

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Η έννοια της Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας»

ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ ΙΩΑΝΝΑ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ: 21080

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Αθήνα, Μάιος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICY



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

Diploma Thesis

«The concept of Access to Healthcare Services»

STEFANIDOU IOANNA

Registration Number: 21080

SUPERVISOR: PIERRAKOS GEORGIOS

Athens, May 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

«Η έννοια της Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας»

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

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

Α/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Γιώργος Πιερράκος	Καθηγητής	
2	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	
3	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος Καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη **Ιωάννα Στεφανίδου του Θεοχάρη**, με αριθμό μητρώου **21080** φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «**Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας**» του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών της Σχολής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα

Ιωάννα Στεφανίδου



(Υπογραφή)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο βασικός σκοπός των Συστημάτων Υγείας είναι η παροχή ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας σε όλους τους πολίτες. Ο όρος «Υπηρεσίες Υγείας» περιλαμβάνει όλες εκείνες τις υπηρεσίες και παραγωγή αγαθών που αποσκοπούν στην πρόληψη, θεραπεία, προαγωγή της υγείας και ευεξίας του κοινωνικού συνόλου. Όμως, σήμερα παγκοσμίως βρίσκονται αντιμέτωπα με την ίδια πρόκληση, αυτή της εξισορρόπησης μεταξύ οικονομικής βιωσιμότητας και παροχής ποιοτικών υπηρεσιών όχι μόνο προστασίας της υγείας αλλά και κοινωνικής φροντίδας σε όλα τα μέλη των κοινωνιών. Η Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ως ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στους παρόχους και τους λήπτες αυτών, είναι καθοριστικής σημασίας μεταβλητή στην έκβαση αυτής της εξίσωσης.

Στην βάση των παραπάνω, καθίσταται απαιτητή η μελέτη των παραγόντων που την επηρεάζουν και τελικά την διευκολύνουν ή την παρεμποδίζουν. Και τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν προς την ύπαρξη σημαντικών εμποδίων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ενώ διαρκώς αυξάνονται οι δαπάνες υγείας. Η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας και η πανδημική της COVID-19 λειτούργησαν επιβαρυντικά στην όλη δύσκολη κατάσταση.

Με την μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης της δημοσιευμένης αρθρογραφίας μέσω δημοφιλών και έγκυρων βάσεων δεδομένων στο διαδίκτυο (PubMed, Researchgate, Taylor and Francis Online, Sage journals , Elsevier) καθώς και της μηχανής αναζήτησης Google Scholar. Ακόμα μελετήθηκαν επιστημονικά και ακαδημαϊκά βιβλία και συγγράμματα.

Λέξεις- Κλειδιά : πρόσβαση, υγεία, περίθαλψη, εμπόδια, δικαίωμα στην υγεία, ολοκληρωμένη φροντίδα, ακάλυπτες ανάγκες

ABSTRACT

The main purpose of Health Systems is to provide quality Health Services to all citizens. The term "Health Services" includes all those services and production of goods aimed at the prevention, treatment, promotion of the health and well-being of society. However, today worldwide they are faced with the same challenge, that of balancing between economic viability and the provision of quality services not only of health protection but also of social care to all members of societies. Access to healthcare services, as the link between providers and recipients, is a crucial variable in the outcome of this equation.

Based on the above, it becomes necessary to study the factors that influence it and ultimately facilitate or hinder it. And statistics point to the existence of significant barriers to access to health services while health costs continue to rise. The financial crisis of the last decade and the COVID-19 pandemic acted as an aggravating factor in the whole difficult situation.

With the methodology of the systematic review of published articles through popular and valid online databases (PubMed, Researchgate, Taylor and Francis Online, Sage journals, Elsevier) as well as the Google Scholar search engine. Scientific and academic books and writings were also studied.

Key Words: access, accessibility, barriers, right to health, integrated care, unmet needs

Ευχαριστίες

Θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερω το επιβλέποντα καθηγητή μου , κύριο Πιερράκο Γεώργιο, καταρχήν που μου ανέθεσε αυτό θέμα και για την καθοδήγηση του όλου αυτούς τους μήνες. Νόμιζα ότι ήξερα τι σημαίνει η Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας, αλλά τελικά δεν ήξερα, και πόσο μάλλον την βαρύτητα της.

Ολοκληρώνοντας αυτόν τον κύκλο σπουδών, θα ήθελα να εκφράσω την χαρά μου για αυτή την επιλογή. Η ικανοποίηση μου υπερβαίνει κατά πολύ τις προσδοκίες που είχα ξεκινώντας. Πίστευα ότι θα εμπλούτιζα το βιογραφικό μου αλλά με τους εξαιρετικούς καθηγητές που είχα, όχι μόνο έγινε αυτό αλλά νιώθω και πιο συνειδητός πολίτης από όταν ξεκίνησα. Θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσω τους συμφοιτητές μου σε αυτό το ταξίδι γνώσης αφού και αυτοί συνέβαλαν πολύ σημαντικά στην τελική εμπειρία μου.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τον σύζυγο μου και την οικογένεια μου.

Κλείνοντας θα ήθελα να μοιραστώ αυτό που το γράφει και στο βιβλίο του αλλά μας το έλεγε και στο μάθημα..... ***«όταν σώζουμε ζωές σώζουμε και την οικονομία, και όταν σώζουμε την οικονομία σώζουμε ζωές».....ακόμα όμως και ολόκληρος ο ετήσιος κρατικός προϋπολογισμός να δαπανηθεί στην υγεία, η συμβολή του στην βελτίωση της θα είναι μικρή, λόγω των επιδράσεων των εξωγενών παραγόντων».*** (Σούλης, 2015)

Περιεχόμενα

Εισαγωγή	9
1. Το δικαίωμα στην Υγεία	12
1.1 Ορισμός της Υγείας	12
1.2. Το Δικαίωμα στην Υγεία	16
1.2.1. Διεθνείς Οργανισμοί και Διεθνές Δίκαιο	16
1.2.2. Ευρώπη και Ενωσιακό Δίκαιο	21
1.2.2.1 Συμβούλιο της Ευρώπης.....	22
1.2.2.2. Ευρωπαϊκή Ένωση	23
1.2.3. Ελλάδα	36
2. Η έννοια της Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας	42
2.1. Η Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας ως δικαίωμα	48
2.2. Αξιολόγηση και μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας.....	55
2.2.3. Παράγοντες διαμόρφωσης Ικανοποίησης και Εμπειρίας των Χρηστών των Υπηρεσιών Υγείας.....	65
3. Παράγοντες που επηρεάζουν την Πρόσβαση	72
3.1. Γενικοί	72
3.2 . Από την πλευρά των χρηστών υπηρεσιών υγείας	83
3.2.1 Οικονομικοί	83
3.2.2. Κοινωνικοί	87
3.2.2.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	87
3.2.2.1.2. Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.....	91
3.2.2.2. Γεωγραφικοί.....	93
3.2.2.3. Πολιτισμικοί/ Θρησκευτικοί	96
3.2.2.4. Εγγραματοσύνη Υγείας.....	101
3.2.2.5. Ψυχολογικοί	104
3.2.2.6. Γλωσσικοί/ Εμπόδια Επικοινωνίας.....	108
3.3. Από την πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών	111
3.3.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	111
3.3.2. Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας	116
3.3.3. Οργανωσιακή Κουλτούρα	121
3.3.4. Γεωγραφική κατανομή ανθρώπινων και υλικών πόρων υγείας.....	125
3.3.5. Η «Δομική Βία» στις υπηρεσίες υγείας	129
4. Συμπεράσματα	132

Βιβλιογραφία137

Εισαγωγή

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 και η πανδημία της COVID-19 αναμφισβήτητα τάραξαν συθέμελα το υγειονομικό γίνεσθαι. Όμως ήδη από χρόνια πριν, ήταν κοινή η διαπίστωση στην βιβλιογραφία μιας αυξανόμενης πίεσης στα Συστήματα Υγείας για περισσότερες υπηρεσίες υγείας αφού τα αλματώδη ιατρικά τεχνολογικά επιτεύγματα βελτίωσαν τα όρια του προσδόκιμου ζωής μετά τα 80 αλλά όχι την «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής». Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, η δημογραφική γήρανση και η αύξηση στα χρόνια σωματικά και ψυχικά νοσήματα, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η αστικοποίηση και παγκοσμιοποίηση έθεσαν σε αυξητική τροχιά τις ιατρικές δαπάνες και μεγέθυναν και την ψαλίδα των ανισοτήτων στην υγεία. Ο θεσμός του κοινωνικού κράτους κλυδωνίζεται από την πίεση στα Συστήματα Υγείας που θα πρέπει να ισορροπήσουν μεταξύ οικονομικής βιωσιμότητας και προσφοράς στους πολίτες ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας μακροχρόνια και εξατομικευμένα εκτός των μονάδων υγείας.

Πολυάριθμες ερευνητικές εργασίες και θεωρητικές μελέτες έχουν καταδείξει ότι η «Πρόσβαση» στις υπηρεσίες υγείας είναι ο καθοριστικός παράγοντας επίτευξης επιθυμητών υγειονομικών εκβάσεων χωρίς σπατάλη των περιορισμένων πόρων του Συστήματος. Αποτελεί όμως και κοινό συμπέρασμα της βιβλιογραφίας ότι δεν είναι ανεμπόδιστη (Πιερράκος 2008, Πιερράκος 2013, Πιερράκος χ.χ., Σούλης 2015)

Σε αυτό το πνεύμα, ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η σφαιρική μελέτη της έννοιας της Πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

Η εργασία διαρθρώνεται σε τέσσερα κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο ορισμός της Υγείας και η προστασία της ως δικαίωματος. Ξεκινώντας από μια σύντομη ιστορική διαδρομή για την θέση της στην ανθρώπινη ιστορία θα παρουσιάσουμε τους ορισμούς που έχουν διατυπωθεί και πώς εγγυώνται την προστασία της οι Διεθνείς Οργανισμοί και Δίκαιο, η Ευρώπη και το Ενωσιακό Δίκαιο και το Ελληνικό Σύνταγμα και Νόμοι.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εννοιολογική προσέγγιση της έννοιας της Πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, και ανάλυση της ως κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και των παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση και τις εμπειρίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Γίνεται εκτενής εμβάθυνση στην έννοια αυτή που η ερευνητική και θεωρητική βιβλιογραφία την χαρακτηρίζουν πολυδιάστατη με βάθος και εύρος επιρροής στις υπηρεσίες υγείας. Η ανεμπόδιστη πρόσβαση συνιστά συστατικό στοιχείο της επίτευξης της προσφοράς ποιοτικών υπηρεσιών στους χρήστες αλλά και παράγοντα που θα μετρήσει καθοριστικά στην ικανοποίηση τους και τις εμπειρίες τους από την επαφή με το Σύστημα υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται συστηματική διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν σε τρία επίπεδα.

Αρχικά παρουσιάζονται οι γενικοί παράγοντες στο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό, πολιτισμικό, θεσμικό και οικολογικό περιβάλλον μέσα στα οποία αλληλεπιδρούν πάροχοι και λήπτες των υπηρεσιών υγείας.

Στη συνέχεια η ανάλυση εξειδικεύεται και παρουσιάζονται οι οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες με την μεγαλύτερη επιρροή στην πρόσβαση των χρηστών και τελικά από την πλευρά των παρόχων.

Οι παράγοντες αυτοί αφορούν όλους τους εν δυνάμει χρήστες των υπηρεσιών υγείας αλλά στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες το αποτύπωμα είναι βαθύτερο. Συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στην επίδραση της γεωγραφικής απόστασης μεταξύ μονάδας υγείας και τόπου κατοικίας/εργασίας, πώς η θρησκεία και οι πολιτισμικές καταβολές επηρεάζουν την κινητοποίηση τους για αναζήτηση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, ποιος ο ρόλος της Εγγραματοσύνης Υγείας, πώς ψυχολογικοί λόγοι τους αποτρέπουν ή τους περιορίζουν και στην σημασία της επιτυχούς γλωσσικής επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν χαρακτηριστικά των παρόχων υπηρεσιών που συμβάλλουν στην εξάλειψη ή επιδείνωση των εμποδίων που συναντούν οι χρήστες των υπηρεσιών και οδηγούν σε σπατάλη των περιορισμένων πόρων απειλώντας την οικονομική βιωσιμότητα του Συστήματος Υγείας. Συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στην στρατηγική σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας. Οι ανάγκες των πολιτών δεν περιορίζονται στην προστασία της

υγείας αλλά επεκτείνονται και στην κοινωνική φροντίδα. Η επίδραση της οργανωσιακής κουλτούρας των μονάδων υγείας δεν είναι άμεσα ορατή αλλά αποτελεί κρίσιμη συνιστώσα της ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών τους και όταν συμβαίνει αυτό τα ευεργητικά οφέλη διαχέονται στην ποιότητα των υπηρεσιών και την πρόσβαση των χρηστών σε αυτούς. Στη συνέχεια στην επίδραση της γεωγραφικής κατανομής των μονάδων υγείας και στελέχωσης αυτών με επαρκές αριθμητικά και κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό. Κλείνοντας θα αναλύσουμε την έννοια της «Δομικής Βίας» στις υπηρεσίες υγείας.

1. Το δικαίωμα στην Υγεία

1.1 Ορισμός της Υγείας

Η εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου Υγεία είναι σημαντική και είναι το πρώτο βήμα για την βαθύτερη μελέτη και κατανόηση της σημαντικότητας της έννοιας της Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας, που είναι το αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Αναλόγως του εννοιολογικού πλαισίου που κανείς την εξετάζει, επηρεάζει και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και έτσι δεν παραμένει στατική στον χρόνο και το χώρο. (Σαρρής 2001, Bircher 2005, Oleribe et al. 2018, McCartney et al. 2019, Μπουρσανίδης 2020). Στην βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται οι όροι «Προσδιοριστές» και «Κοινωνικοί Καθοριστές» για να περιγράψουν την παραπάνω πολυπαραγοντική και περίπλοκη σχέση. (Σαρρής 2001, Σούλης 2015, Μαλάμου 2015). Υπάρχουν όμως και οι «Οικονομικοί Προσδιοριστές». (Σαρρής 2001, Σούλης 2015, Ιωάννου & Χαΐτα 2021).

Για παράδειγμα, η υγεία έχει μια αμφίδρομη αιτιώδη σχέση με την δημιουργία εισοδήματος με την έννοια ότι επηρεάζει τον παραγωγικό συντελεστή εργασία και δημιουργεί εισόδημα και το εισόδημα επιδρά στην υγεία του ατόμου τόσο σε όρους ποιότητας ζωής όσο και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Στο σύνολο των ατόμων οδηγούνται σε ευημερία τόσο η κοινωνία όσο και η οικονομία. Επομένως όταν κάποιος όρος της εξίσωσης αλλάζει, αλλάζουν και οι υπόλοιπες μεταβλητές δημιουργώντας ανισότητες στην υγεία. (Σαρρής 2001, Σούλης 2015).

Επιπρόσθετα, αναλόγως της σημασίας που της προσδίδεται διαμορφώνει τις ατομικές συμπεριφορές υγείας αλλά και γενικότερα τις απαιτήσεις και προσδοκίες της κοινωνίας για υπηρεσίες υγείας. (Σαρρής 2001, Sartorius 2006, McCartney et al. 2019, Μπουρσανίδης 2020).

Μελετώντας την βιβλιογραφία, διαπιστώνουμε ότι βρίσκεται στο επίκεντρο έρευνας και στοχασμού σε όλη την καταγεγραμμένη ιστορία της ανθρωπότητας, απασχολώντας τους φιλοσόφους, τους επιστήμονες και ακαδημαϊκούς πολλών διαφορετικών ειδικοτήτων, τους σχεδιαστές αλλά και φορείς άσκησης κοινωνικής

πολιτικής και πολιτικής υγείας. (Σαρρής 2001, Navarro et al. 2006, Oliver 2006, Karamanou et al. 2019, Μπουρσανίδης 2020).

Με χρονικό σημείο αναφοράς τον ορισμό της όπως διατυπώθηκε στο προοίμιο του καταστατικού ίδρυσης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ) και τέθηκε σε ισχύ από την 7^η Απριλίου 1948, θα γίνει μια σύντομη αναφορά στο πώς εξελίχθηκε. (<https://www.who.int/about/governance/constitution>)

Στην Αρχαία Ελλάδα, περίπου στον 5^ο αιώνα π.Χ., ο Ασκληπιός λατρευόταν ως ο θεός της Ιατρικής ενώ μια από τις κόρες του ήταν η Υγεία, η θεά της υγείας και υγιεινής. (Pearn 2000, Tountas 2009, Echeverry 2012) . Ήταν ουσιαστικά η προστάτιδα της υγείας μέσα από την πρόληψη και την αποφυγή ασθενειών. (Echeverry 2012).

Ο Ιπποκράτης, προσέγγισε την υγεία μέσα από ένα μείγμα φιλοσοφίας, επιστήμης, και ηθικής και έβαλε στο κέντρο αυτής τον ασθενή. Συνέδεσε την υγεία με την γενετική προδιάθεση, το πολιτικό και κοινωνικό περιβάλλον, την διατροφή και την άσκηση (Badash et al. 2017, Σαρρής 2001). Παρόμοια, στην αρχαία Κινεζική και Ινδική Ιατρική, η υγεία γινόταν αντιληπτή ως ισορροπία μεταξύ του ανθρώπου και του περιβάλλοντος του (Πράπα & Φακή 2008, Svalastog et al. 2017).

Στα σκοτεινά χρόνια του Μεσαίωνα όμως, μέσα στα πλαίσια ισχυρής επιρροής της Εκκλησίας στις αντιλήψεις των ανθρώπων η ασθένεια αποδιδόταν σε μαγανείες και δαιμονικές δυνάμεις. Ενώ στα ακόλουθα χρόνια της Αναγέννησης, υπερίσχυσε πάλι ο επιστημονικός λόγος στην ιατρική. (Πράπα & Φακή 2008).

Προς τα τέλη του 18^{ου} αιώνα και με την βιομηχανική επανάσταση τον 19^ο αιώνα και μετά, η υγεία συνδέθηκε με την σωματική ικανότητα για εργασία και απόδοση εισοδήματος και κέρδους (Σαρρής 2001, Svalastog et al. 2017). Έως τα τέλη του αιώνα, οι εξελίξεις στην ιατρική και μικροβιολογία και η επικράτηση μιας βιοϊατρικής προσέγγισης έναντι της κοινωνικής στην υγεία και την ασθένεια, εδραίωσαν μια μονοδιάστατη προσέγγιση της. Η υγεία προσδιοριζόταν πλέον ως η απουσία σωματικής ασθένειας. (Σαρρής 2001, Tannock 2006, Πράπα & Φακή 2008, Echeverry 2012).

Πολλοί μελετητές της περιόδου όμως εξέφρασαν τις αντιρρήσεις σε αυτό το εννοιολογικό μοντέλο. Αντιλήφθηκαν δηλαδή ότι υπήρχαν κοινωνικοί, οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες που επηρέαζαν την υγεία και ότι η ιατρική από

μόνη της δεν θα μπορούσε να περιορίσει τη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Χρειαζόταν δηλαδή μια διεπιστημονική προσέγγιση. (Σαρρής 2001, Μαλάμου 2015).

Επιπλέον όμως, όπως αναφέρουν οι Badash et al. (2017) στον απόηχο του Δεύτερου Παγκοσμίου πολέμου, και λαμβάνοντας υπόψη την επικρατούσα πλέον αντίληψη περί υγείας, και για να την αντιστρέψει, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) διατύπωσε τον παρακάτω ορισμό :

« Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».
(www.who.int/about/governance/constitution).

Ο θετικός αυτός ορισμός της υγείας (Grad 2002) διεύρυνε εννοιολογικά την υγεία και συμπεριέλαβε και άλλες διαστάσεις πέραν των σωματικών λειτουργιών . Είναι ο δημοφιλέστερος στην βιβλιογραφία και βρίσκεται συχνά στο επίκεντρο συζητήσεων στην επιστημονική και ακαδημαϊκή κοινότητα, ως θέμα διαφωνίας και ανάγκης επαναπροσδιορισμού του. (Σαρρής 2001, Bircher 2005, Badash et al. 2017, Huber et al. 2011, Svalastog et al. 2017, Oleribe et al. 2018, Plianbangchang 2018).

Οι επικριτές κρίνουν τον ορισμό στην βάση ότι η ευεξία δεν είναι ούτε μετρήσιμη ούτε απόλυτη έννοια. (Huber et al. 2011, Svalastog et al. 2017, Oleribe et al. 2018, Σαρρής 2001, Plianbangchang 2018). Και το να επιδοθεί κάποιος στην επιδίωξη ενός μη ρεαλιστικού στόχου (McGowan et al. 2016, Krennerich 2018), τον καθιστά έρμαιο των εταιρειών που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας και επιδιώκουν με τη σειρά τους τις πωλήσεις και το κέρδος. Έτσι οδηγείται σε υπερκατανάλωση φαρμακευτικών και παραφαρμακευτικών σκευασμάτων και άλλων ιατρικών θεραπειών προκειμένου να πετύχει την πολυπόθητη πλήρη ευεξία. Αν τα εξετάσει κανείς όμως όλα αυτά μακροσκοπικά, συμπεραίνει ότι είναι κομμάτι της αλυσίδας παραγόντων που αυξάνουν τις δαπάνες υγείας, δημιουργούν προβλήματα βιωσιμότητας στις μονάδες υγείας δυσχεραίνοντας κατ' επέκταση την πρόσβαση σε αυτές ανθρώπων που έχουν ανάγκη. (Σαρρής 2001, Huber et al. 2011, Echeverry 2012, Oleribe et al. 2018).

Ο Bircher (2005) σημειώνει ότι μελετώντας κανείς την ιστορική εξέλιξη της έννοιας υγείας μπορεί να σχηματίσει εικόνα για την κουλτούρα της κοινωνίας την συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Οπότε σε μια εποχή που η κρίση των συστημάτων υγείας είναι πολυπαραγοντική προτείνει ως νέο ορισμό: *«Υγεία είναι μια δυναμική*

κατάσταση ευεξίας που χαρακτηρίζεται από τις σωματικές, ψυχικές, και κοινωνικές δυνατότητες, που ικανοποιεί τις απαιτήσεις της ζωής σε αναλογία με την ηλικία, την κουλτούρα και την προσωπική ευθύνη». (Bircher 2005)

Ο Sartorius (2006) θεωρεί ότι ο Π.Ο.Υ. απλά πρόσθεσε μια παράμετρο ακόμα στην βιοϊατρική προσέγγιση της υγείας ενώ ο Σαρρής (2001) την αντιλαμβάνεται ως μια κατάσταση όπου, όταν κάποιο γεγονός ταραξεί τις ισορροπίες της ύπαρξης του, ο άνθρωπος θα καταφέρει να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση αναθεωρώντας μέχρι τότε αξίες και αντιλήψεις.

Για τους Huber et al. (2011) ο ορισμός του ΠΟΥ αν και πρωτοποριακός είναι πλέον αντιπαραγωγικός με την έννοια ότι από τότε που διατυπώθηκε μέχρι σήμερα, ενώ αυτός παρέμεινε αμετάβλητος, άλλαξαν η τυπολογία και ο επιπολασμός των νοσημάτων. Για παράδειγμα, ενώ κάποτε τα χρόνια νοσήματα ήταν λιγότερα με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, σήμερα έχουν αντιστραφεί οι ρόλοι. Οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα είναι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό με όμως καλό προσδόκιμο ζωής. Σύμφωνα όμως με τον ορισμό του Π.Ο.Υ. αυτοί δεν είναι υγιείς (Huber et al. 2017, Krennerich 2018), αντιμετωπίζονται από το σύστημα υγείας έτσι και αυτό είναι ένας λόγος ακόμα αύξησης των δαπανών υγείας. (Huber et al. 2011).

Οι Badash et al. (2017) μελετώντας την σχετική βιβλιογραφία κατέληξαν ότι ο ορισμός αυτός είναι καταδικασμένος να παραμείνει ανέφικτος όσο υπάρχουν οι περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. Με την άποψη αυτή συμφωνούν και οι Oleribe et al. (2018) όπως και οι Huber et al. (2011) που επιπλέον αναφέρουν ότι σε μια συνάντηση υγείας που έγινε το 2009 στην Ολλανδία, οι συμμετέχοντες κατέληξαν ότι η υγεία ως έννοια έχει μια δυναμική και εκφράζεται ως *«ικανότητα προσαρμογής και αυτο-ελέγχου»*.

Οι Oleribe et al. (2018) υποστηρίζουν ότι για να αποκτήσει ή να διατηρήσει το άτομο την υγεία του αυτό θα γίνει σε επίπεδο κοινωνίας, οπότε δεν μπορεί κάποιος να είναι υγιής σε μια κοινωνία που ασθενεί. Η γήρανση του πληθυσμού και ο σύγχρονος τρόπος ζωής με τις επιβαρυντικές για την υγεία συνήθειες δεν συμβάλλουν θετικά. Για αυτό προτείνουν τον επαναπροσδιορισμό της υγείας ως: *«μια ικανοποιητική και αποδεκτή κατάσταση της σωματικής, ψυχικής, συναισθηματικής, οικονομικής και κοινωνικής ευεξίας»* Όταν ατομικά ο κάθε άνθρωπος θα επιδιώξει την βιολογική, ψυχολογική, διανοητική, χρηματοοικονομική και κοινωνική του βελτίωση αυτό θα αναβαθμίσει την

ποιότητα υγείας ολόκληρης της κοινωνίας σε μια αμφίδρομη σχέση.(Oleribe et al. 2018)

1.2. Το Δικαίωμα στην Υγεία

Η αναγνώριση κάποιου αγαθού, έννοιας, ή αξίας ως δικαιώματος στο Διεθνές και Εθνικό Δίκαιο, αναφέρεται σε μια διμερή σχέση όπου η μια πλευρά έχει αξιώσεις και η άλλη φέρει το βάρος της ικανοποίησης αυτών των αξιώσεων. (Diamond & Hall-Partyka, 2022). Τα ανθρώπινα δικαιώματα γενικά διακρίνονται σε δυο κατηγορίες, τα αρνητικά όπως είναι το δικαίωμα στη ζωή και στην ιδιωτικότητα και στα θετικά όπως είναι το δικαίωμα στην εκπαίδευση και στην υγεία. Για την ικανοποίηση των δεύτερων σε αντίθεση με τα πρώτα, απαιτούνται δημόσιες δαπάνες. (McHale 2010).

Όπως θα δούμε παρακάτω, το δικαίωμα στην Υγεία προστατεύεται από πολυάριθμες διεθνείς συνθήκες και εθνικά συντάγματα ως

- θεμελιώδες και εγγενές της ανθρώπινης οντότητας (Gayim 2016, Nampewo et al. 2022),
- ως κοινωνικό όπου το κράτος φροντίζει για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στη βάση της αρχής της ισότητας,
- ως ατομικό που αφορά στην μη πρόκληση βλάβης της σωματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου και δεν του τίθενται εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Σοφοκλέους, 2019).

Η διατύπωση και κατοχύρωση του όμως έγινε σε βάθος χρόνων επηρεασμένη από τις εκάστοτε επικρατούσες διεθνείς γεωπολιτικές και κοινωνικές συνθήκες. Οι αρχικές αναφορές στο δικαίωμα αυτό ήταν γενικές και άφηναν χώρο για διαφορετικές ερμηνείες και συζητήσεις. (Gayim 2016, Nampewo et al. 2022).

1.2.1. Διεθνείς Οργανισμοί και Διεθνές Δίκαιο

Οι δυο Παγκόσμιοι Πόλεμοι και ιδιαίτερα οι θηριωδίες των Ναζί στρατιωτικά αλλά το κυριότερο ιατρικά, άφησαν την ανθρωπότητα εξαντλημένη αλλά και θορυβημένη από την κατάφωρη καταπάτηση κάθε ηθικής αρχής και ανθρώπινου δικαιώματος.

(Gayim 2016, Krennerich 2018, Meier et al.2020, <https://www.amnesty.gr/universal-declaration-of-human-rights>,[https://www.europarl.europa.eu / Reg Data/etudes/ATAG /2018/628295/EPRS_ATA\(2018\)626282_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2018/628295/EPRS_ATA(2018)626282_EN.pdf))

Οι συνθήκες αυτές οδήγησαν τα Ηνωμένα Έθνη σε μια σειρά από ιστορικές ενέργειες.

Στον καταστατικό ίδρυσης του ΠΟΥ το 1946, ως εξειδικευμένη υπηρεσία του ΟΗΕ για την διεθνή δημόσια υγεία, αναφέρεται ότι είναι από τις βασικές αρχές του : *« η επίτευξη από όλους τους ανθρώπους του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας»* και ότι *«η υγεία όλων των ανθρώπων είναι θεμελιώδης για την διατήρηση της ειρήνης και ασφάλειας και βασίζεται στην πλήρη συνεργασία ατόμων και κρατών»*. (<https://www.who.int/about/governance/constitution>)

Δύο χρόνια αργότερα, το 1948, ψηφίζεται από την Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) η «Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων» (ΟΔΑΔ).

Αν και κείμενο μη δεσμευτικής ισχύος, άφησε ανεξίτηλο αποτύπωμα στην προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη σύγχρονη ιστορία. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33141-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33141-6))

Η υπογραφή του από κράτη μέλη του ΟΗΕ δεν γεννούσε υποχρεώσεις σε αυτά ή δικαιώματα στους πολίτες, εξάλλου δεν προβλέπονταν ελεγκτικοί μηχανισμοί για τη τήρηση των αρχών που προωθούσε (Gayim 2016). Πλησιάζει όμως πάρα πολύ στο εθιμικό διεθνές δίκαιο (Krennerich 2018) και ουσιαστικά χάραξε έναν οδικό χάρτη για την μετέπειτα κατάρτιση κειμένων με έννομες συνέπειες . (Pereira 2003, Gayim 2016, Krennerich 2018, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33141-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33141-6), [Meier et al. 2020](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33141-6)).

Ακολουθώντας τα βήματα του Καταστατικού Χάρτη του ΟΗΕ, κατοχύρωσε τα ανθρώπινα δικαιώματα ως απαράγραπτα και εγγενή της ανθρώπινης ύπαρξης ανεξαρτήτως φύλου, θρησκείας, γλώσσας, εθνικότητας ή άλλης κατάστασης. Αναγνωρίστηκε ακόμα διεθνώς ότι σε αυτά συμπεριλαμβάνονται ισότιμα μαζί με αστικά και πολιτικά δικαιώματα, οικονομικά, πολιτιστικά και κοινωνικά δικαιώματα.(Grad 2002, [https://www.europarl.europa.eu /RegData /etudes /ATAG /2018 /628295 /EPRS_ATA\(2018\)628295_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG/2018/628295/EPRS_ATA(2018)628295_EN.pdf)).

Η Υγεία ως ένα από τα κοινωνικά δικαιώματα, αναφέρεται συνοπτικά στο Άρθρο 25 παρ. 1 : *«Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευεξία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες...»* (<https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>).

Ειδικότερη μνεία όμως στο δικαίωμα στην Υγεία γίνεται αργότερα, το 1966, στο «Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά δικαιώματα» (ΔΣΟΚΠ), το οποίο ανήκει στο Διεθνές Δίκαιο. Συγκεκριμένα:

«Άρθρον 12. – παρ.1. Τα συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία.

2. Τα μέτρα που θα λάβουν τα συμβαλλόμενα Κράτη, για την εξασφάλιση της πλήρους άσκησης του δικαιώματος αυτού πρέπει να περιλαμβάνουν επίσης και τα απαιτούμενα μέτρα για τη διασφάλιση:α) Της μειώσεως των θνησιγενών βρεφών και της θνησιμότητας αυτών καθώς και της υγιεινής ανάπτυξης των παιδιών, β) Της βελτιώσεως όλων των τομέων υγιεινής του περιβάλλοντος και της βιομηχανικής υγιεινής, γ) Της προφυλάξεως και θεραπείας επιδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών και της καταπολέμησης αυτών, δ) Της δημιουργίας συνθηκών που μπορούν να εξασφαλίζουν σε όλους ιατρικές υπηρεσίες και ιατρική περίθαλψη σε περίπτωση ασθένειας» (<https://unric.org/el/%ce%b4%ce%b9%ce%b5%ce%b8%ce%bd%ce%ad%cf%82-%cf%83%cf%8d%ce%bc%cf%86%cf%89%ce%bd%ce%bf-%ce%b3%ce%b9%ce%b1-%cf%84%ce%b1-%ce%bf%ce%b9%ce%ba%ce%bf%ce%bd%ce%bf%ce%bc%ce%b9%ce%ba%ce%ac-%ce%ba%ce%bf%ce%b9-2/>).

Η σημαντικότητα του ΔΣΟΚΠ είναι αδιαμφισβήτητη, όμως δεσμεύει τα κράτη αόριστα στην υλοποίηση των απαραίτητων ενεργειών για την ουσιαστική άσκηση του δικαιώματος στην υγεία. (Pereira ,2003) Επίσης λόγω της γενικότητας του κειμένου, το δικαίωμα στην υγεία παρέμεινε για πολλά χρόνια στη σφαίρα της φιλοσοφίας και θεωρητικής συζήτησης. Η Διακήρυξη της Alma –Ata το 1978 ήταν ένα πρώτο βήμα προς μια πρακτική υλοποίηση των αρχών του ΔΣΟΚΠ βάζοντας τα θεμέλια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Το 1990 η Επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα του ΟΗΕ με το Γενικό Σχόλιο Νο. 3 ανέφερε ότι οφείλουν τα κράτη που έχουν υπογράψει

το Σύμφωνο να κάνουν τουλάχιστον τα ελάχιστα για την προστασία και προαγωγή των δικαιωμάτων που κατοχυρώνονται σε αυτό (Dhai, 2020). Ενώ το 2000 εξέδωσε το «Γενικό Σχόλιο Νο. 14». Πρόκειται για ένα κείμενο, που περιέχει βασικές διευκρινήσεις σχετικά με το δικαίωμα στην υγεία όπως θεμελιώθηκε στο άρθρο 12 του ΔΣΟΚΠ (Backman et al. 2008). Η κατοχύρωση του εμπεριέχει ελευθερίες και αξιώσεις για τους δικαιούχους αλλά και υποχρεώσεις για τα κράτη *«να σέβονται, να προστατεύουν και να εκπληρώνουν»* το δικαίωμα στην υγεία (OHCHR & WHO 2008, Namprewo et al. 2022). Γενικά, προστατεύει τους ανθρώπους από οποιαδήποτε πράξη βασανισμού ή ιατρικής πράξης χωρίς συναίνεση. Οι κυβερνήτες, από την άλλη, οφείλουν να προχωρήσουν σταδιακά αλλά με στρατηγικό σχεδιασμό στην υλοποίηση ενός συστήματος προστασίας της σωματικής και ψυχικής υγείας που θα παρέχει υπηρεσίες με βάση την αρχή της ισότητας και μη διάκρισης. Ακόμα, οι ευάλωτες ομάδες και κοινωνικά αποκλεισμένες χρήζουν ιδιαίτερης προστασίας από το κράτος. Δεν δεσμεύονται τα κράτη από συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα για τις αλλαγές αφού θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι διαθέσιμες παραγωγικές δυνατότητες της χώρας τόσο σε υλικούς όσο και σε ανθρώπινους όρους. Όμως, οι υπηρεσίες παροχής Π.Φ.Υ. θα πρέπει να υλοποιηθούν άμεσα και παρά ταύτα. (Backman et al 2008, OHCHR & WHO 2008).

Ουσιαστικά αναγνωρίζει το δικαίωμα στην Υγεία ως δικαίωμα όλων χωρίς διακρίσεις, σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας όπως και *«Διαθέσιμης, Προσβάσιμης, Αποδεκτής και Ποιοτικής»* (AAAQ) υγειονομικής περίθαλψης. Όπως επίσης είναι και δικαίωμα στους επονομαζόμενους από την Επιτροπή *«βασικούς προσδιοριστές της υγείας: την ασφαλή πρόσβαση σε πόσιμο νερό και θρεπτικό φαγητό, συνθήκες υγιεινής και στέγασης, ίση μεταχείριση των δυο φύλων, υγιεινές συνθήκες εργασίας και περιβάλλοντος, πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας και στην αγωγή υγείας.»* (OHCHR & WHO 2008). Τα κράτη οφείλουν να νομοθετήσουν σχετικά για την προστασία του δικαιώματος στην υγεία από τους δημόσιους και λοιπούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας είτε είναι ιδιωτικοί, μη κυβερνητικές οργανώσεις, εθελοντές κ.α. Αλλά και σε διακρατικό επίπεδο, οι χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου που έχουν την τεχνογνωσία ή τους οικονομικούς πόρους να προσφέρουν την συνεργασία και την βοήθεια τους σε χώρες του αναπτυσσόμενου κόσμου ώστε και αυτές να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις υποχρεώσεις τους (Backman et al. 2008).

