίδραση και συνεπικουρία των κοινωνικών υπηρεσιών της τοπικής**

**κοινότητας, με τους αποκεντρωμένους παρόχους/διανομείς των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας, με την ταυτόχρονη ενεργητική συμμετοχή των πολιτών στη λήψη ιατρικών αποφάσεων.** (Πιερράκος Γ., 2013).

Στο μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό, πολυπολιτισμικό γίνεσθαι, ο νέος τρόπος ζωής επιτάσσει την αντιμετώπιση των σύγχρονων προσδιοριστών υγείας, οι οποίοι διαμορφώνουν τον επικαιροποιημένο προγραμματισμό παρεμβάσεων πολιτικών προληπτικής και θεραπευτικής ιατρικής, ώστε κυρίως οι περιφερειακές μονάδες υγείας να ανταποκριθούν στα νέα δεδομένα αναγκών φροντίδας.

**Η υπέρμετρη αύξηση των χρόνιων νοσημάτων, στρέφει το ενδιαφέρον στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, για αποφυγή εκδήλωσης του κινδύνου της χρόνιας νόσου,** μέσω υιοθέτησης υγιούς καθημερινής κουλτούρας συμπεριφοράς ((Σούλης Σ., 2015, Πιερράκος Γ., 2013). Ενεργητικό ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, των νεοπλασιών, του σακχαρώδους διαβήτη και λοιπών χρόνιων εκφυλιστικών νόσων θα διαδραματίσει ο στοχευμένος προληπτικός προσυμπτωματικός έλεγχος. Συμμετοχή σε προγράμματα διά βίου μάθησης και προαγωγής της υγείας των ενηλίκων κατοίκων στις νησιωτικές περιοχές, η υποχρεωτική εισαγωγή του μαθήματος της αγωγής υγείας, από την προσχολική ηλικία, θα μπορούσαν να εντρυφήσουν τους κατοίκους των απομακρυσμένων νησιωτικών περιοχών σε υγιείς κανόνες συμπεριφοράς. (Τριχοπούλου Α., 1986).

Επίσης, η εκπαίδευση των ατόμων τρίτης ηλικίας, των χρόνιων πασχόντων ή ατόμων με ειδικές ανάγκες, **στην αυτόνομη διαβίωσή τους, στην αυτοφροντίδα ή στην υποστήριξή τους από το άτυπο δίκτυο φροντιστών υγείας** καθιστά την τοπική κοινωνία και τον πολίτη συμμετόχους στην ενεργητική δραστηριοποίησή τους, στην ενίσχυση των ποιοτικών ετών μακροζωίας των ηλικιωμένων ατόμων και στην αποϊδρυματοποίηση των χρόνιων πασχόντων. (Αποστολάκης Ι., 2002, Πιερράκος Γ., 2013, Σούλης Σ., 2015.).

Επιπρόσθετα, η ανάλυση της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και τα πορίσματα της ποιοτικής έρευνας κατέδειξαν την ουσιαστική υποστήριξη, που συνδράμει ο στρατηγικός σχεδιασμός του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας, στην καθημερινή ή τακτική αλληλεπίδραση με τους μόνιμους κατοίκους των δύσβατων νησιωτικών περιοχών. Οπλίτες ιατροί επί θητεία άνευ ειδικότητας αναλαμβάνουν καθήκοντα αγροτικού ιατρού στα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, καθώς και ιατρικό εξειδικευμένο κλιμάκιο του πολεμικού ναυτικού, ανά τακτά χρονικά διαστήματα, προγραμματίζει επισκέψεις στα ακριτικά νησιά, για διενέργεια προληπτικού ελέγχου ή επανελέγχου εξειδικευμένων απεικονιστικών, υπερηχογραφικών και κλινικών εξετάσεων.

Σε πολλά νησιά, κυρίως των Κυκλάδων, η Τοπική Αυτοδιοίκηση συνάπτει συμβάσεις με ειδικότητες, οι οποίες απουσιάζουν από ολόκληρο το νησί, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπισθεί η ανάγκη που προκύπτει από το νοσολογικό προφίλ του πληθυσμού αναφοράς ή να ευαισθητοποιηθεί ο πολίτης στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του.

