



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ»

Όνοματεπώνυμο φοιτητών: ΜΥΡΣΙΝΗ ΠΑΠΑΣΤΑΘΗ Α.Μ.: pch 19679131

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΟΛΥΔΩΡΟΥ Α.Μ. hv16061

Εισηγήτρια: Δρ. ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ

Η εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του ΠΠΣ για την λήψη του πτυχίου
της Κατεύθυνσης Κοινωνικής Υγείας
του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας
της Σχολής Δημόσιας Υγείας,
του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

ΑΘΗΝΑ, 2023



**UNIVERSITY OF WEST ATTICA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH
DEPARTMENT OF PUBLIC AND
COMMUNITY HEALTH**

Thesis

**"PRIMARY HEALTH CARE AND HEALTH
CRISIS"**

Students: MYRSINI PAPASTATHI pch 19679131

GEORGIOS POLYDOROY hv16061

Supervisor: Dr. PINELOPI SOTIROPOYLOY

Athens, 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ

«ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ
ΚΡΙΣΗ»

Μέλη Επιτροπής Εξέτασης συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Επιτροπή Εξέτασης:

| A/a | ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ | ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ | ΥΠΟΓΡΑΦΗ |
|------------|--------------------------|-------------------------|-----------------|
| | Σωτηροπούλου Πηνελόπη | Επίκουρη Καθηγήτρια | |
| | Περηφάνου Δήμητρα | Λέκτορας | |
| | Πράπας Χρήστος | Λέκτορας | |

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Οι κάτωθι υπογεγραμμένοι ΠΑΠΑΣΤΑΘΗ ΜΥΡΣΙΝΗ και ΠΟΛΥΔΩΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ του, ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ και ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ με αριθμό μητρώου ρch19679131 και hn16061 φοιτητές του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας δηλώνουν υπεύθυνα ότι: «Είμαστε συγγραφείς αυτής της διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχαμε για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες κάναμε 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, βεβαιώνουμε ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από εμάς αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μας, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μας ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μας». *Επιθυμούμε την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μας μέχρι 15 Ιουλίου και έπειτα από αίτηση μας στη Βιβλιοθήκη και έγκριση της επιβλέπουσας καθηγήτριας.

Οι Δηλούντες

ΠΑΠΑΣΤΑΘΗ ΜΥΡΣΙΝΗ

ΠΟΛΥΔΩΡΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ



Η Επιβλέπουσα

Δρ. ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΥ/ Επικουρη Καθηγήτρια

Στις οικογένειάς μας,

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στην επιβλέπουσα καθηγήτριά της διπλωματικής μας εργασίας, Δρ. Πηνελόπη Σωτηροπούλου, Επίκουρη Καθηγήτρια Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Τμήματος Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Επιπλέον θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους υπόλοιπους που συνείσφεραν στην συγγραφή και μας συμπαράσταθηκαν με οποιοδήποτε τρόπο κατά την διάρκεια.

Τέλος, επιθυμούμε να εκφράσουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας, οι οποίες μας στήριξαν ψυχολογικά, οικονομικά καθόλη την διάρκεια του Προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών και είναι δίπλα μας σε κάθε βήμα και απόφαση της ζωής μας.

Αντι-προλόγου

«...οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί ή ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση του ανθρώπου από άνθρωπο...»

Σ. Δοξιάδης, 1917 - 1991

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το θέμα της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των χαρακτηριστικών του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναφορικά με τη δομή, την οργάνωση και τη λειτουργία, και ο ρόλος που έπαιξε στην υγειονομική κρίση. Σκοπό της μελέτης αποτέλεσε η εξέταση της σχέσης μεταξύ της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της υγειονομικής κρίσης και η αμφίδρομη σχέση και επιρροή τους. Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προέκυψε ότι το σύστημα της ΠΦΥ αποτελεί ένα ιδιαίτερα σύνθετο ζήτημα και το ίδιο ισχύει και για τις υπηρεσίες που προσφέρει. Αυτό, έχει ως αποτέλεσμα να εντοπίζονται τα δυνατά σημεία του συστήματος και επίσης, οι αδυναμίες εξαιτίας των οποίων προέκυψε η πρόσφατη μεταρρύθμιση του 2017 και όλες οι υπόλοιπες τροποποιήσεις που έχουν υπάρξει διαχρονικά. Όσον αφορά τα μοντέλα λειτουργίας και τους τρόπους χρηματοδότησης, η Ελλάδα φαίνεται ότι έχει υιοθετήσει και εφαρμόζει ένα μεικτό σύστημα ενώ σε σύγκριση με συστήματα του εξωτερικού, μία ουσιαστική διαφορά είναι ότι δεν υπάρχουν πυλωροί (gatekeepers). Η υγειονομική κρίση είχε ως άμεση συνέπεια την κοινωνική κρίση και τη δυσκολία στην προσβασιμότητα της ΠΦΥ, όταν παράλληλα το σύστημα είχε κληθεί να τροποποιηθεί και να αλλάξει, προκειμένου να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις που εμφανίστηκαν λόγω της κρίσης - δημιουργία εμβολιαστικών κέντρων, υιοθέτηση τηλεϊατρικών μεθόδων περίθαλψης και πρόσληψης ιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικού, ψηφιοποίηση υπηρεσιών. Συμπερασματικά, η ΠΦΥ αποτέλεσε τη βάση για τη διαχείριση της πανδημίας. Ταυτόχρονα, αναδείχθηκε η ανάγκη εξέλιξης σε επιμέρους σημεία του συστήματος και γενικότερα της ενίσχυσης της διασύνδεσης των πολιτών με σύστημα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κρίση, Υγειονομική κρίση, Σύστημα Υγείας, Μεταρρύθμιση, Covid-19.

ABSTRACT

The topic of this thesis was to investigate the characteristics of the Primary Health Care system, in terms of structure, organization and operation, and the role it played in the health crisis. The aim of the study was to examine the relationship between Primary Health Care and the health crisis and their two-way relationship and influence. The literature review revealed that the primary health care system is a highly complex issue and so are the services it provides. This, as a result, has resulted in identifying the strengths of the system and also, the weaknesses due to which the recent reform of 2017 and all the other modifications that have been made over time. As far as the operating models and funding methods are concerned, Greece seems to have adopted and applies a mixed system, while compared to systems abroad, one essential difference is that there are no gatekeepers. The health crisis had as a direct consequence the social crisis and the difficulty in accessibility of Primary Health Care, when at the same time the system had to be modified and changed in order to cope with the challenges that emerged due to the crisis - creation of vaccination centers, adoption of telemedicine methods of care and recruitment of medical and nursing staff, digitalization of services -.In conclusion, Primary Health Care was the basis for the management of the pandemic. At the same time, the need for development in individual parts of the system and, more generally, the need to strengthen the link between the citizens and the system emerged.

KEY WORDS:

Primary health care, Crisis, Health crisis, Health system, Reform, Covid-19

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Δ.Υ.Πε. : Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών

Ε.Ο.Π.Υ.Υ. : Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ε.Σ.Σ.Δ. : Ένωση Σοβιετικών Σοσιαλιστικών Δημοκρατιών

Ι.Κ.Α. : Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης

Κ.Υ. : Κέντρα Υγείας

Μ.Κ.Ο. : Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Ο.Ο.Σ.Α. : Οργάνωση Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Π.Ε.Δ.Υ. : Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

Π.Ι. : Περιφερειακά Ιατρεία

Π.Π.Ι. : Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία

Π.Ο.Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Π.Φ.Υ. : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τ.Ε.Ι. : Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

Τ.Ε.Π. : Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών

Το.Μ.Υ. : Τοπικές Μονάδες Υγείας

Το.Π.Φ.Υ. : Περιφερειακός Συντονιστής Τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Υ.Π.Ε.. : Υγειονομική Περιφέρεια

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

| ΚΕΦΑΛΑΙΑ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ | ΣΕΛΙΔΕΣ |
|-----------------|---|----------------|
| 1.7 | ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2017 | 43 |
| 2.2 | ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΗΣ Π.Φ.Υ. ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2019 | 46 |
| 2.2 | ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2019 | 47 |
| 2.2 | ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΤΟΜΥ ΑΝΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2019 | 47 |
| 2.2 | ΑΡΙΘΜΟΣ, ΚΛΙΝΕΣ, ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ (ΙΑΤΡΙΚΟ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ, ΛΟΙΠΟ) ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΕΤΗ 2015-2019 | 48 |
| 2.2 | ΜΗ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΕΤΗ 2017-2019 | 49 |
| 3.2. | ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ | 69 |
| 5.6 | ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ COVID-19 | 101 |
| 5.6 | ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΑΝΑΤΩΝ COVID-19 | 102 |
| 5.6 | ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΣΕ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ | 103 |
| 5.6 | ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ, ΙΣΑΛΑΝΔΙΑ ΚΑΙ ΣΙΓΚΑΠΟΥΡΗ | 106 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

| ΚΕΦΑΛΑΙΑ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ | ΣΕΛΙΔΕΣ |
|-----------------|--|----------------|
| 5.6 | ΑΡΙΘΜΟΣ COVID TEST ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ 27 ΜΑΡΤΙΟΥ – 3 ΑΠΡΙΛΙΟΥ | 104 |
| 5.6 | ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΙΣ 27 ΜΑΡΤΙΟΥ – 3 ΑΠΡΙΛΙΟΥ | 105 |
| 5.6 | ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ 1 ΜΑΡΤΙΟΥ 2020 - 1 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2020 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ | 107 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

| ΚΕΦΑΛΑΙΑ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ | ΣΕΛΙΔΕΣ |
|-----------------|---|----------------|
| 2.2 | ΑΡΙΘΜΟΣ, ΚΛΙΝΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, 2015 - 2019 | 50 |
| 2.2 | ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ, 2019 | 51 |
| 3.5.4 | ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΓΙΑ ΕΤΟΣ 2021 | 75 |
| 3.5.4 | ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΓΙΑ ΕΤΟΣ 2022 | 75 |
| 3.5.4 | ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2022 | 76 |
| 3.5.4 | ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ ΑΝΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΤΟΣ 2022 | 77 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

| ΚΕΦΑΛΑΙΑ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ | ΣΕΛΙΔΕΣ |
|-----------------|--|----------------|
| 1.2.3 | ΑΡΧΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Π.Ο.Υ. | 26 |
| 1.6 | ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΤΗΣ Π.Φ.Υ.ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2017 | 30 |
| 2.1 | ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ | 45 |
| 2.3 | ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. | 53 |
| 2.4 | ΜΟΝΤΕΛΟ BEVERIDGE | 55 |
| 2.4 | ΜΟΝΤΕΛΟ BISMARCK | 56 |
| 2.4 | ΜΟΝΤΕΛΟ SEMASHKO | 58 |
| 2.7 | PRIMARY HEALTH CARE IS.. | 66 |
| 3.8.3 | ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ | 81 |

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 17 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ..... | 19 |
| 1.1 Εννοιολογικά στοιχεία | 19 |
| 1.2 Ιστορική Αναδρομή | 20 |
| 1.2.1. Διακήρυξη Της Alma-Ata..... | 22 |
| 1.2.2. Διακήρυξη Της Astana..... | 23 |
| 1.2.3. Στην Ελλάδα | 25 |
| 1.3 Βασικές Αρχές Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας..... | 26 |
| 1.4 Αντικείμενο Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας..... | 28 |
| 1.5 Διαρθρωτικές Αλλαγές από το 2009-2016 | 29 |
| 1.5.1. Η Μεταρρύθμιση Του 2017 | 30 |
| 1.6 Αδυναμίες Του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Πριν Την Μεταρρύθμιση Του 2017 | 39 |
| 1.7 Αδυναμίες Του Συστήματος Από Την Μεταρρύθμιση Του 2017 Έως Και Σήμερα | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ | 43 |
| 2.1. Υγειονομικές Περιφέρειες | 43 |
| 2.2. Επιδημιολογικά Δεδομένα | 43 |
| 2.3. Χρηματοδότηση Του Συστήματος | 49 |
| 2.4. Μοντέλα Λειτουργίας | 50 |
| 2.4.1. Το Μοντέλο του Beveridge στις μη αστικές περιοχές, | 50 |
| 2.4.2. Το Μοντέλο του Bismarck στα επαγγελματικά ταμεία υγείας | 52 |
| 2.4.3. Το Μοντέλο του Semashko στο Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ι.Κ.Α) | 53 |
| 2.5. Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Σε Άλλες Χώρες..... | 56 |
| 2.5.1. Καναδάς | 56 |
| 2.5.2 Μεγάλη Βρετανία | 57 |
| 2.5.3. Γερμανία | 57 |
| 2.5.4. Σουηδία | 58 |
| 2.5.5. Ολλανδία..... | 59 |
| 2.6. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Σύμφωνα Με Τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας | 60 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η ΚΡΙΣΗ..... | 63 |
| 3.1. Εννοιολογικά στοιχεία | 63 |
| 3.2 Υγειονομική Κρίση..... | 63 |
| 3.3. Κατάσταση Έκτακτης Ανάγκης..... | 65 |
| 3.4. Εμπλεκόμενοι Φορείς - Συστήματα | 65 |
| 3.5. Κοινωνικές Ανισότητες Και Υγειονομική Κρίση..... | 67 |

| | |
|---|-----------|
| 3.5.1. Φυλετικές Διακρίσεις..... | 67 |
| 3.5.2. Προσφυγικοί Πληθυσμοί..... | 68 |
| 3.5.3. Οικονομικές Ανισότητες..... | 69 |
| 3.5.4. Αυτοκτονίες..... | 69 |
| 3.8. Στρατηγικός Σχεδιασμός..... | 73 |
| 3.8.1 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία - κοινωνικο - οικονομικοί, συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες..... | 73 |
| 3.8.2. Χρόνια Νοσήματα..... | 74 |
| 3.8.3. Πρόγραμμα Σ. Δοξιάδης..... | 76 |
| 3.9. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Διαχείριση Των Κρίσεων..... | 79 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΠΙΔΗΜΙΑ - ΠΑΝΔΗΜΙΑ..... | 80 |
| 4.1. Εννοιολογικά Στοιχεία..... | 80 |
| 4.2. Ιστορική Αναδρομή - Μεσοπόλεμος 1940..... | 82 |
| 4.2.1. Φυματίωση..... | 82 |
| 4.2.2. Ελονοσία..... | 82 |
| 4.2.3. Εξανθηματικός (Επιδημικός) Τύφος..... | 83 |
| 4.2.4. Τυφοειδής Πυρετός..... | 83 |
| 4.2.5. Πολιομυελίτιδα..... | 83 |
| 4.3. Ιστορική Αναδρομή - Πανδημίες..... | 84 |
| 4.3.1. Ισπανική Γρίπη (A/H1N1)..... | 85 |
| 4.3.2. Ασιατική Γρίπη (H2N2)..... | 85 |
| 4.3.3. Γρίπη Του Χονγκ Κονγκ (H3N2)..... | 86 |
| 4.3.4. Πανδημία Του HIV (AIDS)..... | 87 |
| 4.3.5. Η Γρίπη Των Χοίρων (pH1N1/09)..... | 88 |
| 4.4. Ισπανική Γρίπη, Ασιατική Γρίπη, Covid-19..... | 89 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID – 19..... | 91 |
| 5.1.Εισαγωγή..... | 91 |
| 5.2. Παθογένεια..... | 91 |
| 5.3. Συμπτώματα..... | 92 |
| 5.4. Μετάδοση..... | 92 |
| 5.5. Διαγνωστικές Μέθοδοι..... | 93 |
| 5.6 Επιδημιολογικά Δεδομένα..... | 93 |
| 5.7. Χρονοδιάγραμμα Πανδημίας..... | 100 |
| 5.8. Εμβόλια..... | 102 |
| 5.9. Δαπάνες..... | 103 |
| 5.10. Μέτρα..... | 103 |

| | |
|--|-----|
| 5.11. Η Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Στην Αντιμετώπιση Της Πανδημίας Covid-19 | 108 |
| ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 109 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 110 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα που θα αναπτύξουμε στην παρούσα εργασία είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Υγειονομική Κρίση. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι φροντίδα για όλους σε όλες τις ηλικίες. Όλοι οι άνθρωποι, παντού, αξίζουν τη σωστή φροντίδα στην κοινότητά που διαμένουν.

Την τελευταία δεκαετία, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Ελληνικού συστήματος υγείας έχει υποστεί ριζικές αλλαγές που αναπτύσσεται και κατευθύνεται με αργούς ρυθμούς προς τη διαμόρφωση ενός πιο σύγχρονου, αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος. Παρά τις προσπάθειες για την διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος συνεχίζουν να υφίστανται ανισότητες στον τομέα της υγείας ως προς το φύλο και την κοινωνική θέση – κοινωνικοοικονομική κατάσταση. (1)

Από τη νόσο των λεγεωνάριων στη δεκαετία του 1970, έως το AIDS, τον Έμπολα, το σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο (SARS), και τώρα τον Covid-19, οι μεταδοτικές ασθένειες εξακολουθούν να απειλούν και να διαταράσσουν τις ανθρώπινες κοινωνίες. Κατά καιρούς έχουν εμφανιστεί διάφορα νέα στελέχη γρίπης, τα οποία έχουν οδηγήσει σε πανδημίες, προκαλώντας ασθένειες, θανάτους και γενικά αναστάτωση στην ανθρωπότητα. Τον τελευταίο αιώνα, η ανθρωπότητα έχει βιώσει τέσσερις πανδημίες γρίπης. Οι πανδημίες ασκούν πίεση στις κοινωνίες που χτυπούν. Μια πανδημία ξεκινά με τη μόλυνση ενός ζώου από τον ιό. Στη συνέχεια και σε λίγες περιπτώσεις, τα ζώα μολύνουν ανθρώπους. Τέλος, ο ιός αρχίζει να μεταφέρεται μεταξύ των ανθρώπων και τελειώνει όταν οι λοιμώξεις που προκαλεί ο νέος ιός έχουν μεταδοθεί όλο σχεδόν τον κόσμο. (2)

Στο **κεφάλαιο 1** αναλύονται βασικές έννοιες γύρω από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τις διακηρύξεις ALMA-ATA και ASTANA, έγινε ιστορική αναδρομή και επίσης αναφορά στις αξίες, τους στόχους, το αντικείμενο, την νομοθεσία και τις μεταρρυθμίσεις και τις αδυναμίες της Π.Φ.Υ., πριν και μετά την μεταρρύθμιση του 2017.

Στο **κεφάλαιο 2** γίνεται αναφορά στις υγειονομικές περιφέρειες της Ελλάδος, στα επιδημιολογικά δεδομένα, στην χρηματοδότηση, στα μοντέλα λειτουργίας και στα συστήματα Π.Φ.Υ, σε προτεινόμενες αλλαγές και στο όραμα της Π.Φ.Υ σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.

Στο **κεφάλαιο 3** παρατίθενται εννοιολογικά στοιχεία σχετικά με την υγειονομική κρίση, την κατάταξή της, την κατάσταση έκτακτης ανάγκης, τα συστημάτων υγείας και τους εμπλεκόμενους φορείς, την συσχέτιση της υγειονομικής κρίσης με την κοινωνική κρίση, το

ρόλο της Π.Φ.Υ. στην διαχείριση των κρίσεων και τα αντίστοιχα εθνικά σχέδια δράσης 2021-2025.

Στο **κεφάλαιο 4** παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με την επιδημία, την πανδημία, τις αιτίες αυτών, μια σύντομη ιστορική αναδρομή και τέλος γίνεται προσπάθεια σύγκρισης μεταξύ άλλων πανδημιών με την πανδημία Covid-19.

Στο **κεφάλαιο 5** αναπτύσσεται σε βασικές γραμμές η πανδημία Covid-19, σχετικά επιδημιολογικά δεδομένα, το χρονικό των δυο στην lockdowns στην Ελλάδα, τα εθνικά μέτρα για την καταπολέμηση της πανδημίας και τέλος παρουσιάζεται η συνεισφορά της Π.Φ.Υ.

Η παρούσα εργασία ολοκληρώθηκε με την παράθεση σχετικών συμπερασμάτων από τη βιβλιογραφική αναζήτηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εννοιολογικά στοιχεία

Υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1948, ως υγεία ορίζεται: “ *Η κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η έλλειψη αναπηρίας ή ασθένειας*”. (3), (4). Επίσης η υγεία είναι ένας αξιοσημείωτος παγκόσμιος κοινωνικός στόχος ο οποίος για να υλοποιηθεί χρειάζεται διατομεακή δράση τόσο από υπηρεσίες υγείας όσο και κοινωνικό - οικονομικών υπηρεσιών. (5)

Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας Και Alma-Ata

Σύμφωνα με την διακήρυξη της ALMA-ATA το 1978 ως ΠΦΥ ορίζεται: « *Η βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, μέθοδοι και τεχνολογίες, οι οποίες είναι καθολικά προσβάσιμες στα άτομα καθώς και στις οικογένειες της κοινότητας μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να αντέξουν οικονομικά να διατηρήσουν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης τους, το πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης.*» (5)

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Και ΠΟΥ

Η ΠΦΥ είναι μια προσέγγιση η οποία αφορά όλη την κοινωνία με στόχο την αποτελεσματικότερη οργάνωση και ενίσχυση των Εθνικών Συστημάτων Υγείας ώστε να συνδέσει τις υπηρεσίες υγείας και ευημερίας με τις κοινότητες ανά τον κόσμο. Αποτελείται από τρία βασικά σημεία:

1. Ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ανθρώπων καθ’ όλη την διάρκεια της ζωής τους,
2. Διαχείριση και αντιμετώπιση των γενικότερων καθοριστικών παραγόντων της υγείας δια μέσου πολυτομεακής πολιτικής και δράσης,
3. Παρέχοντας την δυνατότητα σε άτομα, οικογένειες και κοινότητες να αναλάβουν την δική τους υγεία.

Η ΠΦΥ δίνει την δυνατότητα στα συστήματα υγείας να υποστηρίζουν τις ανάγκες υγείας ενός ατόμου - από την προαγωγή της υγείας έως την πρόληψη ασθενειών, την θεραπεία, την αποκατάσταση, την παρηγορητική φροντίδα κ.α. Αυτή η στρατηγική εξασφαλίζει ότι η

υγειονομική περίθαλψη προσφέρεται με τρόπο που εστιάζει στις ανάγκες του κάθε ανθρώπου και σέβεται τις προτιμήσεις του.

Η ΠΦΥ είναι ευρέως αποδεκτή ως ο πιο περιεκτικός, δίκαιος και οικονομικά αποδοτικός τρόπος με σκοπό την επίτευξη ολικής κάλυψης υγείας. Επίσης, είναι απαραίτητη για την βελτίωση και ενδυνάμωσης της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας για προετοιμασία, αντίδραση και ανάκαμψη από κρίσεις και κρίσεις. (6)

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Ν.4486/2017

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.4486/17 ως ΠΦΥ ορίζεται: “το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ, οι οποίες έχουν στόχο την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, την διάγνωση, την θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και την συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού με σεβασμό στα δικαιώματα και στις ανάγκες του”. (7)

1.2 Ιστορική Αναδρομή

Η έννοια “εξωνοσοκομειακή φροντίδα” προέρχεται από την κάτοικόν νοσηλεία η οποία εφαρμοζόταν από την αρχαιότητα καθώς το σπίτι ήταν ο αποκλειστικός χώρος φροντίδας των ασθενών ώσπου να πραγματοποιηθεί αρχικά η οργάνωση των μοναστηριών και ύστερα να ιδρυθούν τα νοσοκομεία με την σύγχρονη μορφή στην εποχή του Βυζαντίου. Η πρώτη καταγεγραμμένη κατ’οίκον επίσκεψη έκανε το ξεκίνημά της έπειτα από την ίδρυση της από την Χριστιανική εκκλησία του τάγματος Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες αρμοδιότητες όσον αφορά την φροντίδα του φτωχού πολίτη - ασθενή με ανάγκες. (8)

Ύστερα από λίγα χρόνια και συγκεκριμένα κατά την εποχή του Μεσαίωνα ήταν ευρέως διαδεδομένο ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες, οι οποίες είχαν ως θεμέλια αρχή τους την αγάπη προς τον συνάνθρωπο, παρείχαν κατ’οίκον υπηρεσίες χωρίς χρηματικές απολαβές. Η Florence Nightingale, μία νοσηλεύτρια από το Λονδίνο, έθεσε τις αρχές για πρώτη φορά για την παροχή υπηρεσιών επιστημονικά τεκμηριωμένης νοσηλευτικής φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο ενώ στις ΗΠΑ κατά το έτος 1877 λειτούργησε σε ιεραποστολή της από την Νέα Υόρκη με αντικείμενο: “Πρόγραμμα Φροντίδας στο σπίτι με επαγγελματίες νοσηλεύτριες” (9), (10).

Κατά την εποχή της μεγάλης ακμής της Σμύρνης τον 19ο αιώνα καθώς και στις αρχές του 20ου αιώνα εξυπηρετούσαν στην παροχή πρώτων βοηθειών τα φαρμακεία ή “Σπετσαρί”. Οι ιατροί της Σμύρνης δεν είχαν δικό τους ιατρικό χώρο αλλά έκαναν χρήση των φαρμακείων με σκοπό την παροχή ιατρικών υπηρεσιών καθώς πάντα υπήρχε ένα δωμάτιο με εξεταστικό τραπέζι. Η αμοιβή των ιατρών ήταν μικρή ή πολλές φορές παρείχαν υπηρεσίες αφιλοκερδώς (11).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 σημειώθηκε , στις περισσότερες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. της Ευρώπης, οικονομική κρίση που είχε ως συνέπεια την ραγδαία μείωση των ρυθμών της οικονομικής ανάπτυξης. Αντίστοιχα, οικονομική ύφεση είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία προβλημάτων στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η συνεχής αύξηση των εξόδων υγείας και η συνεχιζόμενη επένδυση σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες οδήγησε δίχως επιστροφή τα συστήματα υγείας σε ολική κατάρρευση. Επί της ουσίας, η ΠΦΥ αποτελούσε την προσπάθεια για την επίλυση του προβλήματος εύρεσης πόρων που παρουσίαζε η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (12).

Σημαντικό γεγονός στην αλλαγή των αντιλήψεων θεωρείται η Διακήρυξη της ALMA-ATA και η ανάπτυξη από τον Π.Ο.Υ. της “Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία για όλους μέχρι το Έτος 2000”. Τον Σεπτέμβριο του 1978 της τότε Ε.Σ.Σ.Δ. στο συνέδριο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας ορίστηκε η νέα φιλοσοφία για την διαχείριση υγειονομικών προβλημάτων. Κατ’ επέκταση πραγματοποιήθηκε η αλλαγή από το κλασσικό μοντέλο “Γιατρός - Ασθένεια - Ασθενής” στην καθολική και ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας. Για πρώτη φορά εισήχθη η έννοια της ΠΦΥ σε ένα νέο και ανανεωμένο σχέδιο προγραμματισμού των υγειονομικών αναγκών μέσα στο οποίο ενσωματώνονται:

- Η Υγειονομική Διάσταση
- Η Κοινωνική Διάσταση
- Η Κοινοτική Διάσταση
- Η Οικονομική Διάσταση. (5)

1.2.1. Διακήρυξη Της Alma-Ata

Το Διεθνές Συνέδριο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που διεξήχθη στην ALMA-ATA στις 20 Σεπτεμβρίου του έτους 1978 εκφράστηκε η άμεση και συλλογική δράση των κυβερνήσεων ανά τον κόσμο για την προστασία και την προώθηση της υγείας όλων των ανθρώπων παγκοσμίως και έγιναν οι εξής δηλώσεις:

1. Σύμφωνα με την διάσκεψη της ALMA-ATA η υγεία ορίζεται ως: *“η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και έχει ως στόχο την επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας.*
2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας συνιστά αναπόσπαστο μέρος τόσο του δημόσιου όσο και ιδιωτικού τομέα των συστημάτων υγείας της κάθε χώρας, του οποίου πρέπει να είναι η κεντρική λειτουργία και βασικός στόχος και της συνολικής κοινωνικό - οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Ακόμα, αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας φέροντας σε πρωταρχικό μέλημα την υγειονομική περίθαλψη όσο το δυνατόν πιο κοντά στο τόπο διαμονής - κατοικίας και εργασίας των ατόμων και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μίας συνεχούς διαδικασίας υγειονομικής περίθαλψης.

Τέλος, σύμφωνα με την διακήρυξη της ALMA-ATA, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:

1. Αντικατοπτρίζει και εξελίσσεται από τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικό - πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της. Επίσης βασίζεται στην εφαρμογή των αποτελεσμάτων κοινωνικών, βιοϊατρικών και υγειονομικών υπηρεσιών με εμπειρία έρευνας και δημόσιας υγείας.
2. Διαχειρίζεται και φέρνει εις πέρας τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας στην κοινότητα με την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης με γνώμονα την προαγωγή υγείας.
3. Εμπεριέχει: Εκπαίδευση σχετικά με τα επίκαιρα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου αυτών, Προώθηση της προσφοράς των τροφίμων και την αξία της διατροφής, επαρκή παροχή καθαρού νερού και βασικής υγιεινής, φροντίδα για τη υγεία μητέρας - παιδιού (συμπεριλαμβάνοντας τον οικογενειακό προγραμματισμό), ανοσοποίηση έναντι στους λοιμογόνους παράγοντες, πρόληψη και διαχείριση τοπικών

ενδημικών ασθενειών, κατάλληλη θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυματισμών και την παροχή βασικών φαρμάκων.

4. Περιλαμβάνει, εκτός από τον τομέα της υγείας όλους τους σχετιζόμενους τομείς και πτυχές της Εθνικής και Κοινοτικής ανάπτυξης με ιδιαίτερη έμφαση στον πρωτογενή τομέα (γεωργία, κτηνοτροφία, τρόφιμα), στην βιομηχανία, την εκπαίδευση, στέγαση, δημόσια έργα, επικοινωνίες κ.α. και απαιτείται η συντονισμένη προσπάθεια όλων προαναφερόμενων τομέων.
5. Απαιτεί και προάγει την μέγιστη συλλογική και ατομική αυτοδυναμία καθώς και συμμετοχή στον σχεδιασμό, οργάνωση, λειτουργία και έλεγχο πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιώντας εξ ολοκλήρου τους τοπικούς, εθνικούς και άλλους διαθέσιμους χώρους με σκοπό την ανάπτυξη κατάλληλης εκπαίδευσης για δεξιότητες συμμετοχής στην κοινότητα.
6. Κρίνει αναγκαία την ολοκληρωμένη και λειτουργική υποστήριξη της ανάπτυξης ,διαμέσου κατάλληλης εκπαίδευσης, αμοιβαίας συνεργασίας μεταξύ των συστημάτων, τα οποία θα οδηγούν στην συνεχή βελτίωση της υγείας και θέτοντας σε προτεραιότητα τα άτομα που έχουν ανάγκη.
7. Εστιάζει, τόσο σε τοπικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο παραπομπής, στους υγειονομικούς εργαζόμενους (γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, επίκουρους και κοινωνικούς λειτουργούς , ασκούμενους) οι οποίοι πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένοι κοινωνικά και τεχνικά, έτοιμοι να συνεργαστούν και να εργαστούν ως ομάδα υγείας και να ανταποκριθούν στις ανάγκες της κοινότητας. (5)

1.2.2. Διακήρυξη Της Astana

Εν συνέχεια της συνέλευσης της ALMA-ATA πραγματοποιήθηκε συνάντηση στις 25 – 26 Οκτωβρίου του 2018 με αφορμή την επιβεβαίωση των αρχικών δεσμεύσεων και οράματος που αναφέρθηκαν στην φιλόδοξη και οραματική δήλωση της ALMA- ATA του 1978 και στους στόχους του 2030 για την βιώσιμη ανάπτυξη η οποία στόχευε στην “Καθολική Υγεία”.

Σύμφωνα με την Διακήρυξη της ASTANA, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να βασίζονται στα εξής χαρακτηριστικά: υψηλή ποιότητα, ασφάλεια, εύκολη πρόσβαση, διαθεσιμότητα, και να είναι προσιτές για κάθε πολίτη ανά πάσα στιγμή καθώς και οικονομικά ανεκτές. Επίσης θα πρέπει να διέπονται από ανθρωποκεντρική προσέγγιση και ευαισθησία στο φύλλο. Τα χαρακτηριστικά αυτά πρέπει να παρέχονται από επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θα πρέπει να διακατέχονται από συμπόνια, σεβασμό, αξιοπρέπεια και

συγχρόνως να είναι σωστά εκπαιδευμένοι, ειδικευμένοι, κινητοποιημένοι και αφοσιωμένοι στο έργο τους.

Ένα ενισχυμένο Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας, ενδείκνυται να είναι περιεκτικό, αποτελεσματικό και αποδοτικό ως προς την βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανθρώπων καθώς και της κοινωνικής ευημερίας. Επιπρόσθετα η ΠΦΥ αποτελεί το βασικότερο σημείο ενός βιώσιμου συστήματος υγείας για την ολική - συλλογική κάλυψη υγείας.

Το έργο της ΠΦΥ για να πραγματοποιηθεί πρέπει να βασίζεται στην εθνική νομοθεσία, τα ευρύτερα πλαίσια και τις προτεραιότητες. Το βασικότερο μήνυμα της συνέλευσης είναι η ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας με επίκεντρο την ΠΦΥ, η ενίσχυση της ικανότητας και της υποδομής αναφορικά με την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη (η πρώτη επαφή με τις υπηρεσίες υγείας) και της ταξινόμησης των βασικών λειτουργιών Δημόσιας Υγείας. Πρωταρχικό μέλημα θα δίνεται στην πρόληψη ασθενειών, στην προαγωγή της υγείας και θα στοχεύει στην καθολική κάλυψη των αναγκών κάθε πολίτη καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους οι οποίες θα επιτυγχάνονται από υπηρεσίες πρόληψης, προώθησης, θεραπείας, αποκατάστασης και παρηγορητικής φροντίδας. Μέσω της ΠΦΥ θα παρέχεται ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών οι οποίες είναι:

- ο εμβολιασμός,
- η πρόληψη - έλεγχος - διαχείριση μη μεταδοτικών και μεταδοτικών νοσημάτων,
- η φροντίδα και υπηρεσίες που προάγουν την βέλτιστη διαχείριση και διατήρηση της υγείας της μητέρας, του νεογνού, του παιδιού και του εφήβου,
- η ενασχόληση με την ψυχική υγεία,
- η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.

Τέλος μέσω της Διακήρυξης της ASTANA ενισχύθηκαν οι παρακάτω τομείς:

1. Η γνώση και ανάπτυξη ικανοτήτων
2. Το ανθρώπινο δυναμικό για την υγεία
3. Η τεχνολογία
4. Η χρηματοδότηση
5. Η ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινοτήτων

Η εναρμόνιση των ενδιαφερομένων με τις εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια.

(13)

1.2.3. Στην Ελλάδα

Ο Ν.2592/53 (14) θεσμοθετεί για πρώτη φορά τους κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς σε απομακρυσμένες υγειονομικές περιφέρειες, στους οποίους συμπεριλαμβάνονταν μικρός αριθμός κλίνες. Εξάιρεση του νόμου αποτελεί η πρόταση του Υπουργού Υγείας Πάτρα “Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής” που εισήγαγε τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού (15) και το προσχέδιο του Νόμου του Δοξιάδη το 1980 (16) με το οποίο εισήχθη μια πρώιμη μορφή Κ.Υ. του αστικού τύπου.