Είναι σημαντικό να διευκρινιστεί όμως, ότι δεν θα πρέπει να ερμηνεύεται ως δικαίωμα να είναι κάποιος υγιής και να έχει αξιώσεις από το κράτος για την εξασφάλιση μιας καλής ατομικής κατάστασης υγείας . Εξάλλου αυτό θα ήταν αδύνατο αφού το κράτος δεν μπορεί να παρέμβει ούτε στον τρόπο ζωής ούτε στις γενετικές προδιαθέσεις των ατόμων μεμονωμένα. Όμως το κράτος, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, αυτό που μπορεί και οφείλει να κάνει είναι να δημιουργήσει τις ευνοϊκές συνθήκες για να είναι υγιής ο πληθυσμός. (Krennerich 2018, OHCHR & WHO 2008).

Το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνεται σε πολυάριθμες διεθνείς συμβάσεις υπό την αιγίδα των Η.Ε. και τουλάχιστον μια τέτοια έχει υπογραφεί από όλες τις χώρες. Ενδεικτικά να αναφέρουμε την «Διακήρυξη της Alma-Ata» το 1978 , τον «Χάρτη της Οττάβα» το 1986, τον «καταστατικό χάρτη της Μπανγκόκ για την προαγωγή της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο» το 2005. (Heymann et al. 2013, Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων 2014, Krennerich 2018). Το 2005 συνάφθηκε και ο «Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός» (ΔΥΚ) (<https://rm.coe.int/protecting-the-right-to-health-through-inclusive-and-resilient-health-/1680a177ad>).

Συνάφθηκαν όμως και πιο ειδικές συμβάσεις για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Όπως η «Σύμβαση για την Κατάργηση κάθε Μορφής Φυλετικών Διακρίσεων» το 1966, η «Σύμβαση για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Διακρίσεως κατά των Γυναικών» το 1979, η «Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού» το 1989, η «Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Μεταναστών Εργαζομένων και των Μελών των Οικογενειών τους» το 1990, η Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία το 2006. (Heymann et al. 2013, Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων 2014, Krennerich 2018).

Στην Σύνοδο των Ηγετών της G20 που είναι μέλος η Ε.Ε. , τον Οκτώβριο του 2021, συμφωνήθηκε μεταξύ άλλων «να προωθήσουν τις προσπάθειες εξασφάλισης καλύτερης και πιο έγκαιρης πρόσβασης σε εμβόλια κατά της νόσου COVID-19 σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος» και συστάθηκε « Κοινή Ειδική Ομάδα Οικονομικών-Υγείας της G20» που θα προβεί «σε δημιουργία χρηματοδοτικής διευκόλυνσης, υπό τον συντονισμό του ΠΟΥ, με σκοπό την ενίσχυση της παγκόσμιας χρηματοδότησης της ετοιμότητας ενόψει πανδημιών, της πρόληψης και της αντιμετώπισής τους» (<https://www.consilium.europa.eu/el/meetings/international-summit/2021/10/30-31/>).

Κλείνοντας να αναφέρουμε ότι σε περιφερειακό επίπεδο παγκοσμίως έχουν συναφθεί και άλλες συμβάσεις και διακηρύξεις.

Όπως είναι το 1948, η «Αμερικάνικη Διακήρυξη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων του Ανθρώπου» που αναγνωρίζει μεταξύ άλλων κοινωνικών δικαιωμάτων αυτό της υγείας και ευεξίας (<http://humanrightscommitments.ca/wpcontent/uploads/2018/10/American-Declaration-of-the-Rights-and-Duties-of-Man.pdf>) και η «Αμερικανική Σύμβαση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων», το 1978, που αρχικά δεν έκανε σαφή αναφορά στο δικαίωμα στην υγεία. Όμως, το 1988 συντάχθηκε επιπρόσθετα σε αυτήν το επονομαζόμενο Πρωτόκολλο του Σαν Σαλβαδόρ, όπου είναι διάχυτη η επιρροή ΔΣΟΚΠ για την κοινωνική προστασία των ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και το δικαίωμα στην υγεία. (<https://www.oas.org/en/iachr/mandate/Basics/sansalvador.asp>).

Ούτε ο «Ασιατικός Χάρτης Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων» το 1986 περιλαμβάνει το δικαίωμα στην υγεία αυτό καθαυτό, αλλά αυτό προκύπτει μέσα από άλλα δικαιώματα όπως της ζωής και της κοινωνικής δικαιοσύνης με πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και προστασία ευάλωτων ομάδων από διακρίσεις. (<https://www.refworld.org/pdfid/452678304.pdf>).

Στον «Αφρικανικό Χάρτη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη» το 1981, περιλαμβάνεται άρθρο για την προστασία της υγείας (<https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49>).

Ενώ στην «Διακήρυξη του Καΐρου για τα ανθρώπινα δικαιώματα στο Ισλάμ» το 1990, γίνεται αναφορά στο δικαίωμα της υγειονομικής περίθαλψης και άλλων βασικών προσδιοριστών της υγείας. (<http://hrlibrary.umn.edu/instreet/cairodeclaration.html>).

1.2.2. Ευρώπη και Ενωσιακό Δίκαιο

Στην Ευρώπη, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι και η ΟΔΑΔ, διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στις μετέπειτα ιστορικές εξελίξεις και οδήγησαν στην σύσταση τόσο του Συμβουλίου της Ευρώπης όσο και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

1.2.2.1 Συμβούλιο της Ευρώπης

Το Συμβούλιο της Ευρώπης είναι ένας διεθνής οργανισμός που ιδρύθηκε το 1949 με στόχο την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και την προαγωγή της δημοκρατίας και του κράτους δικαίου στον ευρωπαϊκό χώρο. (<https://www.coe.int/el/web/about-us/founding-fathers>). Το 1950 με φανερή την επιρροή της ΟΔΑΔ συντάχθηκε η «Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών» ή για συντομία «Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου» (ΕΣΔΑ) ([https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG2018/628295/EPRS_ATA\(2018\)628295_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/ATAG2018/628295/EPRS_ATA(2018)628295_EN.pdf)). Αν και δεν προβλέφθηκε ξεχωριστό άρθρο, το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων ως όργανο του Συμβουλίου της Ευρώπης, έχει εκδικάσει πολυάριθμες υποθέσεις σχετικές με το δικαίωμα στην υγεία και έχει βασίσει τις αποφάσεις του στα άρθρα της ΕΣΔΑ που αναφέρονται στο δικαίωμα της ζωής, της προστασίας από απάνθρωπη μεταχείριση και το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή. (<https://rm.coe.int/protecting-the-right-to-health-through-inclusive-and-resilient-health-/1680a177ad>, Ακριβοπούλου & Ανθόπουλος 2015).

Λίγα χρόνια αργότερα το 1961 καταρτίστηκε από το Συμβούλιο της Ευρώπης ο «Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης» όπου στο Άρθρο 11 αναφέρει ότι: *«Για εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για προστασία της υγείας, τα Συμβαλλόμενα Μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν είτε απευθείας είτε με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων, κατάλληλα μέτρα που αποσκοπούν ιδίως :* 1. *Να εξαφανίζουν κατά το δυνατό τα αίτια μη ικανοποιητικής υγείας. 2. Να προβλέπουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες διαφώτισης σε ό,τι αφορά τη βελτίωση της υγείας και την ανάπτυξη της συναίσθησης ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας. 3. Να προλαβαίνουν, κατά το δυνατό, τις επιδημικές, ενδημικές και άλλες ασθένειες.»* (<https://www.refworld.org/cgi-bin/telex/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c10ae992>).

Ένα ακόμα σημαντικό κείμενο από το Συμβούλιο της Ευρώπης είναι «Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη Βιοιατρική», ή αλλιώς γνωστή με τη σύντομη ονομασία της «Σύμβαση του Οβιέδο», το 1997, όπου στο Κεφάλαιο Πρώτο, Άρθρο 3 διακηρύσσει την: *«Ισότητα ευκαιριών στην περίθαλψη. Οι Συμβαλλόμενοι, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες για την υγεία, καθώς και τους διαθέσιμους πόρους θα λάβουν τα*

κατάλληλα μέτρα προκειμένου να παρέχουν ισότητα προσβάσεων στην κατάλληλης ποιότητας περίθαλψη εντός της επικράτειάς τους». (<https://rm.coe.int/168007cf98>).

1.2.2.2. Ευρωπαϊκή Ένωση

Το δικαίωμα στην Υγεία δεν αναφέρεται αυτό καθαυτό στις πρώτες ιδρυτικές Συνθήκες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) από το 1951 και για τα επόμενα περίπου σαράντα χρόνια.

Το 1952, προτάθηκε η δημιουργία μιας Ευρωπαϊκής Κοινότητας Υγείας (European Health Community) αλλά εγκαταλείφθηκε. (Nabbe & Brand 2021). Εξάλλου η ιδέα της ευρωπαϊκής ενοποίησης είχε αρχικά ξεκάθαρο οικονομικό προσανατολισμό. (Greer et al. 2019, Hervey & Ruijter 2020, Bucher 2022 https://www.europarl.europa.eu/ftu/pdf/el/FTU_4.1.2.pdf). Στην Συνθήκη της Ρώμης το 1957 για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας (ΕΟΚ) υπήρχε διάχυτη η πεποίθηση ότι η κοινωνική ευημερία θα ερχόταν μέσα από τον ολοκληρωμένο οικονομικό χώρο. (Στεργίου 2011 στο Σακελλαρόπουλος & Αγγελάκη 2016). Τα περισσότερα κοινωνικά δικαιώματα όπως και τα υπόλοιπα θεμελιώδη ανθρώπινα, προστατεύονταν από τις εθνικές νομοθεσίες και τις διεθνείς συμβάσεις. (<https://www.europarl.europa.eu/factsheets/el/sheet/146/the-protection-of-article-2-teu-values-in-the-eu>).

Όμως έμμεσα και αναπόφευκτα εξαρχής και εντονότερα με την πάροδο των χρόνων, τόσο οι Συνθήκες όσο και κάποιοι από τους Κανονισμούς, Οδηγίες ή Αποφάσεις¹ που περιοδικά εκδίδουν τα θεσμικά όργανα της Ε.Ε. περιλαμβάνουν άρθρα που επηρεάζουν την υγεία. (Hervey & Ruitjter 2020). Από την μια οι οικονομικές αποφάσεις που λαμβάνονται σε επίπεδο Ε.Ε. εξακολουθούν να επηρεάζουν τις χρηματοδοτικές δυνατότητες των Κρατών- Μελών στον τομέα της υγείας. Ταυτόχρονα τα πιο αδύναμα Κράτη- Μέλη στα πλαίσια της ενίσχυσης της συνοχής λαμβάνουν σημαντικές χρηματοδοτικές ενισχύσεις στοχευόμενες στον τομέα της υγείας. (Pillay 2021, Bucher 2022).

Ήδη λοιπόν από το 1951, στη Συνθήκη για την ίδρυση της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Άνθρακα και Χάλυβα (ΕΚΑΧ) μεταξύ άλλων αναφερόταν η υγεία και ασφάλεια των

¹ Τόσο οι Ιδρυτικές Συνθήκες και οι τροποποιήσεις (Πρωτογενές Δίκαιο της ΕΕ) όσο και οι Κανονισμοί, Οδηγίες και Αποφάσεις (Δευτερογενές Δίκαιο της ΕΕ) χαρακτηρίζονται από τις αρχές της αυτονομίας και υπεροχής (Ακριβοπούλου- Ανθόπουλος 2015).

εργαζομένων στα ορυχεία. (Hervey & Ruitjter 2020, Bucher 2022). Στη Συνθήκη της Ρώμης το 1957, που βασικά ρύθμιζε την ελεύθερη μετακίνηση αγαθών, υπηρεσιών, κεφαλαίων και ανθρώπων μεταξύ των Κρατών-Μελών, γίνεται αναφορά στην κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων που εργάζονται σε άλλη χώρα-μέλος της Κοινότητας, όπως και στην υγεία στον χώρο εργασίας (Ognyanova et al. 2012, Kortese 2016). Σημαντική ήταν και η Οδηγία 79/7/ΕΟΚ σχετικά με την ίση μεταχείριση ανδρών και γυναικών στην κοινωνική ασφάλιση (Σακελλαρόπουλος & Αγγελάκη 2016).

Από τα μέσα της δεκαετίας του 70, οι Χώρες Μέλη της Ε.Ε. αλλά και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου εφάρμοσαν Οδηγίες για την αμοιβαία αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων των επαγγελματιών υγείας (Bucher 2022). Στο ιστορικό αυτό, το 2005 το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Επιτροπή εξέδωσαν την Οδηγία 2005/36/ΕΚ, που επικαιροποιήθηκε από την Οδηγία 2013/55/ΕΕ και ρύθμιζε την επαγγελματική κινητικότητα υγειονομικών. (Ognyanova et al. 2012, Kortese 2016).

Η υπογραφή της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Πράξης (ΕΕΠ), το 1986, διεύρυνε τους σκοπούς και πεδίο δράσης της Ε.Ε. και μεταξύ αυτών που προστέθηκαν ήταν η προστασία της υγείας.(Bucher 2022).

Ουσιαστικά η ΕΕΠ άνοιξε τον δρόμο ώστε το 1992, η Συνθήκη του Μάαστριχτ (Άρθρο 129), να δώσει την εξουσιοδότηση στην Ε.Ε. να αυξήσει την δράση στο πεδίο της προστασίας της υγείας, και ενθάρρυνε τα Κράτη –Μέλη να συνεργαστούν στενά σε αυτήν την προσπάθεια. Όπως αναφέρεται στο Άρθρο 3, βασικός στόχος της Ένωσης είναι η προαγωγή της ειρήνης και της ευημερίας όλων των ευρωπαϊών πολιτών. Έμμεσα δηλαδή γίνεται αναφορά στον ορισμό της Υγείας όπως διατυπώθηκε από τον ΠΟΥ (Greer et al. 2019). Βέβαια πρέπει να επισημανθεί ότι η Συνθήκη αναφέρεται στην δημόσια υγεία σε επίπεδο κρατών χωρίς να παρεμβαίνει στα Εθνικά Συστήματα Υγείας. (Hervey& Ruijter 2020). Ακόμα το Άρθρο 6 αναγνωρίζει τα θεμελιώδη δικαιώματα όπως αυτά διατυπώθηκαν στην ΕΣΔΑ και απορρέουν από τις εθνικές συνταγματικές παραδόσεις ως γενικές αρχές που οφείλουν όλα τα Κράτη –Μέλη να σέβονται. (O’Gorman 2011).

Αυτά που όριζε το Άρθρο 129 επαναλήφθηκαν στις μετέπειτα Συνθήκες όμως με μικρές τροποποιήσεις για σταδιακή αύξηση δράσης της Ε.Ε. στον τομέα της προστασίας και προαγωγής τόσο της δημόσιας υγείας όσο και των Ευρωπαϊών πολιτών. (Salary & Lincoln 2008, Hervey& Ruijter 2020, Bucher 2022).

Το 1997 επικυρώθηκε η Συνθήκη του Άμστερνταμ όπου στο Άρθρο 152 συμφωνήθηκε να συμπεριλαμβάνεται πλέον «Αξιολόγηση Αντίκτυπου στην Υγεία» κάθε προγράμματος που εκπονείται από την Ε.Ε. (Salay & Lincoln 2008, Rosenkötter et al. 2013).

Από αρχές του 2000 διαφαίνεται ότι η κοινωνική πολιτική αναβαθμίζεται στις προτεραιότητες των πολιτικών της Ε.Ε. (Αμίτσης, 2014). Στην Σύνοδο Κορυφής στην Λισαβόνα, οι ηγέτες των Χωρών Μελών με την υιοθέτηση της «Στρατηγικής της Λισαβόνας» φιλοδοξούσαν έως το 2010 να πετύχει η Ε.Ε. «*αειφόρο οικονομική ανάπτυξη με κοινωνική συνοχή*» (<https://www.europarl.europa.eu/highlights/el/1001.htm>). Ήταν ξεκάθαρο ότι οι ανισότητες στην υγεία τόσο μεταξύ διαφορετικών περιοχών όσο και κοινωνικών ομάδων αυξάνονταν παρεμποδίζοντας την οικονομική και κοινωνική ευημερία. (Παπαρρηγοπούλου –Πεχλιβανίδη 2013). Ήδη μελέτες κοινωνικών επιστημόνων είχαν επισημάνει ότι η οικονομική ευημερία θα πρέπει να συμβαδίζει με την επιδίωξη «*κοινωνική ποιότητας*» μέσω της πρόσβασης στις κατάλληλες υπηρεσίες που η παραγωγή τους θα είναι αποδοτική και η κατανομή τους ισότιμη. (Πολύζος κ.ά. 2005) Το κάθε Κράτος Μέλος όμως όπως συμφωνείτο στις Συνθήκες, διαμορφώνει αυτοτελώς την κοινωνική του πολιτική, οπότε πρόεκυψε η ανάγκη εναλλακτικού συντονισμού των εθνικών πολιτικών στα πλαίσια της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης.

Έτσι το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο εφάρμοσε ως εργαλείο υλοποίησης της Στρατηγικής της Λισαβόνας την «Ανοικτή Μέθοδο Συντονισμού» (ΑΜΣ) που είναι ένα σύνολο κατευθυντήριων διακυβερνητικών πρακτικών, στοχοθεσίας και δεικτών αξιολόγησης της κοινωνικής πολιτικής (Παπαρρηγοπούλου –Πεχλιβανίδη 2013, Σούλης 2015) .

Στον τομέα της υγείας, το 2001, στα πλαίσια προβληματισμού για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν πλέον τα Συστήματα Υγείας προτάθηκε από τις Οικονομική, Κοινωνική και Επιτροπή των περιφερειών, η αξιοποίηση του νέου αυτού εργαλείου και ο αναπροσανατολισμός της ευρωπαϊκής υγειονομικής πολιτικής προς το τρίπτυχο εννοιών: καθολική Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας , προσφορά Ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και Οικονομική Βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας , στη λογική δηλαδή των αρχών του «*Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου*» (Υφαντόπουλος 2007).

Το 2005 οι διαδικασίες συντονισμού στα πλαίσια της ΑΜΣ αφορούσαν τρεις στόχους: 1. κοινωνική ένταξη 2. συντάξεις, 3. παροχή υψηλής ποιότητας βιώσιμη υγειονομική

περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε εδώ ότι συγκεκριμένα για τον τρίτο, αυτός αναλύεται ως: «πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα λαμβάνοντας μέριμνα ώστε η ανάγκη για περίθαλψη και φροντίδα να μην οδηγεί σε συνθήκες φτώχειας και οικονομικής εξάρτησης, αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τις ανισότητες που αφορούν στην πρόσβαση και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας...» (Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2008, στο Σούλης 2015). Ενώ το 2008 η ΑΜΣ ισχυροποιήθηκε ακόμα περισσότερο ως μηχανισμός κοινωνικής ανάπτυξης και ονομάστηκε «Κοινωνική ΑΜΣ». (Σούλης 2015).

Επιπρόσθετα, η Ε.Ε. έχει εκδώσει πληθώρα Κανονισμών και Οδηγιών που ρυθμίζουν την διάθεση στην αγορά και χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων και ιατροτεχνολογικών προϊόντων και την ηλεκτρονική υγεία (e-Health). Όπως και χρηματοδοτεί πολυάριθμα προγράμματα στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης μέσω των Ευρωπαϊκών και Διαρθρωτικών Ταμείων, του Ευρωπαϊκού Ταμείου Περιφερειακής Ανάπτυξης και του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου . Κοινός στόχος όλων αυτών η προστασία των καταναλωτών και χρηστών υπηρεσιών υγείας και φυσικά να γίνει διαδικαστικά αλλά οικονομικά πιο προσιτή η προσβασιμότητα τους. (<https://www.what-europe-does-for-me.eu/data/pdf/focus/focus09el.pdf>).

Το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο έχει εκδώσει δυο σημαντικές Οδηγίες την 2000/43/EK και 2004/113/EK για την διασφάλιση της πρόσβασης χωρίς διακρίσεις για όλους στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Orzechowski 2020).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει καταρτίσει και επιδοτήσει ήδη από τη δεκαετία του 80 πολυάριθμες δράσεις με στόχο την προαγωγή της υγείας των Ευρωπαίων πολιτών όπως είναι ενδεικτικά τα:

- «Η Ευρώπη κατά του Καρκίνου» το 1985 και
- «Η Ευρώπη κατά του AIDS» τη δεκαετία του 90.

(<https://www.Europarl.europa.eu/factsheets/n/sheet/49/public-health>, Rosenkötter et al. 2013, Hervey & Ruitjer 2020).

- Στην «Λευκή Βίβλο- Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013»

ουσιαστικά αναγνωρίζει το δικαίωμα στην υγεία. (Nabbe & Brand 20121). Αυτό προκύπτει μέσα από τους στρατηγικούς στόχους όπως είναι η πρόληψη ασθενειών, η

πρόληψη και προαγωγή της υγείας, η ενδυνάμωση των πολιτών ώστε να είναι ενεργοί, αλλά και των εθνικών Συστημάτων Υγείας ώστε να βελτιωθεί η υγεία των πολιτών, να μειωθούν οι ανισότητες στην υγεία, και να αξιοποιηθούν οι νέες τεχνολογίες στον χώρο της υγείας όπως και να αυξηθεί η Εγγραματοσύνη Υγείας κατά ηλικιακό επίπεδο. (https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_07_1571).

➤ Το «Ευρώπη 2020»

είναι το στρατηγικό σχέδιο που παρουσίασε το 2010 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στα πλαίσια της Στρατηγικής της Λισαβόνας, με το οποίο να αντιμετωπίσει τις πιέσεις της εντεινόμενης παγκοσμιοποίησης, της γήρανσης του πληθυσμού, της οικονομικής κρίσης που έχει ήδη από το 2008 εκδηλωθεί, και τις ανισότητες στην υγεία. Ο βασικός στόχος ήταν μια *«έξυπνη, βιώσιμη και ολιστική προσέγγιση της ανάπτυξης»* στην Ευρώπη έως το 2020. (<https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>).

➤ Το Ευρωπαϊκό Φόρουμ Ασθενών (European Patients Forum- EPF)

που έχει τη διαχρονική οικονομική υποστήριξη από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή είναι ένας ανεξάρτητος, μη κυβερνητικός και μη κερδοσκοπικός οργανισμός που λειτουργεί ως *«ομπρέλα»* για άλλες οργανώσεις ασθενών σε όλη την Ευρώπη και δραστηριοποιούνται είτε εθνικά είτε κατά είδος νοσήματος με στόχο να ενδυναμώσει τους ασθενείς και οι ανάγκες και απόψεις τους να ακουστούν σε επίπεδο λήψης αποφάσεων. Μεταξύ των στόχων που έχει θέσει στο Στρατηγικό του Πλάνο 2021-2026 είναι η Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας για όλους χωρίς διακρίσεις (<https://www.european-patient.eu/about-epf/about-us/>).

➤ Το EuroHealthNet

που χρηματοδοτείται μεταξύ άλλων από το «Πρόγραμμα της ΕΕ για την Απασχόληση και την Κοινωνική Καινοτομία (EaSI) της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, είναι ένας μη-κερδοσκοπικός φορέας συνεργασίας μεταξύ εθνικών και περιφερειακών ιδρυμάτων και οργανισμών, ακαδημαϊκών και ερευνητικών κέντρων, καθώς και κυβερνητικών τμημάτων και ορισμένων οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών. Απώτερος στόχος είναι να συμβάλουν στην προώθηση της υγείας και της ισότητας μεταξύ και εντός των ευρωπαϊκών χωρών. (<https://eurohealthnet.eu/about-us/mission-and-vision/>)

➤ Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Κλίματος και Υγείας

που συστάθηκε το 2021 ως σύμπραξη πολλών οργανισμών με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Περιβάλλοντος (EOX) μεταξύ αυτών, με πρωταρχικό

στόχο την προετοιμασία και προσαρμογή στις επιπτώσεις που φέρνει η κλιματική αλλαγή στην υγεία. (<https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/observatory>)

Οι Κανονισμοί 1408/71 και 574/72² και κάποιες σχετικές αποφάσεις του Δικαστηρίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΔΕΕ) δεκαετία του 90, θέσανε τα θεμέλια για την κατοχύρωση στο δικαίωμα της διασυνοριακής κινητικότητας των ασθενών (Mossialos et al. 2010). Ο ορισμός «κινητικότητα ασθενών» αναφέρεται στο δικαίωμα σε υγειονομική περίθαλψη σε άλλη χώρα από αυτήν που κάποιος έχει κοινωνική ασφάλιση. Το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη είναι από τα θετικά δικαιώματα και κατοχυρώνεται από τις εθνικές νομοθεσίες στα πλαίσια του Κράτους -Πρόνοιας. Όπως σημειώνει η Bucher (2022) ενώ τα Συστήματα Υγείας παραμένουν εθνικό ζήτημα, σε ευρωπαϊκό επίπεδο *«η ελεύθερη διακίνηση ανθρώπων δημιουργήσε δικαιώματα πρόσβασης στην διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη»* και αυτό κατ' επέκταση άνοιξε νέους ορίζοντες στην *ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*. Ενώ οι Greer et al. (2019) παρατηρούν ότι και για λόγους προστασίας της υγείας μπορεί να εμποδιστεί η ελεύθερη μετακίνηση. Μπορεί όμως και να αλλάξει το ισοζύγιο ευκαιριών πρόσβασης βάσει των αρχών της ισότητας αφού το πιθανότερο να επωφεληθούν από αυτό θα έχουν αυτοί με καλύτερη οικονομική δυνατότητα, ενημέρωση ή έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας. (Palm & Glinos 2010 στο Mossialos et al. 2010, O'Gorman 2011). Από την άλλη, κάτοικοι περιοχών που βρίσκονται κοντά στα σύνορα με άλλη χώρα, αλλά μακριά από κάποια μονάδα υγείας της χώρας τους μπορούν να επωφεληθούν από αυτό το δικαίωμα (Legido-Quigley et al. 2007).

Ξεκινώντας όμως από τους Κανονισμούς 1408/71 και 574/72, αυτοί θεσμοθετήθηκαν για τον συντονισμό και τον τρόπο εφαρμογής του, των εθνικών νομοθεσιών σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων και των οικογενειών τους που παρείχαν εργασία εκτός των συνόρων της χώρας τους αλλά εντός της Κοινότητας. (Rosenkötter et al. 2013, Bucher 2022). Οι δικαιούχοι μπορούσαν να λάβουν υγειονομική περίθαλψη κατόπιν εγκρίσεως και στις περιπτώσεις που η αναγκαία για την ασθένεια τους περίθαλψη δεν ήταν διαθέσιμη στην χώρα τους αλλά σε άλλη της Ε.Ε.. Η προϋπόθεση της διαθεσιμότητας της υπηρεσίας υγείας αφορούσε όχι μόνο το είδος αλλά και τον παράγοντα χρόνο. Δηλαδή αν ήταν διαθέσιμη μεν αλλά υπήρχε «μεγάλη αναμονή»

² Αντικαταστάθηκαν από τον 883/2004/ΕΚ και 987/2009 αντιστοίχως. (Πηγή: https://www.moh.gov.cy/moh/cbh/cbh.nsf/page03_gr/page03_gr?OpenDocument)

κρίσιμη για την έκβαση της ασθένειας (Legido-Quigley et al. 2007, https://www.coe.int/t/dg3/sscssr/Source/SARAJEVO_SOKOL.pdf).

Σε συνέχεια των παραπάνω, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έλαβε την Απόφαση 2003/751 για την εφαρμογή της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (ΕΚΑΑ) που εξασφαλίζει στον κάτοχο της το δικαίωμα σε έκτακτη υγειονομική περίθαλψη με το ίδιο κόστος και ίδιους όρους με τους ημεδαπούς, όταν βρίσκεται προσωρινά σε άλλη Χώρα από αυτήν που είναι ασφαλισμένος. Ακόμα, το Κράτος- Μέλος όπου παρέχεται η θεραπεία υποχρεούται «να διασφαλίσει ότι οι ασθενείς έχουν πρόσβαση στα γραπτά ή ηλεκτρονικά ιατρικά τους αρχεία που σχετίζονται με τη θεραπεία που έλαβαν. Η χώρα καταγωγής θα διασφαλίσει ότι η ιατρική παρακολούθηση είναι της ίδιας ποιότητας, ανεξάρτητα από το πού στην ΕΕ έλαβε χώρα η θεραπεία.» (<https://www.esn-eu.org/news/new-eu-law-accessing-health-care-other-countries>). Σημαντική διευκρίνιση είναι ότι αφορά ναί μεν σε μη προγραμματισμένη επίσκεψη αλλά καλύπτει και τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα ή εγκυμονούσες γυναίκες. (De Wispelaere & Berki 2021, Bucher 2022). Η ΕΚΑΑ ισχύει και για τις 27 Χώρες Μέλη της Ε.Ε καθώς και στην Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και την Ελβετία. (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=el&catId=559>)

Παράλληλα, το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΔΕΕ) ήδη από το 1998 δημιούργησε δεδικασμένο υπό προϋποθέσεις, για το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και οδοντιατρικής φροντίδας σε διαφορετική από τον τόπο κατοικίας Χώρα - Μέλος για όλους τους Ευρωπαίους πολίτες. (Legido-Quigley et al. 2007, Peeters et al. 2010, O’Gorman 2011). Και αυτό οδήγησε περίπου δέκα χρόνια αργότερα το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της Ε.Ε. να εκδώσουν την Οδηγία 2011/24/ΕΕ (Azzopardi-Muscat et al. 2018).

Η Οδηγία στόχευε να αποσαφηνίσει και να ρυθμίσει καλύτερα το πλαίσιο άσκησης του δικαιώματος της διασυνοριακής περίθαλψης και ανάπτυξης συνεργασίας μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης ενθάρρυνε την συγκρότηση Ευρωπαϊκών Δικτύων Αναφοράς (ΕΔΑ) μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και κέντρων εμπειρογνομόνων και θα συνέβαλαν στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας ειδικά για ασθένειες που απαιτούν πόρους και ειδικές γνώσεις. Επίσης σημαντική προβλεπόταν να είναι η συνεισφορά τους στην επιμόρφωση και έρευνα των επαγγελματιών υγείας σε διακρατικό επίπεδο (<https://eur->

lex.europa.eu/EL/legal-content/summary/healthcare-in-other-eu-countries-patients-rights.html).

Μία ακόμα ημερομηνία σταθμός είναι το 2000, οπότε και διακηρύττουν από κοινού το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο της Ε.Ε. και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή τον «Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης» (στο εξής Χάρτης), που όμως τυπικά θα ισχύσει ως Πρωτογενές Δίκαιο με την Συνθήκη της Λισαβόνας, η οποία τέθηκε σε ισχύ 2009. (<https://eur-lex.europa.eu/EL/legal-content/summary/charter-of-fundamental-rights-of-the-european-union.html>).

Ο Χάρτης επιβεβαιώνει την προστασία των δικαιωμάτων όπως αναφέρονται στην ΕΣΔΑ, στις κοινές συνταγματικές παραδόσεις και τις διεθνείς υποχρεώσεις των κρατών μελών, τους Κοινωνικούς Χάρτες που έχουν υιοθετηθεί από την Ε.Ε και το Συμβούλιο της Ευρώπης όπως και από τη νομολογία του ΔΕΚ και Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (<https://eur-lex.europa.eu/EL/legal-content/summary/charter-of-fundamental-rights-of-the-european-union.html>).

Στα 7 Κεφάλαια και συνολικά 54 άρθρα κατοχυρώνονται σε δεσμευτικό Δίκαιο της ΕΕ τα πολιτικά, αστικά, κοινωνικά και οικονομικά δικαιώματα ως ισάξια (Pillay 2021).

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας θα αναφερθούμε περιοριστικά μόνο σε τρία άρθρα σημαντικά για αυτήν.

- Κεφάλαιο 3 με τίτλο «Ισότητα» και στο Άρθρο 21 διακηρύσσεται ότι :*1. Απαγορεύεται κάθε διάκριση ιδίως λόγω φύλου, φυλής, χρώματος, εθνοτικής καταγωγής ή κοινωνικής προέλευσης, γενετικών χαρακτηριστικών, γλώσσας, θρησκείας ή πεποιθήσεων, πολιτικών φρονημάτων ή κάθε άλλης γνώμης, ιδιότητας μέλους εθνικής μειονότητας, περιουσίας, γέννησης, αναπηρίας, ηλικίας ή γενετήσιου προσανατολισμού. 2. Εντός του πεδίου εφαρμογής των Συνθηκών και με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεών τους, απαγορεύεται κάθε διάκριση λόγω ιθαγενείας. Στο έβδομο Κεφάλαιο με τίτλο «Αλληλεγγύη» περιλαμβάνονται στο Άρθρο 34: «Κοινωνική ασφάλιση και κοινωνική αρωγή»
*1. Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα πρόσβασης στις παροχές κοινωνικής ασφάλισης και στις κοινωνικές υπηρεσίες που εξασφαλίζουν προστασία σε περιπτώσεις όπως η μητρότητα, η ασθένεια, το εργατικό ατύχημα, η εξάρτηση ή το γήρας καθώς και σε περίπτωση απώλειας της απασχόλησης,**

σύμφωνα με τους κανόνες που ορίζονται στο δίκαιο της Ένωσης και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. 2. Κάθε πρόσωπο που διαμένει και διακινείται νομίμως εντός της Ένωσης έχει δικαίωμα στις παροχές κοινωνικής ασφάλισης και στα κοινωνικά πλεονεκτήματα, σύμφωνα με το δίκαιο της Ένωσης και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. 3. Η Ένωση, προκειμένου να καταπολεμηθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η φτώχεια, αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα κοινωνικής αρωγής και στεγαστικής βοήθειας προς εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης σε όλους όσους δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, σύμφωνα με τους κανόνες που ορίζονται στο δίκαιο της Ένωσης και τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

- *Ενώ στο Άρθρο 35 «Προστασία της Υγείας» αναγνωρίζεται ότι: Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου. (<https://fra.europa.eu/el/eu-charter/article/21-apagoreysi-diakriseon>,[https:// fra.europa.eu/el/eu-charter/article/35-prostasia-tis-ygeias#international-law](https://fra.europa.eu/el/eu-charter/article/35-prostasia-tis-ygeias#international-law)).*

Ο Χάρτης απευθύνεται προς τα Ευρωπαϊκά Όργανα και Οργανισμούς όπως και τα Κράτη-Μέλη όταν εφαρμόζουν το Ενωσιακό Δίκαιο. (Ο' Gorman 2011). Το ΔΕΕ έχει όμως αποφανθεί σε διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής του Χάρτη γενικότερα όποτε ασκείται Ευρωπαϊκό Δίκαιο .(Hervey & McHale 2015). Ο Μόσσιαλος (2010) αναφέρει ότι ενώ μέχρι τότε η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη ήταν τομείς που η Ε.Ε. δεν ρύθμιζε απευθείας και χειρίζονταν οι Κυβερνήσεις σε εθνικό επίπεδο και ο Χάρτης θα μπορούσε να το αλλάξει αυτό, ο τρόπος διατύπωσης είναι τέτοιος που αφήνει περιθώριο διαφορετικών ερμηνειών και οδηγεί τελικά στην αβεβαιότητα. Στο ίδιο πνεύμα ο Greer (2019) σχολιάζει ότι αν και ο Χάρτης θεωρητικά κατοχυρώνει πολλές αρχές και δικαιώματα στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας, σε πρακτικό επίπεδο αφήνεται να το χειριστούν τόσο νομοθετικά όσο και οικονομικά οι εθνικές κυβερνήσεις .

Όμως στο Άρθρο 35 του Χάρτη βασίστηκε η κατάρτιση ενός άλλου σημαντικού κειμένου το 2002, της επονομαζόμενης Ευρωπαϊκής Χάρτας Δικαιωμάτων των Ασθενών (στο εξής Χάρτα) από οργανώσεις ενεργών πολιτών από διάφορες

ευρωπαϊκές χώρες. Όπως αναφέρεται στο προοίμιο, στόχος ήταν η προστασία των βασικών δικαιωμάτων των ασθενών τα οποία θεωρούν ότι μόνο τυπικά προστατεύονται αλλά πρακτικά περιορίζονται ή καταπατούνται ποικιλοτρόπως. Τα δικαιώματα αυτά είναι αυτό της πρόληψης, της πρόσβασης, της πληροφόρησης, της συγκατάθεσης, της ελεύθερης επιλογής, της εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας, του σεβασμού του χρόνου του ασθενή, της τήρηση προδιαγραφών ποιότητας, της ασφάλειας, της καινοτομίας, της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας και πόνου, της εξατομικευμένης θεραπείας, της έκφρασης παραπόνων και της αποζημίωσης (Karačić et al. 2021, <https://greekpatient.gr/wp-content/uploads/2022/04/eyropaiki-xarta-dikaiomaton-ton-asthenon.pdf>). Η Χάρτα από την κατάρτιση της μέχρι σήμερα έχει αναδειχθεί σε σημαντικό εργαλείο υπεράσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών πανευρωπαϊκά αναγνωρισμένο και ενέπνευσε την κατάρτιση άλλων Χαρτών (Votta, Quaggia & Cardillo 2021). Μάλιστα το 2008 όπως διαβάζουμε στην Εφημερίδα της Ε.Ε. , η Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή³ στην Γνωμοδότηση της με θέμα: «Τα δικαιώματα του ασθενούς» καλεί την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ευρωπαϊκή Επιτροπή «να αναλάβει τις πρωτοβουλίες που θα επιτρέψουν την εφαρμογή μιας πολιτικής υγείας που θα σέβεται τα δικαιώματα των ασθενών» (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52007IE1256&from=FR>).