Τέλος, τα ευρήματα της ποιοτικής μελέτης συνάδουν με τα αντίστοιχα άλλων ερευνών και των βιβλιογραφικών πηγών, αναφορικά με την **κατευθυνόμενη ενημέρωση, την έλλειψη πληροφόρησης ή την ποσοτική ανεπάρκεια των ιατρών παθολογίας/γενικής ιατρικής.** Παρατηρείται, η **πλειοψηφία των μόνιμων κατοίκων να μην έχουν εγγραφεί στο θεσμό του οικογενειακού-προσωπικού ιατρού.**

Η ενίσχυση του Οικογενειακού Ιατρού και η **αναβάθμιση του ψηφιοποιημένου συστήματος ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς** θα συνεισφέρουν στην βελτίωση της ποιότητας των πρωτοβάθμιων παρεχομένων υπηρεσιών και ενδεχομένως θα περιορίσουν την προτίμηση των ασθενών στο ιδιωτικό σύστημα υγείας και πιθανά θα

αυξηθεί η συχνότητα επαναπρογραμματισμού ραντεβού στις δημόσιες δομές του συστήματος.

Ειδικά στις περιπτώσεις των δυσπρόσιτων μικρών νησιών, όπου η πλειοψηφία των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων στελεχώνεται από αγροτικούς ιατρούς και η ειδικότητα του ιδιώτη συμβεβλημένου με τον ΕΟΠΥΥ οικογενειακού ιατρού δεν υπάρχει ούτε στην τοπική κοινωνία, θα μπορούσε να υλοποιηθεί καμπάνια ενημέρωσης στους μόνιμους κατοίκους, ότι μπορούν να εγγραφούν σε προσωπικό ιατρό εκτός της περιοχής μόνιμης κατοικίας. Στις ελάχιστες περιπτώσεις των Π.Π.Ι. που στελεχώνονται από γενικό ιατρό ή παθολόγο θα πρέπει να πραγματοποιηθεί καθολική συναίνεση εγγραφής των μόνιμων κατοίκων στον εν λόγω ιατρό, κατόπιν ενημέρωσής τους, για τη σπουδαιότητα της μεταρρυθμιστικής πρωτοβάθμιας πολιτικής υγείας, των πλεονεκτημάτων και των ατομικών δικαιωμάτων, που απορρέουν από την ενίσχυση του θεσμού.

Η έγκυρη πληροφόρηση θα πρέπει να εστιάσει στη δυνατότητα προσωπικής επιλογής ιδιωτικής ιατρικής επίσκεψης σε εξειδικευμένες ειδικότητες, χωρίς απαραίτητη προηγούμενη παραπομπή του οικογενειακού ιατρού, καθώς και στην δυνατότητα παραπομπής του πιστοποιημένου ιδιώτη ιατρού σε παρακλινικές/απεικονιστικές/υπερηχογραφικές εξετάσεις ή στην ηλεκτρονική φαρμακευτική συνταγογράφηση, μέσω του δημόσιου ταμείου του ασθενούς. Θα πρέπει να αποκλειστεί ο φόβος ή η παραπληροφόρηση ότι η εγγραφή στον οικογενειακό ιατρό επιφέρει αδυναμία διαχείρισης της μακροχρόνιας νόσου από τον εξειδικευμένο προσωπικό ιδιώτη ιατρό. Η διεύρυνση της λίστας των οικογενειακών ειδικοτήτων διευκολύνει τους χρόνιους πάσχοντες να επιλέξουν τον υπάρχοντα προσωπικό τους εξειδικευμένο ιδιώτη ιατρό, αρκεί ο ίδιος να έχει συμβεβληθεί με τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού.