Η πρώτη προσπάθεια για συγχρονισμό με σύγχρονα δεδομένα έγινε με τον Ν.1397/1983 (17), παρά το γεγονός ότι περιορίζεται στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και αντιμετώπιση καθώς δεν επεκτείνεται στην ευρύτερη έννοια της πρόληψης. Η επιλογή είχε πολιτικό χαρακτήρα και κριτήριο την συνείδηση, αφού με αυτόν τον τρόπο οι τομείς αυτοί αφήνονταν εκτός του τότε νεοσύστατου Ε.Σ.Υ. με σκοπό να καλύπτονται από ιδιωτικούς φορείς (18). Την περίοδο εκείνη ευνοούνταν οι ριζοσπαστικές αλλαγές για την δημιουργία ενός κοινωνικοποιημένου δημόσιου συστήματος υγείας, το οποίο δεν θα είχε καμία σχέση ούτε με το κράτος ούτε με τον ιδιωτικό τομέα. Το άρθρο 12 του Ν.1579/1985 (19) έδρασε συμπληρωματικά προς τον προηγούμενο νόμο (Ν.1397/1983) : μέσω της ίδρυσης της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής ενώ απαγόρευσε την χρήση της επωνυμίας “Κέντρο Υγείας - Ιατρικό Κέντρο” από τους ιδιώτες.

Το 1980 στο Νομοσχέδιο Δοξιάδη διατυπώνεται η ανάγκη δημιουργίας της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.

Το άρθρο 7 του Ν.1579/1985 (19) ιδρύει το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) με σημαντικότερες αρμοδιότητες την παροχή άμεσης φροντίδας σε έκτακτα περιστατικά, την επείγουσα ιατρική βοήθεια και την διακομιδή - μεταφορά των επειγόντων περιστατικών στις Μονάδες Υγείας.

Ο Ν.2701/1992 (20) έδωσε το έναυσμα σε ιδιωτικούς φορείς να συνάπτουν συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς για την κάλυψη της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης. Επιπρόσθετα, διεύρυνε την έννοια της Π.Φ.Υ ώστε να περιλαμβάνει τις ενέργειες πρόληψης και περίθαλψης ενώ ταυτόχρονα εισήγαγε τον θεσμό της κατ’οίκον νοσηλείας. Όμως ο Ν. 2194/1994 (21) ακύρωσε τον παραπάνω νόμο.

Ο Ν.2519/1997α (22) θεσμοθετεί ξανά τα Κ.Υ. αστικού τύπου υπό την μορφή των Δικτύων Π.Φ.Υ και επανέφερε τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Ο Ν.3235/2004 (23) εισήγαγε και πάλι τον οικογενειακό ιατρό, την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και πλέον οι μονάδες Π.Φ.Υ. υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες

1.3 Βασικές Αρχές Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Όλοι οι άνθρωποι ανά τον κόσμο έχουν το δικαίωμα να επιτύχουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Αυτή είναι η θεμελιώδης αρχή της ΠΦΥ. (6)

Σύμφωνα με τον Ν.3235/2004 οι βασικές αρχές που προσδιορίζουν τον ρόλο και τους σκοπούς της ΠΦΥ:

1. Ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες,
2. Ισότητα στην φροντίδα που αποσκοπεί στην διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας,
3. Ολοκληρωμένη και σφαιρική φροντίδα υγείας στους πολίτες,
4. Προσανατολισμός του συστήματος υγείας στο άτομο και την οικογένεια του, μέσω μιας οργανωμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδας,
5. Διαχείριση ιατροασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών με σκοπό την διασφάλιση άμεσης διαθεσιμότητας αυτών με γνώμονα την εμπιστοσύνη,
6. Διαφύλαξη του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού,
7. Ορθολογική χρήση των πόρων. (23)



Εικόνα 1. ΑΡΧΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ Π.Ο.Υ.

Πηγή: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/>

Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που εστιάζουν και υποστηρίζουν την έντονη πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν την βέλτιστη υγεία του πληθυσμού, μικρότερες δαπάνες, υψηλότερη ποιότητα και λιγότερη ανισότητα. Αυτή η βελτιωμένη αξία προκύπτει από την συνεργασία μεταξύ των ακόλουθων τεσσάρων λειτουργικών χαρακτηριστικών:

1. Εύκολα προσβάσιμη πρώτη επαφή με το σύστημα υγείας,
2. Ολοκληρωμένη φροντίδα για όλες τις καταστάσεις υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία ή το φύλο,
3. Διατομεακή, συντονισμένη δράση και ενσωμάτωση της περίθαλψης,
4. Διαχρονικές σχέσεις μεταξύ οικογένειας και κοινότητας.

Μία θεμελιώδης αρχή της ΠΦΥ είναι η εστίαση στην βελτίωση της υγείας και των σχέσεων του ατόμου στο πλαίσιο της ζωής του και όχι απλώς στην αντιμετώπιση της νόσου από τις λειτουργίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (24)

Οι βασικές αρχές της επιτυχημένης λειτουργίας των συστημάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι:

1. Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας όλο το 24ωρο,
2. Πρώτο σημείο επαφής με τους πολίτες,
3. Κάλυψη έως και 2,500 άτομα ανά κόμβο ΠΦΥ,
4. Καταγραφή ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών αποτύπωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού,
5. Δημιουργία μέσων επικοινωνίας με τους πολίτες και ανάπτυξη προληπτικής ιατρικής (25).

Τέλος, οι βασικοί στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι:

- 1) Πρόληψη της ασθένειας,
- 2) Διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας,
- 3) Αποκατάσταση της υγείας,

- 4) Εκτίμηση αναγκών υγείας,
- 5) Μείωση των ανισοτήτων,
- 6) Παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (24).

1.4. Αντικείμενο Της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου (“πυλωρός”, “gatekeeper”) της οικογένειας και της κοινότητας με το σύστημα υγείας και αποτελεί κύρια προϋπόθεση για μία συνεχιζόμενη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Η ΠΦΥ δεν περιλαμβάνει μόνο την εξωνοσοκομειακή φροντίδα αλλά και ένα γενικότερο φάσμα υπηρεσιών που προσφέρει υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής της υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας.

Επίσης, θεωρείται ως ένα βασικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού συστήματος το οποίο εντάσσεται σε ένα ευρύτερο και συνεχές σχέδιο παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και όχι σε ένα πρόσθετο και αποκομμένο τμήμα σε σχέση με το υπόλοιπο σύστημα υγείας. (26)

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.3235/2004 (23), εκτός από την αναφορά στην έννοια και τον σκοπό του ΠΦΥ γίνεται αναφορά στις υπηρεσίες οι οποίες είναι:

- i. Υπηρεσίες υγείας οι οποίες δεν απαιτούν εισαγωγή νοσηλευτικό ίδρυμα,
- ii. Λήψη μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
- iii. Μέτρα που σχετίζονται με τον οικογενειακό προγραμματισμό,
- iv. Παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας με εστίαση στην προληπτική οδοντιατρική,
- v. Ενασχόληση με την σχολική υγιεινή,
- vi. Παροχή υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης,
- vii. Παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας,
- viii. Παρακολούθηση των χρόνιων πασχόντων που δεν χρήζουν νοσοκομειακής νοσηλείας,
- ix. Δημιουργία απαραίτητων υποδομών για την εξασφάλιση και διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού.

Εν κατακλείδι, η ΠΦΥ έχει ως αντικείμενο της όλο το εύρος των υπηρεσιών διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης στον τόπο διαμονής και εργασίας των πολιτών - ασθενών, και κατ’ επέκταση την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας στην διαχείριση της νόσου και στην

εξασφάλιση του βέλτιστου επιπέδου υγείας μέσω μίας συντονισμένης διατομεακής δράσης. (27), (28)

1.5. Διαρθρωτικές Αλλαγές από το 2009-2016

Στα χρόνια της ελληνικής κρίσης (κατά την διάρκεια των μνημονίων) πραγματοποιήθηκαν κάποιες σημαντικές αλλαγές στην Π.Φ.Υ στην Ελλάδα. Αυτές οι αλλαγές χωρίζονται σε δυο περιόδους: α) Η περίοδος έως την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και β) από το 2012 έως την μεταρρύθμιση του 2017.

Συγκεκριμένα, στην πρώτη περίοδο:

α) με τον Ν.3852/2010 στα πλαίσια του προγράμματος Καλλικράτης, οι υπηρεσίες των Μονάδων Π.Φ.Υ. αρχικά υπάγονταν στις Δ.Υ.Πε. και με την ισχύ του νόμου μεταφέρθηκαν στους δήμους και τις περιφέρειες, (29)

β) με τον Ν.3668/2010 τέθηκε σε ισχύ η 24ωρη λειτουργία των νοσοκομείων και κατ' επέκταση και των Τ.Ε.Ι. για την παροχή Π.Φ.Υ, (30)

γ) με τον Ν.3892/2010 ξεκίνησε η ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών για εξετάσεις ώστε να αντιμετωπιστεί η υπερσυνταγογράφηση και υπερπαραγγελίες, (31)

δ) με τον Ν.3918/2011 ιδρύθηκε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έπειτα από συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Π.Α.Δ.) με την αρμοδιότητα “αγοραστή” και παρόχου εξωνοσοκομειακής φροντίδας (32).

Στην συνέχεια, στην δεύτερη περίοδο:

α) με το ΦΕΚ 545/01.03.2012 τέθηκε σε εφαρμογή ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η συνταγογράφηση με κριτήριο την δραστική ουσία καθώς και η προώθηση των γενοσήμων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ώστε να προσφέρει φθηνότερη τιμή φαρμάκου και να δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να πληρώσει μόνο την διαφορά, (33)

β) στο ΦΕΚ Β 3054/2012 ιδρύθηκε ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών (Ε.Κ.Π.Υ.) που έχει ως αρμοδιότητά του την οργάνωση, χρηματοδότηση, παροχή υπηρεσιών και αποζημιώσεις των συμβαλλόμενων, (34)

γ) με τον Ν.4052/2012 η σύσταση των υγειονομικών περιφερειών μετονομάστηκε με σκοπό να ταυτίζονται με τις 7 αποκεντρωμένες Διοικήσεις του προγράμματος Καλλικράτη, (35)

δ) με το ΦΕΚ 2251 Β/ 7.10.2013 ορίστηκε ο τρόπος και η διαδικασία απόδοσης του rebate στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., (36)

ε) με το Ν. 4238/2014 συστάθηκε το Π.Ε.Δ.Υ με αποτέλεσμα την μεταφορά των πολυϊατρείων από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο Ε.Σ.Υ καθώς και η ένταξη αυτών στις Υ.Πε. (37)

στ) με το ΦΕΚ 490 Β/ 01.04.2015 πραγματοποιήθηκε η κατάργηση της τιμής 5 ανά επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία, (38)

ζ) με τον Ν. 4368/2016 δίνεται η δυνατότητα της υγειονομικής κάλυψης των ανασφάλιστων, των προσφύγων και των ευπαθών ομάδων στο Π.Ε.Δ.Υ.. (39)

Συμπερασματικά, έπειτα από την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ με τον Ν. 3918/2011, όπου οι κλάδοι υγείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης συγχωνεύτηκαν, επέφερε μεγάλες αλλαγές στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. , ώστε να ακολουθήσει η ένταξη των υπηρεσιών Ι.Κ.Α. στο Ε.Σ.Υ. και η ίδρυση του Π.Ε.ΔΥ. με τον Ν. 4238/2016.

1.5.1. Η Μεταρρύθμιση Του 2017

Στα πλαίσια της ανασυγκρότησης - αναβάθμισης της Π.Φ.Υ. πραγματοποιήθηκε η Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας το 2017. Η επίσημη ονομασία της μεταρρύθμισης είναι: Νόμος 4486/2017. Σύμφωνα με τον Νόμο 4486/2017 ισχύουν τα ακόλουθα:

Αναφορικά με το άρθρο 1 του Ν. 4486/2017 (40) οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν:

α) τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν χρειάζεται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα (εισαγωγή σε νοσοκομείο),

β) την εκτίμηση αναγκών υγείας των πολιτών, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για συγκεκριμένα νοσήματα και την προαγωγή της υγείας,

γ) την διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα,

δ) την αναπαραγωγική υγεία και την φροντίδα μητέρας - παιδιού,

- ε) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Φροντίδα,
- στ) την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας,
- ζ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού,
- η) τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας,
- θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας
- ι) την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και την διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων,
- ια) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα με επίκεντρο την πρόληψη,
- ιβ) την διασύνδεση με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,
- ιγ) την διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας,
- ιδ) τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς,
- ιε) την κατ'οίκον φροντίδα υγείας και την κατ'οίκον νοσηλεία.

Σχετικά με τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., αυτές οργανώνονται και λειτουργούν, σύμφωνα με τις αρχές της:

- α) δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού,
- β) της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας,
- γ) της ειδικής μέριμνας για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες,
- δ) της διασφάλισης της ποιότητας και ασφαλείας των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- ε) της συνεχούς φροντίδας υγείας,
- στ) της ευθύνης και λογοδοσίας των παροχών υπηρεσιών υγείας,
- ζ) της δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος ή κάθε άλλου επαγγέλματος υγείας,
- η) της εγγύτητας των υπηρεσιών στο τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας,

θ) της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας,

ι) της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. ή συμβεβλημένων παροχών για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς,

ια) της αγωγής υγείας στην κοινότητα,

ιβ) της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών.

Αναφορικά με την απόδοση των ορισμών των υπηρεσιών υγείας στο άρθρο 2 του Ν. 4486/2017 (41) αναφέρονται τα εξής:

1. ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: Η ομάδα που συνίσταται από ιατρούς ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, από νοσηλευτή, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και από διοικητικό προσωπικό, με ελάχιστη σύνθεση έναν ιατρό ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας και έναν διοικητικό υπάλληλο. Ως Ομάδα Υγείας θεωρείται και η “Τοπική Ομάδα Υγείας” που συγκροτείται, σύμφωνα με το άρθρο 106 του ν.4461/2017 (Α 38).

2.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΕΡΙΠΑΤΗΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: Υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας που παρέχονται στους χρήστες υπηρεσιών υγείας από τα Κέντρα Υγείας και τις άλλες δημόσιες δομές της Π.Φ.Υ.

3. ΤΟΠΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ., που συνιστά το εισαγωγικό επίπεδο στο Ε.Σ.Υ. και λειτουργεί στην βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής, οργανωμένης πρόληψης και αγωγής υγείας της Π.Φ.Υ. και στελεχώνεται από μία Ομάδα Υγείας (αντίστοιχο με την περίπτωση 1)

4. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΤΟΜΕΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Το.Π.Φ.Υ.): το πρόσωπο που ορίζεται συντονιστής των Το.Π.Φ.Υ. που βρίσκονται εντός της εκάστοτε περιφερειακής ενότητας και λειτουργεί ανά την αυτή περιφερειακή ενότητα ή τομέα, με κριτήρια ιδίως τις ανάγκες του εξυπηρετούμενου πληθυσμού, την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας εξαιτίας γεωμορφολογικών ιδιαιτεροτήτων, νησιωτικότητας ή άλλων γεωγραφικών περιορισμών, καθώς και τις ιδιαιτερότητες του κάθε Τομέα.

5. ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: κάθε ηλεκτρονική εφαρμογή που έχει δημιουργηθεί ή αποκτηθεί και λειτουργεί για την υποστήριξη της παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

6. ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ: ο δείκτης με τον οποίο καθορίζεται η αποζημίωση των συμβεβλημένων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιατρών, σύμφωνα με την ηλικία των δηλωμένων σε αυτούς ατόμων.

Αναφορικά με το άρθρο 3 του Ν. 4486/2017, το οποίο πραγματεύεται τις Δημόσιες Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ (42):

1. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) εντασσόμενο στο Ε.Σ.Υ. σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία. Στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από Το.Μ.Υ., τα Π.Ι της παρ.1 του άρθρου 27 του ν.2516/1997 (Α 165), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) της παρ. 1 του άρθρου 6 του ν.2345/1995 (Α 213) και τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.) της παρ.3 του άρθρου 3 του π.δ. 266/1989 (Α 266). Τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία μπορεί, με απόφαση το Υπουργείου Υγείας, μετά από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., να μετατρέπονται σε Το.Μ.Υ., αφού στελεχώνονται όπως η Ομάδα Υγείας.

2. Στο δεύτερο επίπεδο εξυπηρετούνται ανάγκες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας. Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου, όπως αναφέρονται στην διάταξη του άρθρου 17 του ν.1397/1983 και οι Μονάδες Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ., όπως προβλέπονται στην διάταξη της παρ.3 του άρθρου 2 του ν.4238/2014 (Α 38), μετονομάστηκαν σε Κέντρα Υγείας με αποτέλεσμα να καταργηθεί πλήρως η ονομασία Π.Ε.Δ.Υ.

3. Κάθε Κέντρο Υγείας με τις εντασσόμενες σε αυτό Το.Μ.Υ. , Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.) , Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι) και τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.) αποτελούν μέρος μίας οργανωτικής δομής η οποία διαθέτει την δική τους στελέχωση.

4. Με την ομόφωνη απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Διοικητικής Ανασυγκρότησης και Υγείας έπειτα από εισήγηση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.) ορίστηκε το ενιαίο σχέδιο οργάνωσης και λειτουργίας και ιδρύθηκαν

οργανισμοί για τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., καθώς και τα προαπαιτούμενα κριτήρια που χρειάζονται για τον τρόπο στελέχωσης, την δομή των θέσεων τους και τα συναφή ζητήματα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον εξυπηρετούμενο πληθυσμό, τους γεωγραφικούς περιορισμούς, τις νησιώτικες αναλογίες και τις ιδιομορφίες του κάθε τομέα Το.Π.Φ.Υ. ή οικείας Δ.Υ.Πε.

Εν συνεχεία του Ν.4486/2017 και συγκεκριμένα στα άρθρα 4,5,6,7 που παραθέτονται παρακάτω αναφέρονται στην διάρθρωση της Π.Φ.Υ. και του Ανθρώπινου Δυναμικού.

Αναφορικά με το άρθρο 4 του Ν. 4486/2017 περιγράφεται η λειτουργία των Κέντρων Υγείας (43):

1. Τα Κέντρα Υγείας είναι *“αποκεντρωμένες οργανωτικές μονάδες των Δ.Υ.Πε. και έχουν σκοπό την παροχή υπηρεσιών”* ειδικότερα:

α) ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας για τους ασθενείς που είτε προσέρχονται με την θέληση τους στα Κέντρα Υγείας είτε παραπέμπονται από τις λοιπές υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ.

β) εκτάκτων και επειγόντων περιστατικών,

γ) εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου,

δ) οδοντιατρικής φροντίδας ενηλίκων και παιδιών,

ε) φροντίδας μητέρας, παιδιού και εφήβου,

στ) εξειδικευμένης πρόληψης,

ζ) φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας,

η) ιατρικής της εργασίας,

θ) κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας,

ι) προαγωγής υγείας.

Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας, έπειτα από την εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., ενδέχεται να προστεθούν και άλλες συναφείς αρμοδιότητες στα Κέντρα Υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν τις πληθυσμιακές και υγειονομικές ανάγκες.

2. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εντός της κατηγορίας των ΔΥ.Π.ε.. “ 5. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας πλέον

ονομάζεται Το.Π.Φ.Υ. της οικείας Δ.Υ.Πε.. Εντός του Το.Π.Φ.Υ. οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. , οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ., τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, καθώς και τα δημοτικά ιατρεία αποτελούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ.. Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι, τα δημοτικά ιατρεία, καθώς και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία είναι πιθανό να συμμετέχουν σε δράσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης υπό την αιγίδα της οικείας Δ.Υ.Πε.. Το εύρος ευθύνης των Δ.Υ.Πε. κατηγοριοποιείται σε Το.Π.Φ.Υ.. Στον εκάστοτε δήμο αναλογεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας, ενώ σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ.. Ο αριθμός των Το.Π.Φ.Υ και των αντίστοιχων Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κάθε Δ.Υ.Πε. μπορεί να καθοριστεί με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας έπειτα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε. και με την έγκριση του ΚΕ.Σ.Υ.Π.Ε..

Αναφορικά με τη στελέχωση των Κέντρων Υγείας, σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 3, αυτή προβλέπεται να καλύπτεται από:

α) ιατρούς με ειδικότητα αιματολογίας, ακτινοδιαγνωστικής, αλλεργιολογίας, αναισθησιολογίας, βιοπαθολογίας, γαστρεντερολογίας, γενικής ιατρικής, γενικής χειρουργικής, γυναικολογίας, δερματολογίας, ενδοκρινολογίας, ιατρικής εργασίας, νευρολογίας, καρδιολογίας, κοινωνικής ιατρικής και δημόσιας υγείας, νεφρολογίας, πνευμονολογίας, ουρολογίας, ορθοπαιδικής, οδοντιατρικής, οφθαλμολογίας, παθολογίας, παιδιατρικής, παιδοψυχιατρικής, ρευματολογίας, φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, ψυχιατρικής και ωτορινολαρυγγολογίας,

β) βοηθούς ιατρικώς και βιολογικών εργαστηρίων, βοηθούς νοσηλευτών, επαγγελματίες δημόσιας και κοινοτικής υγείας, όπως επόπτες δημόσιας υγείας και επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, λογοθεραπευτές, μαίες, νοσηλευτές, ραδιολόγους-ακτινολόγους, τεχνολόγους ιατρικώς εργαστηρίων, φυσικοθεραπευτές, χειριστές ιατρικών συσκευών,

γ) διοικητικό προσωπικό,

δ) τεχνικό και άλλο υποστηρικτικό προσωπικό.

Με βάση την τελευταία μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, η στελέχωση του Κέντρου Υγείας χωρίζεται σε κλάδους με επιστημονικό, υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό και καθορίζεται ως εξής:

- α) ΠΕ Νοσηλευτικής,
- β) ΠΕ Κοινωνικών Λειτουργών,
- γ) ΠΕ Ψυχολογίας,
- δ) ΠΕ Διοικητικού -Οικονομικού,
- ε) ΠΕ Διαιτολόγων - Διατροφολόγων,
- στ) ΠΕ Λογοθεραπείας και ΠΕ Ειδικών Παιδαγωγών,
- ζ) ΤΕ Νοσηλευτικής,
- η) ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργών,
- θ) ΤΕ Φυσικοθεραπείας,
- ι) ΤΕ Εργοθεραπείας,
- ια) ΤΕ Λογοθεραπείας,
- ιβ) ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων (Τεχνολόγων),
- ιγ) ΤΕ Μαιευτικής,
- ιδ) ΤΕ Επισκεπτών /-τριών Υγείας,
- ιε) ΤΕ Ραδιολογία- Ακτινολογίας,
- ιστ) ΤΕ Διοικητικού - Λογιστικού,
- ιζ) ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας,
- ιη) ΤΕ Οδοντοτεχνιτών,
- ιθ) ΤΕ Διαιτολόγων - Διατροφολόγων,
- ικ) ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων,
- κα) ΔΕ Βοηθών Οδοντιατρείου,
- κβ) ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτών,
- κγ) ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων,
- κδ) ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Συσκευών (Χειριστών - Εμφανιστών),
- κε) ΔΕ Οδοντοτεχνικών,
- κστ) ΔΕ Βοηθών Οδοντοτεχνικών,
- κζ) ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων,
- κη) ΔΕ Διοικητικού - Λογιστικού
- κθ) ΔΕ Τεχνικοί - Συντηρητές,
- λ) ΔΕ Οδηγοί,
- λα) ΥΕ Βοηθητικού Υγειονομικού Προσωπικού.

Αναφορικά με τις Τοπικές Μονάδες Υγείας, τη δομή και τη λειτουργία τους, ισχύουν τα εξής (44):

1. Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) ορίζονται ως: “ οι αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας”, σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας, έπειτα από την εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υ. Πε., καθώς και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.ΣΥ.ΠΕ.. Οι Το.Μ.Υ αποτελούνται από μία Ομάδα Υγείας.

2. Οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως δομές οικογενειακής ιατρικής, με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης και στοχεύουν:

α) στην προαγωγή και αγωγή της υγείας του πληθυσμού που εξυπηρετούν,

β) στην δημιουργία παρεμβάσεων και δράσεων προαγωγής της υγείας σε οικογενειακό, εργασιακό, σχολικό και κοινοτικό επίπεδο, οι οποίες συνεργάζονται με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης,

γ) στην πρόληψη, εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου για μεταδιδόμενα ή μη νοσήματα σε άτομα ή ομάδες του πληθυσμού σε συνεργασία με τις υπηρεσίες της δημόσιας υγείας,

δ) στη συνεχή παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους,

ε) στην διαχείριση και αντιμετώπιση οξέων προβλημάτων υγείας και δίνοντας προτεραιότητα στην αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών και παραπομπής τους αφού αυτό απαιτείται στα Κέντρα Υγείας ή στα νοσοκομεία,

στ) στην εξακολουθητική προγραμματισμένη φροντίδα ενηλίκων και παιδιών,

ζ) στην συνεργασία με το θεράποντα ιατρό χρόνιων νοσημάτων στην κατ'οίκον επίσκεψη,

η) στην κατ'οίκον φροντίδα , νοσηλεία, αιμοληψία σε μη λειτουργικούς, ως προς την μεταφορά σε μονάδες Π.Φ.Υ. , ασθενείς,

θ) στην υποστήριξη και συμβουλευτική τόσο σε άτομα όσο και σε οικογένειες,

ι) στην ανίχνευση και διάγνωση ψυχικών ασθενειών σε συνεργασία με τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας και αντιστοίχως στην ανίχνευση και διάγνωση εξαρτώμενων ατόμων και παραπομπή τους στους αρμόδιους φορείς,

ια) στην εκπαίδευση και σωστή καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και γενικά καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία τους,

ιβ) στην διαλογή και αξιοποίηση στοιχείων επιδημιολογικής επιτήρησης επιδημιολογικών στοιχείων και δεικτών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού ευθύνης σύμφωνα με τον Διεθνή Υγειονομικό Κανονισμό σε συνεργασία με τις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες που αποτελεί ευθύνη του εκάστοτε περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ..

Σημαντικό επίσης είναι και το ζήτημα του οικογενειακού ιατρού, το οποίο έρχεται και πάλι στο προσκήνιο με ιδιαίτερη έμφαση. Εδώ προβλέπονται και ισχύουν τα εξής (45):

1. Ο οικογενειακός ιατρός προσφέρει μία συνεχή και ολοκληρωμένη φροντίδα στον πολίτη στοχεύοντας έτσι στην πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή υγείας.

2. Η παρ.4 του άρθρου 5 του ν. 4238/2014, καταργείται και αντικαθίσταται ως εξής:

“ 4. Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να διαθέτει αρμοδιότητες ως:

α) ιατρός κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., καθώς θα υπηρετεί και θα παρέχει τις υπηρεσίες του στις Το.Μ.Υ., στα Κέντρα Υγείας και σε άλλες δημόσιες δομές της Π.Φ.Υ.,

β) ιατρός, ο οποίος θα εξυπηρετεί στο πλαίσιο λειτουργίας της Τοπικής Ομάδας Υγείας του άρθρου 106 του ν. 4461/2017, γ) ιατρός συμβεβλημένος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και με καθορισμένο πληθυσμό ευθύνης.”

“ 5. Ως οικογενειακοί ιατροί ορίζονται οι ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τους ενήλικες και αντίστοιχα παιδίατροι για τον παιδικό πληθυσμό.”

4. Ο ανώτατος εγγεγραμμένος πληθυσμός ευθύνης που μπορούν να εξυπηρετούν οι οικογενειακοί ιατροί είναι:

α) ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, οι οποίοι εκτελούν αρμοδιότητες οικογενειακών ιατρών , σε αναλογία ένας (1) ιατρός ανά δύο χιλιάδες διακόσιους πενήντα (2.250) εγγεγραμμένους ενήλικες, β) παιδίατροι, οι οποίοι εκτελούν αρμοδιότητες οικογενειακών ιατρών, σε αναλογία ένας (1) παιδίατρος ανά χίλια πεντακόσια (1.500) παιδιά.

Η ομάδα υγείας, αποτελεί διεθνώς συζήτηση των τελευταίων χρόνων, για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών στην ΠΦΥ. Στην Ελλάδα για τη συγκεκριμένη ομάδα, τη σύσταση και τη λειτουργία της προβλέπονται τα εξής (46):

1. Η στελέχωση της ομάδας υγείας ακολουθεί τον ίδιο τρόπο στελέχωσης με την Τοπική Ομάδα Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 106 του ν.4461/2017

2. Η Ομάδα Υγείας έρχεται σε επαφή και με άλλες Ομάδες Υγείας με απώτερο στόχο:

α) την συνεχή, αδιάκοπη και βέλτιστη φροντίδα υγείας του πληθυσμού ευθύνης και την αξιολόγηση και ενίσχυση των υπηρεσιών τους,

β) την παρακολούθηση των σχετιζόμενων ζητημάτων με την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών,

γ) την ενημέρωση του Περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ. σχετικά με τις εξελίξεις.

Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε. έπειτα από σύσταση της ομάδας υγείας και με την σύμφωνη γνώμη του Περιφερειακού Συντονιστή Το.Π.Φ.Υ., η ομάδα παίρνει υπό την ευθύνη της την πραγματοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας σε συνεργασία με το καταρτισμένο ιατρικό και λοιπές προσωπικό, Αυτή η υλοποίηση γίνεται με κριτήρια τις τοπικές ανάγκες και τον αριθμό των χρηστών υπηρεσιών υγείας που θέλει να κάνει χρήση των υπηρεσιών.

4. Η διοίκηση των ομάδων υγείας έχει ως κύριο μέλημά της:

α) την διοικητική και οργανωτική υποστήριξη της λειτουργίας αυτών των ομάδων,

β) την υποστήριξη των χρηστών υπηρεσιών υγείας κατά την εγγραφή τους σύμφωνα με την παρ.1 του άρθρου 19 στην οικεία Το.Μ.Υ. στις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες τους,

γ) την διεκπεραίωση των προγραμματισμένων επισκέψεων (ραντεβού) και την παρακολούθηση του χρόνου αναμονής.

Τέλος, χρησιμοποιείται ανθρωποκεντρική προσέγγιση για την εκτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρει η ομάδα υγείας, η οποία σχετίζεται με την ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, του προσωπικού και την δημιουργία ενός σχεδίου οργάνωσης. Οι όροι αξιολόγησης, κριτηρίων, κατάλληλων δεικτών μηχανισμών αξιολόγησης καθώς και όποιο άλλο ζήτημα προκύψει καθορίστηκαν με απόφαση του Υπουργείου Υγείας έπειτα από την έγκριση του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.

1.6. Αδυναμίες Του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Πριν Την Μεταρρύθμιση Του 2017

Το χαρακτηριστικό ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποσκοπεί στην διαχείριση και αντιμετώπιση της ασθένειας παρά στην πρόληψη, συνιστά σχήμα αντίφασης διότι υποβιβάζει, παρεμποδίζει την εξέλιξη της Π.Φ.Υ. η οποία έρχεται αντιμέτωπη με ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων και καθιστά την ανάπτυξη συστήματος υγείας ανίκανο να εξυπηρετήσει τις σύγχρονες ανάγκες σε σύγκριση με την ανάπτυξη των υπόλοιπων ανεπτυγμένων χωρών.

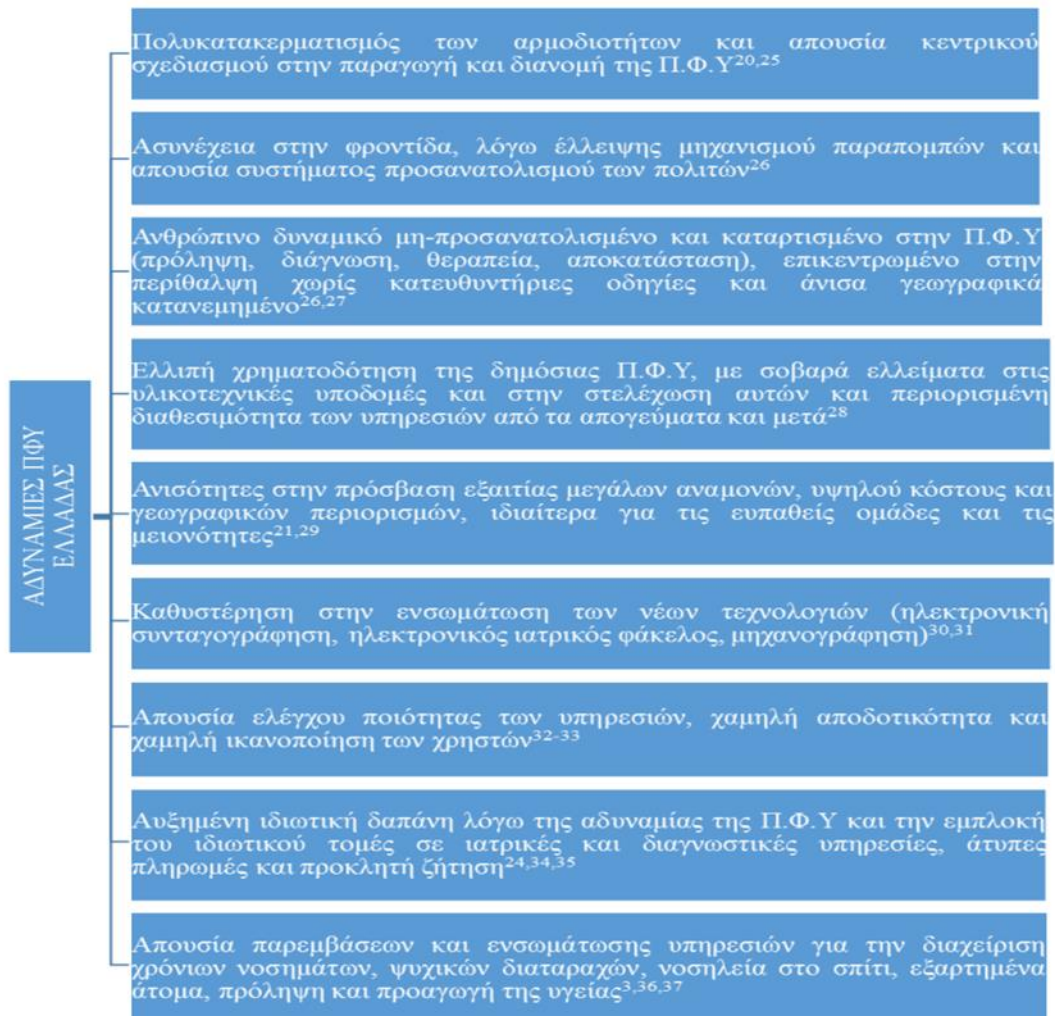
Οι οικονομικές εξελίξεις καθώς και οι κοινωνικές καταστάσεις των τελευταίων χρόνων, δεν ευνοούν την βελτίωση της κατάστασης και αιτία αυτών είναι η μείωση των κοινωνικών εξόδων και κατ' επέκταση των δαπανών υγείας. Αυτό φέρει ως αποτέλεσμα τη μη ορθή χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ να αποκτήσει την θέση που της αρμόζει λόγω του περιορισμού του ρόλου και των δυνατοτήτων της.