Όπως και στον Χάρτη θεμελιώθηκε ο Κανονισμός 168/2007 για την αναγκαιότητα μετεξέλιξης του «Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου των Φαινομένων Ρατσισμού και Ξενοφοβίας» σε «Οργανισμό Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης» (FRA) με στόχο να παρέχει: «πληροφορίες, συνδρομή και συμβουλές εμπειρογνομώνων» τόσο στα θεσμικά όργανα όσο και στα Κράτη- Μέλη για τον σεβασμό των θεμελιωδών δικαιωμάτων. Από τα βασικά εργαλεία του Οργανισμού είναι η συλλογή δεδομένων και η μελέτη δεικτών σε εθνικό επίπεδο και η σύνταξη σχετικών εκθέσεων ώστε τα θεσμικά όργανα της Ε.Ε. να δράσουν σχετικώς. Πολλές από τις αρχικές εκθέσεις αφορούσαν: την αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης όσον αφορά τις διακρίσεις που υφίστανται ευάλωτες ομάδες πληθυσμού με φυλετικά, εθνοτικά, θρησκευτικά κίνητρα ή λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού στην ΕΕ σε διάφορους τομείς με μεταξύ αυτών της κοινωνικής ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης , αλλά και σχετικών με το

³ Συμβουλευτικό Όργανο της ΕΕ βλ.:https://european-union.europa.eu/institutions-law-budget/institutions-and-bodies/institutions-and-bodies-profiles/eesc_el

επίπεδο σεβασμού των δικαιωμάτων των παιδιών.
(https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/479-ar08_p1_el.pdf).

Στη Συνθήκη για την Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ) , το 2007, είναι σαφές πλέον σε επίπεδο δεσμευτικού Δικαίου, μια μεταστροφή προς μια πιο ενεργητική ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική όπου η Ένωση πλέον δεν θα συνεισφέρει απλά, αλλά θα διασφαλίζει «*υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας σε όλες τις δραστηριότητες και πολιτικές της*». (Hervey & Ruijter, 2020). Επιπρόσθετα θα εκπονεί δράσεις και πολιτικές ενάντια στον κοινωνικό αποκλεισμό, θα είναι προσανατολισμένες στην αύξηση της απασχόλησης, την παροχή υψηλής κοινωνικής προστασίας και εκπαίδευσης. (Σακελλαρόπουλος & Αγγελάκη 2016).

Δέκα χρόνια αργότερα, το 2017, τα θεσμικά όργανα της ΕΕ προβαίνουν σε δυο Διακηρύξεις επαναβεβαίωσης της δέσμευσης της Ε.Ε. για ισορροπία της οικονομικής με την κοινωνική πρόοδο στην Ένωση. Η μια είναι η Διακήρυξη της Ρώμης όπου η Ευρώπη του μέλλοντος θα εργάζεται «*κατά της ανεργίας, των διακρίσεων, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού*» (Προοίμιο Ευρωπαϊκού Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων στο Pillay 2021, Garben 2019, Pillay 2021).

Τον Νοέμβριο της ίδιας χρονιάς συνυπογράφουν τον «Ευρωπαϊκό Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων» (ΕΠΚΔ) το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, Συμβούλιο και Επιτροπή (Garben 2019, Pillay 2021) Αν και δεν είναι δεσμευτικής ισχύος μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο του ΔΕΕ στην ερμηνεία του Ενωσιακού Δικαίου. Ουσιαστικά οι αρχές και δικαιώματα που διακηρύττει, υπάρχουν ήδη σε διάφορα δεσμευτικά νομοθετικά κείμενα διασκορπισμένα χρονολογικά. Ο βασικός στόχος του ΕΠΚΔ ήταν να συγκεντρωθούν όλα αυτά σε ένα κείμενο και να επικοινωνηθούν καλύτερα κάθετα και οριζόντια στα Κράτη -Μέλη.(Garben 2019)

Ο ΕΠΚΔ αποτελείται από 20 αρχές και δικαιώματα μοιρασμένα σε τρία Κεφάλαια, και ενώ όλα επηρεάζουν με κάποιον τρόπο την υγεία, θα αναφερθούμε περιοριστικά σε δυο άρθρα.

Στο Κεφάλαιο 3:Κοινωνική προστασία και ένταξη, περιλαμβάνονται τα :

- Άρθρο 16 με τίτλο «*Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη*» :*Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα έγκαιρης πρόσβασης σε οικονομικά προσιτή, καλής ποιότητας προληπτική και θεραπευτική υγειονομική περίθαλψη*»

- Άρθρο 18 «Μακροχρόνια φροντίδα» :Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα σε οικονομικά προσιτές, καλής ποιότητας υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, και ιδίως υπηρεσίες κατ' οίκον περίθαλψης και υπηρεσίες σε επίπεδο κοινότητας.

(https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_el).

Ακολούθησε η προετοιμασία ενός «Σχεδίου Δράσης για τον ΕΠΚΔ» στη βάση της κατανόησης ότι η υγεία, η οικονομική και κοινωνική κατάσταση των πολιτών βρίσκονται σε στενή αλληλεπίδραση και ότι θα πρέπει όποια μέτρα υιοθετηθούν να λαμβάνουν υπόψη την κοινωνική ποικιλομορφία που χαρακτηρίζει την Ένωση ώστε να επωφεληθούν όλοι βάσει της αρχής της ισοτιμίας και της μη διάκρισης (https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/documents/2020/201123_Factsheet_EPSR.pdf).

Το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19 το 2020, που προκάλεσε άνευ προηγουμένου και χωρίς διακρίσεις οικονομικές και κοινωνικές αναταράξεις παγκοσμίως, λήφθηκε υπόψη στο τελικό Σχέδιο που ανακοινώθηκε το 2021, και θα αναπτυσσόταν σε βάθος δεκαετίας σε τρεις πυλώνες: Απασχόληση, Δεξιότητες, Κοινωνική Προστασία. Η χρηματοδότηση του προβλέπεται να γίνει από το «Πολυετές Δημοσιονομικό Πλαίσιο (ΠΔΠ) της ΕΕ για την περίοδο 2021-2027» που ενέκρινε το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο το 2020 και το «NextGenerationEU1» (https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/downloads/KE0_921008ENN.pdf).

Δεν θα πρέπει να παραληφθεί να αναφερθεί ότι, η πρόσβαση στα βασικά αλλά και καινοτόμα φάρμακα έχει ήδη από το 2014 απασχολήσει τα όλα Κράτη –μέλη λόγω των συνεχών αυξήσεων των τιμών. Και ειδικότερα σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Επιτροπής από το 2016 και την έθεσε σε προτεραιότητα για την περίοδο 2019-2024. Ο προβληματισμός δεν αφορούσε μόνο το κόστος παραγωγής τους αλλά και την οικονομική προσβασιμότητα τους για τους ασθενείς (EFP, 2020).

Τον Ιούνιο του 2020, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε την «Στρατηγική της ΕΕ για τα Εμβόλια», που θα έπρεπε να λειτουργήσει ως κείμενο αναφοράς στην κατάρτιση των εθνικών σχεδίων εμβολιασμού, αποσκοπούσε στην επιτάχυνση των διαδικασιών ανάπτυξης και κατασκευής των εμβολίων κατά της COVID-19, όπως επίσης σε

ισότιμη και οικονομικά προσιτή πρόσβασης σε αυτά (https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_en).

Ακόμα το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο εξέδωσαν τον Κανονισμό(ΕΕ) 2021/522 «για τη θέσπιση Προγράμματος σχετικά με τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας [Πρόγραμμα «Η ΕΕ για την υγεία» (EU4Health)] για την περίοδο 2021-2027» ([https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv%3AOJ](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.L_.2021.107.01.0001.01.ELL)

.L_.2021.107.01.0001.01.ELL). Στο επίκεντρο του Προγράμματος βρίσκεται η διαπίστωση ότι «υγεία είναι επένδυση» και μεταξύ των στόχων που καλείται να επιτύχει είναι «... να στηρίζει την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των νόσων και να βελτιώνει την ψυχική υγεία καθ' όλη τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου με την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία και των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία...να στηρίζει δράσεις για τη μείωση των ανισοτήτων στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές, ιδίως στις άκρως απόκεντρες περιοχές, με σκοπό την επίτευξη ανάπτυξης χωρίς αποκλεισμούς» <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R0522&from=EL>).

Από την διακήρυξη του ΕΠΚΔ το 2017 έως το 2022 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει υλοποιήσει πάνω από 130 στρατηγικές δράσεις για την υλοποίηση των στόχων που τέθηκαν τότε (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10452>)

Με πιο πρόσφατη, αυτήν που παρουσίασε τον Σεπτέμβριο του 2022 με τίτλο «Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τη Φροντίδα» και που αφορά τους ασθενείς, τους φροντιστές τους και τους επαγγελματίες υγείας με στόχο την παροχή ποιοτικών και χωρίς εμπόδια πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας σε όλους τους πολίτες (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10452>).

Η Στρατηγική συνοδεύεται από Συστάσεις προς Κράτη Μέλη για την κατάρτιση εθνικών δράσεων σχετικών με :

- την επικαιροποίηση για την προσχολική εκπαίδευση και φροντίδα, καθώς ποιοτικών, οικονομικά προσιτών και προσβάσιμων υπηρεσιών φροντίδας
- και με την πρόσβαση σε οικονομικά προσιτή και υψηλής ποιότητας μακροχρόνια φροντίδα.

Στην αρχή αυτού του Κεφαλαίου αναφέραμε ότι κατά την ίδρυση της Ε.Ε. το 1952, υπήρξε πρόταση για την ίδρυση μιας Κοινότητας Υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο που όμως δεν υλοποιήθηκε ποτέ αντανακλώντας τις προτεραιότητες που επικρατούσαν τότε. Περίπου εβδομήντα χρόνια μετά όμως, το 2020, η Ursula von der Leyen σε ομιλία της ως Πρόεδρος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής συμμετέχοντας στην Παγκόσμια Σύνοδο Κορυφής για την Υγεία ανέφερε ότι *«η Επιτροπή θα συνεχίσει να εργάζεται προς την θεμελίωση μιας Ευρωπαϊκής Ένωσης Υγείας. Οι προτεραιότητες αυτής θα είναι:*

- *η καλύτερη προστασία της υγείας των πολιτών*
- *να εξοπλίσει την ΕΕ και τα κράτη μέλη της για την καλύτερη πρόληψη και αντιμετώπιση μελλοντικών πανδημιών και*
- *η βελτίωση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας της Ευρώπης*

(https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en).

1.2.3. Ελλάδα

Η προστασία της υγείας στην Ελλάδα ξεκινάει ήδη από την Αρχαιότητα που τότε ήταν θεϊκής φύσης και για αυτό λατρευόταν ο θεός Ασκληπιός και η κόρη του η Υγεία.

Σε Νομοθετικό επίπεδο, τον 6^ο αι. π.Χ. ο Σόλωνας θέσπισε και αναδιοργάνωσε ένα δημόσιο σύστημα υγείας με προσανατολισμό στην κοινωνική ευημερία και ιατρική περίθαλψη για όλους τους διαμένοντες στην Αθήνα ελεύθερους πολίτες και σκλάβους. Στα χρόνια του χρυσού αιώνα του Περικλή, ήταν οι δημόσιοι θεραπευτές που πληρώνονταν από το Κράτος να παρέχουν τις υπηρεσίες τους ,και ειδικά για τους οικονομικά αδύναμους όχι μόνο δωρεάν αλλά και να τους προσφέρουν και κάποιο είδος επιδόματος επιπλέον. Επίσης υπήρχαν θεραπευτές σε όλες τις μεγάλες αθλητικές διοργανώσεις της εποχής, οι οποίοι πρόσφεραν δωρεάν υπηρεσίες σε αθλητές και θεατές. (Karamanou et al. 2019).

Υπήρχε και μια πληθώρα σημαντικών φιλοσόφων και επιστημόνων ,που μελέτησαν την υγεία και τους προσδιοριστές της, και δημιούργησαν την γνώση για την προαγωγή και

την προστασία της. Θα περιοριστούμε όμως να αναφέρουμε μόνο τον Ιπποκράτη και την αρχή του «ωφελείν, μη βλάπτειν». (Tountas 2009).

Κάνοντας ένα χρονικό άλμα κάποιων αιώνων, φτάνουμε στο νεοσύστατο ελληνικό κράτος μετά την τουρκοκρατία και στον εικοστό αιώνα όπου στην Ελλάδα, πέραν των Παγκόσμιων Πολέμων, ο Εμφύλιος και η Δικτατορία, και ακόμα πιο πρόσφατα, η οικονομική κρίση του 2008 και η πανδημία της COVID-19, ήταν γεγονότα που σημάδεψαν και διαμόρφωσαν την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα (Kourachanis 2021).

Το πρώτο νομοθέτημα για την κοινωνική ασφάλιση είναι ο Ν. 2868/22 και ο Ν. 5733/1932 για την ίδρυση του ΙΚΑ στη φιλοσοφία το Bismarck. Αργότερα, ο Ν. 1950/1939 επισημοποίησε την δράση που είχε αναπτύξει το «Πατριωτικό Ίδρυμα Πρόνοιας και Κοινωνικής Αντίληψης» που είχε συσταθεί το 1914. Ο κύριος σκοπός του ήταν η κοινωνική φροντίδα των γυναικών, παιδιών και άλλων ευάλωτων ομάδων ανοίγοντας τον δρόμο για την μετέπειτα ίδρυση εθνικών τέτοιων οργανισμών, όπως έγινε με τον Ν. 2646/1998 που ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Φροντίδας και το 2003 ο Εθνικός Οργανισμός Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο Ν. 1846/1951 αναδιοργάνωσε τις παροχές ασφάλισης υγείας και ανεργίας και το κράτος συμμετείχε χρηματοδοτικά. (Kourachanis 2021). Πρόδρομος της θεσμοθέτησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, υπήρξε το Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως». Ήταν μια πρωτοπορία για τον τομέα της υγείας αλλά δυστυχώς δεν εφαρμόστηκε ολοκληρωμένα, ενώ πολλές διατάξεις του απαξιώθηκαν ή άλλαξαν με το Ν. 3487/1955 «Περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών». Άλλα σημαντικά νομοθετήματα της εποχής είναι ο Ν4169/61 «Περί γεωργικών κοινωνικών ασφαλίσεων και το Ν.Δ. 67/68 που έκανε υποχρεωτικό οι γιατροί να υπηρετούν κάποιο χρονικό διάστημα στην ύπαιθρο. (Οικονόμου, 2011)

Υπέρτατος νομοθετικά προστάτης του δικαιώματος στην υγεία είναι το Σύνταγμα. Ακόμα και το χουντικό Σύνταγμα ,το 1969, αναγνώριζε ως υποχρέωση του κράτους την φροντίδα της υγείας της κοινωνίας, την κοινωνική ασφάλιση και την μέριμνα στέγης για όσους την στερούνται (Παπαρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, 2013). Στην πρώτη διακήρυξη του ,το 1975, μετά την πτώση της δικτατορίας και αποκατάσταση της Δημοκρατίας, διατυπώνονται ως θεμελιώδη, τα κοινωνικά δικαιώματα όπως η υγεία, η εργασία, η παιδεία, η κοινωνική ασφάλιση, η κατοικία και άλλα, και έτσι ενώ δεν

αναφέρεται ξεκάθαρα το κοινωνικό κράτος αυτό γίνεται αντιληπτό μέσα από τις σχετικές διατάξεις. Ενδεικτικά αναφέρουμε κάποια:

- Άρθρο 21 παρ. 3 *«το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων»*,
- Άρθρο 2 παρ. 1: *«Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου αποτελούν την πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας»*,
- Άρθρο 4 παρ. 1: *«οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου. 2. οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις»*,
- Άρθρο 7 παρ. 2: *«Τα βασανιστήρια, οποιαδήποτε σωματική κάκωση, βλάβη υγείας, ή άσκηση ψυχολογικής βίας, καθώς και κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας απαγορεύονται και τιμωρούνται, όπως νόμος ορίζει»*,
- Άρθρο 16 παρ. 2 : *«Η παιδεία αποτελεί βασική αποστολή του Κράτους»* παρ. 4.: *«Όλοι οι Έλληνες έχουν δικαίωμα δωρεάν παιδείας»*,
- Άρθρο 22 παρ. 1: *«Η εργασία αποτελεί δικαίωμα και προστατεύεται από το Κράτος....»* (Σύνταγμα της Ελλάδας, 1975)

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι παρόλο που συνδυαστικά από το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος και σχετικών αποφάσεων⁴ του Συμβουλίου της Επικρατείας (ΣτΕ) προκύπτει υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει μέτρα για την προστασία της υγείας των πολιτών και οι τελευταίοι να έχουν την δυνατότητα «να απαιτήσουν την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρέωσης» από το κράτος, παραμένει τυπικής σημασίας, μη αγωγήμη αξίωση διότι δεν προσδιορίζεται νομικά πώς μπορεί να ασκηθεί (Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, 2013).

Στην αναθεώρηση του Συντάγματος το 2001, έγιναν τροποποιήσεις και προσθήκες άρθρων. Προστέθηκε στο Άρθρο 5 παρ. 5 για την αναγνώριση της προστασίας της υγείας και ως ατομικού δικαιώματος :

- *«Καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας..»*,

ενώ τροποποιήθηκε και το Άρθρο 25. παρ.1 ως εξής:

⁴ ΣτΕ 400/1986 (Ολομ)ΤοΣ 1986, σ 425 κ.ε., ΣτΕ 549/1987 (Ολομ) ΘΕ, 1989, σ.1041) στο Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2013).

« Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν...» (Σύνταγμα της Ελλάδας, 2001)

Επίσης έχουν θεσπιστεί πολλοί ειδικοί νόμοι που αφορούν την υγεία ως αγαθό και ως παροχή υπηρεσιών (Κυριακάκη 2017).

Θα ξεκινήσουμε από τον Ν. 1397/1983 για την σύσταση του «Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΕΣΥ) όπου στο Άρθρο 1 ορίζεται ότι:

- *«Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών... οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας...».*

Το ΕΣΥ συστάθηκε έχοντας ως υπόδειγμα την βρετανική Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS), αποτελεί ορόσημο και είναι η έμπρακτη προστασία του δικαιώματος στην υγεία. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία πλέον έχει και «εγγύηση θεσμού» (Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, 2013:108), του ΕΣΥ. Πλέον, να μεν το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία είναι μη αγώγιμο αλλά οι υπηρεσίες υγείας ως κοινωνικό κεκτημένο δεν μπορούν να καταργηθούν παρά μόνο να αντικατασταθούν από άλλο ισοδύναμο (Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, 2013).

Ο Ν. 2071/1992 για τον «Εκσυγχρονισμό και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας» μεταξύ των άλλων πλαισιώνει θεσμικά τα δικαιώματα των ληπτών υγείας καθώς και τροποποίησε το Άρθρο 1 του Ν. 1397/1983 ως:

- *«1. Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας όλων των πολιτών, 2. Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα, στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.»*

Άλλοι Νόμοι είναι :

- Ν. 2716/1999 για την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» όπου στο Άρθρο 1 αποφασίζεται ότι: *«Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα»*,
- Ν. 3418/2005 για τον «Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας» και Π.Δ.216/2001 για τον «Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας»
- Ν. 4387/2016 για το «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας» το Άρθρο 1 ορίζει ως θεμελιώδεις αρχές του ότι *« Οι κοινωνικές παροχές της Πολιτείας χορηγούνται στο πλαίσιο Ενιαίου Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας, με σκοπό την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και κοινωνικής προστασίας, με όρους ισότητας, κοινωνικής δικαιοσύνης, αναδιανομής και αλληλεγγύης των γενεών. Το Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας περιλαμβάνει το Εθνικό Σύστημα Υγείας για τις παροχές υγείας, το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις προνοιακές παροχές και το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης για τις ασφαλιστικές παροχές, όπως ρυθμίζεται από το νόμο αυτόν. Η κοινωνική ασφάλιση, η υγεία και η κοινωνική πρόνοια αποτελούν δικαίωμα όλων των Ελλήνων Πολιτών και όσων διαμένουν μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα..»*
- Ν. 4368/2016 ο οποίος περιλαμβάνει ένα πολύ σημαντικό μέτρο, το Άρθρο 33: *«Υγειονομική κάλυψη ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων 1.Ανασφάλιστοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως προσδιορίζονται στην παράγραφο 2 του παρόντος, έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις Δημόσιες Δομές Υγείας και δικαιούνται νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης..»*.
- Ν. 4486/2017 Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με αυτόν τον Νόμο έγινε προσπάθεια αναδιάρθρωσης της ΠΦΥ.

- Ν.4675/2020 «Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας - ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις» όπου στο Άρθρο 1 ορίζεται ότι: «Στο πλαίσιο της πολιτικής της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται ο έλεγχος και η διαχείριση των μείζονων παραγόντων κινδύνου για την υγεία των πολιτών, υπό την ευθύνη του Κράτους». Βάσει αυτού του Νόμου καταρτίστηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025 (Υπουργείο Υγείας ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021 – 2025).
- Ν.4931/2022 «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις».

Πέραν όμως του Εθνικού Δικαίου, η Ελλάδα ως ένα από τα ιδρυτικά μέλη του ΟΗΕ και ως μέλος της Ε.Ε. έχει επικυρώσει και ενσωματώσει σε εθνική νομοθεσία πολυάριθμες Διακηρύξεις και Συμβάσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα και μεταξύ αυτών και το δικαίωμα στην υγεία. Κάποιες από τις πιο σημαντικές είναι η «Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα», το «Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα», η «Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού», η «Σύμβαση για την Εξάλειψη Όλων των Μορφών Διακρίσεως κατά των Γυναικών», η «Σύμβαση για την Κατάργηση κάθε Μορφής Φυλετικών Διακρίσεων», η «Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρία», η «Ευρωπαϊκή Σύμβαση για Ανθρώπινα Δικαιώματα», ο αναθεωρημένος Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, η «Σύμβαση Οβιέδο» (Alexiadou 2016, <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeia-s/thesmiko-plaisio/5255-thesmiko-plaisio-prostasias-dikaiwmatwn-twn-lhptwn-yph-resiwn-ygeias>). Το 2003, οι Υπουργοί Υγείας της Ελλάδος, Χιλής, Γερμανίας, Νέας Ζηλανδίας, Σλοβενίας, Σουηδίας και Ηνωμένου Βασιλείου διοργάνωσαν το «Διεθνές Φόρουμ για την Κοινή Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας», αναγνωρίζοντας ότι οι πολίτες έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας με βάση την αρχή της ισότητας και χωρίς εμπόδια (Oliver & Mossialos 2004).

Επίσης υπάρχουν θεσμικά όργανα για τον έλεγχο της ορθής άσκησης του δικαιώματος στην υγεία όπως είναι η «Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών» και το «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» που

υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας, η «Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών» της οποίας ο Πρόεδρος είναι επιλογή του Υπουργείου Υγείας και οι υπόλοιποι συμμετέχοντες προέρχονται από διάφορες επαγγελματικούς, επιστημονικούς και κοινωνικούς φορείς καθώς και εκπρόσωπο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους. Επιπρόσθετα είναι ο «Συνήγορος του Πολίτη» και ο «Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», η Ανεξάρτητη Αρχή Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, η «Εθνική Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου» και η «Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής» Στα Νοσοκομεία λειτουργούν και τα «Γραφεία Επικοινωνίας με τον Πολίτη» καθώς και «Τριμελής Επιτροπή Δικαιωμάτων των Ασθενών» (GIVMED & ΙΚΠΠ, 2020).

2. Η έννοια της Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας

Στο Κεφάλαιο αυτό θα εξετάσουμε την έννοια αυτή ως προς τις Υπηρεσίες Υγείας και η διερεύνηση αυτή είναι σημαντική διότι είναι κομβικής σημασίας για τον σχεδιασμό των υγειονομικών πολιτικών και την αποδοτικότητα των Συστημάτων Υγείας (Gulliford et al. 2002, Norris & Aiken 2006, Souliotis, Hasardzhiev & Agapidaki 2016).

Ο όρος «Υπηρεσίες Υγείας» περιλαμβάνει όλες εκείνες τις υπηρεσίες και παραγωγή αγαθών που αποσκοπούν στην πρόληψη, θεραπεία, προαγωγή της υγείας και ευεξίας του συνόλου της κοινωνίας (Erkan & Unal, 2022).

Επομένως η ανεμπόδιστη Πρόσβαση σε αυτές είναι σημαντικός συντελεστής επιτυχής έκβασης των πολιτικών κοινωνικής προστασίας και δικαιοσύνης ενός Κοινωνικού Κράτους (Σούλης 2015, Λατσού κ.ά.2021). Επίσης, είναι ένας από τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και διαμορφώνει την ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (Penchansky & Thomas 1981, Ricketts & Goldsmith 2005, McGibbon et al. 2008, Jahangir et al. 2020). Ακόμα έχει θετική επίδραση στο επίπεδο ποιότητας ζωής των ανθρώπων (Cabrera-Barona, Blaschke & Kienberger 2017) και αυτό γίνεται ακόμα πιο εμφανές στην περίπτωση των ασθενών με χρόνια νοσήματα, οι οποίοι χρήζουν πρόσβασης σε ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας. (Πιερράκος 2013, Bogart et al. 2022)

Κάνοντας κανείς συστηματική ανασκόπηση των ερευνητικών και ακαδημαϊκών εργασιών σχετικά με το θέμα αυτό συναντά πληθώρα διαφορετικών προσεγγίσεων, γιατί πρόκειται για μια πολυπαραγοντική έννοια, αναδεικνύοντας ως αδύνατη την διατύπωση ενός συγκεκριμένου ορισμού (Aday & Andersen 1974, Panchansky & Thomas 1981, Daniels 1982, Ricketts & Goldsmith 2005, Norris & Aiken 2006, Levesque, Harris & Russell 2013, Souliotis, Hasardzhiev & Agapidaki 2016, Jahangir et al. 2020). Ή όπως χαρακτηριστικά σχολιάζουν οι Norris & Aiken (2006): «*Είναι σαν όλοι να γράφουν για «αυτό» αλλά κανένας δεν λέει τι είναι το «αυτό» (Norris & Aiken, 2006).*

Σύμφωνα με το Λεξικό της Νεοελληνικής Γλώσσας η λέξη Πρόσβαση σημαίνει κυριολεκτικά « την προσέγγιση, το πλησίασμα ενός τόπου» (Μπαμπινιώτης, 2002).

Στο Λεξικό «A Discursive Dictionary Of Health Care, 1976» για χρήση από την Επιτροπή Διακρατικού και Εξωτερικού Εμπορίου της Βουλής των Η.Π.Α. τον παρακάτω ορισμό: « *Πρόσβαση: η ικανότητα ενός ατόμου ή μιας ομάδας να λάβουν ιατρική φροντίδα. Η πρόσβαση έχει γεωγραφικά, οικονομικά, κοινωνικά, εθνικά, ψυχικά στοιχεία και για αυτό είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και να μετρηθεί λειτουργικά....Στην πράξη, η πρόσβαση, η διαθεσιμότητα και η δεκτικότητα, που περιγράφουν συλλογικά όλα αυτά που καθορίζουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ανθρώπους, είναι δύσκολο να διακριθούν μεταξύ τους.*

Οι Aday & Andersen (1974) αναφέρουν ότι μεγάλο μέρος της αρθρογραφίας ερμηνεύει την πρόσβαση είτε μέσω κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού και της οργάνωσης του συστήματος υγείας, είτε μέσω δεικτών αποτελέσματος όπως είναι η «χρήση των υπηρεσιών» (utilization of services) ή ικανοποίηση από αυτές. Ακόμα σχολιάζουν ότι οι όποιες προσπάθειες μέχρι τότε διατύπωσης σαφούς ορισμού υπήρξαν άκαρπες και έτσι ενώ περιλαμβάνεται ως γενικός στόχος υγειονομικών πολιτικών δεν μπορεί να επιτευχθεί αφού δεν μπορεί εμπειρικά και λειτουργικά να οριστεί. Συνοψίζουν την δική τους ερμηνεία της έννοιας ως «είσοδο στο σύστημα υγείας» (Aday & Andersen, 1974). Συμφωνούν με τον Donabedian (1972) που παρατήρησε ότι για να μιλάμε για πρόσβαση θα πρέπει πρώτα να έχει γίνει χρήση των υπηρεσιών όχι απλά να είναι αυτές διαθέσιμες για χρήση. (Donabedian 1972, Aday & Andersen, 1974). Ακόμα κατά την άποψη του , το επίπεδο χρήσης εξαρτάται από τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας που θα καθορίσουν την αναζήτηση και

την συνέχεια της υγειονομικής φροντίδας και την ύπαρξη ανασταλτικών παραγόντων όπως είναι «οικονομικοί, ψυχολογικοί, πληροφοριακοί, κοινωνικοί, οργανωτικοί, γεωγραφικοί, χρονικοί και πολλοί άλλοι». (Donabedian 1972).

Οι Penchansky & Thomas (1981) την ορίζουν ως ένα γενικότερο πλαίσιο του «βαθμού προσαρμογής (*degree of fit*) μεταξύ των χρηστών και του συστήματος υγείας» που έχει πέντε διαστάσεις:

- την **Διαθεσιμότητα (Availability)** που αναφέρεται σε επάρκεια σε υπηρεσίες υγείας γενικές και εξειδικευμένες σε σχέση με τις ανάγκες των χρηστών,
- την **Προσβασιμότητα (Accessibility)** που αναφέρεται στη σχέση ανάμεσα στον τόπο παροχής της υπηρεσίας και τον τόπο διαμονής του χρήστη λαμβανομένου του κόστους μετακίνησης,
- την **Προσαρμογή (Accommodation)** που αναφέρεται στη σχέση μεταξύ οργάνωσης των διοικητικών υπηρεσιών και κτιριακών εγκαταστάσεων ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των χρηστών και της αξιολόγησης από τους χρήστες ως προς την καταλληλότητα τους,
- την **Οικονομική Προσιτότητα (Affordability)** που αναφέρεται στη σχέση μεταξύ τιμής υπηρεσιών υγείας και οικονομικής δυνατότητας ή ασφαλιστικής κάλυψης των χρηστών αυτών των υπηρεσιών,
- την **Αποδοχή (Acceptability)** που αναφέρεται στις στάσεις και αντιλήψεις που έχουν οι χρήστες και οι πάροχοι των υπηρεσιών, ο ένας για τον άλλον, σχετικά με τα χαρακτηριστικά που θεωρούν αποδεκτά και αυτά που είναι πραγματικά (Penchansky & Thomas, 1981).

Θα μπορούσε να ειπωθεί βάσει των παραπάνω ότι τελικά η πρόσβαση είναι η εκροή διεργασιών τόσο από την πλευρά της προσφοράς όσο και της ζήτησης (Jahangir et al. 2020).

Οι Levesque, Harris & Russell (2013) αφού μελέτησαν τις μέχρι τότε θεωρητικές προσεγγίσεις στο θέμα, επέκτειναν αυτές διατυπώνοντας μια νέα. Σε αυτήν η έννοια της πρόσβασης αποκτά υπόσταση ως «διεπαφή» (interface) μεταξύ πέντε κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των χρηστών υπηρεσιών υγείας και πέντε χαρακτηριστικών των παρόχων αυτών των υπηρεσιών. Στο σημείο της

αλληλεπίδρασης τους δημιουργείται ουσιαστικά η ευκαιρία ικανοποίησης αναγκών υγείας.

❖ Τα χαρακτηριστικά των παρόχων είναι:

1. η **Προσπελασιμότητα** (*Approachability*),
2. η **Αποδοχή** (*Acceptability*),
3. η **Διαθεσιμότητα και παροχές** (*Availability & accomodation*),
4. η **Οικονομική προσιτότητα** (*Affordability*),
5. η **Καταλληλότητα** (*Appropriateness*)

✓ Τα χαρακτηριστικά των χρηστών είναι:

1. την **Ικανότητα αντίληψης** (*perceive*),
2. την **Ικανότητα αναζήτησης** (*seek*),
3. την **Ικανότητα μετακίνησης** (*reach*),
4. την **Ικανότητα πληρωμής** (*pay*),
5. την **Ικανότητα ενασχόλησης** (*engage*).

Συνοπτικά θα εξηγήσαμε ότι όλα αυτά σημαίνουν έναν ενδυναμωμένο χρήστη με εγγραματοσύνη υγείας, δυνατότητα μετακινήσεων, εισόδημα και ασφάλεια υγείας. (Levesque, Harris & Russell, 2013).

Ενώ οι McLaughlin & Wyszewianski (2002) σχολιάζουν ότι αυτά τα πέντε στοιχεία είναι κομμάτια της ίδιας αλυσίδας και άρα ίσης σημαντικότητας για την ακεραιότητα αυτής, και όταν δεν αντιμετωπίζονται έτσι δεν επιτυγχάνονται τα επιθυμητά αποτελέσματα. Επίσης παρατηρούν ότι αυτό συμβαίνει συχνά όσον αφορά την τελευταία διάσταση, αυτή της Αποδοχής, όπου τα χαρακτηριστικά των χρηστών και παρόχων συχνά δεν λαμβάνονται υπόψη.

Πέραν των παραπάνω, η αλήθεια είναι ότι πολλοί και σημαντικοί συγγραφείς φιλόσοφοι, ακαδημαϊκοί και επιστήμονες έχουν γράψει για την έννοια της πρόσβασης αλλά θα αναφέρουμε περιοριστικά και συνοπτικά κάποιους.

Για τον Mooney (1983) η πρόσβαση είναι το παράγωγο της προσφοράς και ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, ενώ ο Frenk (1992) την βλέπει ως χαρακτηριστικό των χρηστών που θα τους ενεργοποιήσει να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη. Οι Haddad & Mohindra (2002) γράφουν ότι είναι η ευκαιρία (*opportunity*) των χρηστών να καταναλώσουν υπηρεσίες και αγαθά υγειονομικής περίθαλψης (οι Mooney 1983, Frenk

1992, Haddad & Mohindra 2002 στο Levesque, Harris & Russell 2013). Οι Gulliford et al. (2002) γράφουν ότι η πρόσβαση έχει να κάνει με την διευκόλυνση των χρηστών να λάβουν τις υπηρεσίες εκείνες που θα διατηρήσουν ή θα προάγουν την υγεία τους. Η διαθεσιμότητα επαρκών υπηρεσιών θα δημιουργήσει συνθήκες ευκαιρίας πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη. Όμως η ύπαρξη και η έκταση εμποδίων που υπάρχουν ή μπορεί να μπου ανάμεσα στους χρήστες και τις υπηρεσίες αυτές θα διαβαθμίσουν την επιτυχή έκβαση της ευκαιρίας πρόσβασης. Τέτοια είναι οικονομικά, δομικά του συστήματος υγείας, κοινωνικά ή πολιτισμικά. (Gulliford et al. 2002).

Οι Peters et al. (2008) φαίνεται να συμφωνούν με τους Penchansky & Thomas και βάζοντας στο κέντρο την ποιότητα των υπηρεσιών την διακρίνουν σε γεωγραφική και οικονομική προσβασιμότητα, διαθεσιμότητα υπηρεσιών και δεκτικότητα- αποδοχή (Levesque, Harris & Russell 2013, Peters et al. 2008).

Όπως αναφέρουν οι Cabieses & Bird (2014) ο ορισμός της πρόσβασης έχει εξελιχθεί διαχρονικά αλλά δημοφιλέστερος έχει επικρατήσει αυτός που αναφέρεται στην ικανότητα και δυνατότητα των χρηστών αναζήτησης και λήψης υπηρεσιών υγείας (Cabieses & Bird, 2014). Στην βιβλιογραφία βρίσκουμε και τον εξής ορισμό: «*το να λαμβάνει κάποιος έγκαιρα προσωπικές υπηρεσίες υγείας ώστε να επιτυγχάνεται το βέλτιστο δυνατό υγειονομικό αποτέλεσμα*» (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2018). Οι Houghton, Bascolo & del Riego (2020) αναφέρουν τον ορισμό κατά τον Pan American Health Organisation ως δηλαδή την ικανότητα των χρηστών να κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας έγκαιρα και που είναι ολοκληρωμένες, ποιοτικές και κατάλληλες για τις ανάγκες τους.

Επίσης, η πρόσβαση χρησιμοποιείται συχνά στην αρθρογραφία, στον πολιτικό λόγο και σχεδιασμό υγειονομικής πολιτικής ως συνώνυμο μεταξύ άλλων της «προσβασιμότητας», της «διαθεσιμότητας της υπηρεσίας», της «Καθολικής Κάλυψης Υγείας» ή και της «χρήσης υπηρεσιών υγείας» επιτείνοντας την σύγχυση (Frenk 1992, Ricketts & Goldsmith 2005, Μιζαμτσή κ.ά. 2012, Souliotis, Hasardzhiev & Agapidaki 2016, Ντάφλου 2018).