Επιπρόσθετα, θα πρέπει να δοθεί η δυνατότητα και τα κίνητρα στους ιατρούς των υπαγόμενων νοσοκομείων αναφοράς των Πολυδύναμων Ιατρείων να εντάξουν στον κατάλογό τους περισσότερα άτομα από το προκαθορισμένο όριο. Αυτό θα συμβάλει στην εγγραφή μόνιμων κατοίκων ακριτικών μικρών νησιών στον θεσμό και σε έναν ιατρό, ο οποίος έχει ήδη αναλάβει ή σε μελλοντικό χρόνο θα αναλάβει την εξ'αποστάσεως διαχείριση της προληπτικής ιατρικής ή της θεραπευτικής μακροχρόνιας ή επείγουσας νόσου του συγκεκριμένου χρήστη και με την εφαρμογή της τηλεβοήθειας-τηλεσυμβουλευτικής θα προσφέρει τις επιστημονικές του γνώσεις στον αγροτικό ιατρό ή στον ιατρό άλλης ειδικότητας του Πολυδύναμου Ιατρείου. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να επιδιωχθεί μια πιο μόνιμη και σταθερή υγειονομική παρακολούθηση των Ελλήνων ακριτών, προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερα δύσκολες συνθήκες στελέχωσης των Π.Π.Ι. εξασφαλίζοντας όσο το δυνατόν επαρκέστερα τις σημερινές πρωτοβάθμιες ακάλυπτες ανάγκες υγείας. Προτεραιότητα πάντα θα αποτελεί η στελέχωση των Π.Π.Ι. με άρτια καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό, αλλά όταν αυτή η συνθήκη κρίνεται ανέφικτη, οφείλει η πολιτεία να μεριμνά για εναλλακτικά αποδοτικά σενάρια!!!

Η προάσπιση και προαγωγή της υγείας των μόνιμων κατοίκων των δυσπρόσιτων νησιωτικών περιοχών πρέπει να αποτελέσει ένα ξεχωριστό κομμάτι του επιχειρησιακού στρατηγικού σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας, όπου σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, την Τοπική Κοινωνία, και το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας οφείλουν να καταστρώσουν μια πολυεπίπεδη επιτυχημένη χάραξη πολιτικής υγείας, όπου οι φορείς θα αλληλοϋποστηρίζονται, αλληλοσυμπληρώνονται, με γνώμονα τη κάλυψη των προσδοκιών και των σύγχρονων αναγκών υγείας των πολιτών. Η μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου πρέπει να μεταφράζεται σε όρους ποιότητας, ισότητας, αξιοπρέπειας και ίσων ευκαιριών!!!

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Αμίτσης Γ. (2001), «Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας», Εκδόσεις Παπαζήση.
2. Αμίτσης Γ. (2014), «Το συλλογικό διακύβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων. Αναπτυξιακά διδάγματα από την κοινωνική Ευρώπη», Εκδόσεις Παπαζήση
3. Αποστολάκης Ι., (2002), «Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
4. Γούλα Α., (2014), «Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
5. Γούλα Α., (2022), «Σημειώσεις Μαθήματος Έρευνας Πεδίου: Μεθοδολογικές Τεχνικές Ανάπτυξης Κοινωνικής Έρευνας».
6. Θεοδώρου Μ., και συν (2001) «Συστήματα Υγείας» Εκδόσεις Παπαζήση.
7. Κέφης Β., (2014), «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας», Εκδόσεις Κριτική.
8. Πιερράκος Γ., (2008), «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγεία στην τοπική κοινωνία», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
9. Πιερράκος Γ., (2013), «Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην τοπική κοινωνία», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
10. Πιερράκος Γ., (2022), «Σημειώσεις Μαθήματος Διοίκησης Ολικής Ποιότητας».
11. Σαρρής Μ., (2001), «Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
12. Σούλης Σ., (1999), «Οικονομική της Υγείας», Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
13. Σούλης Σ., (2015), «Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική. Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
14. Σταθόπουλος Π., (1999), «Κοινωνική Πρόνοια μια Γενική Θεώρηση», Β΄ Έκδοση, Εκδόσεις Έλλην.
15. Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ., (1986), «Προληπτική Ιατρική», Αθήνα.



## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Christodoulou G., Mohammed Abou Saleh, (2016), «Greece and the refugees crisis», publishing <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29093916/>,  
Doi:[10.1192/S2056474000001410](https://doi.org/10.1192/S2056474000001410).
2. Kleisiaris C., Papathanasiou I., Tsaras K., Androulakis E., Kourkouta L., Fradelos E., Zyga S., (2019), «Factors affecting the health status of elderly people receiving home care», publishing Archives of Hellenic Medicine, <https://www.mednet.gr/archives/2019-2/pdf/237.pdf>.
3. Kotsiou Os, Srivatsava D., Kotsios P., Exadaktylos A., Gourgoulisanis K., (2018) «The emergency medical system in Greece», publishing <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29652816>, doi: 10.3390/ijerph15040745.
4. Oecd Health Statistics,(2021), «Health expenditure by type of financing,2019», «Public Funding of health spending 2019», <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>.
5. Patelarou A., Kleisiaris C., Androulakis E., Tsirakos D., Kritsotakis G., Konstantinidis T., Androulaki Z., (2016), «Use o primary health care services in Southern Greece during a period of economic crisis», publishing Archives of Hellenic Medicine, <https://www.mednet.gr/archives/2016-1/pdf/84.pdf>.
6. WHO – UNICEF, (1978), «Primary Health Care. Joint Report, International Conference on Primary Health Care». Alma Ata USSR, Geneva, publishing <https://www.unicef.org/media/85611/file/Alma-Ata-conference-1978-report.pdf>.