Τα Κέντρα Υγεία, ο ρόλος των οικογενειακών ιατρών, οι εμβολιασμοί, το πρόγραμμα “Βοήθεια στο σπίτι” και άλλες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. όπως η σχολική υγιεινή, η ασφάλεια, εμφανίζουν σημαντικές ελλείψεις στην δομή και στην παροχή σφαιρικής και ολοκληρωμένης φροντίδας όσον αφορά τις υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και της προαγωγής υγείας. (29)

Παρά την κατοχύρωση του Ν.1397/1983 (16) ο οποίος αναγνώρισε την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και την υποστήριξε θεσμικά, διοικητικά και οικονομικά παρατηρούνται ακόμα μεγάλες αδυναμίες και αυτές είναι:

1. ο πολυκερματισμός, η έλλειψη κεντρικού σχεδιασμού,
2. η υποχρηματοδότηση και υποστελέχωση,
3. η ελλιπής καταγραφή επισκέψεων και τήρησης ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ενισχύει ακόμα περισσότερο την διαλειτουργικότητα και την υλοποίηση προγραμμάτων ολοκληρωμένης φροντίδας
4. μη καταρτισμένο Π.Φ.Υ. προσωπικό,
5. οι ανισότητες πρόσβασης,
6. οι μεγάλες λίστες αναμονής (costsharing) δεν αντιμετωπίζονται με αποτέλεσμα την μη είσοδο ατόμων σε μονάδες Π.Φ.Υ. παρά το γεγονός ότι με βάση τις αρχές της ALMA – ΑΤΑ θα έπρεπε να προτεραιοποιούνται,
7. η μη συνεχής φροντίδα,
8. η χαμηλή αποδοτικότητα,
9. ο νοσοκομιοκεντρικός χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ.
10. η έλλειψη σχεδιασμού καθιστούν δύσκολη την δημιουργία νέων ιατρικών γειτονιάς

Συνολικά, οι σημαντικότερες αδυναμίες οι οποίες καθιστούν μη ικανή την ανάπτυξη Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα παρουσιάζονται στην Εικόνα 2.



Εικόνα 2. ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ Π.Φ.Υ. ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2017. Πηγή: (29)

1.7. Αδυναμίες Του Συστήματος Από Την Μεταρρύθμιση Του 2017 Έως Και Σήμερα
 Αναμφισβήτητα, η μεταρρύθμιση του 2017 επέφερε καινοτόμες αλλαγές στην διάρθρωση του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και ήρθε ως μέσο επίλυσης – διόρθωσης- στις αδυναμίες του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας. Παρά ταύτα, στα χρόνια που ακολουθούν μετά το 2017, με την εφαρμογή του νέου νόμου, εμφανίζονται και πάλι οι αδυναμίες του συστήματος, οι οποίες συγκεντρωτικά καταγράφηκαν και αποτυπώνονται στον πίνακα 1 που ακολουθεί. (47), (48)

Πίνακας 1. ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ Π.Φ.Υ., ΜΕΤΑ ΤΟ 2017

Πηγή: : (47), (48)

| ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ 2017 |
|---|
| Η ελλιπής διερεύνηση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού. |
| Η έλλειψη μηχανισμού αξιολόγησης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας. |
| Η έλλειψη ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού από τα Κέντρα Υγείας. |
| Η αδυναμία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αστικές περιοχές. |
| Η μειωμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των νοσοκομείων ή προσφυγή σε ιδιώτες ιατρούς. |
| Η συγκέντρωση ή η έλλειψη δομών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές. |
| Η ατελής και αποσπασματική διασύνδεση των φορέων ΠΦΥ μεταξύ τους, αλλά και με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος. |
| Ο κατακερματισμός της χρηματοδοτικής διαδικασίας. |
| Η ανακολουθία μεταξύ νομοθετικών ρυθμίσεων και πρακτικής εφαρμογής τους και στη διάθεση των πόρων σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. |
| Η άνιση κατανομή του προσωπικού στις μονάδες υγείας ανά τη χώρα. |
| Η αδυναμία συντονισμού των περιστατικών. |
| Η αποσπασματική διενέργεια των εμβολιασμών χωρίς συστηματική εκτίμηση του ποσοστού κάλυψης του πληθυσμού |
| Η προσπάθεια εφαρμογής οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς και κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού στελέχωσης των μονάδων ΠΦΥ για το ρόλο της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας. |
| Η απουσία σχεδιασμού, οργάνωσης, ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού. |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1. Υγειονομικές Περιφέρειες

Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ) είναι αρμόδιο για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και απαρτίζεται από 7 υγειονομικές περιφέρειες (όπως αναγράφονται στην **εικόνα 3**). (49)



Εικόνα 3. ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Πηγή: (49)

2.2. Επιδημιολογικά Δεδομένα

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) μέσω έρευνας που διεξήχθη ανακοίνωσε στοιχεία σχετικά με τις Μονάδες ΠΦΥ για το έτος 2019. Το αντικείμενο της ΕΛΣΤΑΤ αναφορικά με τις ΠΦΥ μέχρι το 2016 περιοριζόταν στα Κέντρα Υγείας του ΠΕΔΥ. Έπειτα από την θέσπιση του Ν.4486/2017 για την “Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας” υπήρξε διεύρυνση του όρου “Κέντρο Υγείας” και συμπεριλαμβάνονται οι αποκεντρωμένες μονάδες υγείας όπου πλέον στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες

Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ. (50)

Στον **Πίνακα 2** αναγράφεται το σύνολο των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας εκτός των ΤΟ.Μ.Υ. , για το έτος 2019

Πίνακας 1: Μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά κατηγορία, έτος 2019

| | Κέντρα Υγείας | Μονάδες* Υγείας | Περιφερειακά Ιατρεία | Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία | Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία | Τοπικά Ιατρεία | Λοιπές Μονάδες |
|-------------|---------------|-----------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|
| 2017 | 204 | 101 | 1425 | 93 | 49 | 221 | 6 |
| 2018 | 204 | 101 | 1425 | 94 | 49 | 221 | 7 |
| 2019 | 204 | 101 | 1425 | 93 | 50 | 221 | 10 |

*Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ. Ν.4238/2014) οι οποίες βάσει του Ν. 4486/2017 μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας

Στον **Πίνακα 3** αναγράφονται οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και τα Κέντρα Ψυχικής υγείας τα οποία χωρίζονται σε 3 κατηγορίες.

Πίνακας 2: Μονάδες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας έτους 2019

| | |
|--|-----------|
| Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων | 33 |
| Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων* | 14 |
| Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων | 12 |
| Σύνολο | 59 |

*Υβριδικός τύπος δομής που απευθύνεται τόσο σε ενήλικες όσο και σε παιδιά και εφήβους

Στον **Πίνακα 4** παρουσιάζονται ο αριθμός των εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στις Μονάδες Υγείας και στις 127 ΤΟ.Μ.Υ για το έτος 2019 ανά υγειονομική περιφέρεια.

Πίνακας 3: Αριθμός εργαζομένων στα Κέντρα Υγείας, στις Μονάδες Υγείας και στις Το.Μ.Υ. ανά Υγειονομική περιφέρεια για το έτος 2019*

| Υγειονομικές Περιφέρειες | Ιατρικό προσωπικό | Νοσηλευτικό προσωπικό | Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων | Σύνολα ανά Υ.Π.Ε. |
|--|-------------------|-----------------------|------------------------------|-------------------|
| 1η ΥΠΕ (Αττικής) | 831 | 401 | 526 | 1.758 |
| 2η ΥΠΕ (Πειραιώς και Αιγαίου) | 762 | 666 | 737 | 2.165 |
| 3η ΥΠΕ (Μακεδονίας) | 517 | 503 | 412 | 1.432 |
| 4η ΥΠΕ (Μακεδονίας και Θράκης) | 576 | 753 | 574 | 1.903 |
| 5η ΥΠΕ (Θεσσαλίας & Στερεάς Ελλάδας) | 474 | 611 | 578 | 1.663 |
| 6η ΥΠΕ (Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας) | 742 | 1.016 | 746 | 2.504 |
| 7η ΥΠΕ (Κρήτης) | 265 | 201 | 227 | 693 |
| Σύνολα | 4.167 | 4.151 | 3.800 | 12.118 |

*Δεν περιλαμβάνονται οι εργαζόμενοι στα Τοπικά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία

Στον **Πίνακα 5** παρουσιάζονται ο αριθμός των Κέντρων Υγείας, των Κλινών, το Ιατρικό προσωπικό, Νοσηλευτικό προσωπικό, Λοιπών ειδικοτήτων προσωπικό και τα μηχανήματα.

Πίνακας 4: Αριθμός, κλίνες, προσωπικό (ιατρικό, νοσηλευτικό, λοιπό) και μηχανήματα Κέντρων Υγείας για τα έτη 2015-2019

| | Κέντρα υγείας* | Κλίνες | Ιατρικό προσωπικό | Νοσηλευτικό προσωπικό | Λοιπών ειδικοτήτων προσωπικό | Μηχανήματα |
|-------------|----------------|--------|-------------------|-----------------------|------------------------------|------------|
| 2015 | 205 | 955 | 1.624 | 2.015 | 1.683 | 2.324 |
| 2016 | 204 | 928 | 1.674 | 2.136 | 1.657 | 2.288 |
| 2017 | 204 | 903 | 1.776 | 2.215 | 1.800 | 2.255 |
| 2018 | 204 | 901 | 1.797 | 2.318 | 1.967 | 2.321 |
| 2019 | 204 | 893 | 1.831 | 2.747 | 1.878 | 2.331 |

*Συμπεριλαμβάνεται και το Κέντρο Υγείας Καμένων Βούρλων

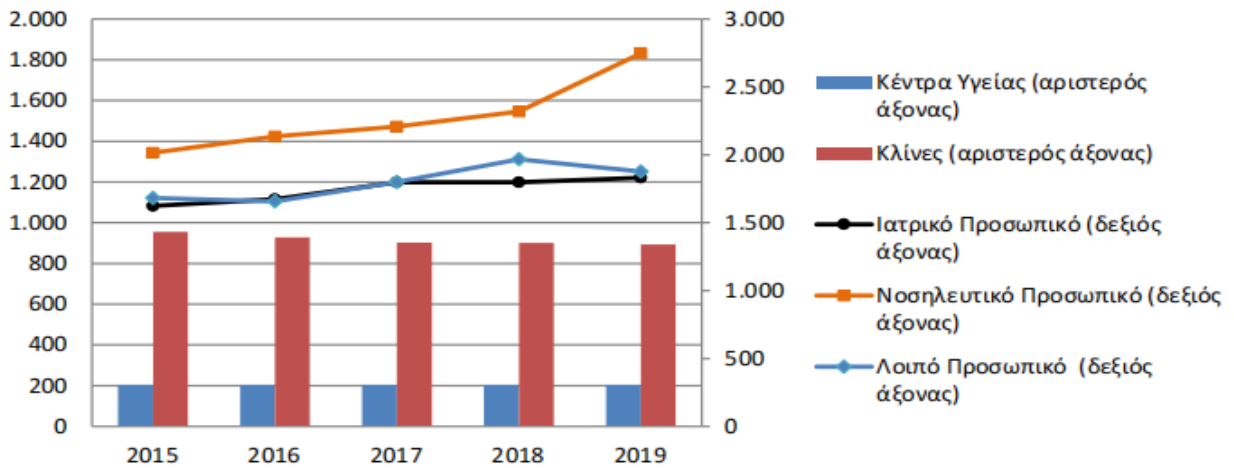
Στον **πίνακα 6** το προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων των Κέντρων Υγείας, εμφάνισε μείωση το 2018 αναφορικά με το 2017 κατά 4,5% και αύξηση το 2019 συγκριτικά με το 2017 κατά 9,3%. Η σημαντικότερη αύξηση εντοπίζεται στις περιφέρειες Αττικής και Βορείου Αιγαίου κατά 15,3% και 12,6% αντιστοίχως το έτος 2019 αλλά και το έτος 2018 σε σχέση με το 2017 στις Περιφέρειες Βορείου Αιγαίου και της Αττικής κατά 30,4% και 30,1% αντιστοίχως.

Πίνακας 6: Μη ιατρικό προσωπικό Κέντρων Υγείας κατά Περιφέρεια, έτη 2017 έως 2019

| | Νοσηλευτικό προσωπικό | | | | | Προσωπικό λοιπών ειδικοτήτων | | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------|--------------|------------|-------------|------------------------------|--------------|--------------|------------|-------------|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 18/17 % | 19/18 % | 2017 | 2018 | 2019 | 18/17 % | 19/18 % |
| Σύνολο Χώρας | 2.215 | 2.318 | 2.747 | 4,7 | 18,5 | 1.800 | 1.967 | 1.878 | 9,3 | -4,5 |
| Ανατολική Μακεδονία, Θράκη | 208 | 213 | 258 | 2,4 | 21,1 | 126 | 141 | 127 | 11,9 | -9,9 |
| Κεντρική Μακεδονία | 512 | 537 | 560 | 4,9 | 4,3 | 343 | 346 | 342 | 0,9 | -1,2 |
| Δυτική Μακεδονία | 82 | 90 | 99 | 9,8 | 10,0 | 58 | 63 | 60 | 8,6 | -4,8 |
| Ήπειρος | 169 | 179 | 236 | 5,9 | 31,8 | 123 | 132 | 102 | 7,3 | -22,7 |
| Θεσσαλία | 260 | 273 | 331 | 5,0 | 21,2 | 173 | 184 | 191 | 6,4 | 3,8 |
| Ιόνια Νησιά | 40 | 42 | 47 | 5,0 | 11,9 | 47 | 45 | 42 | -4,3 | -6,7 |
| Δυτική Ελλάδα | 152 | 154 | 205 | 1,3 | 33,1 | 136 | 145 | 122 | 6,6 | -15,9 |
| Στερεά Ελλάδα | 136 | 135 | 170 | -0,7 | 25,9 | 146 | 160 | 157 | 9,6 | -1,9 |
| Πελοπόννησος | 143 | 155 | 206 | 8,4 | 32,9 | 150 | 151 | 127 | 0,7 | -15,9 |
| Αττική | 270 | 271 | 304 | 0,4 | 12,2 | 186 | 242 | 279 | 30,1 | 15,3 |
| Βόρειο Αιγαίο | 63 | 73 | 93 | 15,9 | 27,4 | 79 | 103 | 116 | 30,4 | 12,6 |
| Νότιο Αιγαίο | 79 | 85 | 118 | 7,6 | 38,8 | 105 | 116 | 99 | 10,5 | -14,7 |
| Κρήτη | 101 | 111 | 120 | 9,9 | 8,1 | 128 | 139 | 114 | 8,6 | -18,0 |

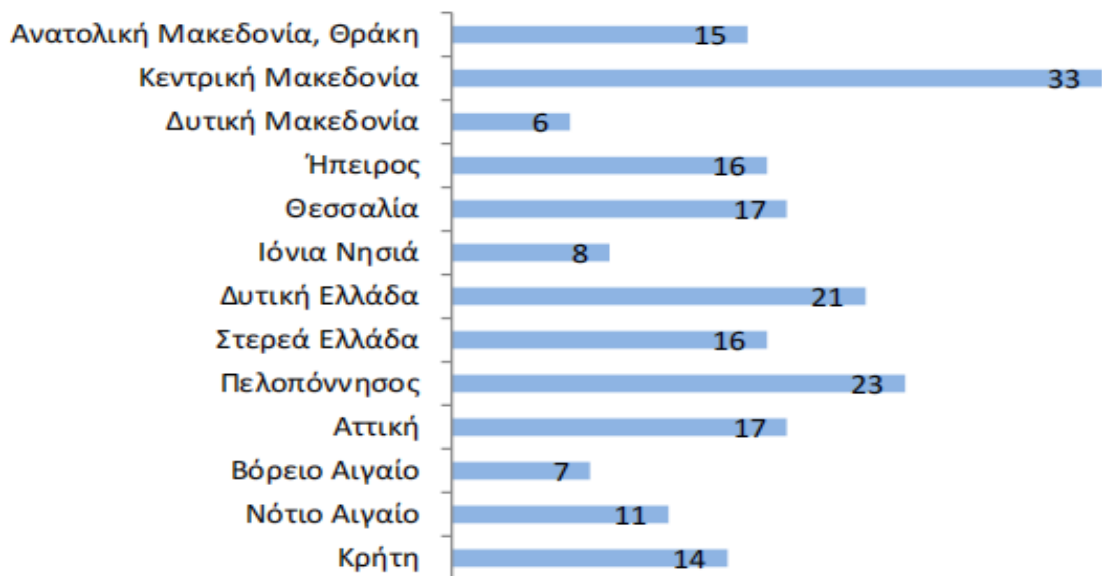
Στο **γράφημα 1** παρουσιάζονται συνολικά τα Κέντρα Υγείας, οι Κλίνες, το Ιατρικό Προσωπικό, το Νοσηλευτικό Προσωπικό και το Λοιπό Προσωπικό.

Γράφημα 1: Αριθμός, κλίνες και προσωπικό Κέντρων Υγείας, 2015 - 2019



Στο **γράφημα 2** παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός των Κέντρων Υγείας ο οποίος παρέμεινε σταθερός το 2019 συγκριτικά με τα προηγούμενα έτη 2017 και 2018, δηλαδή 204. Από την κατάταξη των Κέντρων Υγείας στις 13 υγειονομικές περιφέρειες της χώρας τα περισσότερα Κέντρα Υγείας συναντώνται στην Κεντρική Μακεδονία (33 κέντρα), στην Πελοπόννησο (23 κέντρα) και στην Δυτική Ελλάδα (21 κέντρα) ενώ τα λιγότερα βρίσκονται στο Βόρειο Αιγαίο (7 κέντρα) και τη Δυτική Μακεδονία (6 κέντρα)

Γράφημα 2: Κέντρα Υγείας κατά Περιφέρεια, 2019



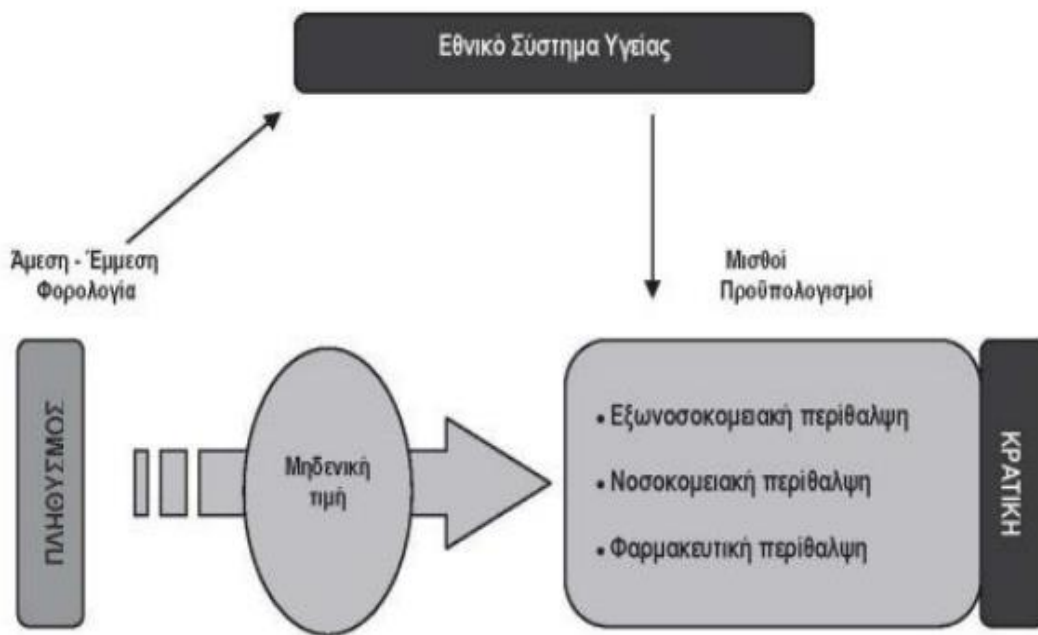
2.3. Χρηματοδότηση Του Συστήματος

Το ελληνικό σύστημα υγείας συνιστάται από πολυάριθμα ασφαλιστικά ταμεία. Η ασφαλιστική κάλυψη παρουσίαζε διαφορές από ταμείο σε ταμείο και είχε ως βάση του τις ανάγκες κάθε επαγγελματικής ομάδας. Τα έσοδα τους ήταν ποικίλα και η ρύθμιση τους ήταν αλληλένδετη με τις προσφερόμενες υπηρεσίες. (51)

Στις μέρες μας, βασικότερη και μοναδική πηγή χρηματοδότησης της Π.Φ.Υ. αποτελεί ο κρατικός προϋπολογισμός και σχετίζεται με φορείς όπως τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τ.Ε.Ι. Η προερχόμενη από τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδότηση σχετίζεται με φορείς όπως τα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α, τα συμβεβλημένα ταμεία καθώς και εργαστήρια για τα υπολειπόμενα ταμεία. Η τοπική αυτοδιοίκηση προσφέρει μικρής κλίμακας υπηρεσίες στα δημοτικά ιατρεία, των οποίων πηγή χρηματοδότησης είναι οι δημοτικοί φόροι και ο κρατικός προϋπολογισμός από το Υπουργείο Εσωτερικών. Από την άλλη πλευρά, οι παρεχόμενες Π.Φ.Υ. υπηρεσίες από τον ιδιωτικό τομέα έχουν ως πηγή τους το οικογενειακό εισόδημα και τα ασφαλιστικά ταμεία. (52)

Επίσης, η χρηματοδότηση του Π.Ε.Δ.Υ. επιτυγχάνεται μέσω της Κυβερνήσεως (το 2014 σε 28,4%), της κοινωνικής ασφάλισης (31%) και την ιδιωτική συμμετοχή (40,3%). Οι εργαζόμενοι ιατροί σε δημόσιες δομές είναι έμμισθοι υπάλληλοι αποκλειστικής απασχόλησης, ενώ οι συμβεβλημένοι αποζημιώνονται ανά επίσκεψη (10ευρώ) με ανώτατο όριο 300 μηνιαίες επισκέψεις, μέσω κλειστών προϋπολογισμών από τον Ε.Ο.Π.Υ. (53)

Τέλος, οι Το.Μ.Υ. αρχικά χρηματοδοτούνταν από το κοινοτικό πλαίσιο στήριξης (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς, Ε.Σ.Π.Α.) αλλά με την λήξη αυτής της χορήγησης την χρηματοδότηση ανέλαβε η χώρα με την εκμετάλλευση των εθνικών πόρων. (51)



Εικόνα 3. Χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Πηγή: (54)

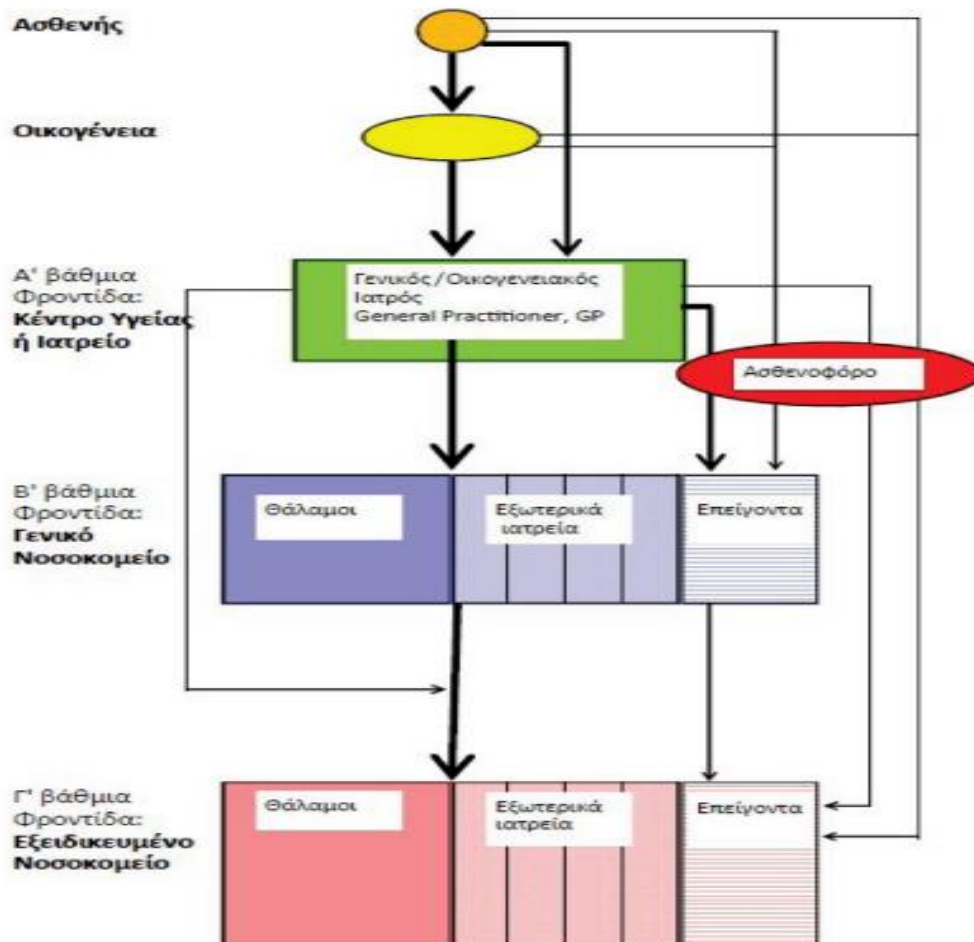
2.4. Μοντέλα Λειτουργίας

Με την αναστολή ένταξης του ΙΚΑ στο ΕΣΥ το έτος 1987, εδραιώθηκαν στην χώρα 3 τύποι οργάνωσης υπηρεσιών ΠΦΥ, με κριτήρια τον τόπο κατοικίας - διαμονής και το ταμείο υγείας των ασφαλισμένων.

2.4.1. Το Μοντέλο του Beveridge στις μη αστικές περιοχές.

Στις επαρχιακές πόλεις, οι υγειονομικές ανάγκες των πολιτών εξυπηρετούνται από τα Κέντρα Υγείας και τα υπαγόμενα σε αυτά Περιφερειακά Ιατρεία. Το προσωπικό περιλαμβάνει κυρίως ιατρούς Γενικής Ιατρικής, ιατρούς οι οποίοι είναι υπόχρεους υπηρεσίας υπαίθρου καθώς δεν έχουν επιλέξει ακόμα ειδικότητα, ιατροί διάφορων ειδικοτήτων και επαγγελματίες υγείας άλλων τομέων. Η παροχή υπηρεσιών των Κ.Υ ποικίλλει σε ποιότητα, έκταση και με καθοριστικό ρόλο την εύκολη πρόσβαση, την 24ωρη κάλυψη- άμεση φροντίδα των επειγόντων και έκτακτων περιστατικών και την διαβίβαση αυτών σε νοσοκομεία. Παρόλο που η προσφυγή σε αυτά τα κέντρα η οποία δεν ήταν και εξακολουθεί να μην είναι υποχρεωτική ως προς την πρώτη επαφή με την φροντίδα , πολλοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας προτιμούν την

παράκαμψη αυτών και καταφεύγοντας αμέσως στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) ή στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) των νοσοκομειακών μονάδων. Έχοντας κατά νου τις αναλογίες και με εξαίρεση το ζήτημα της υποχρεωτικής επαφής με τον ιατρό ειδικότητας Γενικής Ιατρικής στην Βρετανία, το γνωστό “gatekeeping”, η προσβασιμότητα των κατοίκων μη αστικών περιοχών στις υγειονομικές υπηρεσίες της Βρετανίας, σύμφωνα με την κλασική περιγραφή του Fry, το μοντέλο Beveridge (**εικόνα 4**). (55), (56)

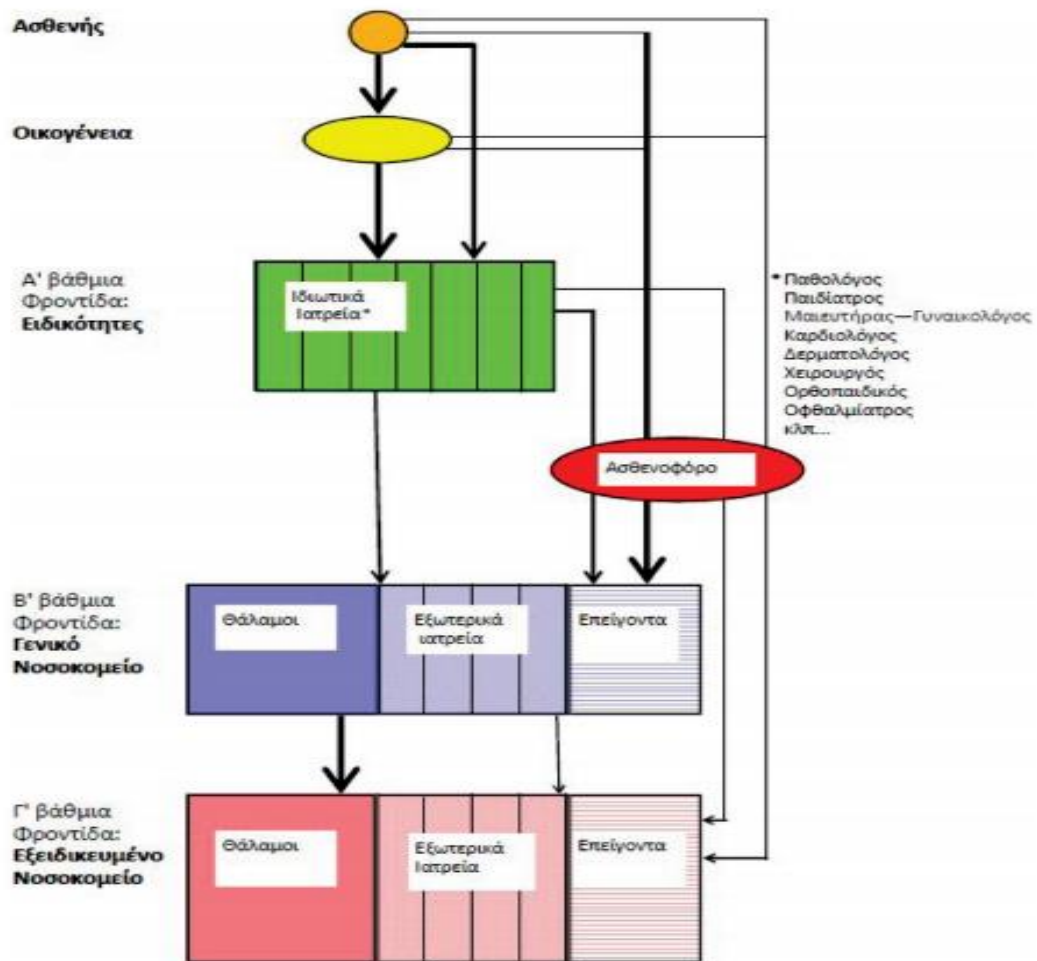


Εικόνα 4. ΜΟΝΤΕΛΟ BEVERIDGE

Πηγή : <https://www.mednet.gr/archives/2021-4/pdf/548.pdf>

2.4.2. Το Μοντέλο του Bismarck στα επαγγελματικά ταμεία υγείας

Στις αστικές περιοχές, υπήρχαν συνεργασίες μεταξύ του Οργανισμού Περίθαλψης των Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ), του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας (ΤΕΒΕ), καθώς και με πολυάριθμα επαγγελματικά ταμεία υγείας- μερικά εκ των οποίων ήταν γνωστά ως "ευγενή" ταμεία- και ιδιωτικών ιατρών κλινικών ειδικοτήτων μέσω συμβάσεων, οι οποία αμείβονταν ανάλογα την πράξη και την περίπτωση. ΟΙ ασφαλισμένοι στα ταμεία υγείας έκριναν οι ίδιοι την ιατρική ειδικότητα που θεωρούσαν κατάλληλη για την περίπτωση τους και διάλεγαν ποιόν από τους εγγεγραμμένους στα ταμεία ιατρούς θα επισκεφτούν. Παρόλα αυτά, οι ιατροί αυτοί δεν αρκούσαν για τα επείγοντα και έκτακτα περιστατικά, ούτε πρόσφεραν υπηρεσίες όλο το 24ωρο. Ο μοναδικός διαθέσιμος πόρος φροντίδας για αυτές τις περιπτώσεις ήταν τα ΤΕΠ του νοσοκομείου. Η πρόσβαση των ασφαλισμένων ασθενών στα προαναφερόμενα ταμεία υγείας αντικατοπτρίζεται με την περιγραφή του Fry για το σύστημα των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (Η.Π.Α) καθώς και με τον τρόπο λειτουργίας των επαγγελματικών ταμείων υγείας σε χώρες, όπως την Γερμανία, Γαλλία και Βέλγιο, το μοντέλο Bismarck. (**εικόνα 5**) (56)



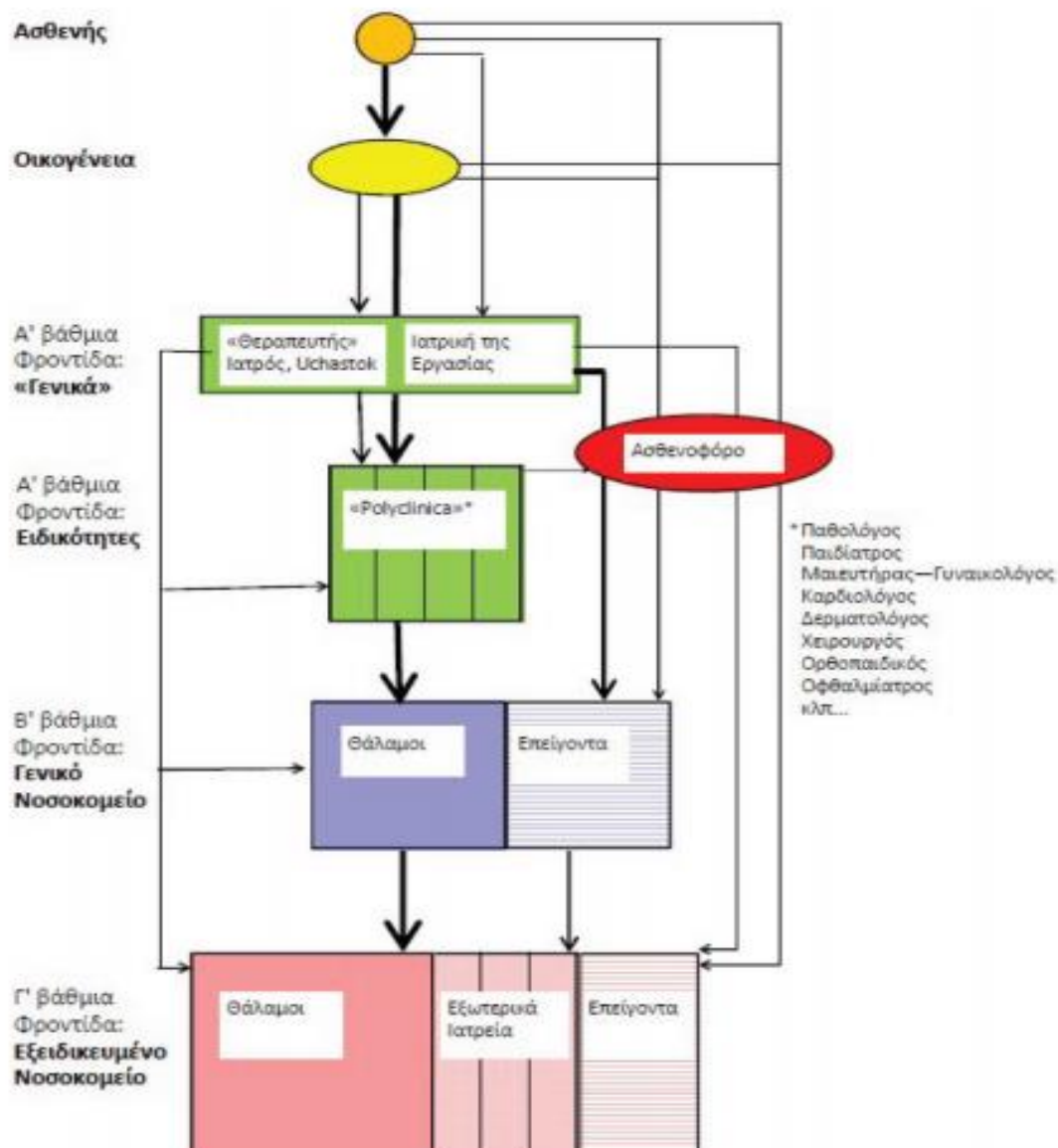
Εικόνα 5: ΜΟΝΤΕΛΟ BISMARCK

Πηγή: <https://www.mednet.gr/archives/2021-4/pdf/548.pdf>

2.4.3. Το Μοντέλο του Semashko στο Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (I.K.A)

Τα πολυϊατρεία του I.K.A, που ανήκαν στις πόλεις, εξυπηρετούσαν με περιορισμένο ωράριο, κλινικοί ιατροί και ιατροί εργαστηριακών ειδικοτήτων οι οποίοι ταυτόχρονα εργάζονταν σε ιδιωτικά ιατρεία με διαφορετικές ώρες από εκείνες των πολυϊατρείων. Όπως και με το μοντέλο του Bismarck (μοντέλο 2), έτσι και στο μοντέλο του Semashko, οι ασφαλισμένοι επέλεγαν ποια ειδικότητα εξυπηρετούσε την περίπτωση τους, όμως η επιλογή του ιατρού εστίαζε σε αυτούς που εργάζονταν στα πολυϊατρεία. Ακόμα, οι δομές αυτές δεν αναλάμβαναν επείγοντα περιστατικά, ούτε κάλυπταν 24ωρη φροντίδα, οπότε η χρήση των Τ.Ε.Π των νοσοκομείων ήταν η μόνη λύση. Ένα επιπλέον ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του I.K.A είναι, ότι δεν υπήρχε η δυνατότητα κάλυψης των δαπανών των συνταγογραφημένων φαρμάκων. Οι συνταγές ήταν

αρμοδιότητα των νοσοκομειακών ιατρών, μόνο στην περίπτωση που αυτές ήταν αναγραφόμενες στο εκάστοτε βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου από τους ιατρούς του πολυϊατρείου. Το σύστημα μέσω του οποίου προσομοιάζεται η προσβασιμότητα των ασφαλισμένων ασθενών στο Ι.Κ.Α. είναι αυτό που περιγράφει ο Fry για την Σοβιετική Ένωση και τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, δηλαδή το μοντέλο Semashko (εικόνα 4). Σε αυτές τις χώρες, οι διαμένοντες στην επαρχία, είχαν την δυνατότητα τα ζητήματά τους να εξυπηρετούνται από τον “θεραπευτή” ιατρό της περιοχής (uchastok) και οι εργαζόμενοι των βιομηχανιών να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες της Ιατρικής Εργασίας. Βέβαια, η βασική υπηρεσία πρώτης επαφής στις αστικές περιοχές ήταν τα “polyclinica” στα οποία εργάζονταν κλινικοί και εργαστηριακοί ιατροί καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας τους οποίους επέλεγαν οι ασθενείς ανάλογα την εκάστοτε περίπτωση. Επίσης, τα γενικά νοσοκομεία δεν εμπεριείχαν Τ.Ε.Ι., διότι η φροντίδα και η παρακολούθηση των ασθενών μετά το εξιτηριό τους, ήταν αρμοδιότητα των ιατρών της αντίστοιχης ειδικότητας του “polyclinica”. Αυτό αποτελεί ένα ακόμα κοινό στοιχείο του Ι.Κ.Α με το μοντέλο Semashko. **(εικόνα 6)** (55), (56), (57)



Εικόνα 6: ΜΟΝΤΕΛΟ SHEMASHKO

Πηγή: <https://www.mednet.gr/archives/2021-4/pdf/548.pdf>

2.5. Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Σε Άλλες Χώρες

2.5.1. Καναδάς

Ο Καναδάς συνιστά το πρότυπο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για όλες τις χώρες ανά τον κόσμο. Το ισχύον σύστημα Π.Φ.Υ. του Καναδά εμπεριέχει μικρές ομάδες ιατρείων τόσο ιδιωτικού τομέα (ως επί το πλείστον) όσο και ατομικά ιατρεία. Στις μέρες μας παρατηρείται αξιοσημείωτη εξέλιξη της Π.Φ.Υ.. Στο πλάνο σχεδίασης αυτής της εξέλιξης εντάσσεται η δημιουργία πολύλειτουργικών ιατρικών κέντρων τα οποία θα έχουν ως σκοπό την ικανοποίηση των αναγκών των χρηστών, θα λειτουργούν ως πρώτα σημεία επαφής με αποτέλεσμα να παρέχουν μία ποικιλία ολοκληρωμένης περιεκτικές μη καταρτισμένες υπηρεσίες.