Εν συντομία να πούμε όμως, ότι η ορθή χρήση της έννοιας «προσβασιμότητα» χαρακτηρίζει εκείνο το φυσικό και ψηφιακό περιβάλλον (κτιριακές εγκαταστάσεις παρόχων υγείας, υπηρεσίες και αγαθά υγείας) που δίνει την δυνατότητα σε όλους τους χρήστες να εισέλθουν και να τις χρησιμοποιήσουν με βάση τις αρχές της ισοτιμίας, της

ισότητας, της ασφάλειας και αυτονομίας (Μιζαμτσό κ.ά.2012). Κατά τον Salkever (1976) υπάρχουν δυο μορφές, η φυσική και οικονομική προσβασιμότητα ενώ οι Margolis et al. (1995) την διακρίνουν σε οικονομική, προσωπική, δομική (Salever 1976 & Margolis et al. 1995 στο Levesque, Harris & Russell, 2013).

Η «διαθεσιμότητα της υπηρεσίας» δεν ταυτίζεται με την πρόσβαση, αλλά αποτελεί ένα από τα στοιχεία που συνθέτουν την πρόσβαση και όπως είπαμε και παραπάνω αν εξομοιωθούν αυτές οι έννοιες ελλοχεύει ο κίνδυνος να λειτουργήσει αυτό ως εμπόδιο μεταξύ χρηστών και παρόχων υγείας (McLaughlin & Wyszewianski ,2002). Αφορά την πλευρά της προσφοράς υπηρεσιών υγείας σε κτιριακές εγκαταστάσεις και επαγγελματίες υγείας ώστε οι χρήστες να ασκήσουν το δικαίωμα τους στην υγεία. (Souliotis, Hasardzhiev & Agapidaki 2016).

Σχετικά με τον όρο «Καθολική Υγειονομική Κάλυψη» (Universal Health Coverage), ο ΠΟΥ την έχει ορίσει ως *«ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση σε όλο το φάσμα των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας που χρειάζονται, όταν και όπου τις χρειάζονται, χωρίς οικονομικές δυσκολίες. Καλύπτει την πλήρη συνέχεια των βασικών υπηρεσιών υγείας, από την προαγωγή της υγείας έως την πρόληψη, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την παρηγορητική φροντίδα»* (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1). Η καθολική κάλυψη ως ένας από τους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης έως το 2030 του ΟΗΕ δεν μπορεί να επιτευχθεί αν προηγουμένως δεν επιτευχθεί η καθολική πρόσβαση. Αυτό εξηγείται στην βάση του ότι η καθολική κάλυψη αναφέρεται σε πραγματική χρήση των αναγκαίων κατά περίπτωση υπηρεσιών υγείας ενώ η πρόσβαση στην *«ευκαιρία ή ικανότητα»* να συμβεί αυτό. Άρα η πρόσβαση είναι το ένα κομμάτι αυτής της εξίσωσης , όχι συνώνυμη έννοια (Evans, Hsu, & Boerma, 2013).

Όσον αφορά τον όρο «χρήση των υπηρεσιών», σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο των Andersen et al. είναι ένας από τους δείκτες μέτρησης της πρόσβασης (Ricketts & Goldsmith, 2005) που προσδιορίζεται από την «ανάγκη για υπηρεσίες υγείας» (Donabedian, 1972), και η σχέση των δυο εννοιών χαρακτηρίζεται από διαλειτουργικότητα (Ζάβρας Δ.- Κοντούλη -Γείτονα Μ ,2013). Η «ανάγκη για υπηρεσίες υγείας» καθορίζεται από τον ορισμό που της δίνουν οι χρήστες και οι πάροχοι (Donabedina 1972), αλλά και από το εάν έχουν επίγνωση αυτής, την επιθυμία τους και αν οι υπηρεσίες υγείας είναι προσβάσιμες (National Academies of Sciences,

Engineering, and Medicine, 2018). Οι Cabieses & Bird (2014) αναφέρουν τον χαρακτηρισμό «*realised access*» δηλαδή πρόσβαση που επετεύχθη ενώ ο Donabedian (1972) περιγράφει την χρήση των υπηρεσιών ως «*απόδειξη πρόσβασης*» (Cabieses & Bird 2014, Donabedian 1972). Οι Oliver & Mossialos (2004) συμφωνούν ότι δεν είναι συνώνυμες και αποδέχονται έναν ορισμό της πρόσβασης που συναντάται κυρίως σε ακαδημαϊκή βιβλιογραφία. Αναφέρεται γενικά στην ατομική ικανότητα για αναζήτηση και λήψη «*συγκεκριμένης*» (*specified*) ποιότητας και ποσότητας υγειονομικής περίθαλψης στα πλαίσια «*συγκεκριμένου*» επιπέδου δυσκολίας και πληροφόρησης.

Σύμφωνα με το European Patients' Forum (2020) το δικαίωμα στην Πρόσβαση φαρμακευτικών σκευασμάτων ικανοποιείται όταν συνυπάρχουν:

- ✓ η **Διαθεσιμότητα** (*Availability*): υπάρχει απόθεμα φαρμάκων στην αγορά,
- ✓ η **Οικονομική προσβασιμότητα** (*Affordability*): η απόκτηση των φαρμάκων δεν εξαντλεί οικονομικά ούτε τους ασθενείς ούτε τους φροντιστές τους,
- ✓ η **Καταλληλότητα** (*Adequacy*): θα πρέπει να είναι ασφαλής η χρήση τους, ποιοτικά και να έχουν αποτελέσματα.
- ✓ η **Αντιστοιχία** (*Appropriateness*): το κατάλληλο φάρμακο για την κάθε ιατρική ανάγκη
- ✓ **Γεωγραφική και Χρονική Προσβασιμότητα** (*Accessibility*):εξάλειψη χρονικών και γεωγραφικών περιορισμών για την απόκτηση τους

(EPF, 2020)

Όλα τα παραπάνω ειπωμένα επιβεβαιώνουν ότι η έννοια της Πρόσβασης είναι πολυσχιδής και βρίσκεται σε μη γραμμική σχέση με μια πληθώρα παραγόντων που άλλοτε λειτουργούν αποτρεπτικά και άλλοτε περιοριστικά και θα τους διερευνήσουμε εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο.

2.1. Η Πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας ως δικαίωμα

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αναγνωρίστηκε ως αναπόσπαστο κομμάτι του ανθρώπινου δικαιώματος στην υγεία ήδη από το 1966, από το ΟΔΑΔ. Η αναγνώριση αυτή δεν εγείρει ούτε ζήτημα φιλανθρωπίας από την πλευρά των παρόχων αυτών των υπηρεσιών ούτε υποχρέωσης των συστημάτων υγείας να παρέχουν κάθε είδους γνωστή

και διαθέσιμη ιατροφαρμακευτική υπηρεσία. Όμως για την άσκηση του προαπαιτείται τα κράτη να προβούν στις απαραίτητες δράσεις για να είναι προσβάσιμες τουλάχιστον οι βασικές υπηρεσίες υγείας και να κατευθύνουν χρηματικούς και άλλους πόρους προς αυτή την κατεύθυνση. (Verulava, 2021).

Αυτό κατέστη ακόμα πιο ξεκάθαρο ,το 2000, με το Γενικό Σχόλιο Νο.14 που περιλάμβανε συμπληρωματικές διευκρινήσεις για το ΟΔΑΠ. Με σαφήνεια διατυπώθηκε ότι η Πρόσβαση είναι ζωτικό στοιχείο του δικαιώματος στην Υγεία εκφρασμένη μέσα από τέσσερις διαστάσεις που αλληλεπικαλύπτονται.

Συγκεκριμένα αυτές είναι:

- *μη διάκριση*
- *φυσική προσβασιμότητα*
- *οικονομική προσβασιμότητα*
- *προσβασιμότητα στην πληροφορία* (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>).

Μετέπειτα, πολλές διεθνείς Συμβάσεις και Σύμφωνα κινήθηκαν σε παρόμοιο πνεύμα. (OHCHR and WHO, 2008). Στον ευρωπαϊκό χώρο, διατυπώθηκε ως δικαίωμα από τη «Σύμβαση του Οβιέδο» , τον «Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης» με πιο πρόσφατο νομοθέτημα τον «Ευρωπαϊκό Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων». Είναι επίσης αναγνωρισμένο από το ελληνικό Σύνταγμα. Στον ελληνικό Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, το Άρθρο 4 παρ. 1 αναφέρει: 1. «*Ο ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις*». (Ν. 3418/2005-ΦΕΚ 287/Α/28-11-2005). Σε παρόμοιο πνεύμα, ο «Κώδικας Ιατρικής Ηθικής» της Αμερικανικής Ιατρικής Ένωσης, επισημαίνει ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι «*θεμελιώδες ανθρώπινο αγαθό*» που οφείλει η κάθε κοινωνία να παρέχει στα μέλη χωρίς διακρίσεις. (<https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/defining-basic-health-care>).

Η συνταγματική κατοχύρωση των δικαιωμάτων προστασίας της υγείας είναι σημαντική διότι οδηγεί σε καλύτερα υγειονομικά αποτελέσματα (Kavanagh 2016, Hermer 2022). Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία αν αναλογιστούμε ότι περίπου οι μισοί άνθρωποι

παγκοσμίως στερούνται της πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας (Houghton, Bascolo & del Riego, 2020).

Οι Heymann et al. μελέτησαν τα εθνικά συντάγματα 191 κρατών διεθνώς σχετικά με την κατοχύρωση των δικαιωμάτων στην υγεία στο διάστημα 2007 έως 2011. Κατέληξαν ότι ενώ πολλά κράτη έχουν υπογράψει τις σχετικές διεθνείς συμβάσεις, δεν τα έχουν επικυρώσει αντίστοιχα με εθνικές νομοθεσίες και συγκεκριμένα μόνο σε 73 κράτη αναγνωρίζεται το δικαίωμα πρόσβασης σε ιατρικές υπηρεσίες, ενώ σε άλλες 27 προβλεπόταν έως το τέλος του 2011 να ληφθούν σχετικά μέτρα, σε 17 η πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας ήταν δωρεάν. Επιπρόσθετα, μόνο σε 27 κράτη η προστασία της δημόσιας υγείας ήταν συνταγματικά κατοχυρωμένη ενώ άλλα 24 σκόπευαν να το κάνουν. Στα ίδια περίπου νούμερα κρατών κινήθηκαν και τα ευρήματα σχετικά με την προστασία της υγείας των ευάλωτων ομάδων. Βέβαια επισημαίνουν οι συγγραφείς ότι από το 1970 μέχρι την έρευνα τους παρατήρησαν μια αυξητική τάση στην νομική κατοχύρωση των δικαιωμάτων της προστασίας υγείας και της πρόσβασης. (Heymann et al. 2013). Το 2008, οι Backman et al. διεξήγαγαν έρευνα σε 194 χώρες μελετώντας τα συστήματα υγείας και τα δικαιώματα προστασίας της υγείας και κατέληξαν ότι μόνο οι 57 είχαν χαράξει εθνικό σχέδιο υλοποίησης. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας τους, 71 κράτη είχαν υπογράψει το ΔΣΟΚΠ αλλά τα 56 την είχαν επικυρώσει με εθνική νομοθεσία (Backman et al. 2008). Οι αριθμοί αυτοί σήμερα είναι 171 και 71 αντιστοίχως (<https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsgno=IV-3&chapter=4>).

Στην Ελλάδα με τον Ν. 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 όλοι οι άνθρωποι, ανεξαρτήτως αν διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη ή είναι όχι, εάν είναι πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου, έχουν δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στο πλήρες φάσμα δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Οι παράτυπα διαμένοντες και ταυτόχρονα είναι ευάλωτη ομάδα, δικαιούνται πρόσβασης σε επείγουσες υπηρεσίες περίθαλψης (<https://www.moh.gov.gr/articles/health/anaptyk-sh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>). Αλλά και στην Κύπρο, η εγγύηση του δικαιώματος ίσης πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη καλύπτεται τόσο από το Σύνταγμα όσο και από το εθνικό και διεθνές δίκαιο (Σοφοκλέους, 2019). Δικαιούχοι είναι όλοι οι Κύπριοι πολίτες και με προϋποθέσεις οι αλλοδαποί νόμιμοι και παράτυποι (<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1105&langId=en&intPageId=5001>).

Στο Ηνωμένο βασίλειο, το κριτήριο για να είναι κάποιος δικαιούχος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι η κατοικία ανεξαρτήτως εθνικότητας. Υπό προϋποθέσεις παρέχεται δωρεάν περίθαλψη. Στην Ιταλία, βάσει των αρχών καθολικότητας και αλληλεγγύης, παρέχονται στους κατόχους κάρτας υγείας δωρεάν βασικές υπηρεσίες υγείας. Ακόμα υπάρχει μέριμνα και για τους παράνομους μετανάστες που δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε επείγουσες ή εξαιρετικής σημασίας υπηρεσίες υγείας. Το πορτογαλικό Σύνταγμα κατοχυρώνει το δικαίωμα καθολικής πρόσβασης για τους έχοντες κάρτα υγείας και η νομοθεσία προβλέπει για τους μετανάστες πρόσβαση σε περίθαλψη χωρίς διακρίσεις. Στην Γερμανία, υπάρχει καθολική κάλυψη ασφάλισης υγείας ενώ οι παράνομοι μετανάστες δικαιούνται υγειονομικής περίθαλψης. Στη Σουηδία, έχουν όλοι πρόσβαση στο εθνικό σύστημα υγείας βάσει των αρχών της ισοτιμίας, αλλά οι παράνομοι μετανάστες δεν δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. (Γαλάνης κ.ά., 2022). Το καναδικό σύστημα υγείας είναι δομημένο βάσει της αρχής της καθολικής κάλυψης ασφάλισης υγείας και της ίσης πρόσβασης σε δωρεάν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη. (Martin et al., 2018). Στις περισσότερες χώρες της Λατινικής Αμερικής και Καραϊβικής, αν και συνταγματικά κατοχυρωμένο το δικαίωμα πρόσβασης, χρειάζεται συχνά η δικαστική παρέμβαση για την άσκηση του ενώ τα συστήματα υγείας γενικά είναι πολυκατακερματισμένα και δυσκολεύονται να προσφέρουν ισότιμη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας (Villar Uribe et al. 2021, Ruano et al. 2021). Από αυτές, οι Αργεντινή, Βραζιλία, Κολομβία και Μεξικό, έχουν σημειώσει τα τελευταία χρόνια σημαντικές βελτιώσεις (Gilardino, Valanzasca, & Rifkin 2022). Στην Αυστραλία, όλοι οι πολίτες δικαιούνται δωρεάν πρόσβασης σε δημόσιες νοσοκομειακές υπηρεσίες και γενικούς γιατρούς και σημαντικής ασφαλιστικής κάλυψης σε μια σειρά από άλλες ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά. (Lucinda & Woods, 2020). Η Ινδία, είναι ακόμα από τις χώρες που ενώ υπέγραψαν την ΟΔΑΔ, το Σύνταγμα δεν περιλαμβάνει ξεκάθαρα το δικαίωμα στην υγεία αλλά αυτό προκύπτει εμμέσως από άλλα δικαιώματα ενώ συχνά οι πολίτες προσφεύγουν στο Ανώτατο Δικαστήριο και δικαιώνονται για θέματα αδικίας ή κακών πρακτικών από την πλευρά των παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών φορέων (Selvaraj et al.2022). Τυπικά όμως όλοι μπορούν να λάβουν δωρεάν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας στις δημόσιες δομές (Gupta & Patel, 2020). Τα 51 από τα 55 κράτη- μέλη της Αφρικανικής Ένωσης έχουν επικυρώσει το ΔΣΟΚΠ ενώ 54 τον «Αφρικανικό Χάρτη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη». Όμως οι περισσότερες χώρες ανήκουν σε αυτές με

χαμηλό ή μεσαία χαμηλό εισόδημα και αδυνατούν ή δυσκολεύονται ιδιαίτερα να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και ίση πρόσβαση σε αυτές (Ashu et al., 2022).

Η πρόσβαση όμως στην υγειονομική περίθαλψη δεν είναι σημαντική μόνο για την διασφάλιση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αλλά και για την κοινωνική ευημερία και οικονομική ανάπτυξη. Ενδεικτικό της αλληλοεπίδρασης αυτών των δυο εκφάνσεων των οργανωμένων κοινωνιών είναι ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης (HDI) του ΟΗΕ, που αποτυπώνει μια ολοκληρωμένη εικόνα της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης μιας χώρας. Κυμαίνεται σε τιμές μεταξύ 0 και 1, υποδηλώνοντας αντιστοίχως το μικρότερο και μεγαλύτερο επίπεδο ανάπτυξης. Λαμβάνονται υπόψη τρεις διαστάσεις: α. η υγεία σε όρους προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση, β. η εκπαίδευση σε όρους ετών σχολικής παρακολούθησης και γ. το εισόδημα (Σούλης 2015, <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/human-development-index>). Υπάρχει πληθώρα εξειδικευμένων δεικτών ανθρώπινης ανάπτυξης μεταξύ αυτών και οι Δείκτες Υγείας όπως είναι ο «Πληθυσμός με πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας». (Σούλης, 2015). Ο Amartya Sen, νομπελίστας οικονομολόγος, έχει εκφράσει ότι το δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη ως ιδέα «δεν είναι παράλογη» (Berwick et al. 2001). Εξάλλου, υγιής πληθυσμός μεταφράζεται σε βελτίωση της παραγωγικότητας του συντελεστή εργασία που δημιουργεί σωρευτικά μόνο οφέλη που διαχέονται σε όλες τις εκφάνσεις της κοινωνίας όσο και ξεχωριστά στον κάθε άνθρωπο. (Verulava 2021).

Επίσης, από την αρχαιότητα μέχρι τη σύγχρονη εποχή φιλόσοφοι, θρησκευτικοί ηγέτες, επιστήμονες, και ακαδημαϊκοί έχουν δεχτεί την αξία της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Ο Ιπποκράτης δίδασκε ότι οι γιατροί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους την οικονομική κατάσταση και κοινωνική θέση των ασθενών τους και να προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες και στους δούλους. (Tountas 2009). Στον Ναό του Ασκληπιού στην Ακρόπολη, υπάρχει η επιγραφή : «...Αυτά είναι τα καθήκοντα του θεραπευτή...να είναι σαν Θεός σωτήρας ίσα των σκλάβων, των φτωχών, των πλούσιων, των πριγκίπων...» (Oliver & Maas 1939). Ο Πάπας Ιωάννης ΚΓ' στην εγκύκλιο του «Ειρήνη στον κόσμο», χαρακτήρισε την υγειονομική περίθαλψη ως δικαίωμα και όχι προνόμιο. (Verulava 2021). Προς επίρρωση αυτού, να προσθέσουμε ότι αυτό απορρέει και από την κοινωνική ιδιότητα του πολίτη και κάθε διαφορετική προσέγγιση

δημιουργεί κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες. (Μπουραζάνη & Κωνσταντινίδης, 2022).

Παραλληλίζοντας την υγειονομική περίθαλψη με την ψυχή όπως την όριζε ο Αριστοτέλης, θα μπορούσαμε να πούμε ότι μπορεί να υπάρξει υγεία χωρίς πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη όσο δυνατό είναι να υπάρξει ζωή χωρίς ψυχή. (Papadimos 2007, Verulava 2021).

Ενώ ένας πολιτικός φιλόσοφος της σύγχρονης εποχής, ο John Rawls (1971) θεωρεί πως η πρόσβαση από όλους στις υπηρεσίες υγείας είναι σύμφωνη με τις αρχές του ωφελισμού αφού συμβάλλει στην ευημερία των περισσότερων. Επίσης θεωρεί ότι η αποδοχή της ως δικαίωμα είναι ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης στην υγεία (Verulava, 2021).

Η έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι ευρεία και ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο από το οποίο προσεγγίζεται έχει διαφορετική ερμηνεία (Kapiriri & Razavi 2022, Τσάκνη 2022). Γενικά αναφέρεται σε μια επιλογή πολιτικής των οργανωμένων κοινωνιών να κατανέμουν την εξουσία με δίκαιο τρόπο και να διανέμουν πόρους και υποχρεώσεις ακριβοδίκαια και στα πλαίσια της κοινωνικής αλληλεγγύης με απώτερο στόχο την μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας (Μαλαβάζος κ.ά.2019, Κουράκης 2021, Τσάκνη 2022).

Η Iris Marion Young (1990) αναφέρει την πρόσβαση και την ισότητα (equity και equility) μεταξύ των αρχών της κοινωνικής δικαιοσύνης. (Τσάκνη 2022). Οι όροι equity(ισότητα) και equility (ισοκατανομή) διαφέρουν μεταξύ τους (Μαλαβάζος κ.ά.2019, Τσάκνη 2022). Για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, ο πρώτος ερμηνεύεται ως ισότητα ευκαιριών και εξάλειψης εμποδίων στην πρόσβαση σε αυτές (Τσάκνη 2022) ενώ ο δεύτερος στην απουσία επαναλαμβανόμενων υγειονομικών ανισοτήτων (Kapiriri & Razavi 2022). Πάντως στην υγεία συνηθίζεται να ταυτίζεται με την ισοκατανομή (equity) (Gulliford et al 2002, Kapiriri & Razavi 2022, Τσάκνη 2022). Επίσης, η ισοκατανομή (equity) ταυτίζεται με την έννοια της διανεμητικής δικαιοσύνης στις υπηρεσίες υγείας (Daniels, 1982, Schweikart 2018) και η οικονομική δικαιοσύνη είναι αναγκαία συνθήκη της (Τσάκνη, 2022) Κατά τον ορισμό του ΠΟΥ αναφέρεται «στην απουσία άδικων, αποφεύξιμων ή επανορθώσιμων διαφορών μεταξύ ομάδων ανθρώπων, είτε αυτές οι ομάδες ορίζονται κοινωνικά, οικονομικά, δημογραφικά ή γεωγραφικά είτε από άλλες διαστάσεις ανισότητας (π.χ. φύλο, φύλο, εθνικότητα,

αναπηρία ή σεξουαλικός προσανατολισμός) (https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1). Διακρίνεται σε «οριζόντια ισοκατανομή» (horizontal equity) που σημαίνει ίση πρόσβαση για ίσες ανάγκες και σε «κάθετη ισοκατανομή» (vertical equity) που αναφέρεται σε διαβάθμιση της πρόσβασης κατ' αναλογία των αναγκών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. (Oliver & Mossialos 2004, Κοντοδημόπουλος 2020, Kapiriri & Razavi 2022). Στο ίδιο πνεύμα και σχετική απόφαση του ΔΕΚ: «δεν υπάρχει ισότητα όταν εφαρμόζονται διαφορετικοί κανόνες σε παρεμφερείς καταστάσεις ή όταν εφαρμόζεται ο ίδιος κανόνας σε διαφορετικές»⁵ (Τσάκνη 2022).

Οι επιπτώσεις της δυσλειτουργίας της θα μπορούσαν να συμπυκνωθούν στην φράση που έγραψε ο Martin Luther King (1963) «*Η αδικία οπουδήποτε είναι απειλή για την δικαιοσύνη παντού....ό,τι επηρεάζει κάποιον άμεσα, επηρεάζει όλους έμμεσα*».

Η επίτευξη και επικράτηση της κοινωνικής δικαιοσύνης είναι από τους στρατηγικούς στόχους ενός κράτους πρόνοιας (Κοντιάδης, 2019).

Τα περισσότερα κράτη του αναπτυγμένου κόσμου στα πλαίσια του κράτους πρόνοιας , αναγνωρίζουν ως ανθρώπινο δικαίωμα την πρόσβαση σε τουλάχιστον βασικές υπηρεσίες υγείας. (Nunes et al. 2017). Οι ΗΠΑ όμως είναι η χαρακτηριστική εξαίρεση όπου στο Σύνταγμα δεν υπάρχει άρθρο που να αναγνωρίζει επίσημα ως δικαίωμα την υγεία ή την υγειονομική περίθαλψη (Verulava 2021, Diamond & Hall-Partyka, 2022).Μια συχνά διατυπωμένη έκφραση είναι ότι στις ΗΠΑ δεν υπάρχει δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη. Από την άλλη όμως δεν υπάρχει και απαγόρευση πρόσβασης και χρήσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας, απλά το πιθανότερο είναι το χρηματικό αντίτιμο για αυτές τις παροχές να είναι τόσο δυσβάσταχτο που να λειτουργεί αποτρεπτικά (Mecikalski, 2011). Το ισχύον πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας καλύπτει μόνο μέρος του ευάλωτου πληθυσμού. (Verulava 2021). Βέβαια υπάρχουν και πολλές περιπτώσεις που το Ανώτατο Δικαστήριο έχει εκδώσει αποφάσεις υπέρ του δικαιώματος στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και κάποιοι νόμοι που ψηφίστηκαν βελτίωσαν την ασφαλιστική κάλυψη υγείας και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. (Diamond & Hall- Partyka, 2022).

Η αναγνώριση της υγειονομικής περίθαλψης ως δικαίωμα δεν βρίσκει τους πάντες σύμφωνους (Barlow 1999, Berwick et al. 2001, Verulava 2021).

⁵ Απόφαση 207/2004 ΔΕΚ στο Τσάκνη Γ.,2022 «Κοινωνική Δικαιοσύνη στις Υπηρεσίες Υγείας»

Το 1999, στα πλαίσια δημόσιας συζήτησης για τις αρχές που διατυπώθηκαν από το Tavistock Group⁶, εκφράστηκε και η αντίθετη άποψη στην αναγνώριση της υγειονομικής περίθαλψης ως ανθρώπινο δικαίωμα. Υποστηρίχθηκε ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα έχουν μια ηθική διάσταση εγγενή της ανθρώπινης ύπαρξης κάτι που δεν ισχύει για την φροντίδα υγείας και θα πρέπει τουλάχιστον να μπορεί να οριστεί με σαφήνεια απέναντι σε τι προστατεύουν ή δημιουργούν αξιώσεις. Δηλαδή, αν δεχτούμε ότι είναι ανθρώπινο δικαίωμα, τότε αυτό σημαίνει ότι όλοι οι άνθρωποι σε κάθε γωνιά του πλανήτη έχουν δικαίωμα σε βασικούς προσδιοριστές της υγείας ή αξίωση για την ακριβότερη φαρμακευτική αγωγή ή αισθητική επέμβαση; Ακόμα, εξομοιώνοντας την με τα άλλα ανθρώπινα δικαιώματα, θα υπήρχε η απαίτηση για σχετικές υπηρεσίες και υποδομές που αυτό μεταφράζεται σε τουλάχιστον οικονομική επιβάρυνση και είναι δύσκολο να απαντηθεί ποιος θα πρέπει να την επωμιστεί. Και τελικά κρίνεται ότι τέτοιες απόψεις δεν συμβάλλουν εποικοδομητικά στο ζήτημα της διανομής των περιορισμένων πόρων. (Barlow, 1999).

Για κάποιους άλλους, η διαφωνία έγκειται στο ότι η υγειονομική περίθαλψη είναι ένα κοινό εμπορεύσιμο αγαθό και άρα όχι δικαίωμα πόσο μάλλον τέτοιο που μπορεί να εμποδίσει την δημιουργία κέρδους. (Berwick et al. 2001, Verulava 2021).

2.2. Αξιολόγηση και μέτρηση της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες σημειώνεται μια ασφυκτική πίεση στα περισσότερα Συστήματα Υγείας παγκοσμίως για βέλτιστη δυνατή διαχείριση των περιορισμένων πόρων ώστε να παραχθούν με το ελάχιστο δυνατό κόστος τα μέγιστα δυνατά υγειονομικά οφέλη ,δηλαδή να είναι αποδοτικά (Υφαντόπουλος 2007, Μαλλιάρου, Ζυγά & Σαράφης 2009, Πιερράκος 2013, Walters et al. 2022, Τσάκη 2022).

Όπως και όλο και περισσότερο αυξάνονται οι απαιτήσεις για διαφάνεια και λογοδοσία της ιατρικής πρακτικής και μετατόπιση του κέντρου περιστροφής του συστήματος υγείας από την μονοδιάστατη προσέγγιση θεραπείας του «ασθενή στο νοσοκομειακό

⁶ Μια ομάδα από επιστήμονες υγείας και ακαδημαϊκούς με βαθιά γνώση στα θέματα υγείας και ηθικής, ορμώμενοι από την διαπίστωση ότι πολλά από τα προβλήματα που διέπουν τα συστήματα υγείας χρήζουν διεπιστημονικής προσέγγισης, διατύπωσαν πέντε αρχές για τις σχέσεις ασθενών και παρόχων φροντίδα υγείας. Μεταξύ των αρχών ήταν ότι η υγεία και υγειονομική περίθαλψη είναι δικαίωμα (Berwick et al. 2001)

κρεβάτι» στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στον άνθρωπο πριν γίνει ασθενής και στον ασθενή ως ολότητα. Αυτό είναι αίτημα τόσο των σχεδιαστών πολιτικών υγείας, των μάντζερ, επαγγελματιών υγείας και γενικά της κοινής γνώμης (Σαρρής 2001, Πιερράκος 2008, Πιερράκος 2013)

Ο σύγχρονός τρόπος ζωής, η γήρανση του πληθυσμού, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η αστικοποίηση και παγκοσμιοποίηση, οι καταγιστικές εξελίξεις της ιατρικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας και μεν αύξησαν σημαντικά το προσδόκιμο όριο ζωής όμως προκάλεσαν αλματώδη αύξηση των ιατρικών δαπανών, αύξησαν την ψαλίδα των ανισοτήτων στην υγεία δεν λειτούργησαν ανασταλτικά στην αύξηση σε σωματικά και ψυχικά μακροχρόνια νοσήματα. (Σαρρής 2001, Υφαντόπουλος 2007, Χαραλάμπους & Ρούσου 2010, Πιερράκος 2013, Γούλα κ.ά.2018, Τούντας 2021). Θα λέγαμε ακόμα δεν βελτίωσαν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» είναι πολυδιάστατος και δυναμικός. Διαμορφώνεται μέσα από τα βιώματα και προσωπικές εμπειρίες του ατόμου και περιλαμβάνει τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές πτυχές της ευεξίας και όλων των διαστάσεων της υγείας όπως ορίζεται από τον Π.Ο.Υ. (Σαρρής 2001, Υφαντόπουλος 2007, Πιερράκος 2013, Γούλα κ.ά.2018, Bogart et al. 2022).

Αυτό μεταφράζεται για τους πολίτες σε αύξηση των αναγκών τους και προσδοκιών τους για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Για τα Συστήματα Υγείας σημαίνει ότι θα πρέπει να τις ανιχνεύουν έγκαιρα και να προσαρμόζουν την παροχή των υπηρεσιών τους σε αυτές, διασφαλίζοντας μαζί με την ποιότητα, την οικονομική βιωσιμότητα τους. (Υφαντόπουλος 2007, Μαλλιαρού, Ζυγά & Σαράφης 2009, Πιερράκος 2013, Walters et al. 2022).

Το σημείο αυτό είναι κατάλληλο να σταθούμε και παρενθετικά να αναφερθούμε στην πανδημία COVID-19 που βρήκε τα Συστήματα Υγείας τόσο των αναπτυγμένων όσο και αναπτυσσόμενων χωρών απροετοίμαστα μπροστά στην ορμή της. Όχι μόνο δοκιμάστηκαν οικονομικά αλλά και συνάντησαν τεράστιες δυσκολίες να συνεχίσουν να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες με μεταξύ άλλων προβλημάτων, την εμφάνιση εμποδίων στην Πρόσβαση τους -με την ευρεία έννοια του όρου- Στις αναπτυγμένες χώρες τα εμπόδια αφορούσαν κυρίως ασθενείς με χρόνια ή μη-μεταδιδόμενα νοσήματα ενώ στις αναπτυσσόμενες ακόμα και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες

υγείας και υπηρεσίες εμβολιασμού. (Tuczyńska, Matthews-Kozanecka & Baum, 2021, Braithwaite 2021).

Το κλειδί για την επίτευξη του διπλού στόχου της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και οικονομικής βιωσιμότητας, βρίσκεται στην ολιστική προσέγγιση της αξιολόγησης της ποιότητας και αποδοτικότητας όλου του φάσματος υπηρεσιών (ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις, διοικητική λειτουργία, μέτρα και προγράμματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας, ικανοποίηση ασθενών). Είναι κρίσιμης σημασίας, αυτή η διαδικασία να συμπεριλάβει τις απόψεις του τρίπτυχου ασθενείς-πάροχοι υπηρεσιών υγείας- ασφαλιστικοί οργανισμοί (Τούντας & Οικονόμου 2007, Πιερράκος 2013, Endeshaw 2021, Γαλανάκης & Γούλα 2022, Πιερράκος χ.χ.). Όπως σημειώνουν οι Πολύζος κ.ά. (2005) , η συμπερίληψη αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η επιδίωξη βελτιωτικών μέτρων αυτής, οριοθετούν «*την τρίτη επανάσταση*» στον τομέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Πολύζος κ.ά. 2005).

Ο αναπροσανατολισμός των οργανισμών υγείας στη Διοίκηση Ολική Ποιότητας (ΔΟΠ) στα πλαίσια της οποίας η καταγραφή στοιχείων και δεδομένων θέτει τις βάσεις για την λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων και παρέχει τη δυνατότητα για εξαγωγή δεικτών σύγκρισης. Με αυτά και άλλα εργαλεία, καθίσταται εφικτή η παρακολούθηση μετρήσιμων αποτελεσμάτων. Έγκαιρα και έγκυρα θα ανιχνεύονται οι αλλαγές στις ανάγκες υγείας, θα προλαμβάνονται τα λάθη και οι αστοχίες και θα αναπροσαρμόζεται ο στρατηγικός και επιχειρησιακός σχεδιασμός μέσα από τη σύγκριση δεικτών που θα αφορούν τους εκάστοτε ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους είτε κάποιο επιστημονικώς αποδεκτό πρότυπο ως σημείο αναφοράς (Τούντας & Οικονόμου 2007, Πιερράκος 2013, Πιερράκος χ.χ.). Στην σειρά προτύπων ISO από τον Διεθνή Οργανισμό Προτυποποίηση περιλαμβάνεται το πρότυπο EN 15224 για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Οι απαιτήσεις εφαρμογής του αφορούν μεταξύ άλλων στην καταλληλότητα και συνέχεια της φροντίδας, την αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα, τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων, ενεργό συμμετοχή του ασθενή και διαστάσεις της πρόσβασης όπως είναι η διαθεσιμότητα, προσβασιμότητα και επάρκεια. (Νάτσης χ.χ.(α), Πιερράκος χ.χ.)

Στους οργανισμούς υγείας, όμως, το κόστος δεν είναι κάτι εύκολα προσδιορίσιμο και ελέγξιμο να σταθεροποιηθεί όπως στους λοιπούς κοινούς οργανισμούς διότι οι «πελάτες» - ασθενείς χρειάζονται προσαρμοσμένη προσέγγιση, το οποίο σημαίνει διαφορετικό θεραπευτικό πλάνο και διαγνωστικές εξετάσεις υψηλής ποιότητας και άρα

διαφοροποίηση στο οικονομικό κόστος για τον οργανισμό. Όπως και δεν μπορεί να αξιολογείται μονοδιάστατα αλλά σε συνάρτηση με την ποιότητα των υπηρεσιών και προϊόντων υγείας. Στο πλαίσιο όμως υιοθέτησης συστήματος διαχείρισης ποιότητας στον οργανισμό, το κόστος εκτίμησης και πρόληψης θα είναι συγκριτικά μικρότερο και ελέγξιμο σε σχέση με το κόστος εσωτερικών και εξωτερικών αστοχιών που θα προκύψουν σε περίπτωση απουσίας του. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς 2012, Kalogeropoulos & Charalambous 2019, Πιερράκος χ.χ.)

Κατά τον Cochrane (1972) είναι τρία τα κριτήρια για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας τα οποία και ιεραρχούσε ως εξής :

Αποτελεσματικότητα (Effectivess)→ Αποδοτικότητα. (Efficiency) →Ισότητα (Equity).

Η Αποτελεσματικότητα ως ποσοστό επιτυχίας της κλινικής πρακτικής ενώ η Αποδοτικότητα εκφράζει τη σχέση κλινικών αποτελεσμάτων ως προς το κόστος τους παραγωγής τους. Μπορεί όμως και να εξεταστεί ως σχέση όγκου παραγωγής (productivity) υπηρεσιών και προϊόντων υγείας και εισροών για παράδειγμα ανθρωποωρών. Η Ισότητα με την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης και στις δυο διαστάσεις της ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη δυνατή Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Όμως αυτή η σειρά των κριτηρίων σταδιακά αμφισβητήθηκε και επικρίθηκε ότι η ικανοποίηση του ενός δεν οδηγεί σε ικανοποίηση των υπολοίπων. Επομένως αναθεωρήθηκε ως :

Ισότητα (Equity) → Αποτελεσματικότητα (Effectivess)→ Αποδοτικότητα. (Efficiency)

(Τούντας & Οικονόμου 2007).