## **Ελληνική Ηλεκτρονική Βιβλιογραφία**

1. Αδαμακίδου Θ., Σταθάτος Μ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., (2014), «Νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι. Ένα μοντέλο υψηλού επιπέδου κλινικής διαχείρισης ασθενών στην κοινότητα», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, <https://www.mednet.gr/archives/2015-2/pdf/149.pdf>.
2. Αντωνίου Π., Σουλιώτης Κ., Σαρίδη Μ., (2021), «Η εξέλιξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, <http://mednet.gr/archives/2021-5/pdf/588.pdf>.
3. Βουτσίδου Σ., Μωραΐτης Ε., Γελαστοπούλου Ε., Σισσούρας Α., Χαραλάμπους Γ., (2019), «Εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας (e-Health) στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα Πλεονεκτήματα και προσδοκίες», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, <https://www.mednet.gr/archives/2019-3/pdf/412.pdf>.
4. Γκικόκα Β., Πετράκος Α., Σαρρής Μ., Γούλα Α., Νικολαδός Ι., Σπέης Κ., (2017), «Εκτίμηση των παραγόντων παρακίνησης για την καλύτερη απόδοση

- του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού στις υπηρεσίες υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, <https://www.mednet.gr/archives/2018-2/pdf/230.pdf>.
5. Γούλα Α., Λατσού Δ., Νάτσης Χ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Πιερράκος Γ., (2019), «Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, <http://www.mednet.gr/archives/2019-1/pdf/88.pdf>.
  6. Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής, <https://edit.gov.gr/>.
  7. Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, (2020), «παρακολούθηση του αριθμού ιατρών και οδοντιάτρων 2020». [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).
  8. Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, (2020), «ιατροί κατά ειδικότητα και οδοντίατροι κατά γεωγραφική περιφέρεια και νομό 2020». [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).
  9. Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, (2020), «Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2020», [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).
  10. Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, (2021), «Απογραφή Κέντρων Υγείας και Λοιπών Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ., 2021» [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).
  11. Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, (2021), «Απογραφή Πληθυσμού-Κατοικιών, 2021» [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).
  12. *Ετήσια Έκθεση του ΟΟΣΑ*, (2017), «*Προφίλ Υγείας στην Ελλάδα, 2017*», <https://www.oecd.org/els/da-f-e-a-2017-9789264285224-el.htm>.
  13. *Ετήσια Έκθεση του ΟΟΣΑ*, (2020), «*Η Υγεία μας με μια ματιά, Ευρώπη 2020*» [https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2020\\_el](https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe/health-glance-europe-2020_el).
  13. *Ετήσια Έκθεση του ΟΟΣΑ*, (2021), «*Η Υγεία μας με μια ματιά, Ευρώπη 2021*» [https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe\\_el](https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/health-glance-europe_el).
  14. Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2008), «Ενίσχυση της Ανοιχτής Μεθόδου Συντονισμού για την κοινωνική προστασία και την κοινωνική ένταξη», [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-6-2008-0173\\_EL.pdf?redirect](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-6-2008-0173_EL.pdf?redirect).
  15. Καμέκης Α., Σπυριδάκης Μ., (2020), «Μετανάστες και σχεδιασμός πολιτικών υγείας στην Ελλάδα της κρίσης», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα. <https://www.mednet.gr/archives/2020-sup/pdf/17.pdf>.
  16. Καρακόλιας Σ., Μπαρτζώκας Δ., Πολύζος Ν., (2021), «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, <https://www.mednet.gr/archives/2021-4/pdf/524.pdf>.