Η Π.Φ.Υ του Καναδά επιτυγχάνεται μέσω της κατηγοριοποίησης της σε δύο λειτουργίες οι οποίες αφορούν το υγειονομικό σύστημα περίθαλψης:

- άμεση εξυπηρέτηση αναγκών σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Τα άτομα που παρέχουν αυτές τις υπηρεσίες είναι οι οικογενειακοί ιατροί, γενικοί ιατροί, νοσηλευτές, φαρμακοποιοί και τηλεφωνική εξυπηρέτηση μέσω συμβούλων οι οποίοι στοχεύουν στην πρώιμη διάγνωση ασθενειών και τραυματισμών.
- Λειτουργία συντονιστικής δράσης για την εξασφάλιση της συνεχούς και εύκολης προσβασιμότητας σε όλους τους κλάδους τους συστήματος με στόχο η φροντίδα να συνεχίσει να παραμένει ενσωματωμένη να και στην περίπτωση που οι Καναδοί θα χρειαστούν υπηρεσίες με εξειδικευμένο προσωπικό όπως ειδικοί ιατροί ή φροντίδα σε νοσοκομείο.

Η υλοποίηση αναγκών σε κοινοτικό επίπεδο είναι κύριο μέλημα της Π.Φ.Υ. Επομένως, το φάσμα και η σύσταση των υπηρεσιών είναι πιθανό να διαφοροποιούνται από κοινότητα σε κοινότητα. Κατ' αυτόν τον τρόπο τα μοντέλα διακυβέρνησης και χρηματοδότησης ποικίλλουν. Κατά το πρότυπο μοντέλο, οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ του Καναδά είναι

- πρόληψη και θεραπεία κοινών ασθενειών και τραυματισμών,
- βασικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης,
- παραπομπή και συντονισμός με άλλα επίπεδα περίθαλψης (δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας όπως νοσοκομεία και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας όπως εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών),
- πρωτοβάθμια φροντίδα ψυχικής υγείας,
- παρηγορητική φροντίδα, φροντίδα στο τέλος της ζωής,
- προαγωγή της υγείας, υγιής ανάπτυξη παιδιού,

- πρωτοβάθμια φροντίδα μητρότητας,
- υπηρεσίες αποκατάστασης. (58)

2.5.2 Μεγάλη Βρετανία

Η Π.Φ.Υ. βασίζεται στους General Practitioner (GPs) οι οποίοι έχουν ως αρμοδιότητα την χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και την πορεία των ασθενών στα υψηλότερα επίπεδα φροντίδας. Κριτήριο επιλογής των GPs είναι η ελεύθερη επιλογή τους εντός της γεωγραφικής περιοχής που κατοικούν οι ασφαλισμένοι, η διαθεσιμότητα τους όλο το 24ωρο και είναι αρμόδιοι για τις διαγνωστικές, προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες της Π.Φ.Υ.. Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι GPs είναι ιδιώτες οι οποίοι έχουν ιδιωτικά ιατρεία (solo practise) ενώ το υπόλοιπο ποσοστό είτε εργάζονται ομαδικά (group practise) είτε στις 1200 δημόσιες ή ιδιωτικές δομές με μηνιαία μισθοδοσία. (59), (60)

Επιπρόσθετα ο ρόλος της Π.Φ.Υ ενισχύεται και από άλλους επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλευτές, γυναικολόγους, ψυχιάτρους, ορθοπεδικούς και φυσικοθεραπευτές. Ακόμα, στους επαγγελματίες υγείας εντάσσονται οι υπηρεσίες όπως το NHS, το οποίο είναι μια τηλεφωνική γραμμή και διαδικτυακή υπηρεσία παροχής πληροφοριών, και τα “90 Walk-in centers” τα οποία προσφέρουν πρώτες βοήθειες ετησίως σε συγκεκριμένα σημεία συγκέντρωσης. (59), (61)

Τέλος, η χρηματοδότηση αντλεί το 83% από την φορολογία των πολιτών και από τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές, το 10% παρέχεται από την συμμετοχή που δίνουν οι ασφαλισμένοι κατά την επίσκεψη στις υπηρεσίες και το 35% από την ιδιωτική ασφάλιση. Εκτός από τους παραπάνω τρόπους χρηματοδότησης, υπάρχουν ορισμένες υπηρεσίες οι οποίες χρεώνονται επιπλέον όπως οι εμβολιασμοί, η νυχτερινή εργασία, η κατ’ οίκον επισκέψεις, η εργασία σε υποβαθμισμένες περιοχές και η προαγωγή της υγείας. (60), (62)

2.5.3. Γερμανία

Η παροχή των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. αποτελείται σε ποσοστό 75% από ιδιώτες ιατρούς (solo practise) και το υπόλοιπο 25% από συνεργασία και συστέγαση με άλλους επαγγελματίες υγείας (GROUP practise). Το 2004 επιτράπηκε και συνεχίζει να επιτρέπεται η λειτουργία πολυκλινικών με στόχο την υλοποίηση της Π.Φ.Υ.. Επίσης, οι ασφαλισμένοι έχουν δικαίωμα εγγραφής σε ομάδες οικογενειακής ιατρικής, αφού επιλέξουν έναν πιο αποτελεσματικό “

gatekeeping ”. Ο κάθε ασφαλισμένος έχει δικαίωμα ελεύθερης επιλογής γενικού ή ειδικού ιατρού, οι οποίοι προέρχονται από την λίστα των όσων συμπεριλαμβάνονται στα ταμεία τους. Όσον αναφορά στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, πρέπει να πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις.

Η Π.Φ.Υ. της Γερμανίας περιλαμβάνει:

- Υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας,
- Οδοντιατρική φροντίδα,
- Φυσικοθεραπείες,
- Φάρμακα,
- Νοσηλεία κατ’οίκον,
- Διαχείριση ασθενών με χρόνιες παθήσεις.

Πηγή χρηματοδότησης του συστήματος αποτελούν κυρίως σε ποσοστό 70% τα ασφαλιστικά έσοδα των εργαζομένων και των εργοδοτών, σε ποσοστό 7% η γενική κυβέρνηση και σε ποσοστό 13% τα κόστη ιδιωτικής συμμετοχής των ασφαλιζόμενων. Τέλος, η τιμή συμμετοχής είναι 10 ευρώ ανά επίσκεψη στον οικογενειακό ιατρό και οδοντίατρο. (63), (64)

2.5.4. Σουηδία

Στην Π.Φ.Υ. της Σουηδίας εντάσσονται επιπλέον δομές που στόχος τους είναι οι τακτικοί έλεγχοι για την υγεία, τους εμβολιασμούς και τους ακτινοδιαγνωστικούς ελέγχους. Οι ασφαλισμένοι έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν εκείνοι το Κέντρο Υγείας και τον οικογενειακό ιατρό τους. Για την αντιμετώπιση των πληθώραν περιστατικών στα νοσοκομεία έχουν θεσμοθετηθεί αντικίνητρα όπως η αύξηση της τιμής των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και μεγαλύτερο χρόνο αναμονής. Με την θεσμοθέτηση του κανόνα “ 0-7-90-90” το 2005, ενδείκνυται η άμεση επαφή με πάροχο Π.Φ.Υ. κατά την διάρκεια της ημέρας, επίσκεψη εντός 7 ημερών σε γενικό ιατρό ενώ σε ειδικό ιατρό εντός 90 ημερών και τέλος αναμονή μεταξύ διάγνωσης και θεραπείας διάρκειας 90 ημερών. (61), (65)

Η χρηματοδότηση επιτυγχάνεται σε ποσοστό 84% από την γενική κυβέρνηση διαμέσου της φορολογίας και σε ποσοστό 15% από ιδιωτική συμμετοχή των ασφαλισμένων (out- of-pocket). Οι χρεώσεις με κριτήριο την χρήση του συστήματος διαφοροποιούνται ανάλογα τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, κατ’οίκον επισκέψεις, συνταγογράφηση και οδοντιατρική, ενώ για

την κατηγορία των χρόνιων πασχόντων υπάρχει ανώτατο όριο συμμετοχής. Άτομα ηλικίας ως 20 ετών δεν είναι υποχρεωμένοι να πληρώνουν, απαλλάσσονται . Οι πόροι συγκεντρώνονται από το κράτος και κατευθύνονται στους αυτοδιοίκητους θεσμούς για την ορθή διαχείριση τους. (64), (65)

2.5.5. Ολλανδία

Η Π.Φ.Υ. αποτελείται ιδίως από τους οικογενειακούς ιατρούς, οι οποίοι έχουν τον ρόλο των “πυλωρών” (gatekeepers) για την πρόσβαση στην δευτεροβάθμια φροντίδα. Εκτός από τους γενικούς ιατρούς, το σύστημα της Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει μαιευτήρες, οδοντιάτρους, οργανισμούς κατ’ οίκον φροντίδας, ψυχολόγους και φυσικοθεραπευτές. Όπως και στα προαναφερόμενα συστήματα Π.Φ.Υ. έτσι και στην Ολλανδία ακολουθείται η τακτική της ελεύθερης επιλογής του γενικού ιατρού δια μέσου του οποίου και έπειτα από την έκδοση του παραπεμπτικού έχουν το δικαίωμα να έρθουν σε επαφή με ειδικό ιατρό της ευχέρειας τους. Στο κύριο πακέτο ασφάλισης συμπεριλαμβάνονται υπηρεσίες οι οποίες είναι κοινές για όλους με την διαφορά ότι υπάρχει η δυνατότητα μίας επιπλέον ασφάλισης για ένα μεγαλύτερο εύρος παροχών. (63), (64), (66)

Η χρηματοδότηση αποτελείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζόμενων ταυτόχρονα με μία επιπρόσθετη υποχρεωτική μηνιαία πληρωμή των ασφαλισμένων η οποία εξαρτάται από τον φορέα ασφάλισης. Οι πόροι χρηματοδότησης διαλέγονται και διανέμονται στους ασφαλιστικούς οργανισμούς μέσω του Συμβουλίου Ασφάλισης Υγείας. (63), (66)

Εν κατακλείδι, από την ανάλυση των Π.Φ.Υ. συστημάτων της Γερμανίας, της Μ. Βρετανίας, της Σουηδίας και της Ολλανδίας καταλήγουμε στα συμπεράσματα ότι έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην δημιουργία συστημάτων υγείας με χαρακτηριστικό την Π.Φ.Υ έχοντας γνώμονα τις αρχές της ALMA - ΑΤΑ. (63), (66)

2.6. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Σύμφωνα Με Τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

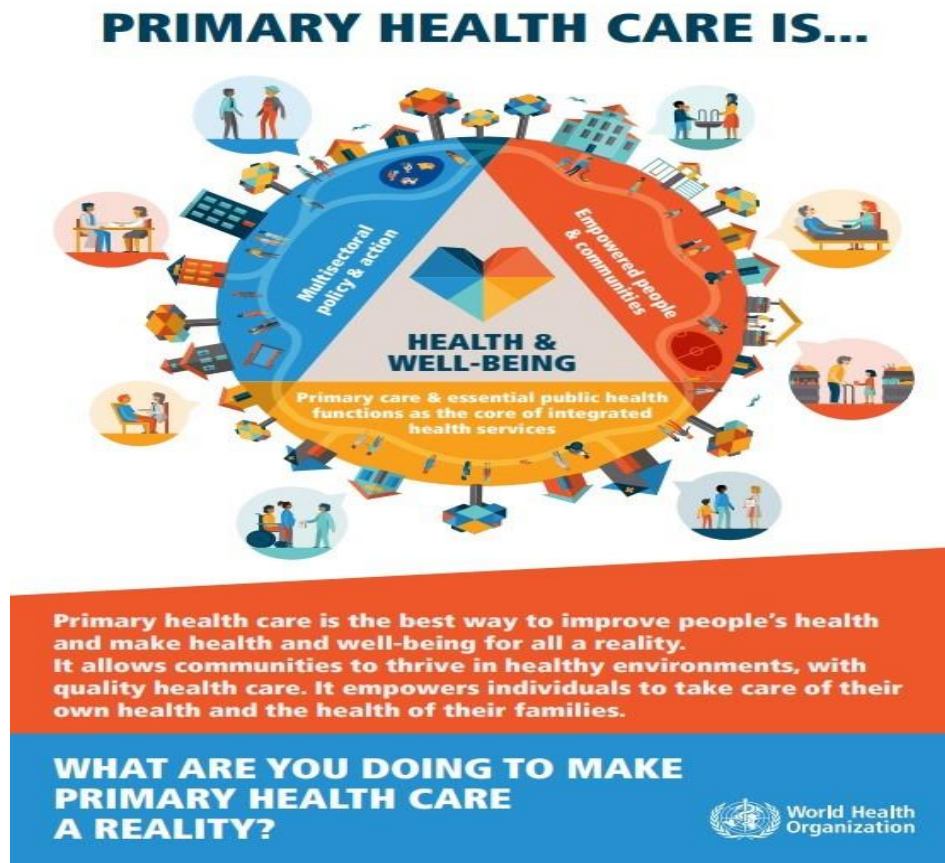
Στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, πρωταρχικό μέλημα είναι η ουσιαστική υποστήριξη των ασθενών σχετικά με τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τις αξίες τους. Συγχρόνως, υπάρχει και η διεπιστημονική ομάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η οποία στηρίζει και καθορίζει τις προτεραιότητες και τους στόχους της φροντίδας των ασθενών.

Όσον αναφορά την ατομική φροντίδα των ασθενών, οι ομάδες αυτές αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων – αναγκών (όπως σωματικά, ψυχικά, χρόνια είτε οξεία, μεταδοτικά ή μη μεταδοτικά νοσήματα, ακόμα και τον εμβολιασμό, την πρόληψη, την θεραπεία έως την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα) δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ποικίλες πολιτισμικές προτιμήσεις και το στάδιο ζωής του εκάστοτε ασθενή. Είναι αρμόδιες για την αξιολόγηση των ιατρικών αναγκών κάθε ασθενούς ώστε να παρέχεται μία ασφαλής, τεκμηριωμένη, οικονομικά αποδοτική διαχείριση που θα αξιοποιεί μία εκτεταμένη χρήση της υγείας, της τεχνολογίας πληροφοριών και ταυτόχρονα τον συντονισμό επιπρόσθετων ή ειδικών υπηρεσιών για αυτούς που χρειάζονται υπηρεσίες ενός ευρύτερου δικτύου Π.Φ.Υ.. Επίσης, ενισχύουν την παροχή φροντίδας για όλες τις ασθένειες και χρησιμεύουν ως επίκεντρο για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρονται, μέσω μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης του ατόμου - ασθενούς

Στόχος αυτού του οράματος είναι οι άνθρωποι να έχουν εξοικείωση και εμπιστοσύνη με τα μέλη που στελεχώνουν μια διεπιστημονική ομάδα, να γνωρίζουν πως να τους προσεγγίσουν και να μην υπάρχουν σημαντικοί οικονομικοί περιορισμοί. Εξίσου σημαντικό είναι τα μέλη της ομάδας της πρωτοβάθμιας φροντίδας να θεωρούνται υπεύθυνα και να στηρίζουν την ανάλογη φροντίδα που θα παρέχουν μέσω της δέσμευσης, της ενσυναίσθησης και της ανταπόκρισης. Τέλος, αυτές οι ομάδες εμφανίζουν μία ποικιλομορφία ως προς την σύνθεση και το μέγεθος καθώς μπορεί να απαρτίζονται από:

- οικογενειακούς ιατρούς,
- νοσηλεύτριες,
- μαίες,
- κοινωνικούς λειτουργούς,
- διατροφολόγους,
- φορείς υγείας,
- κοινωνικούς λειτουργούς
- οδοντίατρους,
- φαρμακοποιούς,
- εργαζόμενους στην αποκατάσταση,
- συμβούλους,
- οπτικούς κ.α.

Βέβαια, υπάρχει μία πληθώρα πιθανών μελών - επιστημόνων, στους οποίους μπορούν να θεωρηθούν και εργαζόμενοι οι οποίοι διαθέτουν θέσεις σε εξελισσόμενα συστήματα, όπως οι πλοηγοί ασθενών και οι προπονητές ζωής. (70)



Εικόνα 7: PRIMARY HEALTH CARE IS...

Πηγή:<https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/communications-materials>

Προτεινόμενες Αλλαγές Του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Πρωταρχικός στόχος είναι η κοινωνία να δρά ενεργά στην διαδικασία δημιουργίας και λειτουργίας των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. σε επίπεδο της κοινότητας και των τοπικών φορέων, χωρίς να είναι αλληλένδετα με τον κρατικό προϋπολογισμό και την δημοσιονομική πολιτική. Ακόμη απαιτείται καταρτισμός του προσωπικού με ειδικές γνώσεις, αποφασιστικότητα και επαγγελματισμός με σκοπό να αντιμετωπίσουν τις υπάρχουσες ετερόχρονες και μόνιμες περιστάσεις, οι οποίες επικρατούν στην χώρα μας συγκριτικά με τις ευρωπαϊκές εξελίξεις.

Για την υλοποίηση των προτεινόμενων αλλαγών, κεντρικό ρόλο διαδραματίζει η πολιτική βούληση και ο αξιόπιστος επιστημονικός χαρακτήρας. Επιπρόσθετα ενδείκνυται η συγκατάθεση των επαγγελματιών υγείας καθώς και του πληθυσμού τους και αυτό διότι είναι απαραίτητη η αμετάβλητη εξασφάλιση ανθεκτικότητας και η ορθή εκμετάλλευση των διαθέσιμων πόρων.

Συνεπώς, με βάση τα παραπάνω οι υπηρεσίες υγείας θα είναι λειτουργικές και στόχος τους θα είναι η υγεία των πολιτών και όχι μόνο η αντιμετώπιση των ασθενειών και των επειγουσών καταστάσεων. (67), (68), (69)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Η ΚΡΙΣΗ

3.1. Εννοιολογικά στοιχεία

Ο όρος κρίση χρησιμοποιείται συχνά αλλά με διαφορετικές έννοιες. Στην συνέχεια δίνονται ενδεικτικά κάποιες από αυτές:

Αρχικά, στο λεξικό του ο Μπαμπινιώτης (2008), αναφέρεται ότι κρίση είναι: *η διατάραξη της ομαλής πορείας ή στη κακή λειτουργία ενεργειακού και οικονομικού περιεχομένου, αξιών ή θεσμών.* (71)

Στην συνέχεια σύμφωνα με την Φιλολιά ως κρίση προσδιορίζεται: *περίοδος ανώμαλης κατάστασης, δυσχερούς και επικίνδυνης εκτροπής από τις κανονικές συνθήκες της ζωής.* (72)

Σύμφωνα με την Fearn-Banks, (2010), «κρίση» είναι: *ένα σημαντικό συμβάν με δυνητικά αρνητικές επιπτώσεις που επηρεάζει τον οργανισμό, την εταιρία ή τον κλάδο, καθώς και το αντίστοιχο κοινό, τα προϊόντα, τις υπηρεσίες ή το καλό όνομά τους* (73).

Οι Rosenthal and Pijnenburg (1991), διατυπώνουν πως η έννοια της κρίσης είναι: *σχετική με καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από σοβαρή απειλή, αβεβαιότητα και την αίσθηση του επείγοντος. Επίσης, οι κρίσεις μπορεί να είναι απειλητικές καταστάσεις, οι οποίες απαιτούν γρήγορη αντίδραση, αφού είναι αβέβαιες εκ φύσεως* (74).

Σύμφωνα με την Κυβέρνηση της Ισπανίας η Κρίση ορίζεται: *«η ασταθής κατάσταση ακραίου κινδύνου ή δυσκολίας. Υποδηλώνει ένα σημείο καμψής συνήθως μία επιδείνωση κατάστασης. Προκύπτει όταν το τοπικό σύστημα υγείας από το οποίο είναι εξαρτώμενο οι άνθρωποι δεν μπορεί ή δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις ή τις ανάγκες.»* (75)

3.2 Υγειονομική Κρίση

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (E.C.D.C.) υγειονομική κρίση ορίζεται: *«μία σοβαρή, μη αναμενόμενη και συχνά επικίνδυνη κατάσταση για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται άμεση δράση. Ενδέχεται να οφείλεται σε φυσικές ή ανθρωπογενείς καταστροφές και είναι πιθανό να επηρεάσει ή να απειλήσει ζωές, το περιβάλλον, κρίσιμες υποδομές ή βασικές κοινωνικές λειτουργίες.»*

Μία κατάσταση υγειονομικής κρίσης χαρακτηρίζεται ως έκτακτης ανάγκης όταν η έως τότε ισχύουσα λειτουργία του υγειονομικής συστήματος δεν καθίσταται επαρκής για την διαχείριση και αντιμετώπιση της. Έτσι, στην κατάσταση υγειονομικής κρίσης συμπεριλαμβάνεται η

διάσταση της έκτασης των καταστροφών, οι χρονικές συνθήκες κατά την διάρκεια εξέλιξης της ή τις απρόβλεπτες συνέπειες οι οποίες υπερβαίνουν τις δυνατότητες του υγειονομικού συστήματος. (76)

Με κριτήριο την αιτία οι υγειονομικές κρίσεις διακρίνονται σε διάφορες κατηγορίες (αναλυτικά στον **Πίνακα 7**). Εκτός όμως από το αίτιο άλλα κριτήρια διάκρισης είναι:

- η έκταση του πληγέντος πληθυσμού και έτσι οι κρίσεις έχουν τοπικό, εθνικό, διεθνές και παγκόσμιο χαρακτήρα,
- ο πληθυσμός που είναι ευάλωτος σε συγκεκριμένο κίνδυνο. Χαρακτηριστικά διάκρισης ενός πληθυσμού ως ευάλωτο είναι η οικονομική τους ευμάρεια, το μορφωτικό επίπεδο, το επιβαρυνόμενο ιατρικό ιστορικό, η αναπηρία, η ηλικία και η κοινωνική, γεωγραφική, πολιτισμική τους απομόνωση. (77), (78)

| Γενικές κατηγορίες | Φυσικά αίτια | | | | | Σχετιζόμενα με ανθρώπινη δραστηριότητα | Περιβαλλοντολογικά | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|---|--|--|---|--|
| | υδρομετεωρολογικά | | | | | | | Τεχνολογικά | κοινωνικά |
| υποκατηγορίες | γεωφυσικά | υδρολογικά | μετεωρολογικά | κλιματολογικά | βιολογικά | Διαστημικές | Βιομηχανικής προέλευσης: διαρροή χημικών, αερίου, ραδιενέργειας, κατάρρευση κτιρίων | Βίαιες δράσεις ένοπλες συγκρούσεις διεθνείς ή εμφύλιες | Ανύψωση στάθμης θάλασσας αλάτωση εδάφους Διάβρωση εδάφους αποψίλωση δασών |
| Χαρακτηριστικά παραδείγματα | Σεισμοί τσουνάμι κατολισθήσεις ρυστοποίηση εδάφους ηφαιστειακή | Πλημμύρες μαζική μετακίνηση ύδατος (χιονοστιβάδες) κυματοπλάση | Καταιγίδες ακραίες θερμοκρασίες ομίχλη | Ξηρασία φωπές σε δάση λιμναία έκρηξη | Μεταδοτικές ασθένειες ζωονόσση νόσση φυτών αερο-αλλεργιογόνα ανθεκτικότητα μικροβίων στα αντιβιοτικά | Μεταωρίτες | Σχετιζόμενα με εργασιακό περιβάλλον: ανθρακωρυχία μετακινήσεις υποδομές μόλυνση περιβάλλοντος | ποδοπάτημα σε μαζικές συγκεντρώσεις Τρομοκρατικές ενέργειες Οικονομικές | |

Πηγή: (77), (78)

3.3. Κατάσταση Έκτακτης Ανάγκης

Σύμφωνα με το ινστιτούτο ιατρικής John's Hopkins ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης ορίζεται: *«το γεγονός ή η επικείμενη απειλή που παράγει ή έχει το δυναμικό να οδηγήσει σε ευρύ φάσμα επιπτώσεων στον τομέα της υγείας και απαιτεί συντονισμένη δράση. Μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης μπορεί να θέτει την κοινότητα σε αυξημένο κίνδυνο για σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα.»* (79), (80)

Σημείο καθορισμού της κατάστασης έκτακτης ανάγκης είναι το αίτιο στο οποίο ευθύνεται η νόσος αλλά και οι καταστροφές που προκαλεί σε όλους του τομείς της κοινωνίας. Οι συνέπειες των καταστροφών στην υγεία του ανθρώπου περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα, αρχικά ενδέχεται να είναι άμεσες στην ζωή και στην φυσική τους κατάσταση αλλά και έμμεσες στην μακροοικονομική ανάπτυξη και στους μηχανισμούς στήριξης. (79)

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του Ν.4662/2020 ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης ορίζεται: *«η ξαφνική και απρόβλεπτη απειλητική κατάσταση που απαιτεί την άμεση κινητοποίηση για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών της επιπτώσεων.»* (81)

3.4. Εμπλεκόμενοι Φορείς - Συστήματα

Για την ορθότερη αντιμετώπιση των κρίσεων κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή και συνεργασία πολλών φορέων. Η επιτυχής διαχείριση μελλοντικών κρίσεων επιτάσσει την ανάγκη για διαλειτουργικότητα μεταξύ τοπικού, περιφερειακού, εθνικού και διεθνούς επιπέδου. Ενδεικτικοί φορείς οι οποίοι εντάσσονται στην αντιμετώπιση υγειονομικών κρίσεων είναι οι κυβερνητικοί παράγοντες, οι επιχειρήσεις, οι Μ.Κ.Ο καθώς και οι ενεργοί πολίτες.

Πιο συγκεκριμένα, οι φορείς οι οποίοι πρέπει να συνεργαστούν τόσο πριν της εμφάνιση υγειονομικής κρίσης όσο και μετά την εμφάνιση της είναι:

- η κοινότητα η οποία εκδηλώνεται η κρίση,
- ο πληθυσμός υψηλού κινδύνου όπως οι ευάλωτοι πολίτες (πολίτες με χαμηλό εισόδημα, ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία, μετανάστες, πρόσφυγες, παιδιά αλλά και όσοι επιβίωσαν από προηγούμενες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης,

- οι τοπικοί φορείς όπως σύλλογοι ασθενών, δίκτυα εθελοντών, τα επιμελητήρια, οι ομάδες πιστών αλλά και όλοι οι οργανισμοί οι οποίοι δραστηριοποιούνται μέσα σε αυτήν,
- η κυβέρνηση σε όλα τα επίπεδά της όπως οι πολιτικοί αρχηγοί, όλα τα μέλη της Βουλής, οι Υπουργοί Υγείας, Οικονομίας, Εκπαίδευσης, Περιβάλλοντος, Υποδομών, Ασφάλειας, Μεταφορών κ.λ.π.. κρίνεται αναγκαία η συνεργασία τους, το Υπουργείο Πολιτικής Προστασίας με όλα τα μέλη της πυροσβεστική, αστυνομία κ.λπ.,
- ο στρατός σε όλους τους τομείς του (πεζικό, ναυτικό, αεροπορία),
- το υγειονομικό σύστημα σε όλες τις βαθμίδες του (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), όλα τα διοικητικά επίπεδα, οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς πρέπει να είναι σε πλήρη ετοιμότητα και έτοιμοι να σχεδιάζουν σχέδια αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών,
- το Υπουργείο Υγείας, περιφερειακές επιτροπές, τοπικές διοικήσεις μονάδων υγείας, ο Π.Ο.Υ., Εθνικοί Οργανισμοί Φαρμάκων, οι ιατρικοί σύλλογοι πρέπει να βρουν κοινή γραμμή πλεύσης με στόχο την δημιουργία και υλοποίηση σχεδίων δράσης,
- η επιστήμη στους χώρους των πανεπιστημίων αλλά και των ερευνητικών κέντρων μέσω της οποίας κατανοούνται τα φαινόμενα και δίνονται απαντήσεις σε πολλά ερωτήματα, η παροχή της γνώσης από τους επιστημονικούς φορείς στους πολίτες επιτυγχάνεται μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης, το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης των οποίων στόχοι είναι η ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και σωστή πληροφόρηση. (82), (83)

Σε καταστάσεις υγειονομικής κρίσης ένας από τους σημαντικότερους φορείς ο οποίος πλήττεται και τις διαχειρίζεται είναι το σύστημα υγείας και οι υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ως σύστημα υγείας ορίζεται: *“ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υγείας στον πληθυσμό”*.

Σκοπός του συστήματος υγείας είναι η βελτίωση επιπέδου υγείας των πολιτών της χώρας. Βασική του μέριμνα είναι η παραγωγή του αγαθού υγείας καθώς και μέσω της διανομή του στους πολίτες να εξυπηρετούνται οι σκοποί αυτού.

Στόχος του συστήματος υγείας είναι η προστασία και ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών σχετικά με τον κίνδυνο ασθένειας, του ατυχήματος και της ανικανότητας. (84)

Ως υπηρεσίες υγείας ορίζονται: «όλες οι υπηρεσίες που ως στόχο τους έχουν την πρόληψη, θεραπεία και προαγωγή της υγείας γενικότερα. Η διάθεση τους στον πληθυσμό κρίνεται απαραίτητη όλο το 24ωρο, η προσβασιμότητα του να είναι εύκολη, η φροντίδα να καλύπτει όλα τα στάδια υγειονομικού προβλήματος και οι υπηρεσίες οι οποίες προσφέρονται να είναι αποδεκτές από τους πολίτες.» (85)

3.5. Κοινωνικές Ανισότητες Και Υγειονομική Κρίση

Αν και η πανδημία Covid-19 συνιστά κοινή εμπειρία για όλες τις κοινωνικές ομάδες, τα μέλη των ευάλωτων ομάδων επηρεάζονται σε διαφορετικό βαθμό και συχνότητα. Για τα μέλη των ευάλωτων ομάδων της κοινωνίας, έχει διαπιστωθεί ότι χαρακτηρίζεται ως μία συνδημία, δηλαδή μία συνεργιστική πανδημία που φέρει μια αλληλεπίδραση και μία επιδείνωση στις υπάρχουσες μη μεταδοτικές χρόνιες ασθένειες και τους επικρατούντες δυσμενείς κοινωνικούς παράγοντες των ανισοτήτων στην υγεία (86). Η πανδημία Covid-19 αναδείχθηκε, επομένως, ως ένα σύνθετο σημείο καμπής, το οποίο τονίζει την ανάγκη εύρεσης ενός τρόπου αντιμετώπισης έναντι των μολυσματικών ασθενειών όχι απλώς από μία βιοϊατρική άποψη, αλλά ως τμήμα ενός σύνθετου πλαισίου κοινωνικής σύμβασης με εθνικά, πολιτιστικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά. Αποτέλεσμα αυτού του πλαισίου είναι η προσφορά μίας μοναδικής εμπειρίας ακρόασης των προφανών, εκτεταμένων και πολυεπίπεδων επιπτώσεων των εγγενών ανισοτήτων στην υγεία, στην κοινωνία τόσο σε κοινωνικοοικονομική όσο και σε πολιτική διάσταση (86), (87).

3.5.1. Φυλετικές Διακρίσεις

Αρχικά, σε ότι αφορά στις φυλετικές διακρίσεις, αυτές έχουν καταστεί ως μείζον θέμα στην διεθνή συζήτηση γύρω από την πανδημία Covid-19. Στην Αμερική οι εθνικές μειονότητες (Αφροαμερικανοί, ισπανόφωνοι, ιθαγενείς Αμερικάνοι και κοινότητες μαύρων) έχει αποδειχθεί ότι προσβάλλονται σε μεγαλύτερη συχνότητα και σοβαρότητα σε σχέση με τους λευκούς πολίτες, με υψηλότερη νοσηρότητα και θνησιμότητα από τον γενικό πληθυσμό, αν και τα επιδημιολογικά δεδομένα εξακολουθούν να είναι ελάχιστα (87), (88), (89). Μια πρόσφατη ανάλυση έδειξε ότι τα ποσοστά μόλυνσης από τον SARS-COV-2 ήταν τρεις φορές υψηλότερη στις κυρίως “μαύρες” πολιτείες από ό,τι στις “λευκές” και τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν έξι φορές υψηλότερα αντιστοίχως (90).