Ο Π.Ο.Υ. ήδη από το 1978 έχει εισάγει για την αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας το πολυπαραγοντικό μοντέλο του Tanahashi, σύμφωνα με το οποίο οι πολίτες διέρχονται διαδοχικά από πέντε στάδια από την αρχή της αναζήτησης υπηρεσιών υγείας έως την ικανοποίηση των αναγκών τους. Η ανάλυση αυτής της πορείας λειτουργεί ως οδικός χάρτης για τον στρατηγικό σχεδιασμό πολιτικών υγείας αφού επιτρέπει τόσο τον έγκαιρο εντοπισμό εμποδίων και δυσλειτουργιών όσο και μέτρηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών και προγραμμάτων. Αυτά είναι:

- **Δυνατότητα διάθεσης των υπηρεσιών υγείας** (επάρκεια σε ανθρώπινο δυναμικό, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, ξενοδοχειακές υπηρεσίες)
- **Οικονομική και Γεωγραφική Προσβασιμότητα** (ασφαλιστική κάλυψη, δυνατότητα πληρωμής, χρόνος μετακίνησης)
- **Αποδεκτικότητα της φροντίδας** (κοινωνικοπολιτισμική αποδοχή, στάσεις και αντιλήψεις χρηστών και επαγγελματιών υγείας)
- **Καλυπτικότητα** (πραγματοποίηση της επαφής χρήστη με τις υπηρεσίες υγείας αφού έχουν ολοκληρωθεί επιτυχώς τα προηγούμενα στάδια)
- **Αποτελεσματικότητα** (αποτελεσματική ικανοποίηση της ανάγκης υγείας του χρήστη)

(Πασσά και συν., 2018)

Μέχρι το 1980 περίπου , οι μελέτες επίτευξης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προέρχονταν κυρίως από την ακαδημαϊκή κοινότητα. Στα μέσα της δεκαετίας του '80, ο Avedis Donabedian ήταν ο πρώτος που σε ερευνητικό του έργο χρησιμοποίησε τον όρο «ποιότητα υπηρεσιών υγείας» . Στην έρευνα του, εντόπισε δυσκολία επακριβούς ορισμού του όρου, διότι εξαρτάται από ποια πλευρά εξετάζεται (ασθενή ή παρόχου της υπηρεσίας;) και κατά πόσο θέλει κανείς να εμβαθύνει (εξέταση τεχνικής αποδοτικότητας της κλινικής πρακτικής, ή και της διαπροσωπικής διάστασης;). Υπάρχει μια πληθώρα ερωτημάτων κατά αυτόν που πρέπει να απαντηθεί, η οποία διαμορφώνεται μέσα από τις κοινωνικές συνθήκες της εποχής. (Donabedian 1988, Kalogeropoulos & Charalambous 2019, Endeshaw 2021). Παρά ταύτα, ο Donabedian θεωρεί ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας συνίσταται στην παροχή αυτών των υπηρεσιών που είναι οργανωμένες σε ένα πλαίσιο σχεδιασμού όπου έχουν ληφθεί υπόψη οι ωφέλειες και τα κόστη ευκαιρίας ώστε να επιτυγχάνουν τη μέγιστη δυνατή υγεία και ευεξία των ασθενών. (Busse et al 2013, Kalogeropoulos & Charalambous 2019).

Οι Cambell, Roland & Buetow (2000) διαχωρίζουν τον ορισμό όταν εξετάζεται για το άτομο μεμονωμένα και για τον πληθυσμό συνολικά ως προς την Πρόσβαση και την Αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών. Στην πρώτη περίπτωση η ποιότητα είναι απάντηση στο ερώτημα : *«κατά πόσο ένας χρήστης έχει πρόσβαση στη δομή και διαδικασίες των υπηρεσιών υγείας που χρειάζεται και αν αυτές που λαμβάνει είναι*

αποτελεσματικές». Σχετίζεται επομένως με την γεωγραφική, οικονομική και χρονική πρόσβαση, τη διαθεσιμότητα, καταλληλότητα, αποδοχή και ανταποκρισιμότητα της υπηρεσίας. Και στη δεύτερη περίπτωση ως : η ικανότητα πρόσβασης σε αποτελεσματική φροντίδα σε αποδοτική και ισότιμη βάση ώστε να επιτυγχάνεται η βελτιστοποίηση της υγείας και ευεξίας ολόκληρου του πληθυσμού. Εδώ η Πρόσβαση εξετάζεται μέσα από τις γενικότερες συνθήκες και παράγοντες που επικρατούν στην οικονομική, πολιτική και κοινωνική ζωή της χώρας και επηρεάζουν το πλαίσιο της παροχής των υπηρεσιών υγείας. (Cambell, Roland & Buetow, 2000).

Σε συμφωνία με τα παραπάνω είναι και η πιο πρόσφατη βιβλιογραφία. (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς 2012, Goula et al. 2021). Ακόμα διατυπώνεται και ως εξής: η διαρκής προσαρμογή στις τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες που εμφανίζουν οι εσωτερικοί και εξωτερικοί πελάτες των οργανισμών υγείας, ή αλλιώς θα λέγαμε στην διαρκή επιδίωξη της αριστείας. Η αριστεία αναφέρεται σε έναν αέναο κύκλο αυτοβελτίωσης του οργανισμού υγείας (Goula et al. 2021, Πιερράκος χ.χ.).

Κατά την σκέψη του Donabedian, σε τρεις τομείς ενός οργανισμού υγείας θα πρέπει να αναζητηθούν τα στοιχεία για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του. Συγκεκριμένα αυτοί είναι:

- στη **Δομή (Structure)**, δηλαδή κατά πόσο ο οργανισμός έχει σε επάρκεια και καταλληλότητα εκείνα τα οργανωτικά χαρακτηριστικά, την κουλτούρα μάθησης, τους ανθρώπινους και χρηματικούς πόρους, τις υποδομές, τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό ώστε να παρέχει τις υπηρεσίες υγείας.
- στη **Διαδικασία (Process)**. Αυτή αναφέρεται τόσο στους χρήστες όσο και στους παρόχους. Από την μια πλευρά , είναι οι ενέργειες των χρηστών στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Ενώ από την άλλη, των παρόχων , αναφέρεται σε όλο το φάσμα της κλινικής φροντίδας κατά πόσο είναι η κατάλληλη και καλύπτει ακριβώς τον εκάστοτε ασθενή αλλά και αν οι επαγγελματίες υγείας διαθέτουν τις κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες για την πρόληψη, διαχείριση και επίλυση του εκάστοτε προβλήματος υγείας του ασθενή.
- στην **Έκβαση (Outcome)** που αφορά τα αποτελέσματα και επιπτώσεις από τις ιατρικές και διοικητικές πράξεις και υπηρεσίες που εκτός από την καλή υγεία μπορεί να είναι και συσσώρευση γνώσης που θα προάγει περισσότερο την υγεία, ικανοποίηση των ασθενών.

(Donabedian 1986α, Campbell, Roland & Buetow 2000, Μαλλιάρου, Ζυγά & Σαράφης 2009, Παπακωστίδη & Τσουκαλάς 2012, Kalogeropoulos & Charalambous 2019, Erkan & Unal, 2022). Το τρίπτυχο αυτό του Donabedian βρίσκει ακόμα και σήμερα πολλούς σύμφωνους και το χρησιμοποιούν στο ερευνητικό τους έργο. (Uradhyai et al. 2019).

Ο Maxwell (1984), θεωρεί ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να εξετάζεται χωριστά στις εξής έξι διαστάσεις:

- **Πρόσβαση** στις υπηρεσίες (*Access*)
- **Σχετικότητα** με τις υγειονομικές ανάγκες (*Relevance*)
- **Αποτελεσματικότητα** κατά ασθενή (*Effectiveness*)
- **Ισότητα** (*Equity*)
- **Κοινωνική αποδοχή** (*Social acceptability*)
- **Αποδοτικότητα και οικονομία** (*Efficiency, Economy*)

(Maxwell, 1984)

Στην πιο πρόσφατη επιστημονική έρευνα, συναντάται μια ακόμα διάκριση για την μελέτη της ποιότητας των υπηρεσιών, σε «ιατρική (*medical*)» και «μη-ιατρική (*non-medical*)» φροντίδα. Την πρώτη χαρακτηρίζουν η διαθεσιμότητα των ιατρικών υπηρεσιών τόσο σε επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων όσο και εξοπλισμού ενώ η δεύτερη έχει να κάνει με την ανταποκρισιμότητα και κοινωνική αποδοχή των υπηρεσιών όπως και με τις φυσική, χρονική και οικονομική διάσταση της πρόσβασης (Uradhyai et al. 2019). Παρομοίως, οι Jahangir et al. (2020) αναφέρουν ότι συχνά γίνεται η διάκριση σε πρώτον : «κλινική ποιότητα (*clinical*)» που αναφέρεται στις αναγκαίες ικανότητες των επαγγελματιών υγείας, κτιριακές υποδομές και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Δεύτερον στην «ποιότητα υπηρεσίας (*service quality*)» που καλύπτει διαστάσεις της πρόσβασης όπως είναι η χρονική και γεωγραφική (Jahangir et al. 2020). Ακόμα, αναγνωρίζεται ότι στα χαρακτηριστικά των Συστημάτων Υγείας σήμερα θα πρέπει περιλαμβάνονται οι έννοιες της αποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας, παραγωγικότητας, συνέχειας της φροντίδας, της λογοδοσίας, το αίσθημα ευθύνης και να είναι ανεμπόδιστη η χρονική, γεωγραφική, οικονομική και πολιτισμική προσβασιμότητα. (Erkan & Unal 2022). Κατά άλλους, η έννοια της Πρόσβασης , στο σύνολο των διαστάσεων του όρου, αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό

της ποιότητας της φροντίδας και όχι απλά ένα αναγνωριστικό στοιχείο της (Kontopantelis, Roland, & Reeves 2010, Rhodes & Samuels-Kalow 2021).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, στα πλαίσια προβληματισμού στις αρχές του 2001, για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν πλέον τα Συστήματα Υγείας προτάθηκαν από τις Οικονομική, Κοινωνική και Επιτροπή των Περιφερειών ως Στρατηγικοί Στόχοι των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας οι αρχές του Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου που είναι η Ισότητα, Ποιότητα και η Αποδοτικότητα.

Οι αρχές αυτές βρίσκονται σε μια τριγωνική σχέση αμοιβαίας εξάρτησης. Η Ισότητα αναφέρεται στην επίτευξη της καθολικής Πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η Ποιότητα στην προσφορά Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας και διαμόρφωσης συνθηκών Ποιοτικής Ζωής για τους πολίτες και η Αποδοτικότητα στην οικονομική βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας (Υφαντόπουλος 2007). Σχηματικά είναι:

- ***Ισότητα ↔ Αποδοτικότητα***
- ***Ποιότητα ↔ Αποδοτικότητα***
- ***Ισότητα ↔ Ποιότητα***

(Υφαντόπουλος 2003 στο Πιερράκος 2008).

Το 2015, ο ΠΟΥ δημοσίευσε έναν οδηγό με τα κριτήρια για τη ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας για ενήλικες. Η έννοια της Πρόσβασης κατέχει σημαντική θέση σε αυτά είτε μέσα από τη γεωγραφική, χρονική και οικονομική διάσταση της είτε μέσω παραγόντων που την καθορίζουν όπως είναι η Εγγραματοσύνη Υγείας, ο προσανατολισμός της οργανωσιακής κουλτούρας των παρόχων στην ικανοποίηση των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών τους και η επιδίωξη της αριστείας. (WHO 2015).

Το European Patients' Forum ,το 2016, δημοσίευσε το «Defining and Measuring Access to Healthcare: the Patients' Perspective Position Statement», στο οποίο ορίζουν τις διαστάσεις της πρόσβασης ως τα «5Α» των Penchansky & Thomas (1981) με προσαρμογές στην σημειολογία τους ώστε να αποτυπώνουν πιο πιστά τις απόψεις των ασθενών. Συγκεκριμένα:

- ***Διαθεσιμότητα (Available)***: όλοι οι ασθενείς να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας,

- **Επάρκεια (Adequate):** οι υπηρεσίες υγείας να αναπροσαρμόζονται στις μεταβαλλόμενες ανάγκες των ασθενών, δηλαδή η μετουσίωση της ποιότητας στις υπηρεσίες,
- **Προσβασιμότητα (Accessible):** άρση γεωγραφικών, χρονικών ή ενημέρωσης εμποδίων για πρόσβαση σε υπηρεσίες ολοκληρωμένης φροντίδας με ενεργή συμμετοχή των ασθενών σε αυτές,
- **Κατάλληλότητα (Appropriate):** να παρέχονται οι κατάλληλες για τις ανάγκες των ασθενών υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις,
- **Προσιτότητα (Affordable):** οι ασθενείς να λαμβάνουν υπηρεσίες σε κοινωνικά δίκαιο και ανεκτό οικονομικό και προσωπικό κόστος.

(EPF, 2016)

Στην επιτομή που παρουσίασε η Επιτροπή Επαφών των ανώτατων οργάνων ελέγχου (AOE) της Ε.Ε τον Δεκέμβριο του 2019 και περιλαμβάνει δημοσιευμένες εκθέσεις ελέγχου μεταξύ 2014 και 2019 σχετικά με τη Δημόσια υγεία, αναγνωρίζεται η σημασία της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ως στοιχείο ποιότητας αυτών (https://www.eca.europa.eu/sites/cc/Lists/CCDocuments/Compendium%20public%20health/CC_AUDIT_COMPENDIUM_PUBLIC_HEALTH_EL.pdf).

Στην Ελλάδα, ο Ν. 4715 ΦΕΚ Α 149/1.8.2020 για την σύσταση και λειτουργία του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.) αναφέρει ότι τα κριτήρια και οι δείκτες αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας συνίστανται στα εξής σημεία:

- **ασφάλεια των ασθενών**
- **αποδοτικότητα** στην παροχή υπηρεσιών υγείας,
- **ανταποκρισιμότητα** - ασθενοκεντρική προσέγγιση,
- **προσβασιμότητα** των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας,
- **χρηστή διοίκηση** και η διαχείριση των διαθέσιμων πόρων

(<https://odipy.gov.gr/wp-content/uploads/2022/06/149a-20.pdf>)

Ο Κοντοδημόπουλος (2020) συνοψίζει τα σημαντικότερα στοιχεία για την αξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας στο τρίπτυχο :

- **Ισότητα (Equity)**, δηλαδή ισοτιμία στα δικαιώματα και τις ευκαιρίες πρόσβασης
- **Αποτελεσματικότητα (Effectiveness)** που σημαίνει επίτευξη των στόχων της κλινικής αποτελεσματικότητας
- **Αποδοτικότητα (Efficiency)** που σημαίνει ότι επετεύχθη η μεγιστοποίηση της παραγωγής υπηρεσιών και προϊόντων υγείας με την ανάλωση του ελάχιστου δυνατού των πόρων. (Κοντοδημόπουλος, 2020)

Το 2015, στα πλαίσια Μελέτης για την Παγκόσμια Επιβάρυνση των Ασθενειών, Τραυματισμών και Παραγόντων Επικινδυνότητας, η Παγκόσμια Ένωση Επιβάρυνσης της Ασθένειας (GBD) εφεύρε τον Δείκτη Πρόσβασης και Ποιότητας της Υγειονομικής Φροντίδας (HAQ). Ο εν λόγω δείκτης λαμβάνει τιμές από 0 που είναι το χειρότερο άκρο και 100 για το καλύτερο και μετράει την θνησιμότητα απ αιτίες που μπορούσαν να αποφευχθούν εάν υπήρχε πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και φροντίδας. Στην έρευνα των Fullman et al 2018 για την πρόοδο που σημειώνεται παγκοσμίως για την επίτευξη του Στόχου της Καθολικής Κάλυψης Υγείας του ΠΟΥ έως το 2030, αξιοποιήθηκε ως εργαλείο μέτρησης της απόδοσης των υπηρεσιών υγείας σε 195 χώρες του κόσμου ([https:// ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2015-healthcare-access-and-quality-index-1990-2015](https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2015-healthcare-access-and-quality-index-1990-2015), Fullman et al. 2018).

Η επιστημονική βιβλιογραφία βρίθει μελετών και μοντέλων μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, όμως το SERVQUAL είναι το δημοφιλέστερο παρ' όλες τις αδυναμίες του. Κάποια άλλα επίσης γνωστά, είναι φυσικά του Donabedian όπως το αναλύσαμε και παραπάνω, το HospitalQual, PubHosQual, και HEALTHQUAL (Upadhyai et al. 2019, Endeshaw 2021, Goula et al. 2021, Erkan & Unal 2022, Zygiaris et al.2022, Darzi et al. 2023).

Το μοντέλο SERVQUAL μετράει το χάσμα απόκλισης μεταξύ προσδοκιών των χρηστών των υπηρεσιών για την ποιότητα αυτών και την τελικά αντιληπτή ως προσφερόμενη σε σχέση με πέντε χαρακτηριστικά που θεωρούνται ότι στοιχειοθετούν την ποιότητα . Σε κάθε ένα από αυτά εξετάζονται και επιμέρους στοιχεία ως εξής :

- **Απτότητα (Tangibles):** κτιριακές εγκαταστάσεις, πάσης φύσης ιατροτεχνολογικές συσκευές, μηχανήματα και συστήματα, αισθητική παρουσίαση του προσωπικού όπως είναι οι στολές,

- **Αξιοπιστία (Reliability):** σύμπτωση υποσχόμενης υπηρεσίας με την παρεχόμενη, πηγάζει από την αίσθηση ευθύνης και συνεπάγεται ενίσχυση της εμπιστοσύνης των χρηστών,
- **Ανταποκρισιμότητα (Responsiveness):** βαθμός προθυμίας του παρόχου των υπηρεσιών να απαντήσει έγκαιρα και έγκυρα στις ανάγκες των χρηστών,
- **Διασφάλιση (Assurance):** παροχή διαπιστευμένων υπηρεσιών,
- **Ενσυναίσθηση (Empathy):** προσέγγιση στο πρόβλημα υγείας του ασθενή με κατανόηση και ευαισθησία

(Πιερράκος 2013, Goula et al. 2021, Γαλανάκης & Γούλα 2022, Erkan & Unal 2022, Zygiaris et al. 2022, Πιερράκος χ.χ., Darzi et al. 2023). Πρέπει να προστεθεί ότι είναι εργαλείο μέτρησης περισσότερο της λειτουργικής (functional) παρά της τεχνικής (technical) διάστασης της ποιότητας. Στον πρώτο όρο, το βάρος πέφτει στο σύνολο των ενεργειών και δράσεων που καθιστούν εφικτή την παροχή των υπηρεσιών (process). Ενώ στον δεύτερο εξετάζεται περισσότερο η ιατρική τεχνογνωσία, κλινική γνώση και ακρίβεια (Endeshaw 2021, Goula et al. 2021, Πιερράκος χ.χ.) που όμως τυπικά και ουσιαστικά είναι προϋποθέσεις για την λειτουργική διάσταση της. (Uradhyai et al. 2019).

2.2.3. Παράγοντες διαμόρφωσης Ικανοποίησης και Εμπειρίας των Χρηστών των Υπηρεσιών Υγείας

Ήδη από τις αρχές του 19^{ου} αιώνα καταγράφεται επιστημονικό ενδιαφέρον για την μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και για πολλές δεκαετίες αυτή προσεγγιζόταν από τις δυνατότητες πρόσβασης (Πιερράκος κ.ά. 2013, Goula et al. 2021). Όμως από την δεκαετία του 1980 εντατικοποιήθηκε. (Mukhtar et al. 2013, Γούλα κ.ά. 2019).

Υπάρχει πληθώρα ορισμών του όρου «ικανοποίηση των ασθενών» (*patient satisfaction*) και όπως διαπιστώνει το Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) των Η.Π.Α., συχνά χρησιμοποιείται ως συνώνυμος ο όρος «εμπειρία ασθενών» (*patient experience*) (<https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>).

Χωρίς όμως αυτό να είναι δόκιμο. (<https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>, Bull 2021).

Ένας συνοπτικός ορισμός για την «ικανοποίηση των ασθενών» θα ήταν ότι αναφέρεται στο πόσο ευχαριστημένος είναι από την ποιότητα στις υπηρεσίες που έλαβε συγκριτικά με τις προσωπικές προσδοκίες και τις αντιλήψεις του για αυτές (Säilä et al. 2008, Mukhtar et al. 2013, Πιερράκος 2013, Μπαλάσκα & Μπιτσώρη 2015, Zygiaris et al. 2022, Erkan & Unal 2022).

Σύμφωνα με το Picker Institute Europe (2002) το μέγεθος αυτής της ικανοποίησης διαμορφώνεται στη βάση τριών παραγόντων:

α) προσδοκίες

β) προσωπικές προτιμήσεις

γ) παρεχόμενη φροντίδα

(Picker Institute Europe 2002 στο Πιερράκος 2013). Σημαντικό ρόλο στην τελική διαμόρφωση παίζουν τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του ασθενή όπως και η αξιολόγηση της υγείας του στον δεδομένο χρόνο. (Πιερράκος, 2013)

Πολλοί επιστήμονες και ακαδημαϊκοί έχουν διατυπώσει θεωρίες σχετικά με τους διαστάσεις και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή. Ο Πιερράκος (2013) συνοψίζει τα κριτήρια ως εξής:

α. Αξιοπιστία και Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας,

β. Ικανότητες- Δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας κατά την εκτέλεση της υπηρεσίας,

γ. Φιλική και Ευγενική συμπεριφορά των εργαζομένων και

δ. Εμπιστοσύνη και Ειλικρίνεια που αποπνέει ένας επαγγελματίας υγείας» (Πιερράκος, 2013).

Η Kalaja (2023) διεξήγαγε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σε δημοσιευμένες έρευνες κατά την περίοδο 1969-2019 προκειμένου να μελετήσει τις υπάρχουσες θεωρίες και να διερευνήσει τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών με τελικό στόχο να εντοπίσει τις δημοφιλέστερες για τον τομέα της υγείας. Στην πλειοψηφία των άρθρων είχε βρεθεί στενή συσχέτιση δημογραφικών χαρακτηριστικών όπως το φύλο, η ηλικία, η

κατάσταση υγείας και το εκπαιδευτικό επίπεδο και της ικανοποίησης όμως δεν καταλήγανε ομόφωνα στα ίδια συμπεράσματα για τον βαθμό επίδρασης τους. Άλλοι παράγοντες που αναφέρθηκαν ήταν η ιατρική, νοσηλευτική φροντίδα και περιβάλλον, με την νοσηλευτική φροντίδα να βαραίνει περισσότερο. Ακόμα, η ικανοποίηση τους άλλοτε επηρεαζόταν από την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων με τις επικοινωνιακές ικανότητες να ξεχωρίζουν των ιατρικών γνώσεων, και άλλοτε να έχει σημασία η ποιότητα του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού. Πάντως τα εμπόδια της γεωγραφικής και χρονικής Πρόσβασης στις υπηρεσίες ήταν σταθερή πηγή δυσαρέσκειας. Εμβαθύνοντας την έρευνα της, ξεχώρισε τις προσδοκίες και εμπειρίες των ασθενών ως συντελεστές ικανοποίησης. Τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, η κατάσταση της υγείας και ψυχολογίας την δεδομένη στιγμή, η συνέχεια της φροντίδας, οι ελλείψεις στις κτιριακές υποδομές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες, και η πρόσβαση, είχαν σημαντική επίδραση στην διαμόρφωση τους. Όσο μεγαλύτερες οι προσδοκίες τόσο μικρότερη η ικανοποίηση. (Kalaja, 2023)

Παρομοίως, οι Ferreira et al. (2023) εκπόνησαν μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το διάστημα 2000-2021 προκειμένου να εντοπίσουν τους παράγοντες που έχουν πρωταγωνιστική θέση στην διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης σε παγκόσμιο επίπεδο. Βρήκαν αδύνατη την ομοφωνία όπως η Kalaja (2023), εξαιτίας της έντονης υποκειμενικότητας που χαρακτηρίζει την έννοιας της ικανοποίησης. Τα συμπεράσματα τους ήταν παραπλήσια και το νέο στοιχείο που προσθέσανε ήταν ο παράγοντας κόστος. Και αυτό αποκτά επιπλέον ειδικό βάρος λαμβανομένης της ανάπτυξης του επονομαζόμενου ιατρικού τουρισμού. (Ferreira et al. 2023). Το 2015, διεξήγαν οι Πιερράκος κ.ά. έρευνα⁷ ικανοποίησης των ασθενών για να απαντήσουν στο ερώτημα αν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δικαιολογούσε το κόστος τους για αυτούς και αν θα ήταν δεκτικοί στην πληρωμή επιπρόσθετου ποσού προκειμένου να λάβουν ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας Πιερράκος κ.ά. 2015). Σύμφωνα με την θεωρία ένας ορθολογικός καταναλωτής επιθυμεί να λάβει την μέγιστη ικανοποίηση πληρώνοντας το μικρότερο δυνατό τίμημα. Όμως η υγεία είναι αγαθό απόλυτο και δεν μπορεί να αποτιμηθεί σε χρηματικές μονάδες. Αυτήν την ασυμβατότητα «γεφυρώνει» η μέθοδος της «προθυμίας πληρωμής» που σε απλά λόγια θα λέγαμε ότι αποτυπώνει πόσα χρήματα είναι διατεθειμένο ένα άτομο να πληρώσει για να λάβει ακόμα

⁷ Η έρευνα έλαβε χώρα το 2013 και όταν ακόμα ίσχυε η πληρωμή αντιτίμου 5,00 € στην πρωινή λειτουργία των Τ.Ε.Ι. του ΕΣΥ ενώ για την απογευματινή κυμαινόταν από 16,00 έως 72,00€

καλύτερες υπηρεσίες υγείας και να αυξήσει την ικανοποίηση του (Πιερράκος κ.ά. 2015, Abbas, Usmani & Imran 2019) Επί της ουσίας αξιολογείται η ποιότητα και η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας μέσω της ατομικής απόφασης του ασθενή να καταβάλει υψηλότερο χρηματικό αντίτιμο αποτιμώντας το τελικό του όφελος υψηλότερο αυτού. (Πιερράκος κ.ά. 2015).

Η διεθνής και ελληνική επιστημονική βιβλιογραφία όπως και οι φορείς χάραξης πολιτικών υγείας έχουν αναγνωρίσει στο βάθος των χρόνων πολλούς δείκτες ποσοτικής μέτρησης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. (Σούλης, 2015, Γκουντέλας κ.ά., 2020). Δημοφιλέστερη όμως είναι η χρήση της εμπειρικής μεθόδου της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών με την χρήση ερωτηματολογίων διότι παρέχει πληροφορίες που δεν μπορούν με κάποιο άλλο εργαλείο να καταγραφούν. (Πολύζος κ.ά. 2005, Σούλης 2015, Γούλα κ.ά. 2017, Γούλα κ.ά. 2019, Γκουντέλας κ.ά. 2020 , Afrashtehfar, Assery, & Bryant, 2020, WHO 2021, Richman & Schulman 2022, Kalaja 2023).

Οι περισσότεροι ερευνητές δομούν τα ερωτηματολόγια τους βάσει του «*Ιεραρχικό Μοντέλου*» των Dagger, Sweeney, & Johnson (2007) ώστε να εξετάσουν τις τέσσερις διαστάσεις ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, διοικητικές υπηρεσίες και περιβάλλον-εγκαταστάσεις που αντιστοιχούν στην Διαπροσωπική, Τεχνική, Περιβαλλοντική ποιότητα και Ποιότητα Διοίκησης (Γούλα κ.ά. 2019, Πιερράκος χ.χ.).

Πιο συγκεκριμένα, «*Ιεραρχικό Μοντέλο*» συνοψίζει τέσσερα σημεία στα οποία κρίνεται η ποιότητα των υπηρεσιών από τους λήπτες αυτών και συγκεκριμένα:

- στη **Διαπροσωπική** ποιότητα που αναφέρεται στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και ανοικτών επικοινωνιακών καναλιών μεταξύ ασθενή και ιατρού,
- στην **Τεχνική** ποιότητα που αφορά στις εξειδικευμένες γνώσεις και ικανότητες του επαγγελματία υγείας και πώς εκτιμά ο ασθενής την έκβαση,
- στην **Περιβαλλοντική** ποιότητα που εξετάζεται τόσο ως προς το κλίμα –κατά πόσο φιλικό και ευχάριστο- που επικρατεί στον οργανισμό υγείας και την οργάνωση των εγκαταστάσεων ώστε να διευκολύνεται η πρόσβαση,
- στην **Διοικητική ποιότητα** που διακρίνεται σε επιμέρους τρεις παραμέτρους:
 - χρόνος αναμονής έως και την ολοκλήρωση της ιατρικής επίσκεψης

- οργάνωση και συντονισμός των διοικητικών υπηρεσιών ως προς τους εσωτερικούς και υπόλοιπους εξωτερικούς πελάτες του οργανισμού
- υποστήριξη του ασθενή και μετά την ολοκλήρωση του ιατρικού ραντεβού του.

(Dagger, Sweeney, & Johnson 2007, Πιερράκος 2013).

Αλλά και τα κοινωνικά δίκτυα αρχίζουν να αναδύονται σε έναν εναλλακτικό τρόπο έκφρασης του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών (Ferreira et al. 2023).

Σύμφωνα με τις οδηγίες του διεθνώς αναγνωρισμένου φορέα Διαπίστευσης υπηρεσιών υγείας Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας από τους εννέα δείκτες αξιολόγησης της βελτίωσης της ποιότητας της απόδοσης των παρόχων δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (Πιερράκος, 2013). Το Institute of Medicine (1990) θεωρεί την ικανοποίηση των ασθενών ως ισχυρό στοιχείο παροχής ποιοτικών υπηρεσιών (Goula et al., 2021). Επιπλέον ορίζει την ποιότητα της φροντίδας ως *«το να κάνει κάποιος το σωστό πράγμα, στην κατάλληλη στιγμή, με τον ενδεδειγμένο τρόπο, για τον κατάλληλο άνθρωπο, και με τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα»* (Fragkiadakis & Tsatinian, 2023).

Υπάρχει όμως και μια μερίδα επιστημόνων που υποστηρίζει ότι οι μετρήσεις ικανοποίησης είναι μόνο ένα εργαλείο από τα πολλά που θα πρέπει να χρησιμοποιούνται συνδυαστικά. Θεωρούν ότι αν εξεταστούν μεμονωμένα αφορούν σε προσωπικές και άρα υποκειμενικές απόψεις και με μάλιστα υψηλό κίνδυνο να μην είναι ειλικρινείς στις απαντήσεις οι ερωτηθέντες. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε μια πλειάδα λόγων όπως είναι επιθυμία να απαντήσουν αυτό που θεωρείται «κοινωνικά αποδεκτό» και όχι αυτό που πραγματικά πιστεύουν, η κατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας τους την δεδομένη χρονική στιγμή, πολιτισμικές καταβολές και αξίες, και για άλλους λόγους (Säilä et al. 2008, Γούλα κ.ά. 2017, Bull 2021).

Ο Donabedian (1980) επιχειρηματολόγησε υπέρ της θετικής συσχέτισης του βαθμού ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών από αυτές (Παπαγιαννοπούλου κ.ά. 2008, Πιερράκος κ.ά. 2013, Kalaja 2023, Ferreira et al. 2023). Θα λέγαμε ότι την ανέδειξε ως σημαντικό εργαλείο αποτίμησης αυτής (Πιερράκος κ.ά. 2013) του οποίου η χρήση μεγιστοποιήθηκε τις τελευταίες δεκαετίες καθώς η ανάγκη της ασθενοκεντρικής προσέγγισης στις υπηρεσίες υγείας γινόταν όλο και πιο επιτακτική για την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και κλινική

αποτελεσματικότητα (Säilä et al.2008, Πιερράκος κ.ά.2013, Pierrakos et al. 2015, Cabrera-Barona, Blaschke, & Kienberger 2017, Chandra, Ward & Mohammadnezhad 2019, Meyer 2020, Κοτρωτίου κ.ά. 2020, Bogart et al. 2022). Διότι διαμορφώνεται μια ανατροφοδοτούμενη κατάσταση που απλοϊκά θα περιγράφαμε ως εξής: ο ικανοποιημένος ασθενής συμμετέχει πιο ενεργά στις θεραπευτικές διαδικασίες, εμπιστεύεται τους επαγγελματίες υγείας στην διάγνωση και οδηγίες τους, ακολουθεί πιο πιστά αυτές, τους συστήνει σε φίλους και συγγενείς, και γενικότερα μεγιστοποιούνται τα ποσοστά θετικών εκβάσεων. Συνεπακόλουθα μειώνεται και το κόστος για το σύστημα υγείας αλλά και τα παράπλευρα κόστη που προκύπτουν από τις μηνύσεις για ιατρικά λάθη και τα παράπονα που πλήττουν την φήμη του οργανισμού και κλονίζουν την εμπιστοσύνη των χρηστών. Όταν μάλιστα αυτό συμβαίνει επαναλαμβανόμενα τότε αυξάνεται η κόπωση των χρηστών και τα εμπόδια στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας ανοίγοντας νέο κύκλο δυσαρέσκειας και επικινδυνότητας για οικονομική κατάρρευση των συστημάτων υγείας (Pierrakos et al. 2015, Liu et al. 2021, Erkan & Unal 2022, Πιερράκος χ.χ.). Αλλά και από τα ευρήματα των ερευνών των Kalaja (2023) και Ferreira et al. (2023) αποδεικνύεται ότι υπάρχει γραμμική επίδραση της ικανοποίησης στην «αφοσίωση του ασθενή» (*patient loyalty*) και συνεπαγωγή αυτής θα είναι βελτιωμένα υγειονομικά αποτελέσματα και τα οικονομικά οφέλη. Επομένως, η καταγραφή των απόψεων των ασθενών είναι ένα δυνατό μέσο επικοινωνίας μεταξύ των παρόχων και των χρηστών υπηρεσιών υγείας, και έτσι οι πρώτοι δύνανται έγκαιρα να γνωρίζουν τις ορθές πρακτικές ή τις δυσλειτουργίες του Συστήματος Υγείας που επιδρούν στην ποιότητα των υπηρεσιών και να προβαίνουν τις ανάλογες ενέργειες (Τσιριντάνη κ.ά. 2010, Πολύζος κ.ά. 2005, Γούλα κ.ά. 2017, Chandra, Ward, & Mohammadnezhad 2019, Afrashtehfar, Assery, & Bryant 2020, WHO 2021, Πιερράκος χ.χ.). Ακόμα, λειτουργεί θετικά στην ενδυνάμωση των ασθενών να συμμετέχουν ενεργά στην διαμόρφωση της ποιότητας των υπηρεσιών και φροντίδας που λαμβάνουν. (Γούλα κ.ά. 2017, WHO 2021). Όπως και ειδικότερα στον σχεδιασμό Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Μακροχρόνιας Φροντίδας και Αυτοφροντίδας, οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών θα βοηθήσουν στην διατήρηση υψηλού επιπέδου ποιότητας αυτών αφού διατηρούν υψηλά την λογοδοσία (Πιερράκος 2013). Όπως και στην περίπτωση που στα πλαίσια ανθρωπιστικής βοήθειας για παράδειγμα, εν καιρώ πολέμου, παρέχονται υπηρεσίες υγείας και φροντίδας από Κέντρα Υγείας Μεταναστών (Migrant Health Center) η καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών είναι θεμελιώδες στοιχείο της λογοδοσίας και ουσιαστικά τους δίνει «φωνή» . (WHO, 2021).

Όμως η νοημοδότηση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών πηγάζει από την ύπαρξη διαδικασιών και συστηματικών μεθόδων ερμηνείας και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων, και την προηγούμενη μελέτη των στοιχείων και παραγόντων που την διαμορφώνουν (Πιερράκος χ.χ.).

Το πρότυπο ISO 9001:2015 αφορά στην υιοθέτηση από έναν οργανισμό υγείας, με δέσμευση στις αρχές της ΔΟΠ, ενός Συστήματος Διαχείρισης Ποιότητας που θα διασφαλίζει ότι οι ανάγκες των ασθενών καλύπτονται και ανταποκρίνεται ο οργανισμός υγείας στις προσδοκίες τους. (Zaid et al. 2020, Νάτσης χ.χ.(α))

Η συγκριτική μελέτη ⁸ των Πολύζος κ.ά. (2005) για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ εφαρμογής συστημάτων ποιότητας και ικανοποίησης των ασθενών, κατέδειξε ότι αυτή είναι ισχυρή. Μάλιστα στο ένα ήταν υψηλότερη λόγω του ότι χρησιμοποιείτο περισσότερα χρόνια και οι εργαζόμενοι είχαν πλέον μεγαλύτερη εμπειρία και χρόνο να την αφομοιώσουν και να συμμετέχουν πιο ενεργά (Πολύζος κ.ά. 2005).