17. Λιονής Χ., (2019) «η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα κάτω από το φως της Διακήρυξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Αστάνα, ένα κείμενο θέσεων», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, <https://www.mednet.gr/archives/2020-2/pdf/151.pdf>.
18. Μπουραζάνη Μ., Κωνσταντινίδης Θ.Ι., (2021), «Μη ικανοποιημένες υγειονομικές ανάγκες και κοινωνικές ανισότητες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, <https://www.mednet.gr/archives/2022-2/pdf/264.pdf>.
19. Περιφερειακή Ενότητα Βορείου Αιγαίου, (2021), «Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Βορείου Αιγαίου, 2021-2027», [https://www.pvaigaiou.gov.gr/dyn/newspdf/08\\_fek\\_ppa\\_boreioy\\_aigaiou033122105416.pdf](https://www.pvaigaiou.gov.gr/dyn/newspdf/08_fek_ppa_boreioy_aigaiou033122105416.pdf).
20. Περιφερειακή Ενότητα Νοτίου Αιγαίου, (2020), «Περιφερειακό Πρόγραμμα Ανάπτυξης Νοτίου Αιγαίου, 2021-2027», <https://pepna.gr/sites/default/files/sfc2021-PRG-2021EL16FFPR018-1.2.pdf>.
21. Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ, Σούλης Σ., Γούλα Α., Λατσού Δ., Πατέρας Ι., Βουρλιώτου Κ., Γιαννουλάτος Π., (2013), «Συγκριτική ανάλυση δύο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, <http://www.mednet.gr/archives/2013-3/pdf/316.pdf>.
22. Σαραντίδου Σ., Μελά Σ., Πιτσιλίδης Α., (2019), «Εκτίμηση των αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας του Αιγάλω, μέσω της ικανοποίησης ασθενών και του προσωπικού», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. <https://www.mednet.gr/archives/2019-5/pdf/635.pdf>.
23. Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας, Ν. 1397/1983 Α'143: «Περιφερειακά Ιατρεία», <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html>.
24. Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας, ΠΔ. 266/1989 Α'266: «Τοπικά Ιατρεία»,
25. Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας, Ν. 2345/1995 Α'213: «Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία», <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2345-1995.html>.
26. Τράπεζα Πληροφοριών Νομοθεσίας, Ν.2519/1997 Α'165: «Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία», <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2519-1997.html>.
27. Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, (2020), «Πεπραγμένα έτους 2020, 2<sup>η</sup> Υγειονομική περιφέρεια», [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr).
28. Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, (2021), «Πεπραγμένα έτους 2021, 2<sup>η</sup> Υγειονομική περιφέρεια», [www.2dype.gov.gr](http://www.2dype.gov.gr).

29. Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου, (2020, 2021), «Ιατροτεχνολογικός Εξοπλισμός Π.Π.Ι. 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, Υπηρετούντες στα Π.Π.Ι. της 2<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας, 2020, 2021».
30. Υπουργείο Υγείας, Φ.Ε.Κ. του Ν. 4238/2014: «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10453-n-4238-prwtobathmio-ethniko-diktyo-ygeias-p-e-d-y-allagh-skopoy-e-o-p-y-y-kai-loipes-diatakseis>.
31. Υπουργείο Υγείας, Φ.Ε.Κ. του Ν.4486/2017: «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10452-n-4486-metarrythmish-ths-prwtobathmias-frontidas-ygeias-epeiyouyses-rythmiseis-armodiothtas-yπουργειου-ygeias-kai-alles-diatakseis>.
32. Υπουργείο Υγείας, Φ.Ε.Κ του Ν.4931/2022: «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις», <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/nomothesia-prwtobathmias-frontidas-ygeias/10511-n-4931-2022-giatros-gia-oloyis-isotimh-kai-poiotikh-prosbash-stis-yphresies-toy-ethnikoy-organismoy-paroxhs-yphresiwn-ygeias-kai-sthn-prwtobathmia-frontida-ygeias-kai-alles-epeiyouyses-diatakseis>.
33. Φρεγγίδου Ε., και συν, (2017), «ΙΚανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας ΠΕΔΥ Κιλκίς.», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, <https://www.mednet.gr/archives/2017-2/pdf/236.pdf>.
34. Χαραλάμπους Α., Ρούσου Ε., (2010), «Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην επιδημιολογική μετάβαση και οι επιπτώσεις της παραπάνω τάσης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας», δημοσίευση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Αθήνα, <https://www.mednet.gr/archives/2010-6/pdf/976.pdf>.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ**