Οι προαναφερόμενες συνέπειες των πανδημιών, μαύρων και λευκών πληθυσμού μπορούν να ερμηνευτούν μέσω πολλών παραγόντων κινδύνου και είναι και αποδίδονται μέσω της ακολουθίας του επαναλαμβανόμενου προτύπου προγενέστερων επιδημιών οι οποίες είχαν ως βάση τους την κοινωνική περιθωριοποίηση πληθυσμών προσβάλλονται πιο έντονα και αιτία αυτού είναι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και συνεπώς των αυξημένων μη επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας. (90)

3.5.2. Προσφυγικοί Πληθυσμοί

Επίσης, ζωτικής σημασίας είναι η διαχείριση της πανδημίας Covid-19 στους προσφυγικούς πληθυσμούς. Αναμφίβολα οι πανδημίες μεταδιδόμενων λοιμωδών νοσημάτων επηρεάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως οι πρόσφυγες γεγονός που διαφαίνεται μέσω του υψηλού ποσοστού θνησιμότητας αυτών των νοσημάτων σε προσφυγικούς και μεταναστευτικούς συγκριτικά με τον εγχώριο πληθυσμό (91), (92), (93).

Η ευαλωτότητα έκθεσης και προσβολής από την πανδημία Covid-19 η οποία επισημάνθηκε και επιβεβαιώθηκε από τον Π.Ο.Υ. (World Health Organization Regional Office for Europe, 2018), αιτία του φαινομένου αποτελούν οι μη οργανωμένες δομές υποδοχής στις οποίες η διαβίωση είναι υπό συνθήκες υψηλού συγχρωτισμού, στις βλαβερές για τους φιλοξενούμενους συνθήκες στέγασης και κυρίως στην μη εύκολη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και κοινωνικής πρόνοιας. (93), (94)

Επιπλέον, δεν γίνεται να παραληφθούν γεγονότα στιγματισμού, ελάχιστης ή ακόμα και ανύπαρκτης επιδημιολογικής επιτήρησης υπόπτων και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων, παραπληροφόρησης με κύρια αιτία την περιορισμένη γλωσσική επικοινωνία όσον αφορά τους κανόνες υγιεινής και πρόληψης εξάπλωσης του ιού που διευρύνουν το πρόβλημα, καθιστώντας λύση του ζητήματος δύσκολη και χαρακτηρίζοντας αυτούς τους πληθυσμούς ως “υγειονομικές βόμβες” για την δημόσια υγεία. (93)

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Ελλάδα στις 31/3/2020 όπου ανιχνεύτηκε τυχαία το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα στις δομές προσφύγων της Ριτσώνας ενώ ακολούθησαν και άλλα τυχαία θετικά κρούσματα ανά διαστήματα στις υπόλοιπες δομές προσφύγων με αποτέλεσμα να προκληθεί σύγχυση για τον αληθινό αριθμό κρουσμάτων εντός των δομών. (95).

3.5.3. Οικονομικές Ανισότητες

Ακόμα και πριν την έναρξη της πανδημίας γεγονός αποτελούσε ότι οι φτωχότεροι πληθυσμοί είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν υποκείμενα χρόνια νοσήματα όπως αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, δυσλιπιδαιμία, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άσθμα, καρδιαγγειακή νόσο, παχυσαρκία, τα οποία λαμβάνουν πιο βαριά μορφή στις νεαρές ηλικίες. Όλα τα προηγούμενα αφορούν παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση, επιπλοκές, θνησιμότητα από τον ιό SARS-CoV-2. (87), (88), (96), (97)

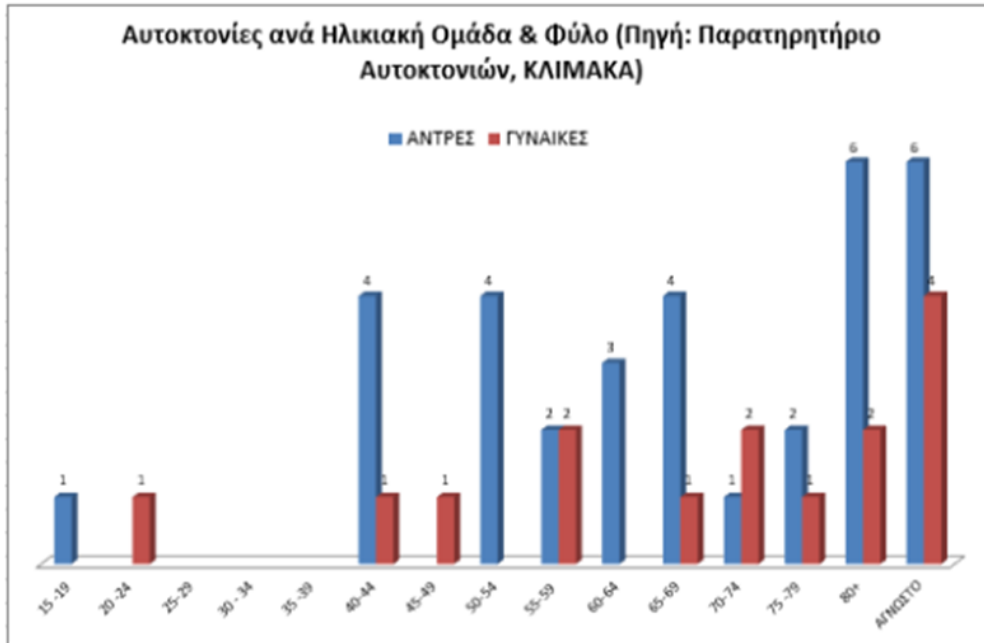
Εκτός από τα χρόνια νοσήματα, σημαντικό παράγοντα κινδύνου νοσηρότητας για την λοίμωξη Covid-19 στους φτωχότερους πληθυσμούς αποτελεί και η καπνιστική συνήθεια διότι συνδέεται με τα αυξημένα ποσοστά επιπλοκών και εισαγωγών στις Μ.Ε.Θ. (98), (99)

Μία από τις πιο περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες στην Ευρώπη είναι οι Gypsy/Roma εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καπνιστικής συνήθειας αναφορικά με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα τα μέλη της από χρόνια αναπνευστικά νοσήματα και κατ' επέκταση την λοίμωξη από Covid-19. (86)

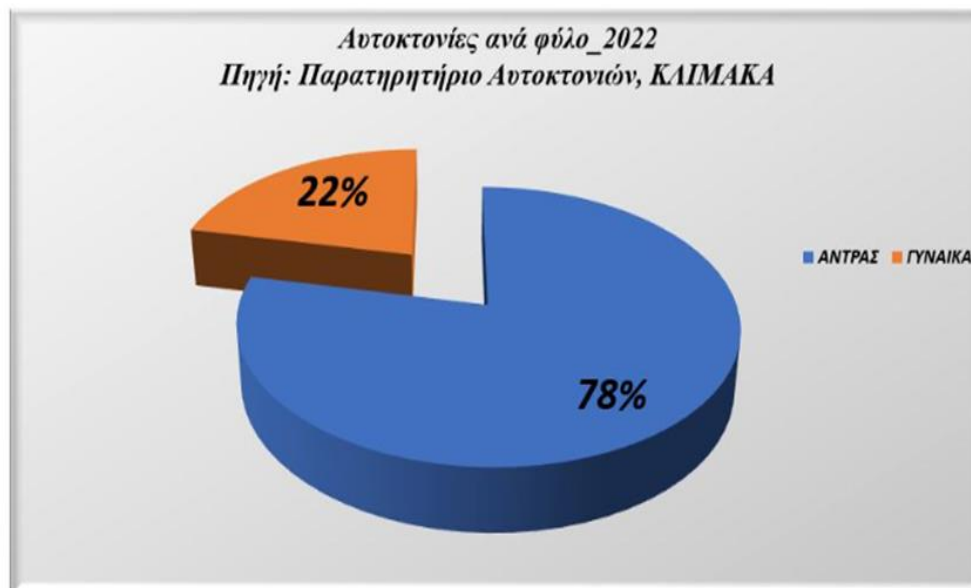
3.5.4. Αυτοκτονίες

Κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19 έως σήμερα τα ποσοστά αυτοκτονιών έχουν αυξηθεί. Ειδικότερα, σύμφωνα με έρευνα του παρατηρητηρίου αυτοκτονιών- ΚΛΙΜΑΚΑ τα ποσοστά αυτοκτονιών αναγράφονται στους παρακάτω πίνακες: (100), (101)

Στο **γράφημα 3** αναλύονται τα ποσοστά ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα για το έτος 2021 όπου συμπεραίνεται ότι το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών την είχαν οι άντρες σε ποσοστό 69% και οι γυναίκες σε 31% ενώ ανά ηλικία τα άτομα ηλικία άνω των 80 ετών παρουσίασαν περισσότερες αυτοκτονίες και έπειτα ακολουθούν τα άτομα ηλικίας 40-45 ετών.



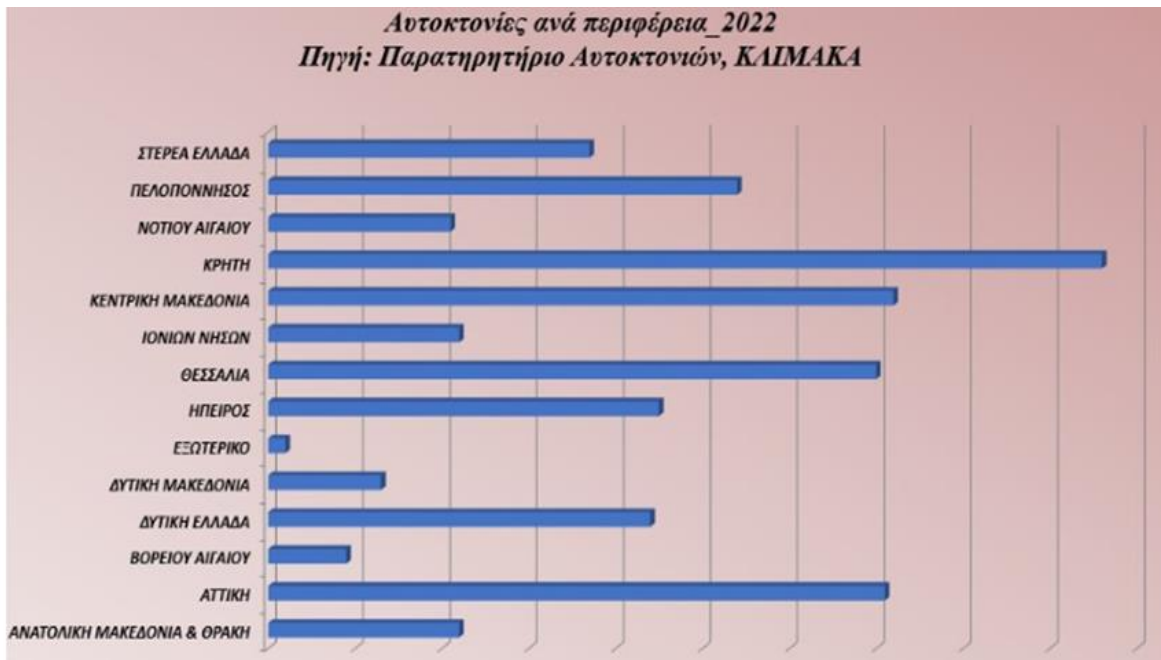
Στο **Γράφημα 4** καταγράφονται τα ποσοστά αυτοκτονιών ανά φύλο για το έτος 2022, όπου σε ποσοστό 78% ήταν άντρες και σε 22% γυναίκες.



Στο **γράφημα 5** αποτυπώνονται τα ποσοστά αυτοκτονιών ανά ηλικιακή ομάδα για το έτος 2022. Σύμφωνα με το παρακάτω γράφημα οι ηλικιακές ομάδες με την μεγαλύτερη συχνότητα αυτοκτονιών ήταν τα άτομα άνω των 60 ετών συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.



Στο **γράφημα 6** περιγράφονται οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα ανά διοικητικές περιφέρειες για το έτος 2022. Το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών συγκεντρώνεται στην Κρήτη σε ποσοστό 17%, ακολουθεί η Κεντρική Μακεδονία και η Αττική.



Με βάση τα παραπάνω στοιχεία καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι παρατηρήθηκε αύξηση στις αυτοκτονίες στα χρόνια του κορονοϊού έως και σήμερα. Συνεπώς, καταλαβαίνουμε ότι η πανδημία του Covid-19 επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την ζωή των πολιτών, ιδίως την ψυχική υγεία και όλη αυτή η ψυχική φόρτιση ερμηνεύτηκε μέσω των υψηλών ποσοστών αυτοκτονιών.

3.8. Στρατηγικός Σχεδιασμός

3.8.1 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία - κοινωνικο - οικονομικοί, συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες

Το Σχέδιο Δράσης Δημόσιας Υγείας είναι πενταετές από το 2021 – 2025, (102)

Το βασικό όραμα της Εθνικής Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας είναι: *η εξάλειψη παραγόντων κινδύνου για την υγεία οι οποίοι είναι κοινωνικο - οικονομικοί, συμπεριφορικοί και περιβαλλοντικοί.*

Θεμελιώδης στόχος της πολιτικής Δημόσιας Υγείας είναι: *η συνεχής βελτίωση του επιπέδου υγείας και η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού, μέσω της προώθησης της διατομεακής συνεργασίας για την διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας.*

Σύμφωνα με τον Ν.4675/2020 (103) αποστολή της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας είναι: *η ανάπτυξη, η εφαρμογή, η παρακολούθηση και η αξιολόγηση των πολιτικών και των προγραμμάτων του Εθνικού Σχεδίου Δημόσιας Υγείας στην βάση της Εθνικής Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας καθώς και ο συντονισμός των φορέων δημόσιας υγείας με όλους τους συναρμόδιους φορείς.*

Βασικές αρχές σύμφωνα με τον Ν.4675/2020 είναι:

1. η αποτύπωση των συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου για την υγεία,
2. η διαχρονική παρακολούθηση και επεξεργασία των δεδομένων και των δεικτών υγείας του πληθυσμού,
3. η παρέμβαση και αποτελεσματική διαχείριση των κινδύνων για την υγεία των πολιτών καθώς και των κινδύνων που εμφανίζονται από την κλιματική αλλαγή και τη μετακίνηση μεγάλων τμημάτων πληθυσμού,
4. η πρόληψη, η προστασία και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ευπαθών ομάδων,
5. ο έλεγχος και η διαχείριση των νοσημάτων υψηλού φορτίου νοσηρότητας με την εκπόνηση και εφαρμογή Εθνικών Σχεδίων Δράσης σε ασθενείς υψηλού επιπολασμού όπως ο καρκίνος καθώς και ο έλεγχος, η πρόληψη και διαχείριση των σπάνιων νοσημάτων,
6. ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός και η εφαρμογή των πολιτικών προαγωγής υγείας, της ευημερίας και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής με στόχο την πρόοδο και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας,

7. η αναγνώριση και η επένδυση στον ρόλο των “άτυπων φροντιστών” οι οποίοι αναλαμβάνουν σημαντικό μέρος της φροντίδας χρονίως πασχόντων κατ’οίκον, σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας. (102)

3.8.2. Χρόνια Νοσήματα

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. τα χρόνια νοσήματα όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνοι, χρόνιες πνευμονοπάθειες και ο σακχαρώδης διαβήτης είναι υπεύθυνοι για το 63% των θανάτων παγκοσμίως. Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου είναι το κάπνισμα, οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες, η ανεπαρκής σωματική δραστηριότητα και η κατάχρηση αλκοόλ. Για το λόγο αυτό στα εθνικά σχέδια δράσης έχουν ενσωματωθεί δράσεις για τον κάθε παράγοντα.

Αναλυτικότερα:

- i. **Δράσεις για το κάπνισμα** μέσω του προγράμματος “Η ΥΓΕΙΑ ΜΑΣ ΕΝΩΝΕΙ” και σχετικών εκστρατειών ενημέρωσης, σύνθεσης επιτροπών εμπειρογνομόνων για τον έλεγχο του καπνίσματος, ανανέωση του νομοθετικού πλαισίου, συνεργασία με φορείς όπως την Εθνική Αρχή Διαφάνειας, λειτουργία της τηλεφωνικής γραμμής 1142 ως γραμμή επικοινωνίας για το κάπνισμα, επιβολή προστίμων μέσω Κ.Υ.Α. 80727/15.11.2019.
- ii. **Δράσεις για την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών** μέσω της δημιουργίας Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής που θα αποσκοπούν στην προστασία και προαγωγή της υγείας. Ωρίμανση του Εθνικού Προγράμματος Προαγωγής της Υγιεινής Διατροφής και της Σωματικής Άσκησης (Ε.Π.Π.Σ.Α.Υ.Δ.) το οποίο θα στοχεύει στον εντοπισμό και διαχείριση των παραγόντων κινδύνων, σύνταξη Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής για την βελτίωση των διατροφικών συνηθειών του ελληνικού πληθυσμού μέσω ενημερώσεων μαθητικού πληθυσμού μέσω προγραμμάτων όπως “Σχολικά Γεύματα” κ.α., υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής και της αξίας της φυσικής δραστηριότητας κ.α..
- iii. **Δράσεις αντιμετώπισης των βλαπτικών συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ** μέσω της ενσωμάτωσης του στόχου “Υγεία και ευημερία για όλους, σε όλες τις ηλικίες” στον “Καθορισμό Στρατηγικών Στόχων του Υπουργείου Υγείας έτους 2021”, εποπτεία και συντονισμός φορέων της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας σε

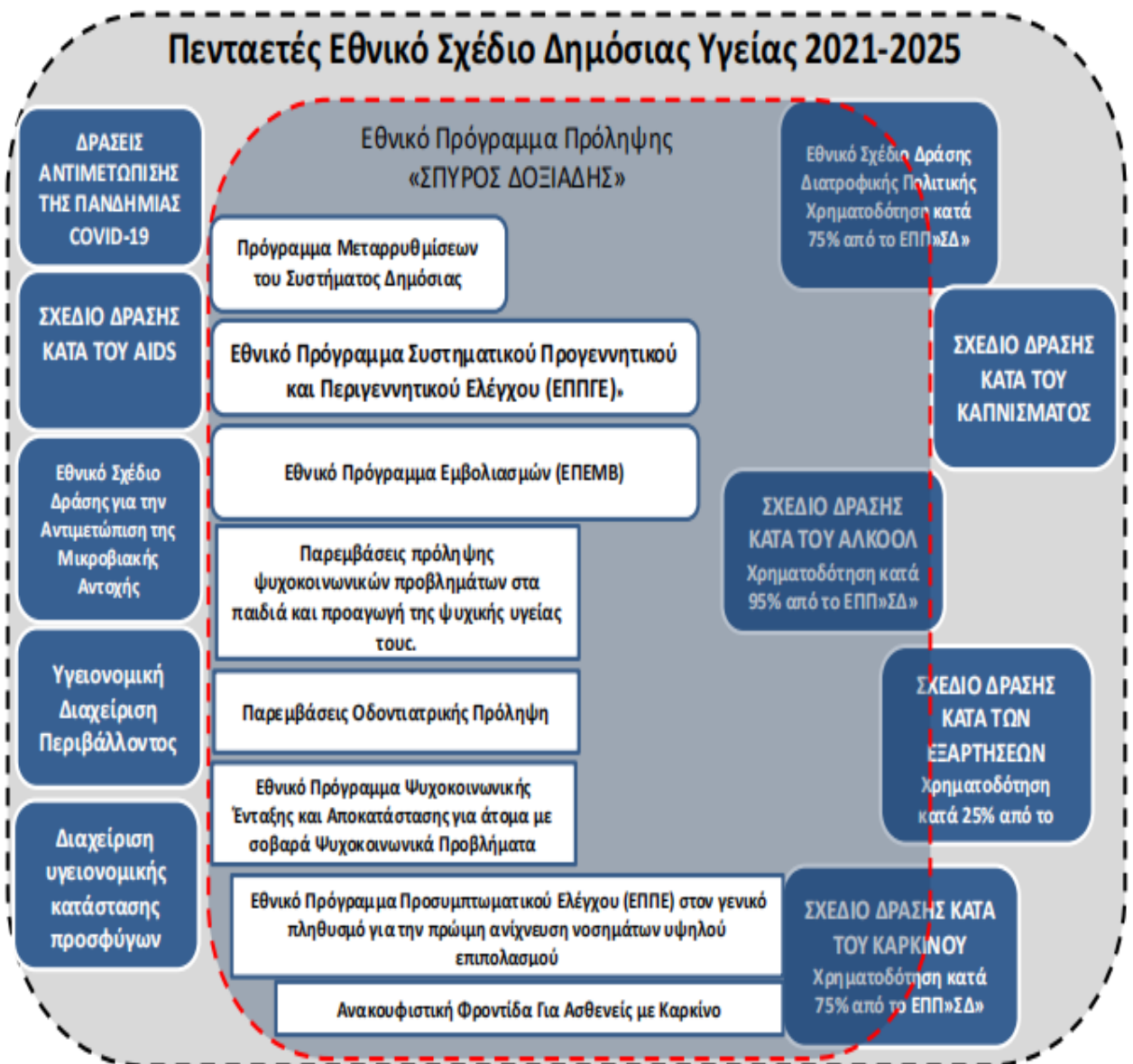
συνεργασία με τα Πανεπιστημιακά Ιδρύματα, ωρίμανσης του Εθνικού Προγράμματος Αντιμετώπισης του αλκοόλ (Ε.Π.Α.Α.) κ.α.

- iv. **Προστασία από μεταδοτικά νοσήματα** μέσω της δημοσίευσης του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών Ενηλίκων 2020, έκδοση εγκυκλίων και κατευθυντήριων οδηγιών για την εποχική γρίπη, ένταξη στο πρόγραμμα εμβολιασμού για τον Covid-19 παιδιών και ενηλίκων

Ακόμα δράσεις έχουν πραγματοποιηθεί για: την υγειονομική διαχείριση του περιβάλλοντος, δράσεις ελέγχου εξαρτήσεων, έλεγχος υγειονομικής κατάστασης μεταναστών και προσφύγων και οργανωτικές παρεμβάσεις. (102)

3.8.3. Πρόγραμμα Σ. Δοξιάδης

Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης (Ε.Π.Π.) «Σπύρος Δοξιάδης» αποτελεί με κριτήριο την χρηματοδότηση το μεγαλύτερο τμήμα του πενταετούς σχεδίου δράσης. Στο πρόγραμμα περιλαμβάνονται παρεμβάσεις και δράσεις οι οποίες δημιουργήθηκαν από τον Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας και τις θεματικές Εθνικές Επιτροπές. Τα Εθνικά Σχέδια που εντάσσονται στο Ε.Π.Π. «Σπύρος Δοξιάδης» περιγράφονται στην παρακάτω εικόνα 9 (102):



Εικόνα 8. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ

Πηγή: (102)

Αντιμετώπιση Πανδημίας Covid – 19

Από την διακήρυξη του ιού SARS-CoV-2 ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας ακολούθησε την εξής τακτική:

1. Αναδιοργάνωσε την Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας ενσωματώνοντας σε αυτή ως 4η υπηρεσιακή μονάδα, την Διεύθυνση Επιχειρησιακών Έκτακτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας η οποία είχε ως στόχο της: *“την αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων που αφορούν στην δημόσια υγεία, της εκπόνησης επιχειρησιακών σχεδίων αντιμετώπισης έκτακτων καταστάσεων δημόσιας υγείας, της επικοινωνιακής διαχείρισης ανάλογων καταστάσεων, της εκπροσώπησης σε διεθνούς θεσμούς στον τομέα δράσης της και του συντονισμού των φορέων, κρατικών ή μη, που παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας σε χώρους φιλοξενίας προσφύγων και μεταναστών.*
2. Η Διεύθυνση Επιχειρησιακής Ετοιμότητας (Ε.Κ.Δ.Υ.) του Υπουργείου Υγείας θέτει σε εφαρμογή το Επιχειρησιακό Σχέδιο Πανδημίας (ARTEMIS) ανάλογα με τα επιδημιολογικά δεδομένα και Ειδικά Σχέδια διαχείρισης ενδεχόμενης διάδοσης του SARS-CoV-2 αποσκοπώντας στον περιορισμό ης νόσου και την αποφυγή διάδοσης της στην κοινότητα.
3. Δημιούργησε Συντονιστικό Κέντρο 24ωρης λειτουργίας για την διαχείριση θεμάτων που σχετίζονται με τον SARS-CoV-2, την διαλειτουργικότητα με τους κρατικούς φορείς και σε συνεργασία με το Ε.Κ.Α.Β. το οποίο φέρει εις πέρας ασκήσεις ετοιμότητας στα Νοσοκομεία της χώρας. Άμεση συνεργασία με τον Π.Ο.Υ., το European Centre of Disease Control (E.C.D.C.), την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, με τα Υπουργεία Υγείας των κρατών μελών της Ε.Ε. με σκοπό την ανταλλαγή νέων στοιχείων και την μεταφορά της τεχνογνωσίας.

Επίσης συγκροτήθηκαν οι παρακάτω Επιτροπές, οι οποίες είχαν ως συντονιστή τους τον Υπουργό Υγείας και εν απουσία του τον Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας:

1. “Επιτροπή Αντιμετώπισης Έκτακτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας από Λοιμογόνους Παράγοντες” με αρμοδιότητες τη γνωμοδότηση αναφορικά με την προετοιμασία της

χώρας και την αντιμετώπιση πιθανών έκτακτων καταστάσεων δημόσιας υγείας από λοιμογόνους παράγοντες.

2. “Εθνική Επιτροπή προστασίας της Δημόσιας Υγείας έναντι του κορωνοϊού Covid-19” η οποία είναι αρμόδια για την λήψη μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης εμφάνισης και διάδοσης Covid-19 στοχεύοντας στην προστασία του πληθυσμού.
3. Οργάνωση Ειδικού Εθελοντικού Προγράμματος απασχόλησης ενηλίκων πολιτών σε δομές δημόσιας υγείας για την αντιμετώπιση του Covid-19.
4. Δημιουργία τηλεφωνικής γραμμής 10306 για ψυχολογική υποστήριξη (Με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα από τον Απρίλιο έως τον Αύγουστο κάλεσαν 79.751 πολίτες). Δημιουργία και λειτουργία Εθνικού Μητρώου Ασθενών από τον κορωνοϊό με σκοπό την συλλογή δεδομένων εντός του θεραπευτικού πλάνου.
5. Διαρκής συνεργασία με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (Ε.Ο.Δ.Υ., Ο.Κ.Α.Ν.Α., Κ.Ε.Θ.Ε.Α., Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού κ.α.) με σκοπό την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών και εγκυκλίων για την επίλυση θεμάτων Covid-19.
6. Διαρκής συνεργασία σε όλα τα επίπεδα της Κυβέρνησης για την ενημέρωση, συζήτηση και διατύπωση εισηγήσεων με ρόλο την λήψη αποφάσεων και την διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής.
7. Πραγματοποίηση τακτικών συναντήσεων συνεργασίας με χρήση ψηφιακών μέσων (teleconference) με εκπροσώπους των Γενικών Διευθύνσεων της Ευρωπαϊκής Επιτροπής με σκοπό την εξερεύνηση επιπλέον πόρων.

8. Χρήση του ερευνητικού εργαλείου του Π.Ο.Υ. “Behavioral Insights” αποσκοπώντας στον εντοπισμό αλλαγών συμπεριφοράς συμμόρφωσης ως προς τους κανόνες δημόσιας υγείας. (102)

Η εμφάνιση της πανδημίας Covid-19 έθεσε την ανάγκη για άμεσο σχεδιασμό και προτεραιοποίηση εθνικών σχεδίων δράσης.

3.9. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Διαχείριση Των Κρίσεων

Με βάση όλα τα παραπάνω καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ειδικά στον χώρο της υγείας κρίνεται απαραίτητη η κατάλληλη προετοιμασία και συνεργασία στο χώρο της υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στην Π.Φ.Υ. Μία καλά λειτουργική Π.Φ.Υ. συνιστά κύρια προϋπόθεση για την αντιμετώπιση επειγόντων καταστάσεων, απειλών για την υγεία, την ανθεκτικότητα μιας κοινωνίας και την ικανότητα του συστήματος υγείας να ανταπεξέλθει σε τέτοιες καταστάσεις. Κατά την διάρκεια επειγουσών καταστάσεων οι υποδομές, τα αποθέματα των αναλώσιμων υλικών - εξοπλισμού και το εργατικό δυναμικό ενδέχεται να μειωθούν σε μεγάλο βαθμό με αποτέλεσμα την ελλιπή φροντίδα υγείας των πολιτών.

Η συμβολή της Π.Φ.Υ. είναι ζωτικής σημασίας σε όλα τα στάδια αντιμετώπισης και όχι μόνο στη φάση κορύφωσης κατά την οποία οι ανάγκες υγείας είναι αυξημένες. Αυτό σημαίνει ότι μετά την λήξη της πρώτης φάσης, ακολουθεί μία δεύτερη φάση, της οποίας χαρακτηριστική είναι η κορύφωση και κατ' επέκταση οι αυξανόμενες ανάγκες σε παροχές από τις υπηρεσίες υγείας. Στην δεύτερη φάση το σύστημα υγείας επιβαρύνεται ιδιαίτερα.

Σε εθνικό επίπεδο παρατηρείται η ανάγκη ενσωμάτωσης της Π.Φ.Υ. στην δημιουργία στρατηγικών, πολιτικών και προγραμμάτων αντιμετώπισης αυτών των καταστάσεων. Σε τοπικό επίπεδο ο ρόλος της Π.Φ.Υ. πρέπει να είναι ακριβής και να τεθούν αρμοδιότητες πρόληψης, διαχείρισης έκτακτων καταστάσεων και διασύνδεσης με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Για να έχει ένα σύστημα υγείας αποτελεσματική Π.Φ.Υ. χρειάζεται καταρτισμένο, κατάλληλα ενημερωμένο, επαρκές και ικανό προσωπικό,. (84)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΠΙΔΗΜΙΑ - ΠΑΝΔΗΜΙΑ

4.1. Εννοιολογικά Στοιχεία

Σύμφωνα με το Centers for Disease Control and Prevention (C.D.C) ως επιδημία ορίζεται: *η απροσδόκητη αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων μιας ασθένειας σε μία συγκεκριμένη περιοχή. Μία επιδημική ασθένεια δεν χρειάζεται να είναι απαραίτητα μεταδοτική. Η εστία της ασθένειας χαρακτηρίζεται ως επιδημική όταν είναι σταθερά παρούσα και περιορίζεται σε μία συγκεκριμένη περιοχή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η εξάπλωση της νόσου και τα ποσοστά της να είναι προβλέψιμα.* (104)

Τα αίτια των επιδημιών είναι:

- η μη συμμόρφωση των πολιτών στις υγειονομικές εντολές σε περιπτώσεις προβλήματος δημόσιας υγείας,
- η πρόσφατη αύξηση και διασπορά του λοιμογόνου παράγοντα,
- η εισαγωγή του λοιμογόνου παράγοντα σε νέο περιβάλλον,
- η ενίσχυση του τρόπου μετάδοσης με αποτέλεσμα την έκθεση σε πιο ευαίσθητα άτομα,
- η αλλαγή στην ευαισθησία της απόκρισης του ξενιστή στον παράγοντα,
- νέοι παράγοντες που εισάγονται από νέες σημείων εισόδου ή που αυξάνουν την πιθανότητα έκθεσης του ξενιστή. (104)

Η πανδημία ετυμολογικά προκύπτει από την σύνθεση των λέξεων παν (όλος) και δήμος (πληθυσμός). Ως πανδημία ορίζεται: *“η επιδημία λοιμωδών ασθενειών η οποία εξαπλώνεται με γρήγορους ρυθμούς σε μία περιοχή (ήπειρο) ή σε παγκόσμια κλίμακα και απειλεί σχεδόν όλο τον πληθυσμό.* (105), (106)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μία ασθένεια κηρύσσεται ως πανδημία όταν: η ανάπτυξη της είναι εκθετική. Αυτό σημαίνει ότι μέρα με την μέρα τα κρούσματα αυξάνονται συγκριτικά με την προηγούμενη μέρα και ο ιός καλύπτει μία ευρεία περιοχή, επηρεάζοντας πολλές χώρες και πληθυσμούς. Όταν μία ασθένεια αποκτήσει διεθνείς διαστάσεις δεν σχετίζεται με την ιολογία, ανοσία του πληθυσμού ή την σοβαρότητα της νόσου. (105)

Τα αίτια πρόκλησης των πανδημιών είναι:

- η συνεχής αύξηση του ανθρώπινου πληθυσμού. Χαρακτηριστικό είναι ότι το 1900 ο πληθυσμός ανερχόταν περίπου σε 800 εκατομμύρια, το 1960 άγγιξε τα 3δισ ενώ το 2021 τα 7,837 δις. Σύμφωνα με μελέτες του Π.Ο.Υ. το 2050 υπολογίζεται ότι θα φτάσει τα 10δισ,
- η εγκαθίδρυση των αεροπορικών μετακινήσεων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ότι το 1850 ένας άνθρωπος για να κάνει το γύρω του κόσμου με μέσο μεταφοράς το πλοίο χρειαζόνταν ένα χρόνο. Στις μέρες μας, έχει την δυνατότητα να κάνει τον γύρο του κόσμου σε λιγότερο από 40 ώρες αεροπορικάς. Επομένως μέσω αυτής της εξέλιξης στην μεταφορά καθίσταται σαφές ότι και η εξάπλωση των πανδημιών είναι εξίσου εύκολη,
- η συνεχής και αυξανόμενη εμφάνιση νέων ιών γρίπης, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την δυσκολία των επιστημόνων να παράγουν καθολικά και αποτελεσματικά εμβόλια για όλους τους τύπους εμβολίων,

η εξάλειψη των άγριων ειδών με σκοπό είτε την παραγωγή ζωικών ειδών είτε την σίτιση του ανθρώπινου πληθυσμού. Αναλυτικότερα, μία από τις κύριες επαφές των ανθρώπων είναι τα ζώα, αφενός μέσω της δραστηριοποίησης τους στον τομέα της κτηνοτροφίας και αφετέρου μέσω της διαρκής αναζήτησης κρέατος από το κυνήγι άγριων ζώων (το οποίο χαρακτηρίζεται ως πλουτισμός). (106), (107), (108), (109)

Διαφορά Μεταξύ Επιδημίας Και Πανδημίας

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. κριτήριο διαφοροποίησης μεταξύ της επιδημίας και της πανδημίας είναι ο ρυθμός εξάπλωσης τους. Επομένως, κριτήριο χαρακτηρισμού μίας ασθένειας ως επιδημίας ή πανδημίας δεν είναι η σοβαρότητα της νόσου αλλά ο βαθμός εξάπλωσής τους.