Από το 2000 περίπου αρχίζει να αναδεικνύεται στην θεωρητική μελέτη για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ο όρος «εμπειρία ασθενή» ως ένας από τους καθοριστικούς παράγοντες που συνθέτουν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας (Zhang, Li & Liu 2020, Oben 2020, Meyer 2020, <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>). Το Beryl Institute την έχει ορίσει ως «το σύνολο όλων των σημείων διάδρασης, που διαμορφώθηκαν από την οργανωσιακή κουλτούρα, και επηρεάζουν την αντιληπτικότητα των ασθενών πριν, κατά τη διάρκεια και μετά το τέλος της φροντίδας.» (Oben 2020, <https://www.theberylinstitute.org/page/defining-patientexp>). Από έρευνες έχουν ξεχωρίσει «η άριστη επικοινωνία, ο χρόνος αναμονής, η ενσυναίσθηση και η πρόσβαση» ως καθοριστικοί παράγοντες στη διαμόρφωση της εμπειρίας των ασθενών» (Meyer 2020, <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>). Το AHRQ αναγνωρίζει ότι η μελέτη της εμπειρίας του ασθενή συμβάλλει ως προστιθέμενη αξία στην προώθηση της ασθενοκεντρικής λογικής και είναι εγγενής της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Προσθέτει ότι για την εκτίμηση της αρκεί να ερωτηθούν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αν αυτό που έπρεπε να γίνει έγινε και με ποια συχνότητα. Διαφοροποιεί την έννοια της εμπειρίας από την ικανοποίηση υποστηρίζοντας ότι η ικανοποίηση

⁸ Βασίστηκε σε δυο έρευνες ικανοποίησης των εσωτερικών ασθενών σε ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο και των εξωτερικών ασθενών ενός νεοσύστατου δημόσιου στην Αττική (Πολύζος κ.ά. 2005).

σχετίζεται στενά με τις προσδοκίες για την έκβαση της επαφής με το σύστημα υγείας και αυτό οδηγεί σε διαφορετική αξιολόγηση της ικανοποίησης τους από την υπηρεσία που θα λάβουν ακόμα και όταν αυτή τους παρέχεται ομοίως. (<https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>). Με την διαφοροποίηση των εννοιών συμφωνούν και οι Anufriyeva et al. (2021) και επισημαίνουν την σημασία που έχει μελλοντικές έρευνες να εμβαθύνουν στα οφέλη που μπορούν να αποκομισθούν από μια συνδυαστική αξιοποίηση των δυο εννοιών.

Ο WHO δημοσίευσε πρόσφατα μια έρευνα του σε Κέντρα Υγείας Μεταναστών στην Τουρκία, στην οποία δεν διαχωρίζει τις έννοιες της ικανοποίησης και της εμπειρίας του ασθενή αλλά τις χρησιμοποιεί ως ίσες. Αποδέχεται και τις δυο ως σημαντικές και ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παρακολούθηση της προόδου καλυτέρευσης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. (WHO, 2021). Η Kalaja (2023) στην έρευνα της διαπίστωσε ότι ο WHO αναγνωρίζει ως ενδεικτικό στοιχείο λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας την καταγραφή των εμπειριών των ασθενών. (Kalaja, 2023)

3. Παράγοντες που επηρεάζουν την Πρόσβαση

3.1. Γενικοί

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η «*πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας*» είναι ένας από τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και ευημερίας, δηλαδή των αποφασιστικών παραγόντων για το αν τα υγειονομικά αποτελέσματα θα έχουν θετικό ή αρνητικό πρόσημο (https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1).

Καθώς είναι τόσο βαρύνουσα σημασίας έννοια, έχει απασχολήσει την βιβλιογραφία εκτεταμένα και ανεξάντλητα σε μια διαρκή αναζήτηση και καταγραφή των συνθηκών μέσα από τους οποίες διευκολύνεται ή παρεμποδίζεται.

Όπως προκύπτει από τον ορισμό της από την πλειοψηφία των θεωρητικών, η οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας από τους παρόχους αυτών από την μία, και τα χαρακτηριστικά και οι ικανότητες των χρηστών από την άλλη, λειτουργούν ως προσδιοριστικοί στην κινητοποίηση, επίτευξη, αποθάρρυνση ή πλήρη παρεμπόδιση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Όμως, όλα αυτά τα προσδιοριστικά στοιχεία τους πλάθονται στο ευρύτερο κοινωνικό-οικονομικό- πολιτικό- πολιτισμικό- θεσμικό- φυσικό περιβάλλον (Oliver 2006, https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1,

Πιερράκος 2008, Γούλα 2014, Σούλης 2015, Νοικοκυράκης & Σαράφης 2018 , Μπουρσανίδης 2020, Verulava 2021, Πιερράκος, χ.χ.). Η χρήση του όρου «περιβάλλον» εδώ δεν περιορίζεται από εθνικά σύνορα αφού η τεχνολογία έχει διασύνδεει όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες χωρικά και χρονικά σε ένα «*Global Village*» (Σούλης, 2015). Όλο αυτό αντικατοπτρίζονται και στους 17 Στόχους της Βιώσιμης Ανάπτυξης της Ατζέντας για το 2030 του ΟΗΕ που θα μπορούσαν να συνοψιστούν σε τρεις άξονες: κοινωνία, οικονομία και περιβάλλον (<https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>).

Καθένα από αυτά τα στοιχεία είναι άλλοτε αιτία και άλλοτε αποτέλεσμα σε ένα δαιδαλώδες πλέγμα αλληλοεπικάλυψης της επιρροής τους. Δεν είναι επομένως διακριτά τα όρια, απλά κάποια από αυτά έχουν πιο ισχυρή παρουσία. Λόγω της πολυπαραγοντικής φύσης της έννοιας της πρόσβασης δεν είναι εύκολη ούτε η μέτρηση της. Στην Ευρώπη, όπως ορίστηκε στον ΕΠΚΔ το 2017 αλλά και στις χώρες του OECD, το σύνηθες μέτρο για την καταγραφή των εμποδίων στην πρόσβαση είναι οι δηλωμένες ακάλυπτες ανάγκες όπως καταγράφονται από τις στατιστικές υπηρεσίες (OECD, 2019) .

Με την χρήση της PESTEL (Political, Economical, Social, Technological, Environmental, Legal) ανάλυσης θα αναφερθούμε σε στοιχεία του οικονομικού, κοινωνικού, πολιτικού, τεχνολογικού περιβάλλοντος και νομοθετικού πλαισίου (Νάτσης χ.χ.) για να σχηματίσουμε μια πανοραμική άποψη των άνωθεν ειπωμένων

- ❖ **Πολιτική (Political):** πολιτικό σύστημα και πολιτική σταθερότητα, ελευθερίες, περιορισμοί και ελεγκτικές διαδικασίες στις επιχειρήσεις, εργασιακοί νόμοι, σύστημα φορολόγησης, συμμετοχή σε διακρατικές συμφωνίες, είδος και έκταση κυβερνητικών δράσεων στο τομέα της υγείας και κοινωνικής προστασίας, της εθνικής άμυνας, της εκπαίδευσης, οργανωτική δομή της κρατικής διοίκησης κ.ά.
- ❖ **Οικονομία (Economical):** το μέγεθος και εξελικτικές προοπτικές του ΑΕΠ, το ατομικό εισόδημα, τα επίπεδα απασχόλησης και ανεργίας αλλά και η εκπαιδευτική ποιότητα του παραγωγικού συντελεστή εργασία, το ύψος των

πληθωριστικών πιέσεων, οι μεταβολές στα επιτόκια δανεισμού και στις νομισματικές ισοτιμίες, τιμολογιακή πολιτική φαρμάκων και υπηρεσιών,

- ❖ **Κοινωνία (Social):** τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, επικρατούσα θρησκεία και γλώσσα, μειονότητες, ήθη και έθιμα, ισότητα των δυο φύλων, επίπεδα ευαισθησίας των πολιτών για κοινωνικά και περιβαλλοντικά θέματα, καταναλωτικά πρότυπα, επιδημιολογικός χάρτης υγείας
- ❖ **Τεχνολογικό (Technological):** που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα στοιχείων από τις εξελίξεις της βιοϊατρικής και ψηφιακής τεχνολογίας, στις επιστήμες τις ιατρικής και νοσηλευτικής, της φαρμακολογίας, υποδομές υποστήριξης, ανάπτυξης και ενθάρρυνσης καινοτομιών, Internet, τεχνικές «Big Data», «έξυπνοι» αισθητήρες και «εικονική και επαυξημένη πραγματικότητα
- ❖ **Περιβάλλον (Environmental):** εδώ ερευνώνται οικολογικά ζητήματα, κλιματική αλλαγή, φυσικό περιβάλλον, ευδοκιμούσες καλλιέργειες,
- ❖ **Θεσμικό-Κανονιστικό (Legal):** αφορά στο νομοθετικό πλαίσιο ρύθμισης του φαρμακευτικού τομέα, των εμπορικών σχέσεων και προστασίας των καταναλωτών, της οργάνωσης και λειτουργίας των οργανισμών υγείας δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα, μεταναστευτική πολιτική, εργασιακές σχέσεις, κατοχύρωση και προστασία νέων καινοτομικών προϊόντων και μεθόδων κ.ά.

Το Δημοκρατικό πολίτευμα εξ' ορισμού είναι ο θεματοφύλακας των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (2014). Σε έρευνα τους οι Bollyky et al. (2019) διερεύνησαν τον βαθμό συσχέτισης δημοκρατικού πολιτεύματος με την υγεία σε 170 χώρες και για το χρονικό διάστημα 1980-2016. Τα θετικά ευρήματα τους αφορούσαν κυρίως σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής, τα χρόνια και τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα. Παρατήρησαν ότι γενικά τα δημοκρατικά πολιτεύματα υπερείχαν των απολυταρχικών στο ότι σε αυτά τα κράτη οι κυβερνώντες ήταν πιο δεκτικοί τόσο στην διεθνή βοήθεια όσο και στο να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Οι Barnish et al. (2021) σε μια συστηματική ανασκόπηση δημοσιευμένης αρθρογραφίας σχετικά με τους πολιτικούς προσδιοριστές της υγείας των παιδιών και μητέρων, εντόπισαν ισχυρές ενδείξεις θετικής επίδρασης από «το κράτος πρόνοιας, την πολιτική παράδοση, την δημοκρατία». Αυτοί αφορούν κυρίως εκείνες τις χώρες του

αναπτυγμένου κόσμου με δημοκρατικό πολίτευμα, που επικρατεί ο σοσιαλισμός και ο κρατικός παρεμβατισμός υπηρετεί τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης. Επίσης, βρέθηκε ότι « παγκοσμιοποίηση» επιβαρύνει την υγεία τους στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες, λόγω της παρουσίας των πολυεθνικών και του νεοφιλελεύθερου πνεύματος των κανόνων του διεθνούς δικαίου.

Για τις χώρες της Υποσαχάριας Αφρικής οι προσδιοριστές υγείας αναφέρονται στα στοιχειώδη για την επιβίωση αγαθά, στην έλλειψη πόρων και κουλτούρας πρόληψης, στην ελλιπή πρόσβαση σε εκπαίδευση και εγγραματοσύνη υγείας, στην πολιτική αστάθεια και εμφύλιες συγκρούσεις, στα ακραία κλιματολογικά φαινόμενα κ.ά. Αυτές οι καταστάσεις καθιστούν τους ανθρώπους και συγκεκριμένα τα γυναικόπαιδα πιο ευάλωτους σε πολλά είδη εκμετάλλευσης από επιτήδειους. Δηλαδή συγκρίνοντας ανεπτυγμένο κόσμο με αναπτυσσόμενο και υποανάπτυκτο, οι ανισότητες στην υγεία εδράζονται όχι στην ύπαρξη ή όχι συστήματος κοινωνικής προστασίας αλλά στην προστασία των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Η κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία στο Διεθνές Δίκαιο, λειτουργεί ως μοχλός πίεσης και λογοδοσίας στις κυβερνήσεις ως προς την φροντίδα της δημόσιας υγείας και της πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, η συνταγματική κατοχύρωση του στα επιμέρους κράτη όπως και η συμπερίληψη του σε περιφερειακές Συνθήκες όπως της Ε.Ε έχουν πολλαπλασιαστικά οφέλη. Είτε τα κράτη διανύουν περιόδους σταθερότητας είτε έκτακτες καταστάσεις όπως ήταν η πανδημία COVID-19, η συμβολή της συμμετοχής σε διακρατικές ενώσεις ενισχύει την εθνική φαρέτρα για οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη. Για παράδειγμα στο ξέσπασμα της πανδημίας, και μεν η ελληνική Κεντρική Κυβέρνηση παρενέβη έγκαιρα λαμβάνοντας μέτρα κυρίως επιδοματικού χαρακτήρα προς τους άνεργους και τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, και υποστηρικτικών για τους αυτοαπασχολούμενους και τις επιχειρήσεις, το ευρωπαϊκό όμως πρόγραμμα SURE μεταξύ άλλων, λειτούργησαν ως δίκτυ ασφαλείας που απορρόφησε μεγάλο μέρος των κραδασμών στον οικονομικό και κοινωνικό ιστό της κάθε χώρας- μέλους. (<https://covid19.gov.gr/programma-syn-ergasia-sure>). Η κατοχύρωση των τεσσάρων ελευθεριών των πολιτών της Ε.Ε. (κυκλοφορία προσώπων, αγαθών, παροχή υπηρεσιών και κυκλοφορία κεφαλαίων) με την Συνθήκη του Μάαστριχτ υπήρξε σταθμός για την διασυνοριακή παροχή υγειονομικής περίθαλψης, κινητικότητα εργατικού δυναμικού μεταξύ άλλων. Η υιοθέτηση της Α.Μ.Σ. και του

Ευρωπαϊκού Υγειονομικού Μοντέλου υπήρξαν στρατηγικής σημασίας ενθαρρύνοντας την διακριτική συνεργασία στις καλές πρακτικές (Νάτσης χ.χ.).

Ακόμα, να προστεθεί και, ότι η πολιτική διανομής του πλούτου σε μια χώρα συμβάλλει στην αύξηση ή μείωση της ψαλίδα των ανισοτήτων που είναι εγγενείς στις ανθρώπινες κοινωνίες, οι οποίες είναι ουσιαστικά σύνολο διαφορετικών ανθρώπων με εξ' ορισμού διαφορετικές δυνατότητες, ικανότητες και ανάγκες (Σούλης 2015).

Επίσης, η επιλογή του τύπου περιφερειακής πολιτικής είναι ένα ακόμα εργαλείο μείωσης ή επιδείνωσης των κοινωνικών ανισοτήτων. Αναλόγως του κυβερνητικού οράματος μπορεί να επιλεγθεί η «κλασική κεντρική περιφερειακή», η επονομαζόμενη «εκ των άνω» ή η «αποκεντρωμένη- ενδογενής περιφερειακή πολιτική ή «εκ των κάτω». Η λογική και των δυο τύπων στηρίζεται σε τρεις μεγάλες σχολές: του απόλυτου «κρατικού παρεμβατισμού», στη θεωρία της «δημόσιας επιλογής» και στην «δυναμική πλουραστική» που όμως η παραπέρα ανάλυση τους υπερβαίνει τους στόχους της παρούσας εργασίας.

Συνοπτικά, θα εξηγήσαμε ότι στον πρώτο τύπο, το κεντρικό κράτος έχει την ευθύνη της κατανομής των πόρων στο σύνολο της εθνικής επικράτειας και ορίζει τα κριτήρια διαβάθμισης των αναγκών των περιφερειών και της φτώχειας και χρηματοδοτεί αναλόγως. Έχει διαπιστωθεί ότι ενώ θεωρητικά θα ήταν πολύ αποτελεσματική στην μείωση των ανισοτήτων, στην πράξη χαρακτηρίζεται από υψηλή γραφειοκρατία που την καθιστά τελικά αναποτελεσματική και με ανελαστική προσαρμογή στις διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες. Επίσης συντέινει στην αστικοποίηση, αύξηση της ανεργίας στην περιφέρεια και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής στις μεγαλουπόλεις. Όπως και ότι ο ένας κεντρικός σχεδιασμός είναι αποστασιοποιημένος των ανομοιόμορφων χαρακτηριστικών και προβλημάτων της τοπικής κοινωνίας, με συνέπεια αυτή η ομοιόμορφη προσέγγιση να μην υπηρετεί τις αρχές της ισότητας (equity). Επίσης ο ασκός την πολιτική φέρει και το βάρος της ευθύνης αυτής. Επομένως η «εκ των άνω» περιφερειακή πολιτική δεν συμβάλλει στην ενεργοποίηση των πολιτών για συμμετοχή στα κοινά. Όμως σημαντικό για την βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας είναι η ενδυνάμωση των πολιτών ώστε όταν ασθενήσουν να είναι συμμετέχουν ενεργά και στην θεραπεία τους.

Στον δεύτερο τύπο, οι περιφέρειες ή τοπικές αρχές αναλαμβάνουν τον σχεδιασμό της αναπτυξιακής πολιτικής της τοπικής κοινωνίας με την προσέλκυση εθνικών ή ξένων

επενδύσεων, και φέρουν την ευθύνη της παροχής υπηρεσιών. Έχει αποδειχθεί ότι αυτός ο τύπος πολιτικής έχει μεγαλύτερη διεισδυτικότητα στην επίλυση των τοπικών προβλημάτων και άμβλυνση των ανισοτήτων. Όμως επαφίεται στον βαθμό κοινωνικής και πολιτικής ωριμότητας των τοπικών αρχών και κοινωνίας, και πάντα θα ελλοχεύει ο κίνδυνος της ανάπτυξης πελατειακών σχέσεων. Οι επενδύσεις δεν έχουν τυπικό αλλά ουσιαστικό χαρακτήρα που αναδεικνύεται όταν συνεισφέρουν στον ΑΕΠ της χώρας. Οι σύγχρονες τάσεις στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής προσανατολίζονται σε μια νέα πλουραστική προσέγγιση όπου συνυπάρχουν το κρατικό, το ιδιωτικό και το προσωπικό. (Πιερράκος 2008, Πιερράκος χ.χ.)

Οι εμπόλεμες συγκρούσεις είναι ένας ακόμα παράγοντας που ενώ γκρεμίζει υποδομές και ανθρώπινες ζωές, «ανορθώνει» τείχη που εμποδίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Πιο πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί ο πόλεμος στην Ουκρανία που εκτός των συνεπειών εντός των συνόρων, οδήγησε εκατομμύρια κατοίκους σε βίαιο εκτοπισμό. Κάποιες χιλιάδες από αυτούς κατέφυγαν στην γειτονική Ρουμανία. Το πρώτο εμπόδιο για την ικανοποίηση των τεράστιων αναγκών υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι η διαφορετική γλώσσα και πολιτισμικές καταβολές και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Αυτά βρίσκονται θα λέγαμε στην κορυφή του παγόβουνου, που αν εξετάσουμε καλύτερα, γίνεται αντιληπτή η παρουσία ψυχολογικών εμποδίων και διαφορετικού επιπέδου εγγραματοσύνης υγείας. Όλα αυτά αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και συνδυαστικά με τις διαφορές στα οικονομικά και κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά των προσφύγων, προκαλούν νέα αλληλουχία επιδράσεων με αντίκτυπο στην υγεία τους και το σύστημα υγείας της χώρας υποδοχής (<https://www.who.int/europe/news/item/23-02-2023-the-crucial-role-of-cultural-mediators-in-romania-s-ukrainian-refugee-response>)

Οι Germani et al. (2022) θέτουν και μια άλλη ενδιαφέρουσα πτυχή. Οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε κάποια χώρα από τη διεθνή κοινότητα ανορθώνουν εμπόδια ισότιμης και οικονομικά προσβάσιμης χρήσης των υπηρεσιών και προϊόντων υγείας . Με αφορμή αυτές που επιβλήθηκαν στη Ρωσία σε σχέση με την εισβολή στην Ουκρανία, αναφέρουν την περίπτωση του Ιράν. Οι κυρώσεις που επιβλήθηκαν στον ιρανικό τραπεζικό τομέα, δημιούργησαν τεράστιες δυσκολίες την εισαγωγή πρώτων υλών για την παραγωγή φαρμακευτικών σκευασμάτων και γενικότερα δημιούργησαν ζητήματα διαθεσιμότητας και επάρκειας υπηρεσιών υγείας και φροντίδας. Οι άμεσα πληγέντες ήταν ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως τα παιδιά, οι πρόσφυγες και οι χρόνιοι ασθενείς.

Είναι κοινά αποδεκτό, ότι η πανδημία της COVID-19 δεν ήταν περιοριστικά υγειονομική κρίση αλλά ταλάνισε συθέμελα όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας και ύπαρξης (Zissi & Chtouris, 2020, Stachteas & Stachteas 2020, Αντωνίου, Σουλιώτης & Σαρίδη 2021, Pujolar et al. 2022).

Οι Esteves et al. (2022) εκπόνησαν συγκριτική εργασία μεταξύ του αντίκτυπου της πρόσφατης με την πανδημία της ισπανικής γρίπης στις ΗΠΑ το 1918-1919. Κατέληξαν, ότι το υγειονομικό τους αποτύπωμα ήταν τόσο βαθύ που προκάλεσαν αλλαγές στις προτιμήσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η διαφορά τους όμως έγκειται στην διαφορετική κατεύθυνση αυτής της αλλαγής, με την ισπανική γρίπη να οδηγεί τους ανθρώπους στα νοσοκομεία και την COVID-19 να αποφεύγονται και να ευδοκιμεί η Τηλεϊατρική. Οι Pujolar et al. (2022) επισημαίνουν ότι ενώ υπάρχει πλούσια αρθρογραφία για την πανδημία αυτή, δεν έχει μελετηθεί αρκετά το αντίκτυπο της στην πρόσβαση στις μονάδες υγείας και περίθαλψης. Από τις λίγες εργασίες που εντοπίστηκαν και λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες από τις πανδημικές κρίσεις της τελευταίας εικοσαετίας είναι ασφαλές να ειπωθεί ότι οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες επλήγησαν βαθύτερα. Παράλληλα με την όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, η πανδημία ήταν η γενεσιουργός αιτία και νέων εμποδίων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (Pujolar et al. 2022). Όπως αναφέρουν στις ετήσιες εκθέσεις τους για την υγεία OECD σε συνεργασία με τον Π.Ο.Υ. και την Ε.Ε. μειώθηκαν οι θετικές εμπειρίες των ασθενών, διαταράχθηκε η συνέχεια της φροντίδας και αυξήθηκαν σημαντικά τα εμπόδια στην χρονική διάσταση της πρόσβασης (OECD/WHO 2022, OECD/European Union 2022).

Επιπρόσθετα, έφερε στην επιφάνεια προϋπάρχουσες παθογένειες στην ικανότητα των περιφερειών σε σχέση με τα μεγάλα αστικά κέντρα, να ανταποκριθούν σε αυτού του μεγέθους έκτακτα γεγονότα. Αυτές οι παθογένειες πηγάζουν από την ύπαρξη περιφερειακών ανισοτήτων μέσα στα σύνορα της ίδιας της χώρας που αφορούν την πρόσβαση σε βασικά αγαθά όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας και η στέγαση, δημογραφικές μεταβολές ή ακόμα στην πρόσβαση στην τεχνολογία. Ειδικά στους κρίσιμους πρώτους μήνες, σε πολλές χώρες παρατηρήθηκε αδυναμία συντονισμού μεταξύ των επιμέρους πλευρών στην κρατική διοικητική πυραμίδα. Αναδείχθηκε η αναγκαιότητα η επικοινωνία μεταξύ κεντρικών και αποκεντρωμένων κέντρων λήψης και εκτέλεσης αποφάσεων να αναθεωρηθεί ώστε να αυξηθεί η ευελιξία και ανταποκρισιμότητα σε καιρούς κρίσεων ειδικά όταν αφορούν το δίδυμο υγεία-

οικονομία. Ο OECD (2021) εκφράζει φόβους ότι αυτή η προβληματική θα συνεχιστεί και στο κοντινό μέλλον αν οι κεντρικές κυβερνήσεις δεν οραματιστούν και σχεδιάσουν μια ολοκληρωμένη περιφερειακή ανάπτυξη.

Στην Ευρώπη διακρίνονται τέσσερα Μοντέλα Κοινωνικής Προστασίας βάσει σύγκρισης των χαρακτηριστικών επιμέρους στοιχείων τους: α. κατά πόσο θεωρείται ατομική ή συλλογική ευθύνη η κάλυψη των ατομικών αναγκών και η προστασία από κοινωνικοοικονομικούς κινδύνους, β. το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, γ. κατά πόσο η προσφορά παροχών γίνεται ενιαία ή αναλογικά, δ. ποιο είναι το πλήθος των φορέων των παροχών, ε. πηγές χρηματοδότησης ε. εκτιμώμενη ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών. Το σύστημα κοινωνικής προστασίας δεν είναι παγκοσμίως θεσμικά κατοχυρωμένο και πάλι εκεί που είναι, όχι μόνο οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των μοντέλων έχουν διαφορετικές επιδράσεις στον οικονομικό και κοινωνικό ιστό αλλά και επηρεάζονται από τις εκάστοτε πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα, ένα ανεπτυγμένο σύστημα κοινωνικής προστασίας είναι σταθεροποιητικός συντελεστής για κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη. (Σούλης 2015)

Οι ΗΠΑ αποτελούν εξαίρεση των κρατών πρόνοιας του αναπτυγμένου κόσμου με δημοκρατική διακυβέρνηση που δεν έχουν αναγνωρίσει το συνταγματικά το δικαίωμα στην υγεία. Αυτή η εξαίρεση εδράζεται σε ιδεολογικές κοινωνικές καταβολές όπου οι πολίτες είναι πιο δεκτικοί στην προστασία των ατομικών δικαιωμάτων παρά των κοινωνικών αντικατοπτρίζοντας βαθύτερες πεποιθήσεις περί ελευθερίας του ατόμου και περιορισμού της κρατικής παρεμβατικότητας στο ελάχιστο. Ακόμα η υγεία θεωρείται ιδιωτικό αγαθό και η παροχή των υπηρεσιών υγείας ρυθμίζεται από τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς (Verulava 2021). Οι Béland et al. (2021) σε μελετητικό άρθρο τους σύγκριναν την αποτελεσματικότητα της κοινωνικής πολιτικής που ακολούθησαν οι κυβερνήσεις των ΗΠΑ και Καναδά στα πλαίσια διαχείρισης της πανδημίας. Τα κοινά τους στοιχεία συνίστανται στο ίδιο κατά προσέγγιση ύψος κοινωνικών δαπανών και ότι η βιβλιογραφία τις εντάσσει στα φιλελεύθερα κράτη πρόνοιας, δηλαδή ακριβώς αυτά όπου οι δαπάνες για κοινωνική προστασία δεν είναι υψηλά στους κρατικούς προϋπολογισμούς. Ενδεικτικά να αναφερθεί ότι ο μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2019 ήταν 20% και η Γερμανία ως η μεγαλύτερη ευρωπαϊκή οικονομία δαπάνησε ένα ποσοστό 25% του ΑΕΠ της. Τελικά κατέληξαν ότι ο Καναδάς ανταποκρίθηκε καλύτερα σε σχέση με τις ΗΠΑ. Και αυτό εξηγείται στην βάση της διαφορετικής διάρθρωσης των

πολιτικών τους συστημάτων όπου ο Καναδάς εφαρμόζει την καθολική κάλυψη σε επιδόματα και υπηρεσίες ενώ οι ΗΠΑ έχουν ένα μεικτό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας και ενισχυτικών βοηθητικών προγραμμάτων. Επίσης παρατηρήθηκε ότι στον Καναδά τα πολιτικά κόμματα παραμέρισαν τις πολιτικές τους διαφορές εστιάζοντας στο γενικότερο κοινωνικό όφελος. (Béland et al. , 2021). Βέβαια δεν αρκεί να είναι ένα κράτος κοινωνικό αλλά θα πρέπει και η κοινωνική πολιτική που θα ασκηθεί να έχει περισσότερο αναπτυξιακό παρά παθητικό χαρακτήρα. Τέτοιο χαρακτηριστικό παράδειγμα η Ελλάδα όπως αναφέρει ο καθηγητής Μάνος Ματσαγγάνης (2022) που την οδήγησε προ δεκαετίας στα όρια της φτώχειας και σύναψης των Μνημονίων. Και συνεχίζει ονομάζοντας ως ένα από τους υπαίτιους, την συνταξιοδοτική πολιτική που δεν στηριζόταν σε κανένα όραμα ανάπτυξης (<https://www.tanea.gr/2022/11/10/opinions/i-elliniki-oikonomia-xreiazetai-mia-anartyksiaki-koinoniki-politiki/>) αλλά θα συμπληρώναμε στις πελατειακές σχέσεις που χαρακτηρίζουν το ελληνικό πολιτικό γίγνεσθαι.

Πολυάριθμες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι η οικονομική και κοινωνική κατάσταση των ανθρώπων επηρεάζουν σε ποσοστό που μπορεί να φτάσει το 50% τις υγειονομικές εκβάσεις και γενικότερα στην ποιότητα ζωής και έπονται οι προσωπικές επιλογές τρόπου ζωής (lifestyle) και το Σύστημα Υγείας (Σαρρής 2001, Γούλα 2014, Σούλης 2015, https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1). Είναι αυταπόδεικτο ότι διαφοροποιείται τόσο μεταξύ των ανθρώπων αλλά και όσον αφορά τον ίδιο άνθρωπο κατά τη διάρκεια του κύκλου ζωής. Αυτά συνδυαστικά λειτουργούν δυσμενώς για κάποιες ομάδες πληθυσμού που χαρακτηρίζονται ως «ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, ευπαθείς ή ομάδες υψηλού κινδύνου» (health.ec.europa.eu/system/files/2018-02/ev_20171107_co03_en_0.pdf). Και όταν συμβαίνουν έκτακτες καταστάσεις, αυτές οι κοινωνικές ομάδες πλήττονται πιο βαθιά από αυτές σε πιο ευνοϊκή θέση και στα πλαίσια της παγκοσμιοποίησης ανεξαρτήτως πού βρίσκονται γεωγραφικά. Αυτό επιβεβαιώθηκε και όταν εκδηλώθηκε η παγκόσμια οικονομική ύφεση περίπου προ δεκαετίας (Σούλης 2015, [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI\(2016\)586605](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2016)586605)).

Η χρηματοοικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στην Ευρωζώνη το διάστημα μεταξύ 2008-2010 οδήγησε πολλές κυβερνήσεις στην υιοθέτηση αυστηρών μέτρων λιτότητας που αποδεδειγμένα έπληξαν την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Οι Doetsch et al. προέβησαν σε ανασκόπηση της δημοσιευμένης

αρθρογραφίας μεταξύ Φεβρουαρίου και Ιουνίου 2021 για τις επιπτώσεις στην ΕΕ-28 και κατέληξαν σε τέσσερα συμπεράσματα που προκαλούν προβληματισμό λαμβάνοντας υπόψη την κρίση της πανδημίας. Συγκεκριμένα ότι οι ακάλυπτες ανάγκες έφτασαν και το 86%, ότι ο απολογισμός του αρνητικού αντίκτυπου στις διαστάσεις της πρόσβασης ήταν: μείωση της Οικονομικής προσιτότητας κατά 38%, της Καταλληλότητας κατά 38% και της Διαθεσιμότητας κατά 19%.

Η σχέση της Υγείας με την Οικονομία περιγράφεται εύστοχα σε δήλωση του καθηγητή Σωτήριου Σούλη: *«όταν σώζουμε ζωές σώζουμε και την οικονομία, και όταν σώζουμε την οικονομία σώζουμε ζωές».....ακόμα όμως και ολόκληρος ο ετήσιος κρατικός προϋπολογισμός να δαπανηθεί στην υγεία, η συμβολή του στην βελτίωση της θα είναι μικρή, λόγω των επιδράσεων των εξωγενών παραγόντων».* (Σούλης 2015, Σούλης 2020). Ενδεικτικό αυτού είναι ότι ενώ στις ΗΠΑ ετησίως οι δαπάνες υγείας αυξάνονται αυτό δεν μεταφράζεται σε αντίστοιχη βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και γενικότερα του επιπέδου υγείας των πολιτών (Verulava 2021).

Ο κυβερνητικός στρατηγικός σχεδιασμός αν θα είναι συντηρητικός ή αναπτυξιακός στον οικονομικό τομέα θα διαμορφώσει τον επιχειρησιακό σχεδιασμό για την απασχόληση, την φορολογική πολιτική, τον σχεδιασμό και χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής προστασίας. (Πιερράκος χ.χ.). Οι «φόροι υγείας» (*health taxes*) όπως τους χαρακτηρίζει ο Π.Ο.Υ. δηλαδή όπως ο ειδικός φόρος κατανάλωσης που επιβάλλονται σε επιβαρυντικά για την υγεία προϊόντα, μπορούν να έχουν κάθετα και οριζόντια οφέλη: να ενισχύσουν τα κρατικά έσοδα και επομένως τα περιθώρια των δημοσίων δαπανών και επενδύσεων, να αποθαρρύνουν την χρήση των βλαπτικών και να ανακατευθύνουν την κατανάλωση προς πιο υγιής επιλογές. Σε βάθος χρόνου θα υπάρξει τροποποίηση της ζήτησης και παραπέρα της παραγωγή τους συγκεκριμένων προϊόντων(Σούλης 2015, https://www.who.int/health-topics/health-taxes#tab=tab_1, Kooshkebaghi, Emamgholipour & Dargahi, 2022). Η φορολογική πολιτική μπορεί να διευρυνθεί και να περιλαμβάνει και τους «πράσινους φόρους» που επιβάλλονται σε προϊόντα και υπηρεσίες επιβαρυντικές για το περιβάλλον και την υγεία (Kooshkebaghi, Emamgholipour & Dargahi, 2022). Συνδυαστικά με την παγκοσμιοποίηση των αγορών θα πρέπει να αναφερθεί ότι η διαμόρφωση των επιτοκίων δανεισμού και συναλλαγματικών ισοτιμιών, διαμορφώνουν τις δανειοληπτικές δυνατότητες τόσο σε κρατικό επίπεδο όσο και σε επιχειρηματικό αλλά και τις εξαγωγές και εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών.

Η παγκοσμιοποίηση της φαρμακευτικής περιθάλψης και αγαθών απασχόλησε το Social Forum του 2015 όπου συμμετείχαν ο ΟΗΕ και ενδιαφερόμενα μέρη από τον φαρμακευτικό χώρο προκειμένου να αναπτυχθούν δράσεις σε διεθνές, εθνικό και τοπικό επίπεδο που θα προωθήσουν την ισοτιμία πρόσβασης στα φαρμακευτικά προϊόντα στα πλαίσια των διαπιστωμένων ανισοτήτων ειδικά στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. (https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/SForum/SForum2015/OHCHR_2015-Access_medicines_EN_WEB.pdf). Η Τζαβέλλα (2018) σε σχετική ερευνητική της εργασία αναφέρει ότι πάνω από το 90% των φαρμακευτικών σκευασμάτων για την ανακούφιση πόνου όπως αυτά με μορφίνη, καταναλώνονται σε ΗΠΑ, Καναδά, Ευρώπη, Αυστραλία και Ν. Ζηλανδία. Και παρότι τα οπιοειδή αναλγητικά θεωρούνται βασικά από τον ΠΟΥ, συνδυάζοντας αποτελεσματικότητα με χαμηλή χρηματική τιμή, έχουν χαμηλή προσβασιμότητα και χρήση. Έρευνα που διεξήχθη στον Ευρωπαϊκό Χώρο κατέληξε ότι αυτό εδράζεται στις εφαρμοζόμενες σχετικές κρατικές πολιτικές και ανελαστικό ρυθμιστικό πλαίσιο (Μπούμπας & Τσερκέζογλου 2019). Η «Ευρωπαϊκή Ένωση Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών» το 2009 διαπίστωσε ότι περίπου σε 40 χώρες της Ευρώπης παρατηρείται προβληματική έλλειψη κατά κύριο λόγο σε «φάρμακα εκτός διπλώματος ευρεσιτεχνίας και γενόσημα.... Αυτό το φαινόμενο αποδίδεται στις αυστηρές τιμολογιακές πολιτικές και ενοποίηση του κλάδου» (<https://eefam.gr/i-timologiaki-politiki-epideinonei-tis-elleipseis-sta-farmaka/>). Σε συνέντευξη του αρχές του 2023, ο καθηγητής Γιάννης Τούντας διαπιστώνει ότι εξακολουθούν να υπάρχουν ελλείψεις και αυτές οφείλονται στο ότι η πανδημία COVID-19 περιόρισε την παραγωγή βασικών συστατικών απαραίτητων για τα εν λόγω φάρμακα, αφού οι κύριες παραγωγές χώρες είναι η Κίνα και η Ινδία. Στην Ελλάδα, συμπληρωματικά ανέφερε ότι παρόλο που υπάρχει απαγόρευση για περίπου 250 φάρμακα, σε αυτά παρατηρείται φαινόμενο των «παράλληλων εξαγωγών». Με άλλα λόγια οι φαρμακαποθήκες για να αυξήσουν τα κέρδη τους εξάγουν φθηνά επιτείνοντας τις ελλείψεις. Επομένως τίθεται θέμα διερεύνησης πόσο σωστά τηρείται η νομοθεσία και αυστηροποίησης των ελέγχων (<https://www.healthview.gr/giannis-toyntas-giati-echoyme-elleipseis-farmakon/>).