*Διενέργεια δομημένης συνέντευξης των κατοίκων, αναφορικά με την λειτουργία των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων, στις δυσπρόσιτες περιοχές, στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας, του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων.*

1. ΕΙΣΑΣΤΕ ΜΟΝΙΜΟΙ ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΤΗΣ ΝΗΣΙΩΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

2. ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΟΜΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΜΟΝΙΜΟΥ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΣΑΣ; ΑΝ ΝΑΙ, ΓΙΑ ΠΟΙΟ ΛΟΓΟ; ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ ΜΙΑ ΑΙΤΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

3. ΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΣΤΕ ΠΛΗΡΩΣ ΣΤΗ ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΗΣΙΟΥ; ΚΑΛΥΠΤΕΙ ΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ; ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΙΣ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΤΥΧΟΝ ΑΚΑΛΥΠΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

4. ΕΤΥΧΕ ΝΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙΤΕ ΣΤΟ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΙΑΤΡΕΙΟ, ΩΣ ΕΠΕΙΓΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ; ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΘΗΚΑΤΕ ΣΤΗ ΒΡΑΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ Ή ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΑ ΜΕΤΑΦΕΡΘΕΙΤΕ Ή ΝΑ ΠΑΡΑΠΙΕΜΘΕΙΤΕ ΑΛΛΟΥ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

5. ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ, ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΘΕ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΣΑΣ. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ. ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΑΤΕ ΑΚΑΛΥΠΤΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ, Η ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ ΘΑ ΕΠΙΦΕΡΕΙ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΚΤΑΚΤΗ ΑΝΑΓΚΗ ΥΓΕΙΑΣ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

6. ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΚΟΜΙΔΗΣ, ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΘΕ, ΟΠΩΣ ΑΝΑΛΥΣΕΤΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΒΑΘΥΤΕΡΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΚΕΨΕΙΣ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

7.. ΕΙΣΑΣΤΕ ΑΣΘΕΝΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ; ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

8. ΩΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΟΣ ΠΑΣΧΟΝΤΑΣ Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΤΕ ΣΤΟ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΙΑΤΡΕΙΟ; ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΛΥΠΤΕΙ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

9. ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΚΑΠΟΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΠΟΥ ΧΡΗΖΕΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ Ή ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΔΟΜΗ, ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ. ΠΟΙΑ ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Ή ΠΟΙΕΣ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

10. ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΕΛΛΕΙΨΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΔΟΜΗ;  
ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΜΕΧΡΙ ΤΡΕΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΕΣ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

11. ΕΧΕΤΕ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΑΛΛΗ ΔΟΜΗ Ή ΙΑΤΡΟ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ;  
ΑΝ ΝΑΙ, ΗΤΑΝ ΚΑΤΟΠΙΝ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΑΣ Ή ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΑΣ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

12. ΑΝ ΗΤΑΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΕΠΙΛΟΓΗ, ΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΜΑΣ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΤΟΝ ΛΟΓΟ, ΠΟΥ ΣΑΣ ΟΔΗΓΗΣΕ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΗ ΑΥΤΗ;

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

13. ΕΧΕΤΕ ΕΓΓΡΑΦΕΙ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΑΤΡΟ; ΕΙΝΑΙ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ;  
ΑΝ ΟΧΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΑΝ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΜΕΝΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΕΟΠΥΥ, ΣΤΟΝ ΤΟΠΟ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΣΑΣ Ή ΣΕ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ.  
ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΤΕ ΤΗΝ ΑΙΤΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΑΣ, ΣΕ ΙΑΤΡΟ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟΥ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

14. ΕΧΕΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΛΕΪΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΟΜΗ ΥΓΕΙΑΣ;

ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ Ή ΤΙΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

15. ΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ, ΚΑΤΑΓΡΑΨΤΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ, ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΣΑΣ, ΒΕΛΤΙΩΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ, ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ Ή ΣΕ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ Ή ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ ΚΡΙΝΕΤΑΙ ΧΡΗΣΙΜΗ, ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΟΜΗΣ ΣΥΝΟΛΙΚΑ.

ΑΠΑΝΤΗΣΗ:

*ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΛΥΤΙΜΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΣΑΣ!!!*