Για να χαρακτηριστεί μία ασθένεια ως πανδημία δεν περιορίζεται στα τοπικά - εθνικά σύνορα, όπως συμβαίνει στις επιδημίες, αλλά ξεπερνά τα εθνικά σύνορα. Αυτά τα γεωγραφικά κριτήρια των πανδημιών έχουν ως συνέπεια την κοινωνική αναστάτωση και οικονομικές απώλειες. Αξιοσημείωτο είναι, ότι μία ασθένεια η οποία έχει καταγραφεί αρχικά ως επιδημία ενδέχεται να εξελιχθεί ως πανδημία. Μία επιδημία η οποία είναι μεγάλη μπορεί να περιοριστεί ή αντίθετα να εξαπλωθεί περισσότερο ενώ η πανδημία είναι εξαρχής διεθνής και μη ελεγχόμενη. (105)

4.2. Ιστορική Αναδρομή - Μεσοπόλεμος 1940

Κατά έτος 1941 στην Αθήνα παρατηρήθηκε έλλειψη πρώτων ειδών και τροφίμων η οποία με το πέρας των ημερών εξαπλώθηκε και στις υπόλοιπες πόλεις της Ελλάδας. Η πηγή του προβλήματος ήταν ο μη ανεφοδιασμός από θαλάσσης την διάρκεια του πρώτου χειμώνα λόγω του ότι οι Σύμμαχοι είχαν αποκλείσει τα σύνορα καθώς και η διακοπή των σιδηροδρομικών μεταφορών. Οι σοβαρές διαστάσεις που πήρε το πρόβλημα αποτυπώνονται μέσω των θανάτων στην Αθήνα το Δεκέμβριο του 1941. Κύρια αιτία που απείλησε τον πληθυσμό ήταν η εμφάνιση των λοιμωδών ασθενειών με κυριότερα αυτών την φυματίωση, ελονοσία, τυφοειδή πυρετό και μηνιγγίτιδα. Κατά την περίοδο 1941 παρατηρήθηκαν επιδημικές εκρήξεις εξανθηματικού τύφου, ενώ το 1942 υπήρξαν εκρήξεις ελονοσίας. (110)

4.2.1. Φυματίωση

Από την αναζήτηση αρχείων της ίδιας εποχής προκύπτει ότι η φυματίωση ήταν η σημαντικότερη αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στην Κατοχική Αθήνα. Κατά την προπολεμική περίοδο 1938-1940 στην Αθήνα καταγράφηκαν 11.228 θάνατοι από φυματίωση ενώ την περίοδο 1941-1943 ο αριθμός αυξήθηκε και σημειώθηκαν 17.395 θάνατοι, αύξηση της τάξεως του 46.4%. Την περίοδο της κατοχής η αύξηση των κρουσμάτων ήταν ανάλογη με τις επικρατούσες συνθήκες, ο αριθμός των κρουσμάτων ανήλθε σε 150.000, ενώ οι νοσούντες σε “προφυματική” κατάσταση ήταν 250.000. Στατιστική έρευνα του Διεθνή Ερυθρό Σταυρό έδειξε ότι στον έλεγχο πτυέλων παιδιών σε ηλικία έως 20 ετών, τον Αύγουστο του 1944 έως Απρίλιο 1945, σε αριθμό 160.483 μετρήσεων τα 3.631 έπασχαν από φυματίωση (2.63%). (111), (112), (113)

4.2.2. Ελονοσία

Κάνοντας μία ιστορική αναδρομή, η ελονοσία αποτελούσε στην πορεία των χρόνων μάλιστα για την Αθήνα. Η νόσος κατά τα έτη 1860 – 1905 ήταν ενδημική σε πολλές συνοικίες της Αθήνας με το ποσοστό νοσηρότητας να ανέρχεται σε 95%, ενώ ταυτόχρονα η Αθήνα ήταν αντιμετώπιη με την διαχείριση άλλων 14 επιδημιών. Έως το 1910 οι επιδημικές εκρήξεις ήταν αλληπάλληλες, Με τον ερχομό των προσφύγων της Μικράς Ασίας στην Αθήνα το πρόβλημα επανήλθε με κύρια αιτία αυτού την έλλειψη αποστραγγιστικών έργων. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα έως το έτος 1940, το 38% είχαν μολυνθεί από *Plasmodium falciparum*, το 35% είχαν μολυνθεί από *Plasmodium vivax* ενώ το 27% *Plasmodium Malariae*.

Στις επιδημικές διαστάσεις της νόσου ανιχνευόταν κυρίως *Plasmodium falciparum* ενώ στις ενδημικές διαστάσεις της νόσου *Plasmodium vivax* και *Plasmodium malariae*. Κατά την διάρκεια της κατοχής, εξαιτίας της κατάρρευσης του κρατικού μηχανισμού και της μη σωστής λειτουργίας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, η κατάσταση τέθηκε για άλλη μία φορά εκτός ελέγχου. (114), (115), (116)

4.2.3. Εξανθηματικός (Επιδημικός) Τύφος

Σημαντική θέση μεταξύ των λοιμωδών νοσημάτων που μάστιζαν την Αθήνα κατείχε ο εξανθηματικός τύφος. Το μικρόβιο που προκαλεί την νόσο είναι το *Rickettsia prowazekii* το οποίο μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο μέσω της ψείρα του σώματος. Ο τύφος είχε άμεση σύνδεση με την εποχή του πολέμου, τις μετ' έπειτα περιόδους και τα προσφυγικά ρεύματα και την μη τήρηση των μέτρων προσωπικής υγιεινής. Η επιδημία του τύφου εμφανίστηκε το 1941 ξεκινώντας από τον Φλώρινα, επεκτάθηκε στην Στερεά Ελλάδα και την Αθήνα. Σύμφωνα με το αρχείο της εποχής η νόσος εμφανίστηκε στην Αθήνα στις 16 Μαρτίου 1941, με τα δύο πρώτα κρούσματα να σημειώνονται στο Κερατσίνι και στον Βύρωνα. Έως το 1941 είχα καταγραφεί συνολικά 270 κρούσματα και 31 θάνατοι. (117), (118)

4.2.4. Τυφοειδής Πυρετός

Σημαντική απειλή για την Δημόσια Υγεία αποτελούσε ο τυφοειδής πυρετός. Το μικρόβιο που προκαλεί την νόσο έχει δύο ορότυπους, το *Salmonella – enterica typhi* και *Salmonella enterica paratyphi A,B ή C*. Τρόπος μετάδοσης της νόσου είναι η έντερο - στοματικής οδός μέσω της κατανάλωσης μολυσμένων τροφών ή νερού από τα ούρα ή τα κόπρανα των ασθενών. Τα ποσοστά θνητότητας ανέρχονται σε 20%. Η συχνότερη ηλικιακή ομάδα εμφάνισης της νόσου είναι η παιδική και εφηβική ηλικία και ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 21-30 και 31-40 χρονών. Καθ' όλη την διάρκεια της κατοχής γίνεται καταγραφή κρουσμάτων ή θανάτων είτε μεμονομένα είτε υπό την μορφή επιδημικών εκρήξεων. (117)

4.2.5. Πολιομυελίτιδα

Σύμφωνα με τα πεπραγμένα του Νοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία» οι περιπτώσεις πολιομυελίτιδας δεν παρουσίασαν κάποια ιδιαίτερη μεταβολή. Το 1941 εισήχθησαν δύο

παιδιά, το 1942 τέσσερα, ενώ κατά τα έτη 1943 και 1944 έξι κα πέντε αντίστοιχα. Όλες οι περιπτώσεις αφορούσαν παιδιά στα πρώτα τρία χρόνια της ζωής τους. (117), (119)

Η πολιομυελίτιδα (πολυομυελίτιδα) είναι μια ιδιαίτερα μολυσματική ιογενής νόσος που επηρεάζει κυρίως παιδιά κάτω των 5 ετών. Τρόπος μετάδοσης του ιού είναι από άτομο σε άτομο κυρίως μέσω της εντερικής-στοματικής οδού ή, σπανιότερα, με ένα κοινό μέσο (π.χ. μολυσμένο νερό ή φαγητό) όπου πολλαπλασιάζεται στο έντερο, από το οποίο μπορεί να εισχωρήσει στο νευρικό σύστημα και να προκληθεί παράλυση στο άτομο που νοσεί.

Το έτος 1988, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας ενέκρινε ψήφισμα για την παγκόσμια εξάλειψη της πολιομυελίτιδας, σηματοδοτώντας την έναρξη της Παγκόσμιας Πρωτοβουλίας για την Εξάλειψη της Πυελίτιδας, με επικεφαλής τις εθνικές κυβερνήσεις, τον ΠΟΥ, το Rotary International, τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των ΗΠΑ (CDC), τη UNICEF, και αργότερα προσχώρησαν το Ίδρυμα Bill & Melinda Gates και η Gavi, η Vaccine Alliance.

Τα κρούσματα της επιθετικής μορφής πολιομυελίτιδας έχουν μειωθεί σε ποσοστό 99% από το 1988, από 350.000 εκτιμώμενα κρούσματα σε περισσότερες από 125 ενδημικές χώρες σε 6 αναφερόμενα κρούσματα το 2021. Από τα 3 στελέχη της επιθετικής πολιομυελίτιδας (τύπου 1, τύπου 2 και τύπου 3), ο ιός της πολιομυελίτιδας τύπου 2 εξαλείφθηκε το 1999 και ο ιός της πολιομυελίτιδας τύπου 3 εξαλείφθηκε το 2020. Από το 2022, ο ενδημικός επιθετικός ιός της πολιομυελίτιδας τύπου 1 παραμένει σε δύο χώρες: το Πακιστάν και το Αφγανιστάν. (117), (119)

4.3. Ιστορική Αναδρομή - Πανδημίες

Ανά τακτά χρονικά διαστήματα έχουν εμφανιστεί διάφορες μορφές γρίπης που εξελίχθηκαν σε πανδημίες και των οποίων αποτέλεσμα είναι είτε ήπια είτε βαριά ασθένεια, θάνατοι και γενικά κοινωνική και οικονομική αναστάτωση - επιδείνωση. Στον προηγούμενο αιώνα η ανθρωπότητα είχε έρθει αντιμέτωπη με τον ιό της ευλογιάς (1896), φυματίωσης (1850) και πανώλης (1817). Κάνοντας μία ιστορική αναδρομή διαπιστώνουμε ότι τον τελευταίο αιώνα η παγκόσμια κοινότητα έχει τεθεί να αντιμετωπίσει τέσσερις πανδημίες γρίπης. Αυτές είναι η ισπανική γρίπη (1918), η πανδημία του HIV (1980), η γρίπη του 2009 και η πανδημία του Κορονοϊού. Η διαχείριση κάθε πανδημίας ξεχωριστά ήταν διαφορετική και αυτό οφείλεται

στην παγκοσμιοποίηση, στην διαρκή εξέλιξη της ιατρικής καθώς και στην επιστήμη της επιδημιολογίας. (120), (2)

4.3.1. Ισπανική Γρίπη (A/H1N1)

Στις αρχές του 20ου αιώνα και προς το τέλος του Α Παγκοσμίου Πολέμου, κάνει την εμφάνιση της μία ιδιαίτερη λοιμογόνος πανδημία γρίπης η οποία έπληξε το 50% του πληθυσμού. Στην οξεία φάση της πανδημίας σημειώνονταν ημερησίως 2.100 θάνατοι. Στην ιστορία έμεινε γνωστή ως “η μητέρα όλων των πανδημιών”. Από δεδομένα της εποχής αναδεικνύεται ότι το 25% του παγκοσμίως εμφάνισε κλινική νόσο και η θνησιμότητα υπολογιζόταν στο 2.5%. Οι θάνατοι υπολογίζεται ότι έφτασαν τα 50.000.000. (121)

Στην Ελλάδα η γρίπη πρωτοεμφανίστηκε στην Πάτρα το καλοκαίρι του 1918 από εργάτες οι οποίοι ξεφόρτωναν στο λιμάνι εμπόρευμα καπνού πέθαναν αιφνιδίως καθώς και ο διευθυντής του καπνεργοστασίου. Στην πρώτη φάση της πανδημίας, έως τα τέλη του Σεπτεμβρίου του 1918 οι νεκροί στην Πάτρα άγγιζαν τους 10-15 νεκρούς με την ηλικιακή ομάδα να εντοπίζεται σε παιδιά και εφήβους. Ως μέτρα δημόσιας υγείας πάρθηκαν ο εντατικός καθαρισμός των δρόμων, δημόσιων χώρων και ιδιωτικών ιατρείων. Οι εντολές του ιατρικού συλλόγου ήταν η μη συνάθροιση πολλών ατόμων σε δημόσιους χώρους, η καθημερινή ατομική υγιεινή (π.χ. πλύσιμο χεριών, μη κατανάλωση μη μαγειρεμένων φρούτων και λαχανικών. Συνολικά, σε σύνολο 38.5000 κατοίκων οι νεκροί ανήλθαν σε 800 σε διάστημα 5 μηνών. Επόμενο μέρος το οποίο πλήγηκε εξίσου ήταν η Σκύρος, η οποία λόγω της πανδημίας έχασε το 1/3 του πληθυσμού της. Άλλες μεγάλες πόλεις, μεταξύ αυτών και η Αθήνα χτυπήθηκαν σε μικρότερο βαθμό. Τις επόμενες δεκαετίες ο ιός από πανδημικές διαστάσεις κατέληξε να είναι επιδημιολογική ανάμνηση. (122)

4.3.2. Ασιατική Γρίπη (H2N2)

Τον χειμώνα του 1957 και συγκεκριμένα τον Φεβρουάριο μία νέα πανδημία κάνει την εμφάνιση στην επαρχία της Yunnan της Κίνας. Αποτελεί γρίπη τύπου A, με ονομασία H2N2 και αίτια πρόκλησης της είναι η μετάλλαξη του ιού σε αγριόπαπιες συνδυαστικά με τον ιό της ανθρώπινης γρίπης. Η γεωγραφική εξάπλωση της πανδημίας είναι η ακόλουθη από το Χονγκ Κονγκ τον Απρίλιο, στην Σιγκαπούρη, την Ταιβάν, την Ιαπωνία και μετά εξαπλώθηκε διεθνώς το 1957 (έως τον Ιούνιο σε 20 χώρες). Μέσο μετάδοσης της γρίπης ήταν οι χερσαίες μεταφορές από την Ρωσία στην Σκανδιναβία και την Ανατολική Ευρώπη αλλά και μέσω της συρροής

κόσμου σε ένα εκκλησιαστικό συνέδριο το οποίο διεξήχθη στην Αϊόβα των Η.Π.Α. Η διάρκεια της πανδημίας ήταν 10 μήνες. Αξιολογώντας την έκταση της πανδημίας δεν ήταν τόσο επικίνδυνη όσο η ισπανική γρίπη, συνολικά έπληξε το 50% του πληθυσμού, ιδιαίτερα μικρής ηλικίας παιδιά και ηλικιωμένους, και επί του συνόλου των θανάτων 1-2.000.000. Κατά την πρώτη φάση της πανδημίας νόσησε το 35% του πληθυσμού των Η.Π.Α. και σημειώθηκαν οι περισσότεροι θάνατοι παγκοσμίως. Στην κορύφωση της πανδημίας στις Η.Π.Α. λόγω της ανοίγματος των σχολείων, σημειώθηκαν κρούσματα τα οποία ξεπέρασαν το 40%. Λόγω της μη θέσπισης υγειονομικών μέτρων προφύλαξης η εξάπλωση της νόσου ήταν ιδιαίτερα γρήγορη. (123), (124)

Η πανδημία δεν καθυστέρησε να καταφτάσει και στην Ελλάδα. Πηγή μετάδοσης ήταν η γειτονική Ιταλία, η οποία είχε πληγεί σε μεγάλο βαθμό. Στις 30 Σεπτεμβρίου το 1957 το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, λόγω των πρώτων ανθρώπινων απωλειών, κατέστησε σαφές την ανάγκη για αναστολή λειτουργίας των σχολείων για 15 μέρες. Σαν επόμενο μέτρο ήταν η συνεχής λειτουργία των φαρμακείων χωρίς το ωράριο να επηρεάζεται από Κυριακές ή αργίες. Η ήπια μορφή νόσησης φαίνεται από το ότι σημειώθηκαν μόλις 50 εισαγωγές σε νοσοκομεία. (124)

4.3.3. Γρίπη Του Χονγκ Κονγκ (H3N2)

Η πανδημία της γρίπης του Χονγκ Κονγκ είναι μία από τις σύγχρονες πανδημίες, η οποία εμφάνισε την μεγαλύτερη εξάπλωση. Θεωρείται η τρίτη φονικότερη πανδημία. Είναι πρώτη φορά όπου η διεθνής κοινότητα έρχεται αντιμέτωπη με μία ταχέως εξελισσόμενη νόσο. Η ονομασία της γρίπης δεν είναι τυχαία, κριτήριο ήταν ότι το πρώτο κρούσμα σημειώθηκε στο Χονγκ Κονγκ. Χρονολογικά η νόσος ξέσπασε το 1968 και αναλύοντας την γενετική βάση του ιού φαίνεται ότι αποτελεί γενετική εξέλιξη του H2N2. Το πρώτο κρούσμα καταγράφηκε στις 13 Ιουλίου 1968 και γεωγραφικά εντοπίζεται στην κεντρική Κίνα. Σε διάστημα 17 ημερών πραγματοποιήθηκε η εξάπλωση της νόσου και η επέκτασή της στο Βιετνάμ, τη Μαλαισία, τη Σιγκαπούρη ενώ μόλις 3 μήνες για να καταγραφούν κρούσματα στην Ευρώπη, στην Ινδία και στις Η.Π.Α. Κύρια ηλικιακή ομάδα η οποία πλήγηκε περισσότερο ήταν οι ηλικιωμένοι. (125), (126)

Η θνητότητα σημείωσε το μικρότερο ποσοστό έως τότε, έφτασε μόλις το 0.5% σε κλίμακα παγκόσμιου πληθυσμού δηλαδή αριθμητικά 1.000.000 θάνατοι. Σε ένα μισή επεκτείνεται καθολικά σκοτώνοντας 50.000 θανάτους στις Η.Π.Α. , 31.000 θανάτους στην Γαλλία , 500.000

κατοίκους στον Χονγκ Κονγκ (15% της πόλης). Αναλυτικότερα, στην Ευρώπη η πανδημία χτύπησε σε δύο κύματα. Τον χειμώνα του 1969 χτυπά το δεύτερο και πιο δυνατό κύμα. Λόγο αυτού ως μέτρα πρόληψης πάρθηκαν το κλείσιμο των σιδηροδρομικών σταθμών, το κλείσιμο των σχολείων και αιτία αυτού είναι η απουσία εκπαιδευτικών. Χαρακτηριστικό της πανδημίας είναι ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης δεν κάνουν το θέμα πρωτοσέλιδο παρά την σοβαρότητα της νόσου λόγω του ότι το ενδιαφέρον ήταν στραμμένο σε διεθνή γεγονότα της εποχής π.χ. το πρώτο βήμα του ανθρώπου στην σελήνη, ο πόλεμος στο Βιετνάμ κ.α. Τον Οκτώβριο του 1969 ο Π.Ο.Υ. καλεί τους επιστήμονες στην Ατλάντα για ένα διεθνές συνέδριο με θέμα: “Γρίπη του Χονγκ Κονγκ”, από κοινού καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η πανδημία είχε τελειώσει. Έτσι η γρίπη του Χονγκ Κονγκ από πανδημία έγινε μία κοινή γρίπη. (125), (126), (127)

4.3.4. Πανδημία Του HIV (AIDS)

Ο ιός των ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας εμφανίστηκε για πρώτη φορά στην Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό το 1976 (126) όμως η αναγνώριση έγινε λίγα χρόνια αργότερα το 1981. Κανείς δεν είχε φανταστεί ότι θα έμενε στην ιστορία ως η πιο σύγχρονη πανδημία έχοντας σκοτώσει μέχρι σήμερα 40.000.000 ανθρώπους. Πρόκειται για ρετροϊό δηλαδή το γενετικό του υλικό είναι RNA και διαμέσου της βοήθειας του ενζύμου αντίστροφη μεταγραφάση μετατρέπεται σε DNA και εγκαθίσταται στο ανθρώπινο γενετικό υλικό. Οι όροι HIV και AIDS ταυτίζονται και εδώ πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο ιός HIV είναι υπεύθυνος για το AIDS. Στις μέρες, αν κάποιος οροθετικός παίρνει σωστά την αγωγή του, οι πιθανότητες να εμφανίσει κάποιος AIDS είναι ελάχιστες. Ο χρόνος επώασης του ιού για να εμφανιστεί το AIDS υπολογίζεται σε 2-10 χρόνια. Χαρακτηριστικά του ιού είναι ο γοργός ρυθμός αναπαραγωγής του τα υψηλά επίπεδα μετάλλαξης του. Η γεωγραφική εξάπλωση της νόσου από την Αϊτή το 1960, στην Νέα Υόρκη και το Σαν Φρανσίσκο το 1970. Αν και αρχικά εντοπίστηκε σε κοινότητες ομοφυλόφιλων στις Η.Π.Α. εικάζεται ότι αφετηρία της νόσου ήταν η Δυτική Αφρική από έναν ιό χιμπατζή. Κύριοι τρόποι μετάδοσης της νόσου αποτελούν η μη χρήση σεξουαλικού προφυλακτικού κατά την διάρκεια σεξουαλικής επαφής, η χρήση μολυσματικών βελόνων. (128)

Παγκοσμίως το έτος 2010 σημειώθηκαν 1.8.εκατομμύρια θάνατοι οι οποίοι συγκριτικά με το 2001 είναι λιγότεροι καθ’ ότι είχαν σημειωθεί 3.1 εκατομμύρια θάνατοι. Μέσω αυτής της ιδιαίτερα σημαντικής μείωσης καθίσταται σαφές ότι οι θάνατοι μειώθηκαν στο μισό. Εκατομμύρια άνθρωποι είναι φορείς του ιού ζουν με αυτόν και ταυτόχρονα είναι ιδιαίτερα

ενεργητική στην ζωή τους. Για την θεραπεία του ιού έχουν αναπτυχθεί πληθώρα θεραπευτικών μοντέλων ώστε να καταστήσουν την νόσο διαχειρίσιμη. Παρά την ενημέρωση σχετικά με την νόσο, τα βήματα προόδου, τις έρευνες και όλες τις θεραπευτικές μεθόδους στερεότυπα υπάρχουν ακόμα και ιδιαίτερα στην κοινότητα των ΛΟΑΤΚΙ. Κάνοντας μία αναδρομή στο παρελθόν το 1980 οι προκαταλήψεις και τα στερεότυπα είχαν ως συνέπεια τον αποκλεισμό τους από την εθελοντική αιμοδοσία σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο, μέτρο οποίο επέκρινε ομοφώνως η ιατρική κοινότητα ανά τον κόσμο. (126), (128)

4.3.5. Η Γρίπη Των Χοίρων (pH1N1/09)

Τον Απρίλιο του 2009 στο Μεξικό και στις Η.Π.Α. εμφανίστηκαν τα πρώτα κρούσματα από γρίπη των χοίρων. Η γρίπη προκαλείται από τον ιό H1N1 ο οποίος έχει ταχέως ρυθμό ανάπτυξης. Ο Π.Ο.Υ. κήρυξε την γρίπη ως πανδημία τον Ιούνιο του 2009. Η πανδημία επηρέασε 74 χώρες (129). Ονομάστηκε “swine flu” λόγο του ότι κατά την διάρκεια της εργαστηριακής διερεύνησης του ιού παρατηρήθηκαν κοινά σημεία με τον ιό που ευθύνεται για την γρίπη στους χοίρους. Σε μετ’ έπειτα αναλύσεις βρέθηκε ότι ο ιός αποτελείται από δύο γονίδια, το ένα που προκαλεί την γρίπη των χοίρων και το άλλο την γρίπη των πουλιών και ταυτόχρονα γρίπη και στον άνθρωπο. Λόγο αυτού χαρακτηρίστηκε ως “ανάμεικτος τετραμερής ιός”. (130)

Ο τρόπος μετάδοσης του ιού είναι ίδιος με αυτόν της εποχικής γρίπης π.χ. βήχας, φτέρνισμα, επαφή). Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ τους είναι ότι η γρίπη των χοίρων προκαλεί επιπλέον διάρροιες και εμετούς. Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό γνώρισμα του H1N1 ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας δεν νοσούσαν σε μεγάλο βαθμό. Ευπαθείς ομάδες έναντι της νόσου ήταν τα άτομα ηλικίας 6μηνών - 19 ετών. Περισσότερο κίνδυνο στην εμφάνιση της νόσου συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό είχαν οι γυναίκες οι οποίες εμφάνιζαν 4 φορές υψηλότερη ευαισθησία στο να νοσήσουν καθώς και η κακοήθης παχυσαρκία. Η ηλικιακή ομάδα η οποία νόσησε περισσότερο ήταν τα άτομα ηλικίας 5-24 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας ατόμων οι οποίοι χρειάστηκαν εισαγωγή στο νοσοκομείο ήταν τα 20 έτη ενώ αυτών που η νόσηση είχε πιο βαριά μορφή ήταν τα 37 έτη. (130)

Ως παράγοντες κινδύνου στην έκβαση της νόσου αναγνωρίστηκαν η καρδιακή προσβολή, ο σακχαρώδης διαβήτης, ανοσοκαταστολή, κακοήθεια, κύηση κ.α.). Μέσα αντιμετώπισης της γρίπης των χοίρων ήταν η πρόληψη και η θεραπεία. Η πρόληψη επιτυγχάνεται μέσω μη επαφής με μολυσμένα άτομα, η τήρηση των κανόνων προσωπικής υγείας και δημόσιας υγείας καθώς

και την υιοθέτηση προστατευτικών μέτρων π.χ. μάσκες, γάντια, σκούφους κ.α.. Το εμβόλιο για την αντιμετώπιση της νόσου ήταν αρχικά αυτό της εποχικής γρίπης αλλά σε διάστημα 6 μηνών, από την έναρξη της πανδημίας, το εμβόλιο ήταν έτοιμο. (130)

Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία του Π.Ο.Υ. ως προς την θνητότητα της νόσου από την έναρξη της πανδημίας (Απρίλιο του 2009) έως τον Δεκέμβριο του 2009 οι θάνατοι ανήλθαν σε 12.220. Ετησίως το 2009 σημειώθηκαν 18.156 άνθρωποι Στην άνθηση της νόσου σημειωνόταν 170 θάνατοι ημερησίως. Το τέλος της πανδημίας κηρύχθηκε στις 10 Αυγούστου 2010 όπου έως τότε οι θάνατοι ανήλθαν στους 20.000 νεκρούς. Όμως σύμφωνα με μεταγενέστερες έρευνες του Centers for Disease Control and Prevention (CDC) υπολογίστηκε ότι ο αριθμός των νεκρών 284.000 νεκρούς. (129), (131)

4.4. Ισπανική Γρίπη, Ασιατική Γρίπη, Covid-19

Ισπανική Γρίπη

Στο σημείο αυτό κρίνεται αναγκαίο να διερευνηθούν οι λόγοι εξάπλωσης της πανδημίας της ισπανικής γρίπης το 1918. Αρχικά, λόγος διασποράς ήταν ο συνωστισμός των ανθρώπων και οι συνθήκες διαβίωσης καθώς επίσης η φτώχεια και ο υποσιτισμός Αναλύοντας τον πρώτο λόγο, είναι ευρέως διαδεδομένο ότι ο ιός της γρίπης μεταδίδεται σε κρύα και ξηρά κλίματα, έτσι η γρίπη του 1918 άνθισε στις τροπικές περιοχές. Παράδειγμα αποτελεί η Ινδία όπου από την εξάπλωση της πανδημίας πέθαναν 14 εκατομμύρια άνθρωποι. Ο δεύτερος λόγος εξάπλωσης της νόσου ήταν οι φτωχοί και υποσιτισμένοι οι οποίοι εμφάνιζαν περισσότερη ευαλωτότητα από τους οικονομικά ισχυρούς και σωστά σιτιζόμενους ανθρώπους. Η σωστή διατροφή ενισχύει το ανοσοποιητικό. Επιπλέον σύμφωνα με τα δημογραφικά δεδομένα της εποχής έχει αποδειχθεί ότι οι εγκυμονούσες αποτελούσαν ευπαθή ομάδα για την εμφάνιση της νόσου. Στην κορύφωση της πανδημίας Οκτώβριο του 1918 υπερδιπλασιάστηκαν οι πρόωρες γεννήσεις και οι γεννήσεις νεκρών βρεφών σε ποσοστό 81%. (126), (132)

Ασιατική Γρίπη

Η διαχείριση του πρώτου κύματος της πανδημίας του H1N1 το 1951 χωρίζεται σε τρεις φάσεις: απομόνωση και ταυτοποίηση του ιού, ανάπτυξη του εμβολίου και εξέλιξη της παγκόσμιας διπλωματίας στον υγειονομικό τομέα. Επιπρόσθετα, στα πλαίσια διαχείρισης της νόσου έγιναν καίριες αλλαγές στο ιατρικό προσωπικό π.χ. κλίνες νοσοκομείων έκλεισαν λόγω της νόσησης του ιατρικού προσωπικού. Ένα ακόμα χαρακτηριστικό είναι ότι οι χώρες της Δύσης δεν εκτίμησαν σωστά τον ιό και δεν έλαβαν μέτρα γρήγορα. Αυτή η άποψη αιτιολογείται από

κείμενο του Corbett McDonald ο οποίος εργαζόταν στις υπηρεσίες δημόσιες υγείας της Αγγλίας: *“Παρόλο είχαμε να ετοιμαστούμε 30 χρόνια για το τι πρέπει να γίνει σε περίπτωση πανδημίας γρίπης (από την πανδημία του 1918), νομίζω ότι προσπαθήσαμε να αυτοσχεδιάσουμε έχοντας ανεπρκή χρόνο για να το κάνουμε σωστά. Μπορούμε μόνο να ελπίζουμε ότι οι άνθρωποι θα έχουν επιζήσει με το τέλος όλου αυτού και μετά θα πρέπει να εξηγήσουμε το τι ακριβώς έγινε”*. (123), (133)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID – 19

5.1.Εισαγωγή

Το έτος 2019 στην πόλη Wuhan της Κίνας παρουσιάστηκαν πολλά κρούσματα πνευμονίας. Στις 9 Ιανουαρίου του 2020 οι υγειονομικές αρχές της Κίνας έπειτα από διερεύνηση των κρουσμάτων ανακοίνωσαν ότι αίτια της έξαρσης ήταν το νέο στέλεχος κορονοϊού (2019-nCov). Στην συνέχεια ο ιός μεταφέρθηκε από την Κίνα και καταγράφηκαν κρούσματα σε άλλες πόλεις και χώρες παγκοσμίως. Στα τέλη του Φεβρουαρίου του 2020 ο κορονοϊός κάνει την εμφάνιση του στην Ελλάδα. Με τον ερχομό του νέου κορονοϊού στην Ελλάδα παρατηρείται ανησυχία στους πολίτες και στις υγειονομικές αρχές. Αυτά που ήταν αρχικά γνωστά ήταν ότι η λοίμωξη που προκαλεί ο ιός είναι ιδιαίτερα μεταδοτική, ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είχε αντισώματα ενάντια του ιού και ομάδες υψηλού κινδύνου ήταν οι ηλικιωμένοι και οι χρόνιοι πάσχοντες. (134)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στις 10 Ιανουαρίου είχε συντάξει και έστειλε σε όλες τις χώρες αναλυτικές υγειονομικές οδηγίες, οι οποίες αποσκοπούσαν στην ανίχνευση και διαχείριση ενδεχόμενων κρουσμάτων με βάση τα έως τότε δεδομένα του ιού και από την προγενέστερη εμπειρία με τον SARS και MERS. Στις 30 Ιανουαρίου του 2020 είχε χαρακτηρίσει την εξάπλωση της νόσου ως Κατάσταση Έκτακτης Ανάγκης Δημόσιας Υγείας και ενδιαφέροντος, ενώ στις 11 Μαρτίου του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε την πανδημία του Covid – 19.