Επίσης σύμφωνα με στοιχεία του Τμήματος Φαρμάκων του Υπουργείου Υγείας της Λωρίδας της Γάζας, από τα πάνω από 500 χαρακτηρισμένα ως «απολύτως απαραίτητα» στη σχετική λίστα φαρμάκων, περίπου το 33% βρίσκονται «εκτός αποθέματος» ενώ για ένα άλλο 12% υπάρχει διαθεσιμότητα που δεν ξεπερνά τους μερικούς μήνες (Τζαβέλλα 2018).

Η ανάδυση των εκθετικών τεχνολογιών όπως η τεχνητή νοημοσύνη, μηχανική μάθηση, wearables, αισθητήρες, εικονική πραγματικότητα, mHealth, eHealth, Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας και άλλων, δημιουργεί νέες προκλήσεις και ευκαιρίες για τους ασθενείς και τα Συστήματα Υγείας. (Dunn & Hazzard 2019, Τσιριντάνη & Υφαντόπουλος 2021).

3.2 . Από την πλευρά των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Οι στάσεις και αντιλήψεις του ατόμου για τις ικανότητες τους να αντιληφθούν τα συμπτώματα, να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια και γενικότερα για την υγεία και την ασθένεια έχουνε πολυπαραγοντικό υπόβαθρο και πεδίο δράσης (Σαρρής 2001, Levesque, Harris & Russell 2013, EXPH 2016).

Θα προσεγγίσουμε την ανάλυση τους μέσα από δυο κατηγορίες παραγόντων ως εξής:

- **Οικονομικοί**
- **Κοινωνικοί**, που επιδέχονται περαιτέρω επιμερισμού σε:
 - ⇒ **Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά**
 - ⇒ **Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες**
 - ⇒ **Γεωγραφικοί**
 - ⇒ **Πολιτισμικοί/ Θρησκευτικοί**
 - ⇒ **Εγγραματοσύνη Υγείας**
 - ⇒ **Ψυχολογικοί**
 - ⇒ **Γλωσσικοί/ Εμπόδια Επικοινωνίας**

3.2.1 Οικονομικοί

Από την διακήρυξη του δικαιώματος στην υγεία, το 1946, ως θεμελιώδους ανθρώπινου, τις παρατηρήσεις της έκθεσης Black το 1980, την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008, και εξ' ολοκλήρου σύνολο των σχετικών θεωρητικών και ερευνητικών εργασιών πριν και μετά από αυτά τα χρονικά ορόσημα παραμένει σταθερή η αναφορά της επίδρασης του οικονομικό παράγοντα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας (Gray 1982, Σαρρής 2001, Σούλης 2015, Soltani et al. 2017, Αντωνίου, Σουλιώτης & Σαρίδη 2021, OECD/European Union 2022).

Ο Στόχος 3 της Ατζέντας 2030 για την προαγωγή της καλής υγείας για όλους αναφέρει συγκεκριμένα: «3.8 Επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας των οικονομικών κινδύνων, πρόσβαση σε βασικές ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, καθώς και πρόσβαση όλων σε ασφαλή, αποτελεσματικά, ποιοτικά και προσιτά βασικά φάρμακα και εμβόλια» (Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ).

Σε έρευνα με δομημένα ερωτηματολόγια που διεξήχθη το 2017 σε κομητεία του Τέξας των Η.Π.Α., το οικονομικό κόστος ήταν το πιο συχνά αναφερόμενο εμπόδιο. Κατανοητό αν αναλογιστεί κανείς ότι στο Τέξας σημειώθηκε εκείνη τη χρονιά το μεγαλύτερο εθνικό ποσοστό νοικοκυριών χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Όμως, οι οικονομικοί περιορισμοί είναι η γενεσιουργός αιτία άλλων εμποδίων στην πρόσβαση καθιστώντας την ασφαλιστική ικανότητα κάποιου μη επαρκή. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι ενώ δίνεται η δυνατότητα τοπικά σε ανασφάλιστους να λάβουν φροντίδα υγείας, οι λίστες αναμονής είναι τόσο μεγάλες που τελικά αποτρέπουν την πρόσβαση τους (Bhathena et al. 2020).

Η οικονομική προσβασιμότητα δεν αφορά μόνο τους ανασφάλιστους αλλά και τους ασφαλισμένους αφού κατά κύριο λόγο σχετίζεται με την ασφαλιστική κάλυψη και το εισόδημα. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου υπάρχει πρόβλεψη δωρεάν πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τους ανασφάλιστους, όμως συναντούν εξίσου τεράστιες δυσκολίες τα νοικοκυριά που ενώ έχουν ασφαλιστική κάλυψη βρίσκονται στα όρια της φτώχειας και τελικά παρεμποδίζεται η πρόσβαση τους. Αυτό συμβαίνει γιατί δεν έχουν καταρχήν πρόσβαση σε ενημέρωση για τα δικαιώματά τους αλλά και γενικότερα οποιαδήποτε άλλης μορφής υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν τα τεράστια ποσά των άμεσων ιδιωτικών δαπανών υγείας. Ερωτηθέντες ένοικοι δημόσιας στέγασης στο Χάρλεμ των Η.Π.Α. ανέφεραν περίπου 70 διαφορετικά εμπόδια οικονομικής φύσης μεταξύ των οποίων τις μη καλυπτόμενες ιατρικές εξετάσεις και θεραπείες, λάθος χρεώσεις, ληξιπρόθεσμες ιατρικές δαπάνες, υψηλή συμμετοχή ασφαλισμένου (Frazier et al. 2023).

Στην Αυστραλία έχουν όλοι δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας μόνο για επείγοντα περιστατικά, και έτσι πάνω από το 14% των συνολικών δαπανών υγείας καλύπτεται από τις άμεσες ιδιωτικές δαπάνες, με τους ηλικιωμένους και άλλες ευπαθείς κοινωνικές ομάδες να πληρώνουν τα περισσότερα αφού έχουν και περισσότερες ανάγκες. Στα εξωτερικά ιατρεία εξειδικευμένου δημόσιου νοσοκομείου στο

Κουινσλαντ έχει καταγραφεί αναμονή έως και ενός χρόνου για το κλείσιμο ραντεβού για το περίπου 25% ασθενών με μη επείγοντα καρδιακά ή πνευμονολογικά νοσήματα. Ένα στα τρία νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος καλείται να ξοδέψει περίπου το 10% του οικογενειακού προϋπολογισμού για να καλύψει ιατρικές ανάγκες ενώ ένας στους δυο πάσχοντες από κάποιο νόσημα δεν θα τις καλύψει λόγω κόστους (Callander, 2023). Παρομοίως σε έρευνα στις Η.Π.Α. ποσοστό περίπου 30% απάντησε ότι οι άμεσες ιδιωτικές ιατρικές δαπάνες υπερβαίνουν τον οικογενειακό προϋπολογισμό με τα υπέρογκα νοσοκομειακά έξοδα να είναι η μεγαλύτερη πηγή άγχους και ανησυχίας (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America , 2021).

Στην Ευρώπη, γενικά, μεγαλύτερο ποσοστό από τα τρία τέταρτα των δαπανών υγείας - κυρίως για νοσοκομειακή περίθαλψη- καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και υποχρεωτική ασφάλιση. Όμως, όσον αφορά την οδοντιατρική φροντίδα αυτό δεν ισχύει, αφού κατά προσέγγιση μόλις το ένα τρίτο καλύπτεται. Όσον αφορά την φαρμακευτική πάλι περίπου το 60%, ενώ για ιατρικά βοηθήματα και συσκευές μόνο σε τέσσερις χώρες αγγίζει η κάλυψη το 50% (OECD/European Union, 2022)

Στην Ελλάδα, οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές το 2019 έφτασαν το 35% του συνόλου των δαπανών υγείας που είναι το διπλάσιο του ευρωπαϊκού μέσου όρου, και για φάρμακα πάλι ήταν τριπλάσιο με αντιστοιχία 12,8% προς 3,7%. Υπολογίζεται ότι το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών δαπανών αφορά σε «άτυπες πληρωμές⁹». Σύμφωνα με στοιχεία του Ευρωβαρόμετρου το 14% των Ελλήνων μόνο για τον Δεκέμβρη του 2019 πλήρωσε άτυπα κάποιον επαγγελματία υγείας ενώ για το 80 % είναι μια ευρύτατα συνηθισμένη κίνηση. Ειδικότερα οι «καταστροφικές δαπάνες¹⁰» για την υγεία αυξήθηκαν μεταξύ των δεκαετιών 2010-2019 από 7% σε 9%. Περίπου περισσότερο από το 50% αυτών καταβάλλεται από το οικονομικά ασθενέστερο 20% (OECD/European Union, 2022). Οι άτυπες πληρωμές όμως δεν επιβαρύνουν μόνο τα ελληνικά νοικοκυριά. Βάσει ερευνών καταγράφονται σε χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης και πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Ο λόγος που συμβαίνουν αποδίδεται πέραν των δομικών δυσλειτουργιών και κενών στα συστήματα υγείας, σε εθιμοτυπικές πρακτικές που έχουν περάσει από γενιά σε γενιά ότι με αυτόν τον τρόπο θα εξασφαλίσουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Σε

⁹ Ως άτυπες πληρωμές χαρακτηρίζονται οι χρηματικές ή/και άλλου είδους συναλλαγές μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας για υπηρεσίες όμως που καλύπτονται τον κρατικό προϋπολογισμό ή ασφαλιστικό φορέα (Giannouchos et al. 2020).

¹⁰ Ως καταστροφικές δαπάνες ορίζονται οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές του νοικοκυριού οι οποίες ξεπερνούν το 40% των συνολικών δαπανών του, αφού αφαιρεθούν οι δαπάνες κάλυψης βασικών αναγκών (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

κάποιες περιπτώσεις γίνεται ως κίνηση ευγνωμοσύνης για την θεραπευτική έκβαση. (Giannouchos et al. 2020).

Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι ο κύριος τρόπος των νοικοκυριών στις χώρες με χαμηλό και μέτριο εισόδημα να εξασφαλίσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Υπολογίζεται ότι για την πλειοψηφία των φτωχών πληθυσμών παγκοσμίως ο οικονομικός παράγοντας είναι το βασικό εμπόδιο τους, και ότι το 2010 αυξήθηκαν κατά 97 εκατομμύρια λόγω των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (Hussien & Azage, 2021). Στην Ζάμπια σημειώνονται αυξημένα ποσοστά θανάτων γυναικών και νεογνών, που σχετίζονται με την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης και του τοκετού. Οι γυναίκες αυτές ανήκουν κατά κύριο λόγο σε χαμηλά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα και διαμένουν σε αγροτικές και ορεινές περιοχές. Αντιμετωπίζουν πολλαπλά εμπόδια στην πρόσβαση, και συνήθως αυτές που βρίσκονται κοντά σε μαιευτήρια με υποτυπώδη εξοπλισμό, συνεπάγεται ότι καλούνται να πληρώσουν άμεσα και για τα απαραίτητα για τον τοκετό ιατρικά αναλώσιμα (Kaiser et al. 2019).

Η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε το 2007 και ταλάνισε την παγκόσμια κοινότητα για περίπου δέκα χρόνια αυτονόητα επιβάρυνε ταχέως του οικογενειακούς προϋπολογισμούς και συθέμελα όλες τις κοινωνίες. Για την Ελλάδα, μια συνοπτική περιγραφή θα ήταν η συρρίκνωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας (Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος & Νιάκας, 2018, Σουλιώτης κ.ά. 2018, Μαραγκάκη, Κωνσταντινίδης & Σαράφης 2019).

Παρ' όλες τις σημαντικές αλλαγές στο ελληνικό σύστημα υγείας με σημαντικότερα σημεία την ΠΦΥ, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και την ελεύθερη πρόσβαση ακόμα και των ανασφάλιστων στις δομές υγείας (Μαραγκάκη, Κωνσταντινίδης & Σαράφης, 2019) η ψαλίδα των κοινωνικών ανισοτήτων διευρύνθηκε πλήττοντας το ιδεώδες της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η οδοντιατρική φροντίδα στην Ελλάδα κατά κύριο λόγο παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα, οπότε η συρρίκνωση των εισοδημάτων λόγω της κρίσης επέτεινε την οικονομική αδυναμία πρόσβασης σε αυτές. Ειδικά στην Βόρεια Ελλάδα λόγω της γειτνίασης με τα Σκόπια και την Βουλγαρία ακόμα και όσοι μπορούσαν να ανταπεξέλθουν οικονομικά στην πρόσβαση σε οδοντιατρική περίθαλψη, προτιμούσαν να απευθυνθούν σε αυτές παρά σε Έλληνες λόγω οικονομικότερων τιμών (Βλασιάδης κ.ά. 2021).

Σε έρευνα για τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία Ελλήνων και Ισπανών βρέθηκε κοινό στοιχείο η αύξηση στις γεννήσεις λιποβαρών βρεφών και κρουσμάτων HIV. Αυτά εξηγούνται στη βάση της αύξησης της ανεργίας και μείωσης των εισοδημάτων που περιόρισαν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Ναούμ, 2018). Ακόμα αυξήθηκε η θνησιμότητα μεταξύ άλλων ομάδων και στους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα λόγω της αύξησης των ανασφάλιστων. Αυτοί κυρίως είχαν περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και φάρμακα. Για κάποια ειδικά φάρμακα όπως για διαβητικούς οι φραγμοί αφορούσαν σε μερική ή και πλήρη αδυναμία πληρωμής ενώ για άλλα όπως για το Alzheimer αυξήθηκε η άμεση ιδιωτική δαπάνη(Μπελετσιώτη, Παπαδόπουλος & Νιάκας, 2018). Παρομοίως, οι Σουλιώτης κ.ά.(2018) αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι και χρόνια νοσούντες που λάμβαναν ενδονοσοκομειακά θεραπείες, συνάντησαν τεράστιες δυσκολίες οικονομικής προσβασιμότητας. Σε έρευνα του 2015 απαντήθηκε από ένα 30% ότι ενώ προέκυψε ανάγκη για ιατρική φροντίδα, δεν την ικανοποίησε λόγω περιορισμένων οικονομικών (Σουλιώτης κ.ά., 2018).

3.2.2. Κοινωνικοί

3.2.2.1. Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι κοινωνικές επιστήμες, και ειδικότερα η επιστήμη της Ψυχολογίας της Υγείας , έχουν επιβεβαιώσει ερευνητικά την επίδραση των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών στην ανθρώπινη συμπεριφορά (Μιλτιάδης & Θεοδωράτου, 2022).

Ο όρος «κοινωνικό- δημογραφικά» χαρακτηριστικά περιλαμβάνει γενικά το φύλο, ηλικιακή ομάδα, φυλή και εθνότητα, εκπαιδευτικό επίπεδο, είδος απασχόλησης και εισόδημα, οικογενειακή κατάσταση, σύνολο μελών που αποτελούν ένα νοικοκυριό, τύπος κατοικίας (Κουκουλι, Vlachonikolis & Philalithis, 2002, Shahid et al. 2021). Ο σεξουαλικός προσανατολισμός , ως προσωπικό χαρακτηριστικό, επίσης, επηρεάζει τις κοινωνικές συμπεριφορές (Μπαλούρδος κ.ά. 2014, Schnabel, 2018). Αυτό συμβαίνει είτε ως συμπεριφορά (ετερόφυλοι/ ομοφυλόφιλοι, αμφιφυλόφιλοι κ.ά.) είτε ως ταυτότητα (διεμφυλικοί) (Schnabel, 2018) .

Αυτά τα χαρακτηριστικά συνδυαστικά με τις μοναδικές κάθε ανθρώπου σωματικές και ψυχικές δυνατότητες, διαμορφώνουν τις αυτό-αντιλήψεις, στάσεις και συμπεριφορές

των ανθρώπων απέναντι σε θέματα που αφορούν τους ίδιους ατομικά και συνολικά ως κοινωνία (Σαρρής 2001).

Σε ατομικό επίπεδο, δυο άνθρωποι με αντικειμενικά ίδιο πρόβλημα υγείας το πιθανότερο είναι να ακολουθήσουν τελείως διαφορετική πορεία στην αναζήτηση επίλυσης του (EXPH, 2016). Ο Σαρρής (2001) σε παρόμοιο πνεύμα σκέψης γράφει ότι ακόμα και αν υπάρχουν συμπτώματα ασθένειας, η τελική απόφαση συχνά λαμβάνεται από τη σύγκριση «κόστους-οφέλους». Εδώ η έκφραση δεν θα πρέπει να ερμηνεύεται στο οικονομικό της πλαίσιο αλλά στο γενικότερο ατομικό της δεδομένης χρονικής στιγμής που συμβαίνουν τα συμπτώματα και απορρυθμίζεται η καθημερινότητα τους. Με βάση τις προσωπικές στάσεις και αντιλήψεις απέναντι στην αρρώστια και την χρονική στιγμή στη ροή των γεγονότων της ζωής τους θα ιεραρχήσουν ανάγκες και είτε η υγεία θα θεωρηθεί προτεραιότητα είτε θα παραμεληθεί. Όμως εξετάζοντας ένα πρόβλημα σε επίπεδο κοινωνικής ομάδας η συμπεριφορά θα είναι πιο προβλέψιμη. (Σαρρής, 2001).

Γενικά όμως, θα λέγαμε ότι η απόφαση για να αναζητήσει κάποιος ιατρική και κοινωνική φροντίδα είναι τυπικά ατομική, αφού ουσιαστικά είναι το αποτέλεσμα κοινωνικών διεργασιών (Σαρρής 2001, EXPH 2016). Στις δυτικές κοινωνίες που επικρατεί ο ατομικισμός, οι προσωπικές απόψεις και πεποιθήσεις έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα στη λήψη αποφάσεων, σε αντίθεση με μη-δυτικές που υπερισχύει ο κολлекτιβισμός (Adams et al. 2022). Για τα υψηλότερα κοινωνικά και οικονομικά στρώματα η υγεία έχει «αυταξία», για τα αντίστοιχα χαμηλότερα μπορεί να είναι ειδικότερα συνυφασμένη με την εργασία για την επιβίωση τους (EXPH, 2016).

Στις χώρες χαμηλού ή μετρίου εισοδήματος, οι μεταβλητές με τους περισσότερους περιορισμούς στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας αναδεικνύονται από πολλές έρευνες να είναι :το γυναικείο φύλο λόγω κουλτούρας, το εισόδημα, και ο τόπος κατοικίας (Dawkins et al. 2021). Οι Matin et al. (2021) παρατηρούν και η ηλικία και οικογενειακή κατάσταση είναι πρόσθετες μεταβλητές. Αναφέρουν την Cambodia όπου οι ανύπαντρες νεαρές γυναίκες έχουν περιορισμένη γνώση για θέματα σεξουαλικής υγείας και τεκνοποίησης, και νιώθουν αμηχανία να αναζητήσουν ιατρική συμβουλή ή θεραπεία για τέτοια θέματα.

Λόγω της ποικιλομορφίας των κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών προκύπτουν ή δημιουργούνται κοινωνικές ανισότητες, που στην υγειονομική

περίθαλψη λαμβάνουν μορφή άνισης και άδικης μεταχείρισης (inequalities, inequities), περιορισμού ή και αποκλεισμού πρόσβασης σε αυτές (Orzechowski et al. 2020).

Ξεκινώντας από τα κοινωνικά στερεότυπα και προκαταλήψεις που επικρατούν χρονικά ή/και γεωγραφικά, εμφανίζεται το φαινόμενο του «Κοινωνικού Στιγματισμού» (*Social Stigma*) που αφορά σε κάποιο πασιφανές ατομικό χαρακτηριστικό. Η συνύπαρξη αυτών των μεταβλητών οδηγεί στο άλλο φαινόμενο, αυτό των «Διακρίσεων» (*Discrimination*). Η μορφή που λαμβάνει είναι της άμεσης ή έμμεσης αλλά πάντα άνισης ή άδικης συμπεριφοράς απέναντι σε κάποιο άτομο ή ομάδα ατόμων στη βάση κάποιου χαρακτηριστικού τους γνωρίσματος. Εξαιτίας της ευρύτητας και του πλήθους των μεταβλητών, ο αριθμός των εν δυνάμει πληττόμενων ατόμων και κοινωνικών ομάδων δεν παραμένει σταθερός ούτε χρονικά ούτε χωρικά. (Παυλόπουλος 2006, Frost 2011, Stangl et al. 2019, Rivenbark & Ichou 2020)

Η βιβλιογραφία βρίθει ερευνητικών μελετών που αναγνωρίζουν το «στίγμα» λόγω κάποιας ασθένειας ως σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα της αναζήτησης υπηρεσιών υγείας. Κάποιες συχνά αναφερόμενες είναι το AIDS, η ψωρίαση, η παχυσαρκία και τα ψυχικά νοσήματα. Στις μεταδιδόμενες κατά κύριο λόγο υποβόσκει ο φόβος της μετάδοσης. Στις μη- μεταδιδόμενες και χρόνιες, η απόκλιση από τα κοινωνικά αποδεκτά πρότυπα ή και πολιτισμικές καταβολές προκαλεί αισθήματα ανωτερότητας στους υποστηρικτές αυτών. Το αποτύπωμα που αφήνεται στον ασθενή και στο περιβάλλον του δεν είναι πάντα εμφανές. Η συνεπαγωγή άρνησης θεραπείας ή προληπτικών εξετάσεων ή πλήρους αποχής από τις υπηρεσίες υγείας αφορά όχι μόνο στην χειροτέρευση της υπάρχουσας ασθένειας αλλά συνδυαστικά με το ψυχολογικό αντίκτυπο μπορεί να πυροδοτήσει νέα προβλήματα (Stangl et al. 2019, Rivenbark & Ichou 2020, <https://www.unicef.org/sudan/covid-19-stigma-how-prevent-and-address-social-stigma-your-community>).

Διακρίνεται σε τρία επίπεδα:

- «αυτό- στίγμα/ *self-stigma*»: όταν ο ασθενής ασπάζεται τις κοινωνικές προκαταλήψεις γύρω από το νόσημα του,
- «αντιληπτό στίγμα/ *perceived stigma*»: η αρνητική κοινωνική αντίδραση στον ασθενή από την γνωστοποίηση της ασθένειας,

- «*αναμενόμενο /anticipated stigma*»:παρομοίως με το δεύτερο, αλλά τώρα οι δέκτες είναι το οικογενειακό, συγγενικό, φιλικό περιβάλλον του ασθενή ή ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας που τον φροντίζουν.

(Stangl et al. 2019, Bhanot et al. 2021, Rewerska-Juśko & Rejdak 2022).

Το πιο νωπό παράδειγμα στιγματισμού αφορά στην COVID-19 που ξεκίνησε ως μια ιδιαίτερα μεταδοτική ασθένεια που πρόσβαλε αδιακρίτως όλους προκαλώντας μείγμα φόβου και άγχους για την άγνωστη απειλή. Εν μέσω αυτής της ζοφερής πραγματικότητας και με αυστηρά μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης, όσοι ασθενούσαν τελικά από τον ιό, δεν είχαν μόνο να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της αλλά και τον κοινωνικό περίγυρο που άλλοτε σιωπηρά άλλοτε φανερά τους κατηγορούσε ότι δεν ήταν αρκετά προσεκτικοί ώστε να νοσήσουν. Για ένα μεγάλο ποσοστό από τους θεραπευμένους το στίγμα τους ακολουθούσε για μεγάλο χρονικό διάστημα. Για αυτό και δεν ήταν λίγες οι φορές που ενώ υπήρχε συμπτωματολογία ταιριαστή με της COVID-19 ή παρόμοια, οι νοσούντες σκόπιμα δεν αναζητούσαν ιατρική περίθαλψη.

Ειδικά τους πρώτους μήνες, δεδομένου ότι η πανδημία εκδηλώθηκε στην Κίνα, στιγματίστηκαν ως υπαίτιοι ή πιθανοί φορείς του ιού τόσο η κινεζικής εθνικότητας ή καταγωγής πληθυσμοί ανά τον κόσμο όσο και όσοι φέρανε παρόμοια εξωτερικά χαρακτηριστικά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι κάτοικοι περιοχών στην Νοτιοανατολική Ινδία που και πριν την πανδημία ήταν μια ευπαθής πληθυσμιακή ομάδα λόγω της ομοιότητας τους με τους Κινέζους. Στην πανδημία οι ρατσιστικές επιθέσεις σε βάρος τους ξεπέρασαν τη λεκτική βία και υπόμεναν και σωματική βία. Σε πολλές περιπτώσεις εκδιώχθηκαν από τα σπίτια τους ενώ συναντούσαν ανυπέβλητες δυσκολίες στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας (Bhanot et al. 2021, Rewerska-Juśko & Rejdak 2022).

Οι García-Corche & Jiménez-Rubio (2022) αναφέρουν ότι υπάρχει στην βιβλιογραφία πληθώρα ερευνητικών εργασιών που αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς που βρίσκονται σε υψηλή κοινωνικό-οικονομική κατάσταση αντιμετωπίζουν λιγότερα εμπόδια όπως είναι ο μικρότερος χρόνος αναμονής για να λάβουν υπηρεσίες υγείας από μονάδες υγείας του δημόσιου τομέα.

3.2.2.1.2. Ευπαθείς κοινωνικές ομάδες

Από το Διεθνές, Ενωσιακό και Εθνικό Δίκαιο έως την επιστημονική βιβλιογραφία και την Ατζέντα 2030 του ΟΗΕ, αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα επιπρόσθετης προστασίας και φροντίδας των επονομαζόμενων «ευπαθών» (*vulnerable*) κοινωνικών ομάδων στη βάση της εξάλειψης των Διακρίσεων (*non-Discrimination*).

Ένας γενικός ορισμός είναι ότι πρόκειται για άτομα ή ομάδα ατόμων που λόγω κάποιων χαρακτηριστικών όπως το φύλο, η εθνότητα, η φυλή, η ηλικία, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, σωματική ή νοητική αναπηρία, η θρησκεία, οι επιλογές τρόπου ζωής, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο περιθωριοποίησης από τον ευρύτερο κοινωνικό και οικονομικό ιστό, ή ακόμα και στέρησης θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους (Schiffer & Schatz, 2008 WHO 2017, <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>, <https://fra.europa.eu/en/eu-charter/article/21-non-discrimination#charter>). Ουσιαστικά, με κοινό παρανομαστή κάποιο ή περισσότερα χαρακτηριστικά τους διαφέρουν από την κοινωνική «νόρμα» και είτε συναντούν ανυπέρβλητα εμπόδια στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας είτε λαμβάνουν χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες (Rivenbark & Ichou, 2020).

Θα πρέπει να παρατηρήσουμε όμως ότι το σύννηθες είναι «πολλαπλές διακρίσεις» (*multiple discrimination*). Όταν δηλαδή το σημείο εκκίνησης των μεροληπτικών συμπεριφορών είναι ταυτόχρονα τα περισσότερα από ένα χαρακτηριστικά του δέκτη αυτών. Η πλειοψηφία των περιπτώσεων αφορά σε νέους μεταξύ 18-25 ετών με νοητική αναπηρία, ηλικιωμένους και γυναίκες που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν και που είναι σε μεταναστευτικό καθεστώς ή μέλη εθνικής μειονότητας ή ΑμεΑ. Για παράδειγμα όταν ένας ασθενής αντιμετωπίζεται δυσμενέστερα από κάποιον άλλον επειδή συνυπάρχουν τρία χαρακτηριστικά: «ηλικιωμένη», «αλλοδαπή» και «γυναίκα». (FRA, 2013).

Σε διερευνητική εργασία των Palm et al. (2021) για την πρόσβαση στις χώρες της Ε.Ε. σημειώθηκε ότι μεταξύ των ευπαθών ομάδων κάποιες βίωναν άλλοτε περιστασιακά και άλλοτε συστηματικά το κοινωνικό στίγμα. Συγκεκριμένα, οι Ρομά, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο, τα μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+, οι άστεγοι, οι πάσχοντες από ψυχικά νοσήματα και οροθετικοί.

Στις Η.Π.Α. χρησιμοποιείται η ορολογία «*Healthcare shortage areas (περιοχές έλλειψης επαγγελματιών υγείας)*» που περιλαμβάνει δυο υπό-κατηγορίες τις : «*Medically Underserved Areas*» and *Populations (Ιατρικά Υποεξυπηρετούμενες Περιοχές και Πληθυσμούς)*». Οι περιοχές και οι πληθυσμοί αυτοί χαρακτηρίζονται από σοβαρές ελλείψεις σε ιατρικό προσωπικό πρωτοβάθμιας, οδοντιατρικής και ψυχικής φροντίδας (Pennsylvania Department of Health, χ.χ.). Από έρευνες προκύπτει ότι οι μετανάστες και οι κοινότητες των μαύρων και των ιθαγενών αντιμετωπίζουν συνήθως τέτοιου είδους ελλείψεις (Grembowski, Booshehri & Dugan , 2021). Σε έρευνα στην Δανία βρέθηκε ότι οι μη- Δυτικοευρωπαίοι μετανάστες υπηρεσιών υγείας αντιμετώπιζαν έως και 26% μεγαλύτερους χρόνους αναμονής από τους υπόλοιπους (García-Corche & Jiménez-Rubio ,2022)

Οι άνθρωποι με αναπηρία (ΑμεΑ) υπολογίζονται σήμερα πάνω από 15% του παγκόσμιου πληθυσμού και αυτό το ποσοστό δεν αναμένεται να βελτιωθεί αφού ακολουθεί την αυξητική τάση της γήρανσης και των χρόνιων νοσημάτων. Αυτή η πληθυσμιακή ομάδα λόγω του ότι περιλαμβάνει ένα ευρύτατο φάσμα σωματικών και νοητικών ελλείψεων ή δυσκολιών αντιμετωπίζει εμπόδια σε πολλαπλά επίπεδα και σε όλες τις διαστάσεις της πρόσβασης (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>). Ξεκινώντας από τα προφανή, θα αναφέρουμε την οικονομική και φυσική προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα ειδικότερα για τα άτομα με κινητικά προβλήματα παρατηρείται μια αντίθετη κατεύθυνση μεταξύ των αυξημένων τους αναγκών για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας και πρόσβασης τους σε αυτές. Παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά επαγγελματικής απασχόλησης με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλή οικονομική προσβασιμότητα τόσο σε φάρμακα όσο και ιατρικά βοηθήματα και θεραπείες αποκατάστασης (Λατσού κ.ά. 2014). Η ασφαλιστική κάλυψη υγείας, το εισόδημα, η εγγραματοσύνη υγείας και οι γεωγραφικές αποστάσεις είναι παράμετροι με μεγαλύτερο ειδικό βάρος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Soltani et al. 2017).

Το αποτύπωμα της COVID-19 στην πρόσβαση των ΑμεΑ στις υπηρεσίες υγείας , και κυρίως αυτών που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικό- οικονομικά στρώματα , ήταν κατανοητά πολύ βαθύτερο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Έρευνες έχουν επιβεβαιώσει από τους περισσότερο πληγθέντες ήταν μαύροι ή αυτόχθονες ή ισπανόφωνοι ΑμεΑ (Streuli et al. 2023).

Οι άνεργοι αλλά κυρίως οι μακροχρόνιοι άνεργοι είναι μια ακόμα κοινωνική ομάδα σε παρόμοιο καθεστώς με τους ΑμεΑ, δηλαδή αντίθετης κατεύθυνσης στην εκπλήρωση αναγκών και πρόσβασης. Σχετική συγχρονική μελέτη των Λατσού κ.α. (2021) για το διάστημα Ιούνιος 2016- Σεπτέμβριος 2017 στην Ελλάδα, ανέδειξε ότι στην ανεργία για τις επείγουσες ανάγκες απευθύνονται σε δημόσιες δομές ενώ οι προληπτικές και προαγωγής της υγείας βρίσκονται χαμηλά στην πυραμίδα των προτεραιοτήτων. Ενώ ο Ν. 4368/2016 κατοχύρωνε την δωρεάν πρόσβαση των ανέργων στις δημόσιες δομές υγείας δεν τους διασφάλιζε ευνοϊκότερους όρους συμμετοχής στο κόστος αγοράς των φαρμάκων ή επίσκεψης σε συμβεβλημένους του ΕΟΠΥΥ ιατρούς.

Περίπου το 50% των ερωτηθέντων ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και 1 στους 5 δεν έκανε χρήση των κοινωνικών ιατρείων και φαρμακείων ή υπηρεσιών από ΜΚΟ γιατί δεν είχαν ενημέρωση για τις εναλλακτικές επιλογές τους. Άλλος πιθανός λόγος είναι η κακή ψυχολογική κατάσταση που περιέρχεται κάποιος λόγω απώλειας εργασίας και που μόνο επιδεινώνεται όσο αυξάνεται ο χρόνος παραμονής σε καθεστώς ανεργίας. Τα δημοσιονομικά μέτρα που ελήφθησαν τόσο σε εθνικό όσο και ευρωπαϊκό επίπεδο για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης έπληξαν το κοινωνικό κράτος και τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης. Αν και στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ισχύει η καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, τα αντίμετρα στην κρίση αύξησαν τα ποσοστά ανεργίας. Ενδεικτικό είναι ότι ενώ το 2008 ήταν περίπου 8%, το 2017 είχε εκτοξευθεί στο 21% (Λατσού κ.ά. 2021).

3.2.2.2. Γεωγραφικοί

Η γεωγραφική απόσταση μεταξύ του τόπου κατοικίας/εργασίας και παροχής των υπηρεσιών υγείας καταγράφεται στην επιστημονική βιβλιογραφία για τις υγειονομικές ανισότητες και δηλωμένες ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες, βάζοντας την στο κάδρο των εμποδίων πρόσβασης.

Κοινός τόπος όλων είναι η διαπίστωση, ότι όσο αυξάνεται η εκφρασμένη σε χιλιόμετρα απόκλιση τόσο περιορίζεται η πρόσβαση σε όρους χρόνου και κόστους. Εν συνεχεία, αναλόγως της φύσης και του είδους της ιατρικής ανάγκης και των οικονομικών, κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των χρηστών μπορεί να δημιουργηθεί νέος κύκλος εμποδίων. (Σούλης 2015, Γούλα κ.ά. 2018, Γούλα κ.ά. 2019, Di Novi,

Leporatti & Montefiori 2020, Palm et al. 2021, Garchitorena et al. 2021, Dawkins et al. 2021, OECD 2021α, OECD/European Union 2022).

Εγγενή των γεωγραφικών φραγμών είναι η διαθεσιμότητα συγκοινωνιακού μέσου. Σε εθνικής εμβέλειας μελέτη στις Η.Π.Α. μεταξύ 1997-2017, υπολογίστηκε ότι το 2017 για περίπου έξι εκατομμύρια η απόσταση συνδυαστικά με την έλλειψη τρόπου μετακίνησης ήταν η αιτία που καθυστέρησαν να λάβουν την αναγκαία για την υγείας τους φροντίδα (Wolfe, McDonald, & Holmes ,2020). Επιβεβαιώνεται από έρευνες ότι τα εμπόδια μετακίνησης έχουν υψηλή θετική συσχέτιση με την εμφάνιση άλλων μη οικονομικής φύσης εμποδίων. Ακόμα και αν ανασφάλιστοι πολίτες δικαιούνται δωρεάν χρήσης υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη δυνατότητας μετακίνησης λόγω απόστασης ή συγκοινωνιακού μέσου είναι εμπόδιο. Επιπλέον είναι αιτία τόσο για τους ανασφάλιστους όσο και τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα για την ακανόνιστη παρακολούθηση ιατρικής θεραπείας (Kamimura et al. 2018) αλλά και κοινωνικών υπηρεσιών (Bhathena et al. 2020). Κάποιοι βασίζονται στην μεταφορά με ασθενοφόρο ακόμα και για νοσήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή τα παραμελούν τόσο που τελικά καταλήγουν στο τμήμα επειγόντων των νοσοκομείων (Bhathena et al. 2020).

Στους πρώτους μήνες της πανδημίας τα ποσοστά αυξήθηκαν σημαντικά περιλαμβάνοντας αυτούς που δεν διέθεταν ιδιωτικό μεταφορικό μέσο και βασίζονταν στις δημόσιες συγκοινωνίες για τις μετακινήσεις τους (Cochran et al. 2022). Τους Shubayr, Kruger, & Tennant, (2022) απασχόλησε το ερώτημα πόσο χρόνο χρειάζεται ένας κάτοικος στην Τζαζάν της Σαουδικής Αραβίας για να λάβει δημόσια πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα αν χρησιμοποιήσει αυτοκίνητο ή περπατήσει. Πρόκειται για μια ταχέως αναπτυσσόμενη οικονομικά αγροτική ορεινή περιοχή με περίπου δυο εκατομμύρια κατοίκους. Κατέληξαν ότι χρειάζεται κατά μέσο όρο πάνω από μισή ώρα. Από το σύνολο του πληθυσμού μόνο το 40% οδικώς και λιγότερο από το 20% με τα πόδια είχαν χρονική πρόσβαση κάτω από τριάντα λεπτά.