Ο Covid – 19 είναι μία νόσος της οποίας αιτία είναι ο ιός Sars–Cov-2. Μέχρι σήμερα εν όψει της πανδημίας Covid – 19 έχουν καταγραφεί πάνω 659.108.952 εκατομμύρια κρούσματα και περισσότεροι από 6.684.756 εκατομμύρια θάνατοι παγκοσμίως. (135)

5.2. Παθογένεια

Οι κοροναϊοί εντάσσονται στην οικογένεια των ιών RNA θετικού κλώνου με περίβλημα και περιέχουν γένη α , β , γ , δ με ποικίλους βαθμούς παθογένειας και ανοσογονικότητας. Στην πλειοψηφία τους οι ιοί Cov ευθύνονται αποκλειστικά για αυτοπεριοριζόμενες λοιμώξεις της αναπνευστικής οδού. Οι Sars-Cov , Sars-Cov-2 , Mers-Cov συμπεριλαμβάνονται στα γένη β-Cov και ενδέχεται να προκαλέσουν σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS) και εξωπνευμονικές εκδηλώσεις όπως διάρροια , σοκ , σοβαρή νεφρική και ηπατική δυσλειτουργία και το σύνδρομο πολλαπλών οργάνων (MODS). (136), (137)

5.3. Συμπτώματα

Οι νοσούντες με Covid – 19 έχουν αναφέρει μία ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία χαρακτηρίζονται είτε με ήπια είτε βαριά νόσηση. Το χρονικό εύρος εμφάνισης των κρουσμάτων είναι 2-14 ημέρες μετά από την έκθεση στον ιό. Τα πιθανά συμπτώματα είναι (138):

1. πυρετός ή ρίγη, βήχας,
2. δύσπνοια ή δυσκολία στην αναπνοή,
3. κούραση,
4. πόνοι στους μύες ή στο σώμα,
5. κεφαλαλγία,
6. απώλεια γεύσης ή όσφρησης,
7. πονόλαιμος,
8. συμφόρηση ή καταρροή,
9. ναυτία ή εμετός,
10. Διάρροια (138)

5.4. Μετάδοση

Ο ιός Sars – Cov – 2 μεταδίδεται από ένα μολυσμένο άτομο σε υγιές άτομο μέσω των αναπνευστικών σταγονιδίων και αερολυμάτων όταν ένα άτομο που είναι φορέας βήχει , φτερνίζεται, τραγουδά , φωνάζει ή μιλάει. Τα σταγονίδια διαφοροποιούνται ως προς το μέγεθος σε: μεγάλα σταγονίδια που πέφτουν στο έδαφος άμεσα (σε διάρκεια δευτερολέπτων) κοντά στο μολυσμένο άτομο και σε μικρότερα σταγονίδια τα οποία κάποιες φορές ονομάζονται αερολύματα, τα οποία διαμένουν στον αέρα, ιδιαίτερα σε ειδικούς χώρους. Η μολυσματικότητα δεν είναι σταθερή και εμφανής. Τα μολυσματικά σταγονίδια έρχονται σε επαφή με τους βλεννογόνους της μύτης, του στόματος ή των ματιών ενός άλλου ατόμου ή μπορεί να εισπνευστούν μέσω των αεροφόρων οδών (μύτη, στόμα, πνεύμονες). Ακόμα ο ιός μπορεί να μεταδοθεί μέσω της επαφής με άλλο άτομο (χειραψία) ή μία μολυσματική επιφάνεια στα οποία εγκατασταθεί ο ιός και στην συνέχεια έρχεται σε επαφή με το στόμα, τη μύτη, τα μάτια με μη καθαρά χέρια. (139)

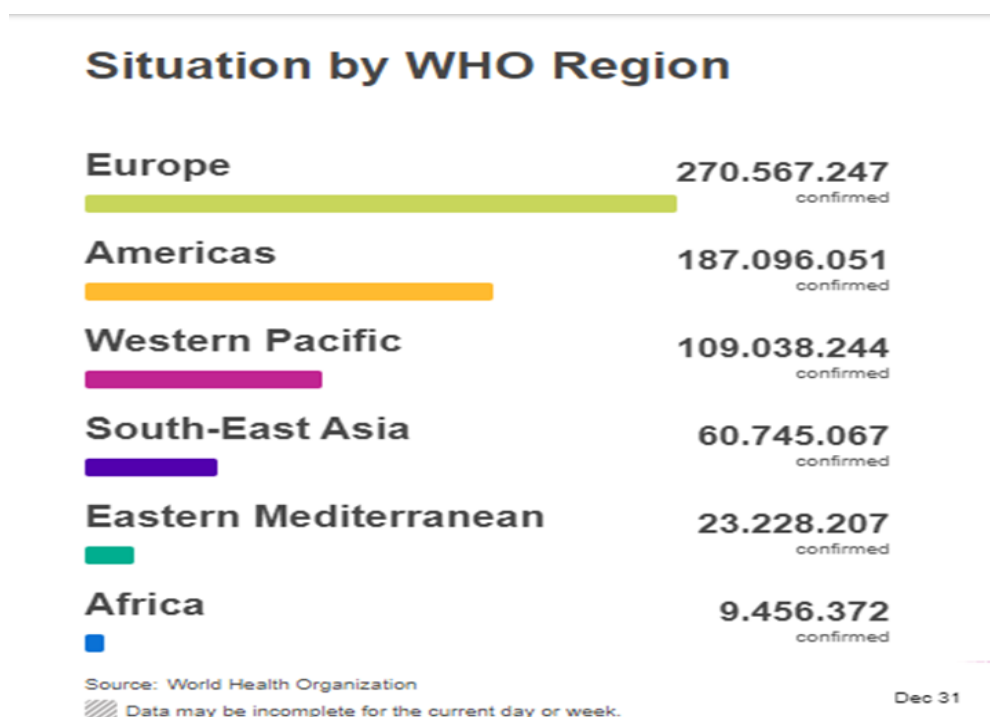
5.5. Διαγνωστικές Μέθοδοι

Οι ισχύοντες κοινοτικοί μηχανισμοί διάγνωσης για την αντιμετώπιση της πανδημίας είναι:

1. τα self test (αυτοδιαγνωστικές εξετάσεις), δίνουν άμεσα αποτελέσματα, η λήψη τους μπορεί να γίνει από οπουδήποτε και δεν είναι εξαρτώμενα από το αν κάποιος είναι εμβολιασμένος και από το αν έχει εμφανίσει συμπτώματα.
2. rapid test (τεστ αντιγόνου), ανιχνεύει θραύσματα πρωτεΐνης ειδικά για τον κορονοϊού πραγματοποιείται σε κλινικές, ιατρεία, νοσοκομεία και ο χρόνος διάγνωσης είναι 15’
3. PCR test (μοριακό τεστ), ανιχνεύει το RNA του ιού, η εξέταση γίνεται σε κλινικές, νοσοκομεία, ο χρόνος διάγνωσης είναι εντός 24 ωρών. (140), (141), (142)

5.6 Επιδημιολογικά Δεδομένα

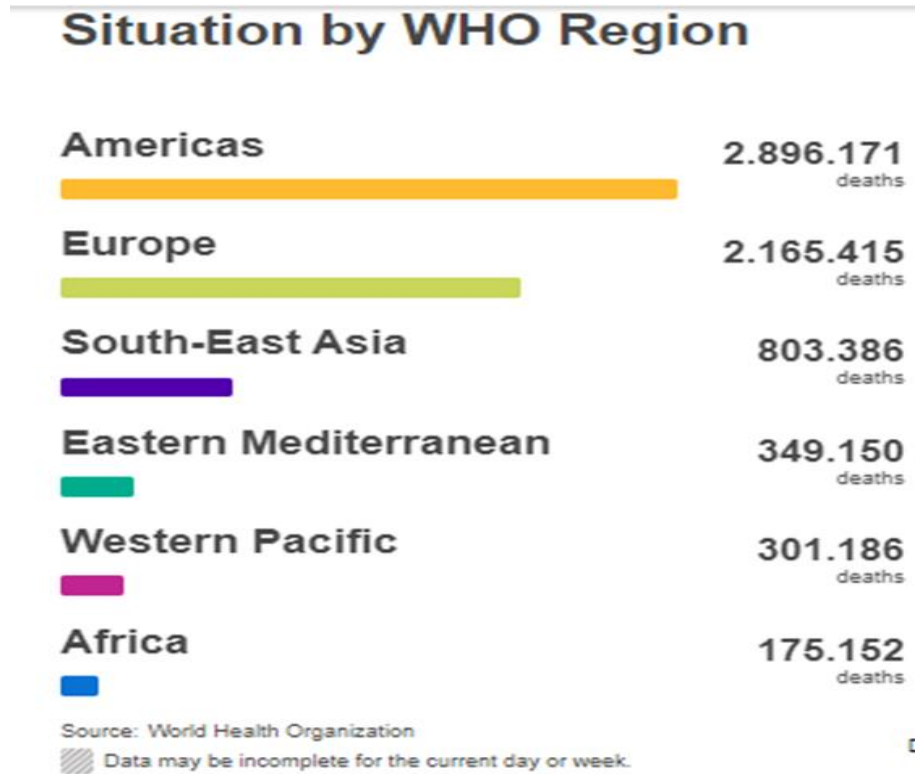
Στον **πίνακα 8** αποτυπώνονται τα καταγεγραμμένα κρούσματα από την αρχή της πανδημίας Covid – 19 έως τις 10 Ιανουαρίου 2023 σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (135)



Πίνακας 8. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΩΝ COVID-19

Πηγή: (135)

Στον **πίνακα 9** καταγράφονται οι θάνατοι από την αρχή της πανδημίας Covid – 19 έως τις 10 Ιανουαρίου 2023 σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (135)



Πίνακας 9. ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΘΑΝΑΤΩΝ COVID-19
Πηγή: (135)

Στον **πίνακα 10** αναγράφονται οι αριθμοί των επιβεβαιωμένων κρουσμάτων και θανάτων με κριτήριο την ηλικία στην Ελλάδα και την Νέα Ζηλανδία. (143)

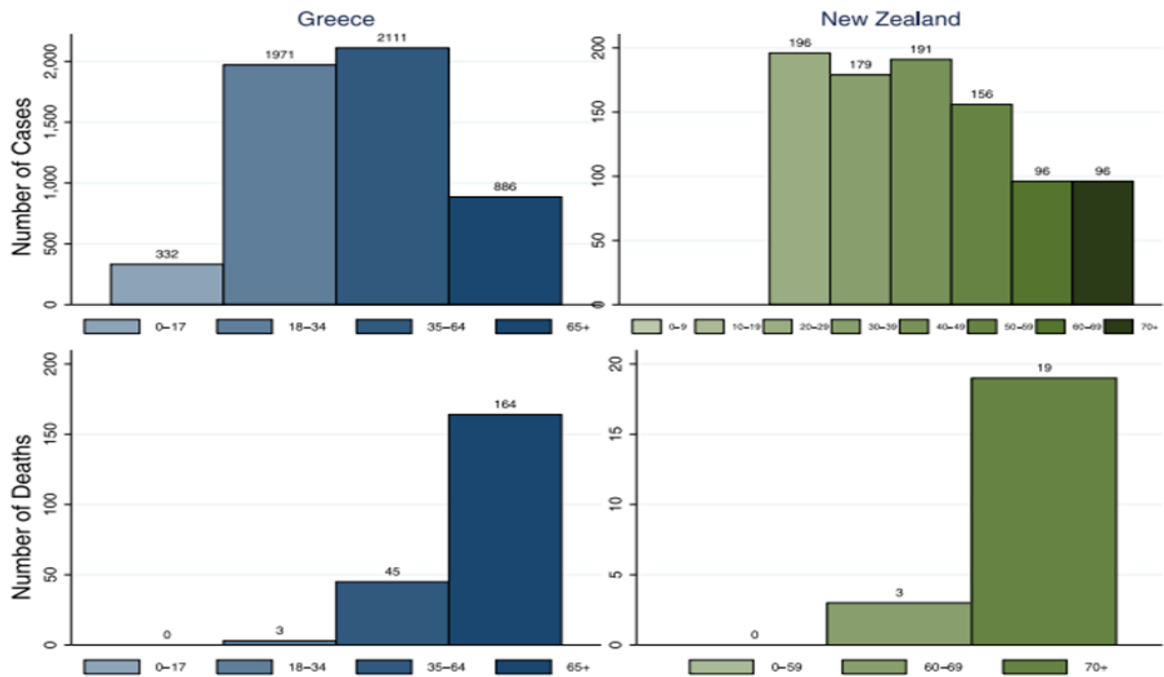


Fig. 5. Confirmed Cases & Deaths by Age Group

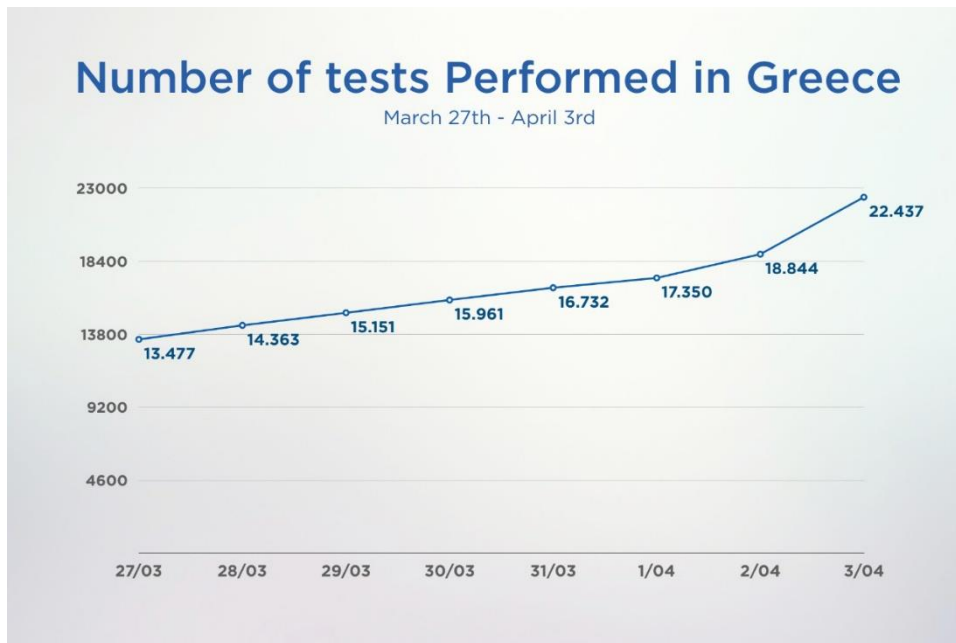
Πίνακας 10. ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ
Πηγή: (143)

Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ. έως τις 16 Ιανουαρίου 2023 έχουν επιβεβαιωθεί 5.548.487 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 35.035 θάνατοι. Σύμφωνα με το πανεπιστήμιο Johns Hopkins οι συνολικές δόσεις εμβολιασμού είναι 22.059.615 ενώ συγκεκριμένα για τουλάχιστον μία δόση έχουν χορηγηθεί 7.932.792, νόμμερο που αποδίδεται 76.11%. (135), (144)

Το πρώτο κύμα της πανδημίας την άνοιξη του 2020 ήταν ήπιο όμως το επόμενο κύμα και το τρίτο κύμα ήταν πιο έντονα, δηλαδή παρατηρήθηκε αύξηση των κρουσμάτων και των νοσηλειών. Συγκεκριμένα, το δεύτερο κύμα της πανδημίας στην Ελλάδα ήταν ιδιαίτερο

σφοδρό γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τα επιδημιολογικά στοιχεία. Σύμφωνα με έρευνες που έγιναν από τον Ε.Ο.Δ.Υ. παρατηρούνται τα ακόλουθα (145):

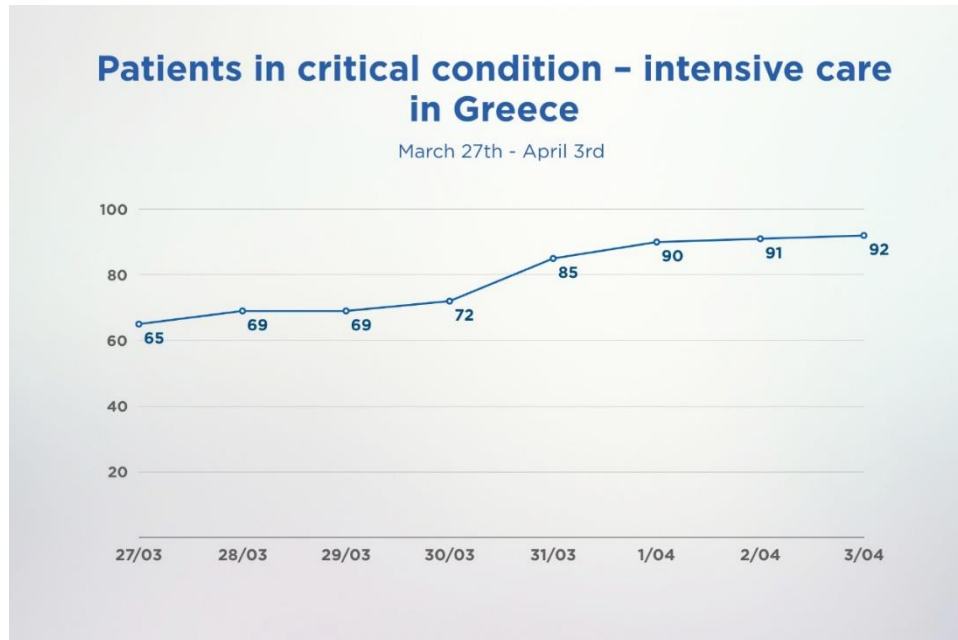
Στο **διάγραμμα 1** αποτυπώνεται ο αριθμός των covid – test το διάστημα από τις 27 Μαρτίου έως 3 Απριλίου 2020.



Διάγραμμα 1. ΑΡΙΘΜΟΣ COVID TEST ΑΠΟ ΤΙΣ 27 ΜΑΡΤΙΟΥ- 3 ΑΠΡΙΛΙΟΥ

Πηγή: (145):

Στο **διάγραμμα 2** καταγράφονται οι ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση κατά το διάστημα 27 Μαρτίου έως 3 Απριλίου 2020.



Διάγραμμα 2. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΚΡΙΣΙΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ 27 ΜΑΡΤΙΟΥ – 3 ΑΠΡΙΛΙΟΥ

Πηγή: (145)

Στον **πίνακα 11** αποτυπώνονται τα επιβεβαιωμένα κρούσματα ανά φύλο στην Ελλάδα συγκριτικά με την Ισλανδία, την Νέα Ζηλανδία και την Σιγκαπούρη. (143)

Total COVID-19 Cases by Sex (10th June 2020).

| | | Greece | Iceland | New Zealand | Singapore |
|---------------|--------------------|--------|---------|-------------|-----------|
| Male | Total | 1580 | - | 533 | - |
| | Per 100,000 | 30 | - | 22 | - |
| Female | Total | 1287 | - | 621 | - |
| | Per 100,000 | 23 | - | 25 | - |

Πίνακας 11: ΤΑ ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΑΝΑ ΦΥΛΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΣΛΑΝΔΙΑ, ΤΗΝ ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΙΓΚΑΠΟΥΡΗ
Πηγή: (143)

Στο **διάγραμμα 3** καταγράφονται τα κρούσματα και οι θάνατοι από την 1η Μαρτίου 2020 έως την 1η Νοεμβρίου 2020 στην Ελλάδα συγκριτικά με την Κεντρική Μακεδονία. (143)

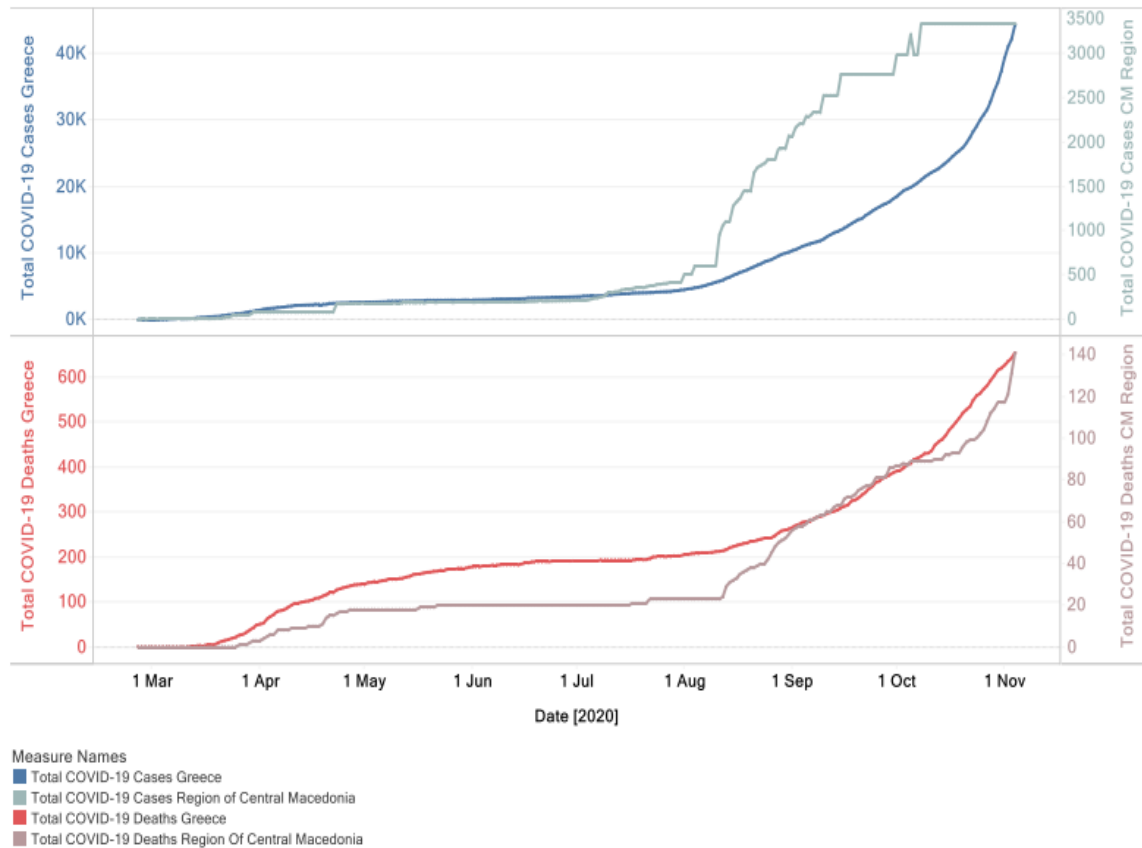


Fig. 1. The evolution of COVID-19 cases and deaths in Greece and in the Region of Central Macedonia (CM) (source: (iMedD organization (IMEDD) (2020))).

Διάγραμμα 3. ΤΑ ΚΡΟΥΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΘΑΝΑΤΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ 1Η ΜΑΡΤΙΟΥ 2020 ΕΩΣ ΤΗΝ 1Η ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2020 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ.

Πηγή: (143)

5.7. Χρονοδιάγραμμα Πανδημίας

Έως Το Πρώτο Lockdown

Το πρώτο κρούσμα Covid – 19 διαγνώστηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2020. Πρόκειται για μία γυναίκα 38 ετών η οποία είχε ταξιδέψει στην Ιταλία και αποτελεί την ασθενή 0. Η ανίχνευση των επαφών ξεκίνησε με το πρώτο κρούσμα και μετ’ έπειτα σε όλα τα επιβεβαιωμένα κρούσματα με αποτέλεσμα να είναι η ανίχνευση , ο έλεγχος των ύποπτών κρουσμάτων και η απομόνωσή τους.

Μετά την διάγνωση του πρώτου κρούσματος το ετήσιο καρναβάλι στην Πάτρα στις 27 Φεβρουαρίου 2020 ματαιώθηκε και αίτια ήταν η συσσώρευση πλήθους ανθρώπων από όλη την χώρα.

Στις 10 Μαρτίου 2020 καταγράφονται 89 επιβεβαιωμένα κρούσματα καθώς και ο πρώτος θάνατος. Το πρώτο θύμα του κορονοϊού ήταν ένας 66χρονος ο οποίος είχε ταξιδέψει στους Άγιους Τόπους και κόλλησε τον ιό. Εισήλθε στο νοσοκομείο 2 Μαρτίου και στις 10 Μαρτίου άφησε την τελευταία του πνοή. Αποτέλεσμα ήταν να κλείσουν τα σχολεία και τα πανεπιστήμια σε όλη την επικράτεια.

Στις 12 Μαρτίου 2020 οι κινηματογραφικές αίθουσες, τα γυμναστήρια και οι αίθουσες δικαστηρίων “βάζουν λουκέτο”.

Στις 13 Μαρτίου 2020 σημειώθηκαν 190 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 1 θάνατο έχοντας ως αποτέλεσμα να κλείσουν εμπορικά κέντρα και όλοι οι χώροι εστίασης (καφέ, εστιατόρια, μπαρ, σαλόνια ομορφιάς, μουσεία και αρχαιολογικοί χώροι).

Στις 14 Μάρτιου 2020 έκλεισαν οργανωμένες παραλίες και χιονοδρομικά κέντρα.

Στις 16 Μαρτίου ξεκινά καθημερινή απογευματινή ενημέρωση μέσω τηλεόρασης από το Υπουργείο Υγείας της οποίας θέμα είναι η εξέλιξη της πανδημίας και των κυβερνητικών αποφάσεων. Αρμόδιοι της ενημέρωσης είναι ο εκπρόσωπος του Υπουργείου Υγείας καθηγητής Σωτήρης Τσιόρδας και τον υφυπουργό Πολιτικής Προστασίας και Διαχείρισης κρίσεων Νίκο Χαρδαλιά.

Στις 17 Μαρτίου 2020 αποφασίστηκε το κλείσιμο των εξωτερικών συνόρων.

Στις 18 Μαρτίου 2020 σημειώθηκαν 418 κρούσματα και 5 θάνατοι και έκλεισαν όλα τα καταστήματα.

Στις 23 Μαρτίου 2020 με 695 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 17 θανάτους επιβάλλεται πανελλαδικός περιορισμός μετακίνησης κατά τον οποίο οι πολίτες έχουν δικαίωμα μετακίνησης μόνο για συγκεκριμένους λόγους και με ειδική άδεια. Λόγοι μετακίνησης ήταν η μετακίνηση προς την εργασία, για αγορά προϊόντων πρώτης ανάγκης ή φάρμακα και ο περιορισμός μόνο προς την μόνιμη κατοικία.

Έως τις 30 Μαρτίου 2020 σημειώνονται 1212 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 46 θάνατοι.

Κατά το πρώτο δεκαήμερο του Απριλίου σημειώνονται 697 κρούσματα από τα οποία τα 104 προέρχονταν από τον Διεθνή Αερολιμένα Αθηνών “Ελευθέριος Βενιζέλος”.

Στις 28 Απριλίου 2020 ο Πρωθυπουργός ανακοινώνει σχέδιο για την σταδιακή άρση των μέτρων.

Στις 4 Μαΐου 2020 εφαρμόστηκε το μέτρο αποστολής μηνύματος στο 13033 ή γραπτή άδεια για την έξοδο από το σπίτι. Ταυτόχρονα ορισμένες επιχειρήσεις επαναλειτουργούν με υποχρεωτική την χρήση μάσκας προσώπου τόσο από εργαζομένους όσο και πολίτες στα Μ.Μ.Μ. , στα ταξί καθώς και σε κάποιους κλειστούς χώρους.

Τον Μάιο 2020 ο αριθμός των κρουσμάτων, των νοσηλευμένων σε Μ.Ε.Θ. αλλά και των θανάτων σημείωναν καθοδική πορεία γι’ αυτό και γίνεται η σταδιακή άρση των περιοριστικών μέτρων με πρώτες εξ αυτών να είναι το άνοιγμα των εμπορικών καταστημάτων και την επαναλειτουργία των Λυκείων μόνο για μαθητές Γ Λυκείου. (146), (147)

Έως Το Δεύτερο Lockdown

Η εκ νέου αύξηση των κρουσμάτων σε διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας έφεραν τον Πρωθυπουργό στην θέση για ανακοίνωση νέου καθολικού περιορισμού στις 7 Νοεμβρίου 2020. Οι υγειονομικές αρχές τόνισαν ότι το δεύτερο κύμα θα είναι πιο έντονο και επικίνδυνο. Τα σχολεία παρέμειναν κλειστά έως τις 11 Ιανουαρίου 2021 όπου άνοιξαν μόνο τα δημοτικά και τα Νηπιαγωγεία ενώ τα Γυμνάσια άνοιξαν την 1 Φεβρουαρίου 2021 ενώ τα λύκεια συνέχισαν την τηλεκπαίδευση.

Προς το τέλος του δεύτερου κύματος ένα μήνυμα ελπίδας καταφθάνει παγκοσμίως διότι εγκρίθηκε από τις αρχές της Ευρωπαϊκής Ένωσης το πρώτο εμβόλιο, το οποίο ονομάζεται Comirnaty των Pfizer & BioNTech. Στα τέλη Δεκεμβρίου του 2020 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμάκων επιτρέπει την χορήγηση του υπό όρους.

Στις 27 Δεκεμβρίου 2020 εμβολιάζεται η πρώτη υγειονομικός στην Ελλάδα.

Στις 14 Μαΐου 2021 ανακοινώθηκε το τέλος του δεύτερου καθολικού περιορισμού. (146)

Ενδεικτικά, παραθέτουμε τα link στα οποία ο Πρωθυπουργός εξαγγείλει τα μέτρα και τις εξελίξεις της πανδημίας Covid-19 με σκοπό την επικοινωνία για την διαχείριση των κυμάτων έναντι του Covid-19:

- <https://www.youtube.com/watch?v=JopNnqkCv2A>
- https://www.youtube.com/watch?v=vYUJIZd_fZE
- <https://www.youtube.com/watch?v=CVTV6-rcGkg>
- <https://www.youtube.com/watch?v=toRAGzLZo2U>
- <https://www.youtube.com/watch?v=FSmGF-LV76U>

5.8. Εμβόλια

Από την έναρξη της πανδημίας, ο Π.Ο.Υ. έχει συνεργαστεί με χώρες παγκοσμίως για την λήψη μέτρων δημόσιων υγείας, οι οποίες είχαν στόχο την μείωση και τον έλεγχο της διασποράς του ιού. Σημαντικό εργαλείο πρόληψης είναι τα εμβόλια τα οποία παρέχουν ασφάλεια και έγκαιρη αποτελεσματικότητα στην προστασία της υγείας των ανθρώπων, Στις μέρες μας, χώρες της Ευρώπης και σε όλη την υφήλιο έχουν πάρει έγκριση και έχουν αρχίσει να είναι διαθέσιμα ολοένα και περισσότερα εμβόλια. Στις οδηγίες εμβολιασμού για τον Covid – 19 πρώτοι στην σειρά εμβολιασμού είναι τα άτομα υψηλού κινδύνου έκθεσης στους οποίους εμπεριέχονται οι εργαζόμενοι σε τομείς υγείας, οι ηλικιωμένοι και γενικότερα άτομα με άλλα πρόσθετα υποκείμενα προβλήματα υγείας. Έπειτα τον εμβολιασμό αυτών των ατόμων, ο εμβολιασμός συνεχίζεται στον γενικό πληθυσμό. Τα υπάρχοντα εμβόλια έναντι του Covid – 19 είναι (148) :

1. Pfizer – BioNTech Covid – 19 vaccine,
2. Moderna (mRNA – 1273),
3. Oxford / AstraZeneca Covid – 19 vaccine,
4. J&J Covid – 19 vaccine,
5. Sinopharm Covid – 19 Vaccine,

6. Sinovac Covid 19 vaccine,
7. Covaxin,
8. Conovax,
9. Novavax,
10. Can Sino Biologics Ad5 – nCov-S (recombinant) (148)

5.9. Δαπάνες

Με στόχο την διαχείριση του πρώτου κύματος του ιού η κυβέρνηση έλαβε δημοσιονομικά μέτρα στον τομέα της υγείας τα οποία ήταν: χρηματοδότηση του ιατροφαρμακευτικού και προσωπικού υλικού προστασίας, πρόσληψη επιπλέον εργατικού δυναμικού, θέσπιση επιδομάτων για τους εργαζομένους υγείας, άμεση στήριξη στα νοσοκομεία της χώρας και συνεισφορά στην δημιουργία και εξέλιξη των εμβολίων. Από τα δημοσιευμένα δελτία του Υπουργείου Οικονομικών διαπιστώνεται ότι οι δαπάνες του Υπουργείου Υγείας έως το έτος 2020 ήταν πάνω από 788 εκατομμύρια ευρώ τα οποία ως επί το πλείστον αφορούσαν την καταπολέμηση του Covid – 19.

Στον προϋπολογισμό για το 2021 αναφέρεται ότι οι δαπάνες για την υγεία ήταν 4.196 εκατομμύρια ευρώ ενώ το αποθεματικό του κράτους σχετικά με τον Covid – 19 ανέρχεται σε 3 δισεκατομμύρια ευρώ τα οποία όμως θα αυξηθούν ανάλογα τις ανάγκες της κοινωνία σε καταστάσεις αιφνίδιες και μη προβλέψιμες.

Στον προϋπολογισμό για τον Covid – 19 ο Υπουργός Υγείας πραγματοποιείσαι αύξηση κατά 15 εκατομμύρια ευρώ διότι οι διαγνωστικές εξετάσεις ήταν αυξημένες εν όψει της πανδημίας. Έπειτα από την συγκεκριμένη αύξηση, πραγματοποιήθηκε επιπλέον ενίσχυση με 75 εκατομμύρια ευρώ. (149), (150)

5.10. Μέτρα

Υλικό και εξοπλισμός

Κατά το ξεκίνημα της πανδημίας οι διεθνείς αλυσίδες παροχής και εφοδιασμού δεν ήταν σε θέση να ικανοποιήσουν τις μεγάλες ανάγκες για ιατρικά και φαρμακευτικά προϊόντα (λίγα αποθέματα σε μάσκες και αντισηπτικά). Η Ελλάδα για να βελτιώσει την αποτελεσματικότητας εν όψει αυτού του προβλήματος πήρε τα ακόλουθα μέτρα:

1. Το “ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΑΕ”, μία δημόσια θυγατρική εταιρεία του “Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων”, η οποία είναι αρμόδια για τις εισαγωγές και τη διαλογή βασικών φαρμακευτικών προϊόντων, όπως Μ.Α.Π., στο Εθνικό Σύστημα Υγείας στο διάστημα της πανδημίας.
2. Το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμήθειών Υγείας - ΕΚΑΠΥ δημιούργησε και έθεσε σε λειτουργία ένα Ψηφιακό Μητρώο το οποίο καταμετρεί το απόθεμα και την χρήση όλου του σχετικού εξοπλισμού Covid – 19 (γάντια, μάσκες, προστατευτικά εργαλεία για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς την πληρότητα κρεβατιών και Μ.Ε.Θ).
3. Σημαντική ήταν η συνεισφορά των χρηματικών δωρεών και δωρεών σε είδη πρώτης ανάγκης όπως μάσκες, κρεβάτια Μ.Ε.Θ., οθόνες , αναπνευστικές συσκευές στο Υπουργείο Υγείας. Στις 21 Μαρτίου , σε πράξη βοήθειας και αλληλεγγύης, η κινεζική κυβέρνηση έστειλε στην Ελλάδα περίπου 18 τόνους ιατρικών αναλώσιμων στα οποία εμπεριέχονταν 550.000 μάσκες και σετ προστατευτικών εργαλείων ενώ τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα δώρισαν 11 τόνους ιατρικών προμηθειών.
4. Εγκρίθηκαν άδειες με στόχο την εγχώρια παραγωγή αντισηπτικών. Αυτό το μέτρο βοήθησε στην αύξηση της παραγωγής από 600.000 μάσκες ημερησίως σε 1 εκατομμύριο.
5. Οι φαρμακοβιομηχανίες της χώρας ξεκίνησαν τις δοκιμές για παραγωγή φαρμάκων των οποίων βάση θα ήταν η χλωροκίνη.
6. Δημόσια νοσοκομεία μετατράπηκαν σε νοσοκομεία αναφοράς δηλαδή ήταν αφιερωμένα σε νοσούντες από Covid – 19. (151)

Στο ξεκίνημα της πανδημίας το Ε.Σ.Υ. δεν ήταν ικανό να ικανοποιήσει τις ανάγκες νοσηλείας ασθενών με Covid – 19. Για τον λόγο αυτό ξεκίνησαν συντονισμένες δράσεις από το Υπουργείο Υγείας και από τις Νοσηλευτικές Μονάδες της επικράτειας έτσι έως τις 31 Μαρτίου 2021 τα κρεβάτια αυξήθηκαν 3.307. Έως τις 16 Απριλίου οι κλίνες αυξήθηκαν σε 4.007. (151), (152)

Πριν την εμφάνιση του κορονοϊού υπήρχαν 565 δημόσια κρεβάτια Μ.Ε.Θ. χωρίς όμως να είναι διαθέσιμα για ενδεχόμενη νοσηλεία. Μέχρι τις 31 Μαρτίου ο συνολικός αριθμός Μ.Ε.Θ. αυξήθηκε σε 870.

Η αρχική αύξηση του συνολικού αριθμού Μ.Ε.Θ προερχόταν από: προσθήκη 85 νέων κλινών Μ.Ε.Θ. σε δημόσια νοσοκομεία, μετατροπή μονάδων υψηλής εξάρτησης και θαλάμων αρνητικής πίεσης οι οποίες όμως πρόσφεραν την απαραίτητη υποδομή για μηχανικό αερισμό σε Μ.Ε.Θ. , παροχή 30 μονάδων Μ.Ε.Θ. από στρατιωτικά νοσοκομεία, παροχή 137 κλινών Μ.Ε.Θ. από ιδιωτικά θεραπευτήρια και νοσοκομεία

Στις 13 Απριλίου εγκρίθηκε η απόφαση για εγκατάσταση 50 νέων κρεβατιών Μ.Ε.Θ. στο Νοσοκομείο Σωτηρία τα οποία ήταν χρηματοδοτούμενα από δωρεά 8.000.000 ευρώ του Κοινοβουλίου της Ελλάδας.

Έως τι 16 Απριλίου ο αριθμός λειτουργικών μονάδων Μ.Ε.Θ. είχαν αυξηθεί σε 1000 , 350 εκ των οποίων εξυπηρετούσαν μόνο ασθενείας Covid – 19.

Μέχρι τις 27 Απρίλιου, ο συνολικός αριθμός Μ.Ε.Θ αυξήθηκε σε 1017 ενώ στα τέλη του 2020 το Ε.Σ.Υ. οι Μ.Ε.Θ. αυξήθηκαν σε 1.305 προσεγγίζοντας τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. (151), (152)

ΕΡΓΑΤΙΚΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Κατά τον μήνα Φεβρουάριο και συγκεκριμένα στις 16 του 2020, άρχισαν οι διαδικασίες πρόσληψης ενισχυτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Στους μήνες Μάρτιο έως Νοέμβριο το Ε.Σ.Υ. ενδυναμώθηκε με περισσότερες από 6.8000 νέες προσλήψεις από το σύνολο των οποίων οι 745 σχετίζονται με ιατρικό προσωπικό, οι 3.867 αφορούσαν νοσηλευτικό προσωπικό και οι υπόλοιπες παραϊατρικό και λοιπό προσωπικό.

Σημαντική ήταν η συνεισφορά 10 χιλιάδων εθελοντών, οι οποίοι αυτοβούλως έκαναν αίτηση για την προσφορά τους στην καταπολέμηση και διαχείριση της πανδημίας του κορονοϊού. Αρμοδιότητες των εθελοντών ήταν η κάλυψη αναγκών σε ιατρικές ειδικότητες όπως γιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικοί, ψυχολόγοι, φοιτητές ιατρικής αλλά και συνταξιούχοι προερχόμενοι από τομείς υγείας.

Ταυτόχρονα, ιδιωτικοί ιατροί πρόσφεραν υπηρεσίες σε δημόσια νοσοκομεία με στόχο την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης με το χρονικό πλαίσιο να είναι 2 μήνες και με την δυνατότητα ανανέωσης του συμβολαίου για επιπλέον 2 μήνες. (151)

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Κατά την διάρκεια της πανδημίας 13 νοσοκομεία της χώρας μετατράπηκαν σε νοσοκομεία αναφοράς εκ των οποίων τα 4 εξυπηρετούσαν εξ ολοκλήρου ανάγκες της πανδημίας και ορίστηκαν θάλαμοι απομόνωσης όπου κάθε υγειονομική περιφέρεια είχε τουλάχιστον ένα νοσοκομείο αναφοράς με θαλάμους απομόνωσης αρνητικής πίεσης. Επίσης, για την διαχείριση και την έγκαιρη διάγνωση ενδεχόμενων κρουσμάτων Covid- 19, σε περιπτώσεις όπου τα συμπτώματα ήταν ήπια και δεν χρειαζόνταν νοσηλεία, προωθούνταν σε ειδικά κέντρα Π.Φ.Υ. αντί στα νοσοκομεία αναφοράς. Σε περιπτώσεις έντονων συμπτωμάτων που απαιτούν νοσηλεία, τα κέντρα Π.Φ.Υ. παρέπεμπαν τον ασθενή σε κέντρα εξειδικευμένης φροντίδας.

Ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας συνεργάστηκαν για την αγορά υπηρεσιών Μ.Ε.Θ. Συγκεκριμένα από τον ιδιωτικό τομέα εδραιώθηκαν νοσοκομεία τα οποία θα είχαν εφεδρική χρήση για την κάλυψη μελλοντικών αναγκών νοσηλείας. Το κόστος της προσφοράς ανέρχεται σε 800 ευρώ ανά κρεβάτι.

Είχε δημιουργηθεί και τέθηκε σε εφαρμογή εφεδρικό σχέδιο στην περίπτωση που οι ανάγκες Covid – 19 αυξηθούν ραγδαία. Στα πλαίσια υλοποίησης του σχεδίου έκτακτης ανάγκης συμμετείχαν κλίνες, μέσα ατομικής προστασίας, φαρμακευτικά προϊόντα και προσωπικό του ιδιωτικού τομέα. Στις 19 Νοεμβρίου η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε στην εξαγορά δύο ιδιωτικών κλινών στην Θεσσαλονίκη των οποίων η χρήση ήταν συχνή και διαδεδομένη. (151)

Κοινωνικά – Προνομιακά μέτρα

Άδεια Ειδικού Σκοπού

Έπειτα από το κλείσιμο των σχολείων στις 10 Μαρτίου οι εργαζόμενοι γονείς βγαίνουν σε άδεια ειδικού σκοπού. Στον ιδιωτικό τομέα, το ένα τρίτο της άδειας θα καλυφθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ στον δημόσιο το κράτος κάλυψε όλο το ποσό της αμοιβής. (151)

Μειωμένος Συντελεστής Φ.Π.Α. Για Προϊόντα Πρώτης Ανάγκης Για Την Προστασία Από Covid 19

Ο συντελεστής Φ.Π.Α. μειώθηκε σε 6% από 24% στα προϊόντα πρώτης ανάγκης όπως μάσκες, γάντια, αντισηπτικά και μαντηλάκια και όλα τα παρεμφερή προϊόντα υγειονομικής περίθαλψης προσωπικής υγιεινής. (151)

Παρέμβαση Στην Αγορά Ακίνητων

Στις 7 Απριλίου έγινε γνωστό ότι επιχειρήσεις, των οποίων η λειτουργία αναστάλθηκε λόγω της πανδημίας Covid – 19 δεν είναι υποχρεωμένοι να καταβάλουν 40% του συνολικού ποσού του ενοικίου των μηνών Μαρτίου και Απριλίου 2020. (151)

5.11. Η Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Στην Αντιμετώπιση Της Πανδημίας Covid-19

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα ενισχύθηκε κατά την εποχή της πανδημίας. Η μάχη κατά του Covid – 19 διαδραματίζεται πέρα από την ατομική ευθύνη, σε δύο επίπεδα, από την μία είναι η πρόληψη και από την άλλη η θεραπεία. Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας είναι υψίστης σημασίας. Η πρόληψη επιτυγχάνεται κυρίως από υπηρεσίες υγείας και κατά κύριο λόγο από τις δομές και τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίοι ήταν αρμόδιοι για: τον εντοπισμό των κρουσμάτων, την άμεση απομόνωση , την διαρκή ενημέρωση του κοινού και την κατανόηση της σημαντικότητας της χρήσης των μέσων ατομικής προστασίας. Παράλληλα το υγειονομικό σύστημα εξυπηρετεί νοσούντες, Οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ τέθηκαν στην πρώτη γραμμή καταπολέμησης της πανδημίας Covid – 19 επίσης με το βασικό εργαλείο του εμβολιασμού. Πραγματοποιήθηκαν επιπλέον προσλήψεις υγειονομικού προσωπικού, ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν δομές. Τέλος στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, υπήρξε μέριμνα για παροχή υπηρεσιών τηλεθεραπείας Covid – 19 για τους ασθενείς οι οποίοι λόγω της λοίμωξης ήταν σε απομόνωση στο σπίτι ή σε απομακρυσμένες περιοχές και σε ασθενείς έπειτα από την λήξη της απομόνωσης. Επίσης, δημιουργήθηκε και τέθηκε σε λειτουργία το ηλεκτρονικό μητρώο ασθενών που έχουν διαγνωστεί με Covid – 19 (153)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ορόσημα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήταν οι Διακηρύξεις της ALMA-ATA και της Astana, ενώ ταυτόχρονα σημαντικό ρόλο διαδραμάτισε επίσης το όραμα για την Π.Φ.Υ από τον Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Από την σύγκριση του ελληνικού πρωτοβάθμιου συστήματος με τα αντίστοιχα συστήματα ορισμένων ευρωπαϊκών χωρών και επίσης του Καναδά, το οποίο θεωρείται πρότυπο, φάνηκε ότι το ελληνικό πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας εμφανίζει διαφορές σε σχέση με τα συστήματα αυτών των χωρών που αναλύσαμε. Η τελευταία μεταρρύθμιση επέφερε αρκετές αλλαγές στο σύστημα της Π.Φ.Υ., και παράλληλα ανέδειξε κάποιες αδυναμίες που προϋπήρχαν, δεν επιλύθηκαν και δημιουργήθηκαν νέες. Διαχρονικά και συγκεκριμένα ανά 40-50 χρόνια εμφανίζονται πανδημίες, οι οποίες με κριτήρια την διασπορά και τον επιπολασμό επηρεάζουν τις εκάστοτε κοινωνίες και δοκιμάζουν τα Εθνικά Συστήματα Υγείας παγκοσμίως. Με βάση την βιβλιογραφική αυτή ανασκόπηση, προκύπτει το συμπέρασμα ότι κάθε πανδημία διαφέρει ως προς την εξάπλωση και τον τρόπο αντιμετώπισης, ανάλογα επιπλέον και με την εποχή και τα διαθέσιμα μέσα. Έτσι, λοιπόν, και με την πανδημία Covid-19, η παγκόσμια κοινωνία κλήθηκε επιδείξει ψυχραιμία και να αναπτύξει μεθοδικές κινήσεις. Σε σύντομο χρονικό διάστημα, η Παγκόσμια Ιατρική κοινότητα έπρεπε να θεσπίσει μέτρα, να συνεργαστούν όλες οι χώρες μεταξύ τους και οι πολίτες να ακολουθήσουν από κοινού τα μέτρα αυτά. Συγκεκριμένα η Ελλάδα, εκτός από τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ταυτόχρονα ακολούθησε τις οδηγίες των Ευρωπαϊκών Επιτροπών Υγείας και πέρα αυτών θέσπισε εθνικά δημοσιονομικά μέτρα και επιτροπές υγείας οι οποίες απαρτίστηκαν από εμπειρογνώμονες. Επιπρόσθετα, κατά την διάρκεια της πανδημίας του Covid-19, το ΕΣΥ δοκιμάστηκε σε μεγάλο βαθμό με την δημιουργία κλινών, Μ.Ε.Θ., πρόσληψη ιατρικού προσωπικού, νοσοκομεία αναφοράς κ.α.. Εν κατακλείδι, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα φαίνεται ότι, παρόλο που έγιναν μεταρρυθμίσεις, αντιμετωπίζει ακόμη αρκετές προκλήσεις.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2019). Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ - ΕΛΛΑΔΑ – Προφίλ Υγείας 2019. Διαθέσιμο από: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_gr_greece.pdf.
2. Alcoforado, Fernando. «slideshare.» 16 Απρίλιος 2020. Διαθέσιμο από: <https://www.slideshare.net/falcoforado/the-largest-pandemics-throughout-historyand-its-consequences>.
3. Oleribe, O. O., Ukwedeh, O., Burstow, N. J., Gomaa, A. I., Sonderup, M. W., Cook, N., ... & Taylor-Robinson, S. D. Oleribe, O. O., Ukwedeh, O., Burstow, N. J., Gomaa, A. I., Sonderup, M. W., Cook, N., ... & Taylor-Robinson, S. D. (2018). Health: redefined. Pan African Medical Journal, 30(1).
4. Putera, I. (2017). Redefining health: implication for value-based healthcare reform. Cureus, 9(3).
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978. WHO, Geneva, 1978.
6. WORLD HEALTH. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2023).Health Topics. Primary Health Care. Διαθέσιμο από: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1.
7. . ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου. .
8. Ν.Χ., Ρούσου. *Ιστορία του νοσηλευτικού επαγγέλματος*. Αθήνα. Έκδοση Χ.Ν.Ρούσου, 1991.
9. Gallagher B.M. Nursing role in home health care. In: Jarvis L. Community health nursing: Keeping the public healthy. Second edition.Philadelphia, F.A. Davis company, 1985.
10. Bolander R.V. Home care nursing. In: Sorensen and Luckmann's basic nursing. A psychophysiologic approach. Third edition. Philadelphia, W.B. Saunders, 1994.
11. Ν., Παπαδογιάννης. Το σύστημα υγείας στην Σμύρνη στις αρχές του αιώνα μας, Μικροσιατική Ηχώ (317)Ιούλιος Αύγουστος 1995, σελ. 8-9,13.

12. Τ., Φιλαλήθης.. Υγεία για όλους το 2000 και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: ουτοπία, παγίδα, ή εφικτός στόχος; : Ιατρική 1982, 42.
13. *World Health Organization (WHO) (2018). Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018.*
14. ΝΟΜΟΣ 2592/1953. ΦΕΚ 254 Α' 18-9-1953. ΠΕΡΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΣ.
15. Λ., Πάτρας. Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής, εκδ. Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα 1969 .
16. Σ, ΔΟΞΙΑΔΗΣ. Μέτρα προστασίας για την υγεία. Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα, 1981.
17. ΝΟΜΟΣ 1397/1983,Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ 143 Α' /7-10-1983. (1983).
18. Α., Έλληνας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας, Ι.Θ. τεύχος 48, Αθήνα 2002 .
19. ΝΟΜΟΣ 1579/1985 - ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985 : Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.
20. ΝΟΜΟΣ 2071/1992, Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ 123 Α' /15-7-1992. (1992). Αθήνα.
21. ΝΟΜΟΣ ΥΠ'ΑΡΙΘ.2194 ΦΕΚ 34/16.03.1994: Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.
22. ΝΟΜΟΣ 2519/1997 : Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.
23. ΝΟΜΟΣ 3235/2004 - ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
24. Γ., ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα & Τοπική Κοινωνία. Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ. Αθήνα, 2008.*
25. *Υφαντόπουλος Ι. Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα. Οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. Αθήνα, 1988.*

26. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Τσιάντου Β., Σουλιώτης Κ. & Μυλωνά Κ., (2007). Σχέδιο Δράσης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
27. Lawn J E, Rohde J, Rifk S, Were M, Vinod K P, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *The Lancet* 2008; 372:917-927. .
28. Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. D. S. Kringos (Ed.). World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies 2015:1-172.
29. ΝΟΜΟΣ 3852/2010, ΦΕΚ Α΄ 87. Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης, 2010γ.
30. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.3868/2010, ΦΕΚ Α΄ 129. Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010α. .
31. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.3892/2010, ΦΕΚ Α΄ 189. Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων, 2010β. .
32. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.3918/2011, ΦΕΚ Α΄ 31. Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις, 2011. .
33. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ΦΕΚ 545/Β/01.03.2012 – Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών, 2012.
34. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ΦΕΚ Β΄ 3054/2012 Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) ΕΟΠΥΥ, 2012. .
35. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν. 4052/2012. Ρύθμιση Θεμάτων Εθνικού Συστήματος Υγείας και Εποπτευόμενων Φορέων, 2012. .
36. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως ΦΕΚ 2511 Τεύχος Β΄-7/10/2013 – Καθορισμός, διαδικασία και τρόπος απόδοσης του ποσού «επιστροφής» (rebate) του άρθρου 100 παρ. 5 του Ν. 4172/2013 (Α, 167), 2013. .
37. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Ν.4238/2014, ΦΕΚ Α΄ 38. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, 2014α. .

38. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ 490 Β 01-04-2015 Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξέταστρου πέντε (5) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), 2015. .
39. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Υπουργική Απόφαση Ν. 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις, 2016.7 .
40. ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Άρθρο 1. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου. .
41. ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Άρθρο 2. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου. .
42. ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Άρθρο 3. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου. .
43. ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Άρθρο 4. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου. .
44. ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Άρθρο 5. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου. .
45. ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Άρθρο 6. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου. .
46. ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Άρθρο 7. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου. .
47. Ναούμ, Σ. (2020). Στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε αστική περιοχή. Επιστημονικά Χρονικά. 25(1): 85-99. .
48. Μέγγουλη, Ε. Δ. (2019). ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΙΧΜΗΣ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ. Διδακτορική Διατριβή. .
49. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. (2023). 1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ. Διαθέσιμο από:http://www.1dype.gov.gr/?page_id=43 .
50. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ (ΕΛΣΤΑΤ) (2019). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ: ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ: Έτη 2017-2019. Διαθέσιμο από:

file:///C:/Users/HP/Downloads/%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%A.

51. Χλέτσος, Μ. (2011). «Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές» στο Οικονομία και Κοινωνία. Κύκλος Διαλέξεων. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα. Διαθέσιμο από: <https://docplayer.gr/890773-Kefalaidoytero-i-domi-toy-systim>.

52. Αδαμακίδου, Θ, & Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, Α. (2009). Οι Μέθοδοι Χρηματοδότησης της Νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, Quarterly Publication of the Hellenic Nurses Association, 37–49. .

53. Ματσαγγάνης, Μ. (2002). Δημόσια παρέμβαση στον τομέα υγείας. Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, 15–40. .

54. Κονδύλης, Η., Αντωνοπούλου, Λ. και Μπένος, Α. (2008). Συμπράξεις δημόσιου – ιδιωτικού τομέα στα νοσοκομεία. Ιδεολογική προτίμηση ή εμπειρικά βασιζόμενη επιλογή στην πολιτική υγείας. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ. 25(4): 496-508.

55. FRY J. Medicine in three societies. MTP Chiltern House, Aylesbury Bucks, 1969.

56. MAJNONI D'INITIGNANO B. Financing of health care in Europe.: Proceedings of the first meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe, Madrid 1992. Ministeriode Sanidad Y Consumo, Madrid, and World Health Organization Regional Office for Eur.

57. SHEIMAN I, SHISHKIN S, SHEVSKY V. The evolving Semashko model of primary health care: The case of the Russian federation. Risk Manag Health Policy 2018, 11:209–220.

58. Government of Canada. Ministry of Health. (2012). Health system and services. Primary health care. Διαθέσιμο από: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/primary-health-care/about-primary-health-care.html>.

59. Sean B. United Kingdom (England): Health system review. Health Systems in Transition 2011;13:1–486. .

60. Kousoulis A, Symvoulakis E, Lionis C. What Greece can learn from UK primary care experience and empirical research? Br J Gen Pract 2012; 62:543-543. .

61. Γιανασμίδης Α, Τσιαούση Μ. Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2012; 29:106-115. .
62. Senior K. Helping GPs to diagnose cancer earlier. *The Lancet Oncology* 2012;13:e232. .
63. Τούντας Γ. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003; 20:76–87. .
64. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R and Anderson C. International Profiles of Health Care Systems. *The Commonwealth Fund* 2015;63-71. .
65. Anell A, Glenngard A H, Merkur S M. Sweden: Health system review. *Health systems in transition* 2012; 14: 1-159.
66. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition* 2010; 12:1–229. .
67. Σουλιώτης, Κ, & Μαριόλης, Α. (2004). Η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 87 – 93. .
68. Πειρουνάκης, Ν. (2000). Προτάσεις για τη βελτίωση του ΕΣΥ. Η αλλαγή ενός συστήματος υγείας δε συνεπάγεται κατ' ανάγκη επιδείνωση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 10–12.
69. Γείτονα, Μ. (2001). Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα - Περιφερειακές ανισότητες στην Υγεία. *Ιατρική*, 259–267.
70. World Health Organization (WHO). (2018). A vision for primary health care in the 21st century. Διαθέσιμο από: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>.
71. Μπαμπινιώτης Γ. (2008), *Λεξικό για το Σχολείο & το γραφείο*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
72. Φιλολιά Α., Παπαγεωργίου Η., Στεφανάτου Σ. (2005), *Ολοκληρωμένο Σύστημα Διαχείρισης Κρίσεων και Ανθρώπινος παράγοντας*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη) σελ. 32.
73. Fearn-Banks K. (2001). *Crisis communications: A casebook approach*, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. (2nd ed.). pp. 18-33, pp. 63-71.
74. Rosenthal U., Pijnenburg B. (1991), *Crisis Management and Decision Making: Simulation oriented Scenarios*. Dordrecht: Kluwer, pp. 1-6.

75. Coordinating Centre for Health Alerts and Emergencies (CCAES). Directorate General of Public Health. Ministry of Health and Consumer's Affairs. (2008). Health crisis management: Preparedness and response. Διαθέσιμο από: <http://www.episouth.org/outputs/wp5>.
76. Runciman, W. B., & Merry, A. F. (2005). Crises in clinical care: an approach to management. *BMJ Quality & Safety*, 14(3), 156-163.
77. Coombs W. T., S. J. Holladay. (2002), Helping Crisis Managers Protect Reputational Assets: Initial Tests of the Situational Crisis Communication Theory, *Management Communication Quarterly*, pp.170-171.
78. Weston. (2023). Public Safety-Community Emergency Preparedness & Response Guide-Types of Emergencies. Διαθέσιμο από: <https://www.weston.org/420/Types-of-Emergencies>.
79. John's Hopkins Medicine. (2023). Health -Wellness and Prevention- Potential Emergency Situations and Conditions. Διαθέσιμο από: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/potential-emergency-situations-and-conditions>.
80. Cornell Law School. (2023). Legal Information Institute-Emergency. Διαθέσιμο από: <https://www.law.cornell.edu/wex/emergency>.
81. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4662 Τεύχος Α' 27/07.02.2020.Εθνικός Μηχανισμός Διαχείρισης Κρίσεων και Αντιμετώπισης Κινδύνων, αναδιάρθρωση της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας, αναβάθμιση συστήματος εθελοντισμού πολιτικής προστασίας, αναδιοργάνωση του Πυροσβεστικού και άλλες διατάξεις.
82. ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ. (2023). Health security and infectious diseases-Διαχείριση κρίσεων. Διαθέσιμο από: https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/crisis-management_el.
83. Barton, L. (2001). Crisis in organization. Cincinnati, OH: College DivisionsSouthWestern.(2nd ed.). pp. 225-262, pp. 14-17, pp. 207-221, pp.86—101.
84. Χλέτσος, Μ. (2017). Ιστορική αναδρομή της κοινωνικής ασφάλισης.
85. Kruk, M. Kelley, E. Syed, S. Tarp, F. Addison, T. & Akachi, Y. (2017). Measuring quality of health-care services: what is known and where are the gaps?. *Bull World Health Organ* 2017;95:389–389A .

86. Bambra, C., Riordan, R., Ford, J. and Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of epidemiology and community health*, jech2020-214401. Διαθέσιμο από: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>.
87. Stein, R. A. and Ometa, O. (2020). When public health crises collide: Social disparities and COVID-19. *International journal of clinical practice*, 74(9), pp. e13524. Διαθέσιμο από: <https://doi.org/10.1111/ijcp.13524>.
88. Bibby, J., Everest, G. and Abbs, I. (2020, May 7). Will COVID-19 be a watershed moment for health inequalities? The Health Foundation. Διαθέσιμο από: <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/will-covid-19-be-a-watershed-moment-for-health-inequali>.
89. Chowkwanyun, M. and Reed, A. L., Jr (2020). Racial health disparities and Covid-19 - Caution and context. *The New England journal of medicine*, 383(3), pp. 201– 203. Διαθέσιμο από: <https://doi.org/10.1056/NEJMp2012910>.
90. Thebault, R., Tran, A.B. and Williams, V. (2020, April 7). The coronavirus is infecting and killing black Americans at an alarmingly high rate. *The Washington Post*. Διαθέσιμο από: <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/04/07/coronavirus-is-infectingkill>.
91. European Center for Disease Prevention and Control (2016). Handbook on implementing syndromic surveillance in migrant reception/detention centres and other refugee settings. Διαθέσιμο από: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/media/en/publicatio>.
92. Aldridge, R. W., Nellums, L. B., Bartlett, S., Barr, A. L., Patel, P., Burns, R., Hargreaves, S., Miranda, J. J., Tollman, S., Friedland, J. S. and Abubakar, I. (2018). Global patterns of mortality in international migrants: a systematic review and meta-a.
93. Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος, Δ., Κουραχάνης, Ν. και Μακρίδου, Ε. (2020). Εξαίρεση των προσφύγων από την εθνική στρατηγική αντιμετώπισης του COVID-19 Έκθεση 2020.3. Θεσσαλονίκη: ΚΕΠΥ - Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και.
94. Edgar, B. (2012). The ethos definition and classification of homelessness and housing exclusion. *Journal of European Homelessness*, 6, pp. 219-225.
95. Διεθνής Οργανισμός Μετανάστευσης (2020, Μάρτιος 31). Ανακοίνωση. Διαθέσιμο από: <https://greece.iom.int/el/news/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%AF>

%CE%BD%CF%89%CF%83%CE%B7-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-
%CE%B8%CE%B5%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C-
%CE%BA%CF%81%CE%BF%CF%8D%CF%.

96. Ζήση, Α. και Χτούρης, Σ. (2020). Η πανδημία Covid-19: Επιταχυντής των ανισοτήτων και εγκαταστάτης νέων μορφών ανισοτήτων. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 154, σελ. 65-73.

97. Ahmed, F., Ahmed, N., Pissarides, C. and Stiglitz, J. (2020). Why inequality could spread COVID-19. *The Lancet. Public health*, 5 (5), pp. e240.

98. Abrams, E. M. and Szeffler, S. J. (2020). COVID-19 and the impact of social determinants of health. *The Lancet Respiratory medicine*, 8(7), pp. 659–661.

99. Vardavas, C. I. and Nikitara, K. (2020). COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tobacco induced diseases*, 18, pp. 20.

100. Παρατηρητήριο Αυτοκτονιών: Παρουσίαση αναλυτικών δημογραφικών στοιχείων σχετικά με την αυξητική τάση του Ιανουαρίου 2021. (2021). Διαθέσιμο από: <https://www.klimaka.org.gr/paratiritirio-aftoktonion-parousiasis-afksisi-ianouarios2021-klimaka/>.

101. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ ΕΤΟΥΣ 2022. ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΩΝ-ΚΛΙΜΑΚΑ. (2022). Διαθέσιμο από: <https://www.klimaka.org.gr/stoixeia-autoktonion-etous-2022-paratiritirio-autoktonion-klimaka-org/>.

102. Υπουργείο Υγείας. (2020). Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025. Διαθέσιμο από: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/8776-ethniko-sxedio-drashs-gia-th-dhmosia-ygeia-2021-2025>.

103. ΝΟΜΟΣ ΥΠ’ ΑΡΙΘΜ. 4675. Τεύχος Α’ 54/11.03.2020. Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις.

104. Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). Epidemic Disease Occurrence. (2012). Διαθέσιμο από: <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>.

105. Mailman School of Public Health, Columbia. (2021). GLOBAL HEALTH, INFECTIOUS DISEASE, PUBLIC HEALTH EDUCATION. Epidemic, Endemic, Pandemic: What are the Differences? Διαθέσιμο από: <https://www.publichealth.columbia.edu/public-health-now/news/epidemic-endemic-pandemic-what-are-differences>.

106. Health Direct. (2023). What is a pandemic?. Διαθέσιμο από: <https://www.healthdirect.gov.au/what-is-a-pandemic>.
107. Thomas J. Bollyky, Sawyer Crosby, Samantha Kiernan. FOREIGN AFFAIRS. 23 Οκτώβριος 2020. Διαθέσιμο από: <https://www.foreignaffairs.com/articles/united-states/2020-10-23/coronavirus-fighting-requires-trust>.
108. Michael T. Osterholm PhD MPH, Mark Olshaker. Deadliest Enemy: Our War Against Killer Germs. Νέα Υόρκη: Little, Brown and Company, 2017. .
109. Παπαδομαρκάκη, Άννα. LIBERAL. 04 Σεπτέμβριος 2020. Διαθέσιμο από: <http://www.liberal.gr/apopsi/nees-pandimies-fernei-o-sugchronos-tropozois/321286>.
110. Τσιάμης, Κ., Βρυώνη, Γ., Βογιατζάκης, Ε., & Τσακρής, Α. Ερευνητική Εργασία.
111. Αηδονίδης Α. Δημογραφική μελέτη των ασθενών του σανατορίου «Σωτηρία» για τα έτη 1936-1940. Τετράδια Ιστορικής Δημογραφίας 2014;10:55-74.
112. . Χουλαδάκη Σ. Δημογραφική μελέτη των ασθενών του σανατορίου «Σωτηρία» για τα έτη 1943-1945. Τετράδια Ιστορικής Δημογραφίας 2014;10:75-90.
113. Ζαχαριάς Κ., Η εξέλιξη της φυματίωσης στην Ελλάδα κατά τον τελευταίο αιώνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), Αθήνα 2007: 204.
114. Τσιάμης Κ, Πιπεράκη Ε, Τσακρής Α. Σταθμοί στην ιστορία του ανθελονοσιακού αγώνα στην Ελλάδα (1905-1940). Δελτίον Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας 2013;58:57- 65.
115. Καρδαμάτης Ι. Σύλλογος προς Περιστολήν των Ελωδών νόσων. Λογοδοσία των ετών 1912 και 1913. Ιατρική Πρόοδος 1914;19:15-17.
116. Wright D. Mobilized against malaria. Greek Red Cross Bulletin 1945;2: 208-210.
117. Greenwood D. et al. Ιατρική Μικροβιολογία. Επιμ. Τσακρής Α. Εκδ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2010: μηνιγγίτιδα 236, τυφοειδής πυρετός 331, σύνδρομο Reiter 338, εξανθηματικός τύφος 488.
118. Τριανταφύλλου Τρ. Ο επιδημικός εξανθηματικός τύφος εν τη περιφέρεια του Υγειονομικού Κέντρου Αττικοβοιωτίας κατά το έτος 1942. Αρχεία Υγιεινής 1950; 4: 393-424.
119. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2023). Health Topics. Poliomyelitis. Διαθέσιμο από: https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1.

120. Καραμάνου, Μαριάννα. «Ιστορική αναδρομή στις πανδημίες γρίπης του 20ου αιώνα.» Αφιέρωμα στην Πανδημία Covid-2019, 26 Απρίλιος 2020: 4-7. .
121. Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2019). 1918 Pandemic (H1N1 virus). Διαθέσιμο από: <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/1918-pandemic-h1n1.html>.
122. Στρατάκος, Γρηγόρης. ΤΑ ΝΕΑ. 10 Απρίλιος 2020. Διαθέσιμο από: <http://www.tanea.gr/2020/04/10/health/i-ispniki-gripi-i-pandimia-kai-o-ios-poumas-ksegympnonei/>.
123. Patrick R. Saunders-Hastings, Daniel Krewski. «Reviewing the History of Pandemic Influenza: Understanding Patterns of Emergence and Transmission.» Pathogens, 5,66, 06 Δεκέμβριος 2016: 1-19.
124. ΜΗΧΑΝΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ. 22 Απρίλιος 2020. Διαθέσιμο από: <https://www.mixanitouxronou.gr/iasiatiki-gripi-toy-1957-xekinise-apo-tin-kina-kai-se-tesseris-mines-exelichthike-sepandimia-pos-antedrase-i-ellada/>.
125. Καϊσερλίδης, Τρύφοντας. iefimerida. 17 Απρίλιος 2020. Διαθέσιμο από: <https://www.iefimerida.gr/stories/gripi-hongk-kongk-nekroi-pandimia-1968-martyries>.
126. Ευσταθίου, Νίκος. Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ. 06 Μάρτιος 2020. Διαθέσιμο από: <http://www.kathimerini.gr/world/1067858/oi-epidimies-poy-simadepsan-ton-20oaioua/>.
127. Dendooven, Lucie. LIFO. 16 Απρίλιος 2020. Διαθέσιμο από: <https://www.lifo.gr/articles/almanac/278531/i-gripi-toy-xongk-kongk-to-1968>.
128. HIVAIDS. HIVAIDS. Διαθέσιμο από: <http://www.hiv aids.gr/i/pli roforisi/hiv aids>.
129. World Health Organization. «WHO.» (2018). Managing epidemics. Key facts about major deadly diseases. Διαθέσιμο από: <https://www.who.int/emergencies/diseases/managingepidemics-interactive.pdf>.
130. Δημόπουλος, Γεώργος. «Γρίπη των χοίρων ή Swine flu ή H1N1 flu.» PNEUMONQUARTERLY MEDICAL JOURNAL, Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2009: 213-214.
131. ONMED.GR. 19 Μάρτιος 2019. Διαθέσιμο από: <https://www.onmed.gr/ygeiaeidhseis/story/374544/8-pragmata-poy-prepei-oloi-na-xeroyme-gia-tis-pandimiesgripis>.

132. Siddharth Chandra, Eva Kassens-Noor. THE CONVERSATION. 19 Ιούνιος 2020. Διαθέσιμο από: <https://theconversation.com/5-ways-the-world-is-better-off-dealing-with-a-pandemic-now-than-in-1918-139951>.
133. Κοτσιρέας, Ηλίας. FRESHPOST. 2020. Διαθέσιμο από: <https://freshpost.gr/i-xechasmenipandimia-toy-1957-kai-ta-koina/>.
134. Liu, Y. C., Kuo, R. L., & Shih, S. R. (2020). COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical journal*, 43(4), 328-333. .
135. World Health Organization (WHO).(2023). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. Διαθέσιμο από: <https://covid19.who.int/>.
136. Χρυσόγελος, Νίκος. Άνεμος Ανενέωσης. 23 Απρίλιος 2020. Διαθέσιμο από: <https://anemosananeosis.gr/el/illness-history098/>.
137. Li, C., He, Q., Qian, H., & Liu, J. (2021). Overview of the pathogenesis of COVID-19. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 22(3), 1-10.
138. Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2022). Symptoms of COVID-19. Διαθέσιμο από: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>.
139. Government of Canada. Ministry of Health. (2021). COVID-19: Main modes of transmission. Διαθέσιμο από: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/health-professionals/main-modes-transmission.html>.
140. Mayo Clinic. (2022). COVID-19 diagnostic testing. Διαθέσιμο από: <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/covid-19-diagnostic-test/about/pac-20488900>.
141. Centers for Disease Control and Prevention. (CDC). (2022). Self-Testing At Home or Anywhere. Διαθέσιμο από: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/testing/self-testing.html>.
142. Memorial Healthcare. (2020). WHAT'S THE DIFFERENCE BETWEEN COVID-19 RAPID AND PCR TESTS?. Διαθέσιμο από: <https://www.memorialhealthcare.org/whats-the-difference-between-covid-19-rapid-and-prc-tests/>.

143. Fouda, A., Mahmoudi, N., Moy, N., & Paolucci, F. (2020). The COVID-19 pandemic in Greece, Iceland, New Zealand, and Singapore: Health policies and lessons learned. *Health policy and technology*, 9(4), 510-524.
144. JOHNS HOPKINS UNIVERSITY OF MEDICINE. (2023). Cases and deaths data from JHU CSSE; testing and vaccine data from JHU CCI; and hospitalization data from the U.S. Department of Health and Human Services. Διαθέσιμο από: <https://coronavirus.jhu.edu/region/gre>.
145. ΕΟΔΥ. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ COVID 19 ΓΙΑ ΕΛΛΑΔΑ. (2021). Διαθέσιμο από: https://eody.gov.gr/en/further-covid-19-data-from-greece/?print=print&fbclid=IwAR3R9V_Dtob0g73mTib1hhgVe9z1CImm1dZbcwIYdtTHSQIwjsEL2EeOu_c.
146. EPT NEWS. (2022). Δύο χρόνια κορονοϊός στην Ελλάδα: Η πορεία, τα lockdowns, τα μέτρα και η ελπίδα. Διαθέσιμο από: <https://www.ertnews.gr/eidiseis/mono-sto-ertgr/dyo-chronia-koronoios-stin-ellada-i-poreia-ta-lockdowns-ta-metra-kai-i-elpida/?fbclid=IwAR0zWF>.
147. National Public Health Organization (ΕΟΔΥ). (2020). Current state of Covid-19 outbreak in Greece and timeline of key containment events. Διαθέσιμο από: <https://eody.gov.gr/en/current-state-of-covid-19-outbreak-in-greece-and-timeline-of-key-containment-eve>.
148. World Health Organization (WHO).(2022). Coronavirus (COVID-19) outbreak- COVID-19 vaccines. Διαθέσιμο από: <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/covid-19/covid-19-vaccines>.
149. OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. Διαθέσιμο από: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
150. Υπουργείο Υγείας. (2022). Δήλωση Υπουργού Υγείας Θάνου Πλεύρη για προϋπολογισμό διαγνωστικών. Διαθέσιμο από: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/11084-dhlwsh-yπουργoy-ygeias-thanoy-pleyrh-gia-proypologismo-diagnwstikwn>.
151. Economou, C. Kaitelidou, D. Konstantakopoulou, O. Vildiridi, L. (2021). Policy Responses_Greece. COVID19 Health System Response Monitor. Διαθέσιμο από: <https://www.covid19healthsystem.org/countries/greece/countrypage.aspx>.

152. Υπουργείο Υγείας. (2020). Β. Κικιλίας: 1.305 οι κλίνες ΜΕΘ στη χώρα - Πάνω από 7.000 προσλήψεις στο Ε.Σ.Υ. - Προβληματισμός για το τρίτο κύμα. . Διαθέσιμο από: <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typou/press-releases/8068-b-kikilias-1-305-oi->.
153. Τούντας Ι. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ ΤΕΥΧΟΣ 107, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, ΜΑΡΤΙΟΣ 2020.
154. WORLD HEALTH ORGANIZATION AND THE UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. Declaration of Astana. International Conference on Primary Health Care, Astana, USSR, 2018. WHO, Kazakhstan, , 2018.
155. Νόμος 3892/2010, ΦΕΚ Α' 189. Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων, 2010β. .
156. MAJNONI D'INITIGNANO B. Financing of health care in Europe. In: Artundo C, Sakellarides C, Vuori H (eds) Health care reforms in Europe: Proceedings of the first meeting of the Working Party on Health Care Reforms in Europe, Madrid 1992. Ministerio de Sani.
157. Χαροκόπος Σ, Παπαθωμάς Α. Αι εις το Νοσοκομείον Παίδων «Αγία Σοφία» νοσηλευθείσαι περιπτώσεις πολιομυελίτιδος κατά τα έτη 1930-1945. Κλινική 1949; 11:581-582.
158. Ματθαίος, Π., & Ριχάρδος, Δ. Φ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipeiou*, 15(4). .
159. World Health Organization (WHO). (2020). Operational Framework for Primary Health Care. Διαθέσιμο από: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832>.