Σύμφωνα με πρόσφατη έκθεση του OECD, 4% του πληθυσμού των 30 κρατών μελών του δηλώνει καθυστερήσεις ή παραλείψεις στην κάλυψη αναγκών υγείας λόγω προβλημάτων που προκύπτουν από τις γεωγραφικές αποστάσεις. Οι ακραίες τιμές καταγράφονται στην Κύπρο που κανένας δεν το ανέφερε και την Ιταλία με 9% να το αναφέρει. Η Ισπανία και η Νορβηγία ενώ είναι χώρες με ιδιαίτερα γεωμορφολογικά

στοιχεία που αναμενόμενα προκαλούν δυσχέρειες στην πρόσβαση, περιλαμβάνονται στις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά (OECD, 2019).

Στην Ελλάδα οι μεγαλύτερες ανισότητες στην πρόσβαση παρατηρούνται στα νησιά και στις αγροτικές περιοχές. Ενδεικτικό είναι ότι το 2014, το ποσοστό που δήλωσε μη ικανοποιημένες υγειονομικές ανάγκες ήταν 13,1% και ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ ήταν 4,5% (Υ.Υ./ Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, 2019). Το 2016 έφτασε στο υψηλότερο ιστορικά ποσοστό του 13%, ενώ το 2019, το ποσοστό αυτό ήταν 8,1% λόγω οικονομικών και γεωγραφικών παραγόντων ενώ ο ευρωπαϊκός μέσος όρος ήταν 1,7% (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies ,2021). Από τα περίπου 117 κατοικημένα νησιά, πολλά λιγότερα είναι τακτικά συνδεδεμένα ακτοπλοϊκώς με την ηπειρωτική χώρα αφού δεν είναι προσοδοφόρα (Kassas et al. 2022). Επίσης οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών αντιμετωπίζουν περισσότερα εμπόδια σε σχέση με τους αντίστοιχους των αστικών κέντρων (Υ.Υ/ Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, 2019). Τα καιρικά φαινόμενα είναι ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας αφού τον χειμώνα οδηγούν σε περιοδικό αποκλεισμό και άλλες δυσκολίες μετακίνησης. Και πάλι όμως, ακόμα και το πιο απομακρυσμένο ορεινό χωριό σε περίπτωση ανάγκης τον χειμώνα θα είναι πιο εύκολα προσβάσιμο συγκριτικά με ένα νησί, αφού στην πρώτη περίπτωση υπάρχουν περισσότερες δυνατότητες διακομιδής είτε με ιδιωτικό είτε με δημόσιο μέσο ενώ στην δεύτερη αυτές είναι εξαιρετικά περιορισμένες (Σπιλάνης κ.ά. 2005). Έχει καταγραφεί επίσης από έρευνες συσχέτιση γεωγραφικών περιοχών με οδοντιατρικά νοσήματα. Όσο αυξάνεται η απόσταση από τα μεγάλα αστικά κέντρα περιορίζεται η πρόσβαση σε σύγχρονης τεχνολογίας κέντρα οδοντιατρικής φροντίδας. (Βλασιάδης κ.ά. 2021).

Οι Huot et al. (2019) στα πλαίσια διερευνητικής τους εργασίας για τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι κάτοικοι των χωρών γύρω από τον Βόρειο Αρκτικό Κύκλο, κατέγραψαν και τον συνδυασμό της γεωγραφικής απόστασης με τις καιρικές συνθήκες. Δεδομένου της ιδιαιτερότητας των γεωμορφολογικών στοιχείων και της διάρκειας και έντασης των καιρικών φαινομένων, περιορίζονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα οι συγκοινωνίες. Μάλιστα αν η διασύνδεση τους γίνεται μόνο αεροπορικώς ή θαλάσσια μπορεί να διακοπεί παντελώς στον χειμώνα. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι αν κάποιος βρίσκεται στην Γροιλανδία και χρειαστεί εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, θα την λάβει στην Δανία που σημαίνει ταξίδι έως και επτά ώρες επιπρόσθετα των οικονομικών εξόδων και της ψυχολογικής επιβάρυνσης ενός τέτοιου ταξιδιού.

Στο αντίθετο άκρο του κόσμου, στη Μαδαγασκάρη, για το κατά προσέγγιση 10% του πληθυσμού το κοντινότερο νοσοκομείο απέχει δύο ώρες και για ένα άλλο 5% η απόσταση αγγίζει τις τέσσερις ώρες. Και πάλι εδώ ο συνδυασμός με τις καιρικές συνθήκες επιμηκύνει αυτούς τους χρόνους, μόνο που σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να ληφθούν υπόψη και η κατάσταση του οδικού δικτύου και συγκοινωνιακών υποδομών (Ihantamalala et al. 2021). Για μεγάλο μέρος του αγροτικού πληθυσμού η μετακίνηση δεν γίνεται με μηχανοκίνητα μέσα (Evans et al. 2022).

Οι Di Novi, Leporatti, & Montefiori (2020) διερευνώντας το ζήτημα της ασυνέπειας ασθενών στην φαρμακευτική τους αγωγή, βρήκαν ότι μεταξύ των αιτιών ήταν η απόσταση από το κοντινότερο φαρμακείο. Παρομοίως, οι Tharumia Jagadeesan & Wirtz (2021) παρατηρώντας ότι τα φαρμακεία παρέχουν όχι μόνο φάρμακα αλλά και ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών, μελέτησαν την σχετική διαθέσιμη βιβλιογραφία. Τα περισσότερα εμπόδια εγείρονται στις περιοχές με χαμηλότερα εισοδήματα και στις αγροτικές. Το ενδιαφέρον σημείο είναι ότι τα συμπεράσματα τους αφορούσαν χώρες του οικονομικά ανεπτυγμένου κόσμου αφού στις λιγότερο δεν υπάρχει συστηματική στατιστική καταγραφή τέτοιων δεδομένων.

Κατά προσέγγιση το 60% των ΑμεΑ αντιμετωπίζει δυσκολίες μετακίνησης είτε λόγω των μη-φιλικών σε ΑμεΑ κτιριακών υποδομών (Mirza, Goyal & Goyal 2023) είτε γιατί η χρήση κάποιου συγκοινωνιακού μέσου τους κοστίζει πολλαπλάσια από τον υπόλοιπο πληθυσμό (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>). Σε χώρες όπως το Πακιστάν, η Ινδία, η Γκάνα, το Νεπάλ, οι γυναίκες με κάποια μορφής αναπηρία που κατοικούν εκτός αστικών κέντρων, αντιμετωπίζουν συστηματικά δυσκολία πρόσβασης υπηρεσιών που σχετίζονται με την γυναικεία υγεία, αφού αυτές συνήθως προσφέρονται σε κεντρικές μόνο πόλεις αυξάνοντας απαγορευτικά την απόσταση σε όρους χρόνου, κόστους και ασφαλούς μετακίνησης (Matin et al. 2021).

3.2.2.3. Πολιτισμικοί/Θρησκευτικοί

Από καταβολής του κόσμου καταγράφονται ιστορικά οι ισχυροί δεσμοί μεταξύ υγείας, θρησκείας και πολιτισμικού περιβάλλοντος που αλληλοπλέκονται και επηρεάζονται. Από την θεοποίηση, στην ερμηνεία της υγείας και αρρώστιας ως εναργή παρουσία μαγείας και δαιμόνων έως την σύγχρονη εποχή με την ιατρική ,και όχι μόνο,

επιστημονική γνώση και τεχνολογία να έχουν σημειώσει τεράστιες προόδους. Παρά ταύτα, οι επικρατούσες σε κάθε κοινωνία, θρησκευτικές και πολιτισμικές επιρροές παραμένουν ισχυροί παράγοντες στην διαμόρφωση ατομικών και κοινωνικών στάσεων και αντιλήψεων που ορίζουν εν τέλει τις ιατρικές αποφάσεις των ανθρώπων (Σαρρής, 2001).

Διερευνητική έρευνα των Nisar, Khan & Kolbe-Alexander (2022) επιβεβαίωσε την σύνδεση πολιτισμικών και θρησκευτικών πεποιθήσεων με την προστασία της υγείας τους χρόνιων ασθενών που ήταν μετανάστες στην Αυστραλία με καταγωγή από χώρες της Νότιας Ασίας. Χαρακτηριστικά συσχέτισαν την ικανοποίηση τους από ιατρικές υπηρεσίες χαμηλή λόγω της θεραπευτικής προσέγγισης των Αυστραλών ιατρών να συνταγογραφούν αντιβιοτικά σε μεταγενέστερο στάδιο της ασθένειας και όχι εξαρχής όπως γίνεται στις χώρες καταγωγής. Μάλιστα για να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια θα έχουν πρώτα εξαντλήσει τα σπιτικά γιατροσόφια βάσει αυτό-αξιολόγησης της ασθένειας τους και δεδομένου ότι θεωρούν τα φάρμακα των δυτικών ως μη ασφαλή για σώμα. Ακόμα, ενώ στην Αυστραλία, οι προληπτικές εξετάσεις είναι δωρεάν, αυτοί τις αποφεύγουν διότι στην κουλτούρα τους κατέχουν θέση φορέα δυσάρεστων πληροφοριών . Ενώ κάποιες γυναίκες δήλωσαν ότι θα τις έκαναν μόνο σε περίπτωση εμφανών συμπτωμάτων (Nisar, Khan & Kolbe-Alexander 2022).

Οι Huot et al. (2019) από μελέτη της βιβλιογραφίας βρήκανε ότι σε κάποιες ιθαγενείς κοινότητες όπως των Sámi στην Νορβηγία, διατηρείται από γενιά σε γενιά η μνήμη της αποικιοκρατίας και αναφέρονται στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ως του *Λευκού ανθρώπου «White man»*.

Σε ποιοτική έρευνα που διεξήγαγαν οι Maqbool et al. (2022) σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό στο Πακιστάν, μια από τις χώρες με τα χαμηλότερα ποσοστά χρήσης προφυλακτικών μέτρων, βρέθηκε ότι αυτό εξηγείται στην βάση της ισχυρής συσχέτισης με τις πολιτισμικές και θρησκευτικές επιταγές. Καταρχήν τις σχετικές αποφάσεις τις λαμβάνει ο σύζυγος και κατά περίπτωση η ευρύτερη οικογένεια. Οι πολυπληθείς οικογένειες είναι μια πολιτισμική νόρμα ενώ ακόμα και αν τεθεί θέμα να μην ικανοποιηθεί, θα ερωτηθούν σχετικά οι θρησκευτικοί ηγέτες .

Γενικά σε κουλτούρες που η θέση της γυναίκας περιορίζεται στην φροντίδα της οικογένειας και του νοικοκυριού, όταν βρεθούν σε ξένη χώρα ως μετανάστριες θα

συναντήσουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην εκμάθηση της γλώσσας αφού θα έχουν και λιγότερες συναναστροφές με την κουλτούρα της χώρας υποδοχής (FRA, 2013).

Σε ποιοτική έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο αναδείχθηκε ότι οι μαύρες γυναίκες από Καραϊβική που πάσχανε από επιλόχειο κατάθλιψη απέφευγαν σε πολύ μεγάλο ποσοστό να συμβουλευτούν κάποιον ειδικό για λόγους όπως δεν αναγνώριζαν τα συμπτώματα, διστάζανε να συζητάνε για θέματα ψυχικής υγείας κ υποβίβαζαν την σοβαρότητα της κατάστασης. Για κάποιες τίθετο επιπλέον θέμα εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας και προτίμησης πιο οικείων προς την κουλτούρα τους (FRA, 2013).

Πολυάριθμες έρευνες έχουν καταδείξει ότι στις Χώρες με Χαμηλό ή Μεσαίο Εισόδημα, σημειώνονται διαφορές στην πρόσβαση των δυο φύλων στην υγειονομική περίθαλψη. Είθισται οι γυναίκες να συνοδεύονται από κάποιον άντρα αλλιώς κινδυνεύουν με στιγματισμό ή άρνηση επιβίβασης σε δημόσια μέσα μαζικής μεταφοράς (Dawkins et al. 2021).

Σε ποιοτική έρευνα διερεύνησης της πολιτισμικής δεκτικότητας στην πρόσβαση των ΑμεΑ στις Ιρανικές υπηρεσίες υγείας, καταγράφηκαν εμπόδια σε τρία επίπεδα που θα μπορούσαν συνοπτικά να αποδοθούν ως διακρίσεις, ασέβεια και στιγματισμός. Συγκεκριμένα, σε αρκετές περιπτώσεις, οι επαγγελματίες υγείας επέδειξαν αδιαφορία στην φροντίδα ασθενών με σωματική αναπηρία που κορυφωνόταν για αυτούς με νοητική και παντελή έλλειψη ενσυναίσθησης. Σε σχέση με την ίδια την ασθένεια είναι διάχυτη μια εσφαλμένη αντίληψη σε όλη την Ιρακινή κοινωνία ότι η φροντίδα τους είναι σπατάλη που μάλιστα θα έπρεπε να αποφευχθεί και όχι κοινωνική επένδυση. Αυτό αποδεικνύεται και από την ευνοϊκή μεροληπτική αντιμετώπιση των ΑμεΑ βετεράνων πολέμου σε βάρος των υπολοίπων, όπου οι πρώτοι χαίρουν δωρεάν υπηρεσιών υγείας ενώ οι δεύτεροι πληρώνουν ολόκληρο το τίμημα. Και μεταξύ των ιδίων πασχόντων και των οικογενειών τους όμως, καταγράφεται αίσθημα ντροπής και άρνηση αποδοχής της κατάστασης τους ειδικά όταν δεν είναι εκ γενετής προερχόμενη (Soltani et al. 2017).

Στην κουλτούρα των Ρομά η υγεία, τα νοσοκομεία, τα φάρμακα και οι γιατροί έχουν μια διαφορετική ερμηνεία και προσέγγιση. Καταρχήν επικρατούν γενικευμένες προκαταλήψεις από τους Ρομά προς τους μη-Ρομά και αντιστρόφως. Ξεκινώντας από την πεποίθηση ότι τα προβλήματα υγείας είναι μια φυσική εξέλιξη δύσκολων εμπειριών τα διαχωρίζουν σε δυο κατηγορίες με διαφορετική αντιμετώπιση. Συγκεκριμένα, για αυτά που προέρχονται από τους ίδιους μόνο η παραδοσιακή τσιγγάνικη θεραπεία

ενδείκνυται. Για εκείνα που προέρχονται από τους μη-Ρομά τότε μπορούν να αναζητήσουν εξωτερική ιατρική βοήθεια. Τα νοσοκομεία θεωρούνται βρώμικοι χώροι και τους αποφεύγουν έως να καταστεί αναπόφευκτη η επίσκεψη. Οι ηλικιωμένες γυναίκες κατέχουν θέση σεβαστή αφού τους αναγνωρίζεται a priori ότι έχουν ιατρικές γνώσεις (Παραλίκας & Κοτρώτσιου, 2018).

Οι «Μάρτυρες του Ιεχωβά» δηλώνουν ότι οι πεποιθήσεις τους δεν τους επηρεάζουν στην αναζήτηση της «καλύτερης διαθέσιμης ιατρικής φροντίδας» παρά μόνο τους αποτρέπει από την μετάγγιση αίματος.

Η αδελφότητα των «Άμις» επίσης δεν αποτρέπει τα μέλη της, με εξαίρεση των επεμβάσεων στην καρδιά διότι «εκεί κατοικεί η ψυχή του σώματος». Όμως αρκετοί είναι αυτοί που αναγνωρίζουν την θεϊκή ανωτερότητα σε θέματα υγείας και δεν αναζητούν την ιατρική επιστήμη για θέματα υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, δεν επιδιώκουν τις προληπτικές εξετάσεις και στρέφονται σε σπιτικά φτιαγμένα φάρμακα ή φυσικά βότανα.

Οι πιστοί του ινδουιστικού δόγματος του «Βαϊσναβισμού» , λόγω της εξέχουσας ιερής θέσης των χοίρων και βοειδών στην θρησκεία τους δεν καταναλώνουν φάρμακα ή ιατρικές υπηρεσίες που στην παραγωγή τους συμμετέχουν αυτά. Παρομοίως, σε σχέση όμως με τα χοιρινά παράγωγα, και οι Σουνίτες και Σίιτες Μουσουλμάνοι πιστοί ,αλλά επιτρέπουν απόκλιση σε εξαιρετικές περιπτώσεις (<https://www.healthstream.com/resource/blog/recognizing-religious-beliefs-in-healthcare>).

Η παρεμβολή των θρησκευτικών πρακτικών στην πρόσβαση αναδεικνύεται και στις περιπτώσεις που υπερισχύει της πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όπως είναι οι ώρες προσευχής ή οι περίοδοι νηστείας (<https://www.gov.uk/guidance/culture-spirituality-and-religion>, Swihart, Yarrarapu & Martin, 2022). Στην Ισλαμική πίστη, στο Ραμαζάνι δεν επιτρέπεται η χρήση φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνεται από το στόμα και η μετάγγιση αίματος. Επιτρέπεται να «σπάσει» η νηστεία μόνο αν τίθεται θέμα απώλειας της ζωής. (Attum et al. 2023).

Μια άλλη διάσταση της Ισλαμικής πίστης είναι η βαρύτητα που δίνεται το φύλο του θεράποντα επαγγελματία υγείας να είναι ίδιο με το ασθενή. Αν αυτό δεν είναι εφικτό , και ειδικά στις γυναικολογικές και μαστολογικές εξετάσεις, το ελάχιστο θρησκευτικά αποδεκτό είναι η παρουσία συγγενικού προσώπου ή οποιαδήποτε εργαζόμενη στην

μονάδα υγείας. Αν η διαγνωστική εξέταση περιλαμβάνει αφαίρεση ρούχου, θα πρέπει να είναι το ελάχιστο απαραίτητο ποσοτικά και χρονικά (Tackett et al. 2018, Attum et al. 2023).

Ένα άλλο παράδειγμα αλληλοεπικάλυψης της επιρροής της επιστήμης και της θρησκείας είναι η περίπτωση του εμβολιασμού κατά του ιού της COVID-19. Στην χώρα μας υπήρξε μερίδα θρησκευτικών εκπροσώπων που τάχθηκαν κατά του εμβολιασμού ή των μέτρων προφύλαξης από την μετάδοση του ιού ορμώμενοι από ερμηνεία θρησκευτικών κειμένων επηρεάζοντας τις αποφάσεις υγείας των πιστών (<https://www.kathimerini.gr/society/561591070/christianismos-kai-emvoliasmos/>).

Όμως και εκτός συνόρων, σε Η.Π.Α. και Ευρώπη, σημειώνονται καθυστερήσεις ή αρνήσεις εμβολιασμού λόγω θρησκευτικής πίστης. Σε χώρες της Λατινικής Αμερικής αυτό οφειλόταν σε συνδυαστικό μείγμα πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων και θρησκευτικών αρχών. Στην Αργεντινή, παλαιότερα, παρόμοια εμπόδια είχαν αναδυθεί στον εμβολιασμό για την προστασία από τον HPV, ενώ στην Γαλλική Γουινέα για τον εμβολιασμό κατά του κίτρινου πυρετού. Ενώ αυτόχθονες στον Αμαζόνιο πιστεύουν ότι η μόλυνση των ανθρώπων από τον ιό της λύσσας οφείλεται σε υπερφυσικές παρεμβάσεις που μόνο οι παραδοσιακοί θεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν. (Guzman-Holst et al. 2020).

Στην Τζαμάικα που συνυπάρχουν πολλές διαφορετικές θρησκείες, η έρευνα των Brown, Bateman & Gossell-Williams (2022) σχετικά με την πρόσβαση των πασχόντων από χρόνια νοσήματα σε φαρμακευτική αγωγή, κατέληξε ότι θρησκεία και πρόσβαση βρίσκονται σε γραμμική συσχέτιση. Απλά υπήρχε διαβάθμιση της πρώτης στην δεύτερη. Για κάποιους, η πρόσβαση σε φαρμακευτική αγωγή ήταν σύμφωνη με το θέλημα του θεού ενώ για άλλους αυτό το θεϊκό θέλημα όριζε να απέχουν, και κάποιοι ακόμα πιο ακραία αποδέχονταν την ασθένεια και το επερχόμενο τέλος από την αποχή από την θεραπεία ως τον τρόπο του θεού να τους τιμωρήσει. Επίσης, εντοπίστηκε υπεροχή της χρήσης των φυσικών βοτάνων και ροφημάτων έναντι των φαρμακευτικών σκευασμάτων (Brown, Bateman & Gossell-Williams, 2022).

3.2.2.4. Εγγραματοσύνη Υγείας

Η Εγγραματοσύνη υγείας (Health literacy), στο εξής Ε.Υ., είναι μια έννοια που εμφανίστηκε την δεκαετία του 1970, και από τότε βρίσκεται στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος πολλών επιστημονικών πεδίων, διεθνών και μη-κερδοσκοπικών οργανισμών και πολιτικών υγείας (Okan et al. 2019, Liu et al., 2020, Ευθυμίου κ.ά. 2021). Η πανδημία της COVID-19 και το παράλληλο φαινόμενο της «infodemic» προστέθηκαν στα συσσωρευμένα γεγονότα που επιτάσσουν την μελετητική της αξία και επιδίωξη (<https://research.un.org/conferences/keynote2>, Okan et al. 2022). Έχουν διατυπωθεί δεκάδες ορισμοί από τότε που πρώτη φορά απασχόλησε την βιβλιογραφία χωρίς να έχει ακόμα υπάρξει ένας ευρέως αποδεκτός αντανακλώντας την πολυπαραγοντική της υπόσταση. Σε πολλές χώρες παρατηρήθηκε διαφοροποίηση στην μετάφραση, όπως και την ελληνική και κυπριακή επιστημονική κοινότητα, που κατέληξε στην χρήση του όρου Ε.Υ. (Ευθυμίου κ.ά. 2021). Θα μπορούσε να πει κανείς ότι είναι μια «ζωντανή» έννοια που εξελίσσεται και διαμορφώνεται μέσα στον εκάστοτε χρόνο και τόπο που εξετάζεται. Ο Π.Ο.Υ. την θεωρεί ως βασικό εργαλείο επίτευξης του στόχου «κανείς δεν μένει πίσω» αλλά και πολλών στόχων της Ατζέντας 2030. (Liu et al., 2020, <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy>, OECD 2021β).

Ένας περιεκτικός ορισμός είναι : *«ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να βρίσκουν, να κατανοούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες και υπηρεσίες για ενημερωμένες αποφάσεις και ενέργειες που σχετίζονται με την υγεία για τον εαυτό τους και τους άλλους* (Healthy People 2030). Ο ΠΟΥ στην πρόσφατη επικαιροποίηση του ορισμού αναφέρει ότι δεν είναι θέμα διαδικασίας αλλά δεξιότητας (Ευθυμίου κ.ά. 2021).

Η ερμηνεία αυτή από μόνη της αποδεικνύει την σημαντικότητα αυτής της έννοιας και προσαυξάνεται αν αναλογιστούμε ότι ικανοποιεί την αρχή της αυτονομίας του ασθενή, ότι η ενεργητική συμμετοχή του ασθενή αυξάνει τις πιθανότητες θετικών υγειονομικών εκβάσεων και είναι κρίσιμης σημασίας για την βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και ισότητα στην πρόσβαση (Σαρρής 2001, Okan et al. 2019, Drapkina et al. 2019, Huang et al. 2020, Baccolini et al. 2021, Ευθυμίου κ.ά. 2021, Arrighi et al. 2022, Shahid et al. 2022). Όμως πρέπει να τονιστεί ότι είναι μια έννοια που υπερβαίνει τα

όρια του ασθενή, αφορά όλους από τα μέλη της οικογένειας του, τους φροντιστές έως τους ιθύνοντες χάραξης υγειονομική πολιτικής (Ευθυμίου κ.ά. 2021).

Η Ε.Υ. είναι καίριας σημασίας για μια άλλη έννοια, αυτή της «Ενδυνάμωσης» (Empowerment) που ουσιαστικά εκφράζει το δικαίωμα στην αυτονομία και αυτοδιάθεση (Cron Dahl & Karlsson 2016, Okan et al. 2021, Okan et al. 2022). Συνεπαγωγή αυτής είναι η αυτό- φροντίδα του ασθενή. Αυτές οι έννοιες έχουν μεγεθυμένη αξία για την διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων (Πιερράκος 2013, RobotSargpooshi et al. 2020). Χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι η συννοσηρότητα, δηλαδή η ταυτόχρονη παρουσία δυο ή κ περισσότερων νοσημάτων που διαταράσσουν εκτός της σωματικής, την ψυχική και κοινωνική υγεία του ανθρώπου και συνολικά την ποιότητα της ζωής του. Είναι αποδεδειγμένο ότι η αυτό-φροντίδα συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση αυτών επιπτώσεων (Πιερράκος 2013). Και όπως σημειώνει ο Σαρρής (2001), *«η αυτό-φροντίδα είναι μια μορφή περίθαλψης προ-θάλαμος του υγειονομικού συστήματος»* που μπορεί να αντιμετωπίσει έως και 75% των μικροπροβλημάτων υγείας (Σαρρής, 2001). Η ενεργή συμμετοχή του ασθενή με την μορφή της αυτό-φροντίδας, είναι βασική προϋπόθεση λειτουργίας του πιο γνωστού Μοντέλου Μακροχρόνιας Φροντίδας, αυτού, κατά Ε.Η. Wagner. Σε αυτό, ο «*κινητοποιημένος*» ασθενής βρίσκεται σε «*παραγωγική αλληλεπίδραση*» με τους επαγγελματίες υγείας ώστε να επιτευχθούν τα επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα (Πιερράκος 2013).

Το εννοιολογικό μοντέλο του Institute of Medicine (IoM) θεωρεί ότι η Ε.Υ. συναποτελείται από τέσσερα δομικά στοιχεία : «*διαπολιτισμική και αντιληπτική ικανότητα*» (*cultural and conceptual knowledge*) , «*δεξιότητες γραφής και ανάγνωσης, ακρόασης, ομιλίας*» (*print & oral health literacy*), και «*αριθμητικής*» (*numeracy*).

Γίνεται συχνά σύγχυση μεταξύ των εννοιών «*Αλφαριθμητισμός*» (*Literacy*) και «*Ε.Υ.*» λανθασμένα όμως αφού το πρώτο είναι μόνο ένα μέρος του δεύτερου (Shahid et al. 2022). Ο «*Αλφαριθμητισμός*» κατά τον ορισμό της UNESCO αφορά στην διαρκή βελτιστοποίηση της ατομικής δεξιότητας για ανάγνωση, γραφή, αριθμητική ακολουθώντας τις αλματώδεις εξελίξεις στην τεχνολογία που καθημερινά αναδιαμορφώνει τις κοινωνίες (<https://www.unesco.org/en/literacy/need-know>).

Η ανάδυση των εκθετικών τεχνολογιών όπως η τεχνητή νοημοσύνη, μηχανική μάθηση, wearables, αισθητήρες, εικονική πραγματικότητα, mHealth, eHealth, Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας και άλλων, δημιουργεί νέες προκλήσεις και για τους ασθενείς (Dunn

& Hazzard 2019, Τσιριντάνη & Υφαντόπουλος 2021). Έρευνες επιβεβαιώνουν ότι πλέον οι περισσότεροι ασθενείς προβαίνουν σε διαδικτυακή αναζήτηση πληροφοριών για πρόβλημα υγείας πριν συμβουλευτούν γιατρό αλλά αυτό προϋποθέτει ότι ήδη βρίσκονται σε ικανοποιητικό επίπεδο Ε.Υ. για να μπορούν να κατανοήσουν τις πληροφορίες. Επίσης, μπορεί να είναι διαδεδομένη η χρήση των κινητών τηλεφώνων αλλά όχι απαραίτητα και των «έξυπνων» όπως και η συνδρομή σε κάποιον πάροχο γρήγορης γραμμής internet (<https://healthcare.rti.org/insights/solving-barriers-digital-connected-care>, <https://healthcare.rti.org/insights/digital-therapeutics-digital-health-opportunities-and-challenges>). Ο παραδοσιακός ορισμός της Ε.Υ. μελετάται πλέον στο πλαίσιο των νέων τεχνολογικών δυνατοτήτων ως «Ψηφιακής Ε.Υ.» (*Digital Health literacy*) και «Εγγραματοσύνη Ηλεκτρονικής Υγείας» *eHealth literacy* (Smith & Magnani 2019, Dunn & Hazzard 2019, Lee & Tak 2022). Σε έκθεση του OECD αναφέρεται ότι στις 30 χώρες- μέλη, το 2020, το 59% ηλικίας μεταξύ 16-74 ετών έναντι του αντίστοιχου 36% το 2010, αναζήτησε διαδικτυακά πληροφορίες υγείας (OECD, 2021β).

Υπάρχει πληθώρα παραγόντων διαβαθμισμένης επιρροής σε καθένα από τα παραπάνω αναφερόμενα συνθετικά της στοιχία. Κάποια από αυτά είναι: ο αναλφαβητισμός, τα οικονομικά, κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, η ύπαρξη κάποιας διανοητικής αναπηρίας, η περιορισμένη αντιληπτική ικανότητα, το μορφωτικό επίπεδο και η παιδεία, γλωσσικοί περιορισμοί, πολιτισμικές καταβολές και αναστολές, προσωπική ερμηνεία της υγείας (<https://aci.health.nsw.gov.au/projects/consumer-enablement/how-to-support-enablement/health-literacy>, <https://medlineplus.gov/healthliteracy.html>, Watson 2019).

Η έρευνα των Chiu et al. (2020) σε ασθενείς άνω των 65 χρόνων στην Ταϊβάν, κατέληξε σε συσχέτιση της ηλικίας, ασφαλιστικής κάλυψης, οικογενειακής κατάστασης, εκπαιδευτικού επιπέδου και γλώσσας με το επίπεδο Ε.Υ. τους. Όσοι από τους συμμετέχοντες ήταν άνω των 85 δεν είχαν καθόλου σχολική εκπαίδευση ή ήταν απόφοιτοι χαμηλής, μιλούσαν διαλέκτους και όχι την επίσημη γλώσσα, και τείνανε να συγκατοικούν με άλλους. Το επίπεδο Ε.Υ. τους ήταν χαμηλό. Η ύπαρξη όμως ιδιωτική ασφάλισης βελτίωνε κάπως την κατάσταση.

3.2.2.5. Ψυχολογικοί

Οι ψυχολογικοί παράγοντες δρουν στην σφαίρα της «Αποδοχής» (*Acceptability*) της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας (Laporte et al. 2022).

Στον αντίποδα της φράσης που έγραψε ο Sir Francis Bacon τον 16^ο αιώνα ότι «*knowledge itself is power*» για την καταλυτική δύναμη της γνώσης, βρίσκεται ο Φόβος της Γνώσης «*Fear of Finding Out*» (*FOFO*). Η διερεύνηση του όρου αυτού σε σχέση με τους λόγους που αποφεύγεται η χρήση των υπηρεσιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, απασχόλησε εργασία των Paxman Manning & James (2017). Βρήκαν ότι επικρατέστερη μεταξύ των ορισμών που συναντώνται στην βιβλιογραφία της υγείας αναφέρεται ουσιαστικά στην κατά λέξη μετάφραση για τη γνώμη του ασθενή σε σχέση με μια επικείμενη ιατρική επίσκεψη. Οι συγγραφείς δεν συμφωνούν απόλυτα, θεωρώντας ότι αυτός ο φόβος δεν είναι απαραίτητα συνδεδεμένος με το διαγνωστικό αποτέλεσμα καθαυτό, αλλά μπορεί να πηγάζει από φόβο για το ευρύτερο περιβάλλον της φροντίδας υγείας και ιατρικές διαδικασίες όπως είναι διαγνωστικές και θεραπευτικές που απαιτούν φυσική εξέταση. Αλλά και δεύτερον μπορεί να είναι φόβος: ότι θα στιγματιστούν, θα υποστούν κάποιου είδους διάκριση, θα επηρεαστεί η σεξουαλική και κοινωνική τους ζωή, ότι θα τους ασκηθεί πίεση αλλαγής τρόπου ζωής, ότι θα δώσουν την εικόνα του αδύναμου. Τις απόψεις αυτές συμμερίζονται και άλλοι ακαδημαϊκοί ερευνητές (<https://blogs.bmj.com/bmj/2018/02/01/muir-gray-we-need-to-tackle-the-fear-of-finding-out/>, Σαρρής 2001, Chater 2018, Laporte et al. 2022). Έρευνες έχουν επιβεβαιώσει ότι για κάποιες γυναίκες ο φόβος της ενδεχόμενης θετικής διάγνωσης σε καρκίνο των μαστών και μαστεκτομής πηγάζει από έναν βαθύτερο φόβο ότι θα πάψουν να είναι ελκυστικές και έτσι υπερισχύει του μακροπρόθεσμου οφέλους της έγκαιρης αναζήτησης ιατρικής βοήθειας (Σαρρής, 2001).

Για τους Hollander & Greene (2019) δυο εκ των τριών εκφάνσεων του όρου *ιατροφοβία* (*iatrophobia*) είναι ο «φόβος της ασθένειας και της φυσικής εξέτασης» και ο «φόβος σε σχέση με την αντιμετώπιση τους από τον επαγγελματία υγείας». Το αίσθημα ανησυχίας των πασχόντων από «ιατροφοβία» κυμαίνεται σε ένταση ανάλογα με το είδος των συμπτωμάτων, την διάρκεια τους και το πώς τα ερμηνεύουν οι ίδιοι. Για παράδειγμα οι ασθενείς με συμπτώματα σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων θα

τείνουν να μην αναζητούν ιατρική βοήθεια από ντροπή και φόβο. Για κάποιους άλλους ενδέχεται να θεωρούν ότι η κατάσταση τους δεν είναι τόσο σοβαρή και ανησυχούν μήπως θεωρηθούν ότι σπαταλούν το χρόνο του γιατρού. Αρκετά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες σχετίζονται με σωματοποίηση βαθύτερων ψυχολογικών προβληματισμών και έχει βρεθεί ότι αποφεύγουν την επανάληψη επίσκεψης από φόβο αρνητικού χαρακτηρισμού. Στη σύγχρονη εποχή που η πρόσβαση στην πληροφορία είναι ανεμπόδιστη γενικά και εξαπλώνεται με ταχύτητα, η αναφορά σε ιατρικά λάθη σε σχέση με ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού λειτουργεί αποθαρρυντικά για τα υπόλοιπα μέλη αυτών των ομάδων .

Οι πάσχοντες από «ασθενοφοβία» (*nosophobia*) είναι αναγνωρισμένο στην βιβλιογραφία εμπόδιο που διαμορφώνει σταδιακά την συμπεριφορά του ατόμου προς την αποφυγή των προληπτικών υπηρεσιών υγείας από το φόβο της μόλυνσης. Σε έρευνα των Okoi & Etim (2021) βρέθηκε ότι το AIDS και πλέον ο ιός της COVID-19 βρίσκονται στην κορυφή της λίστας με τις ασθένειες που τους ανησυχούν περισσότερο.

Παρόμοιο φαινόμενο που συναντάται στην βιβλιογραφία είναι η «Αποφυγή της Υγειονομικής Περίθαλψης» (*Healthcare Avoidance*). Προέκυψε από πολλές διεθνείς ερευνητικές εργασίες το αντιφατικό συμπέρασμα ότι πολλοί ασθενείς ενώ έχουν συμπτωματολογία αποφεύγουν να επισκεφτούν γιατρό. Αυτό μάλιστα ειδικότερα παρατηρήθηκε στην οδοντιατρική περίθαλψη. Μόνο στην Γερμανία, ένα ποσοστό 10% του πληθυσμού αποφεύγει τον οδοντίατρο. Οι ψυχολογικοί λόγοι φαίνεται να είναι η φοβία για το οδοντιατρικό περιβάλλον (σύριγγες, εργαλεία, οδοντιατρική καρέκλα) , το άγχος ότι μπορεί να επικριθούν για τις φοβίες τους αυτές αλλά και ντροπή για την κατάσταση των δοντιών τους (Gragoll et al. 2021). Σε έρευνα των El-Yousfi et al. (2020) σχετικά με τα εμπόδια στην οδοντιατρική περίθαλψη ευάλωτων σε διακρίσεις ατόμων, μαζί με τα παραπάνω βρέθηκε ότι και οι προηγούμενες δυσάρεστες εμπειρίες των γονιών ήταν ανασταλτικός παράγοντας με διττό αποτέλεσμα. Τα παιδιά βίωνανε έντονη ανησυχία (*anxiety*) για τον οδοντίατρο λόγω των εμπειριών των γονέων και οι γονείς απέφευγαν την οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών τους. Σε παρόμοια συμπεράσματα κατέληξε και η έρευνα των Levi et. al. (2022) επισημαίνοντας τον ρόλο των προσωπικών εμπειριών ειδικά στην παιδική ηλικία που οδηγεί παραπάνω από το 10% ως ενήλικες σε ανησυχία (*anxiety*) απέναντι στην οδοντιατρική φροντίδα στον ανεπτυγμένο κόσμο. Μάλιστα ιεραρχείται ως πέμπτη στην παγκόσμια κατάταξη της γενικής κατηγορίας της .

Η πανδημία της COVID-19 επέδρασε καταλυτικά ως εμπόδιο σε πολλαπλά επίπεδα. Ακόμα και αυτοί που μέχρι τότε δεν είχαν κάποια φοβία ή ανησυχία απέναντι στην πρόληψη ή την θεραπεία της υγείας τους, εμφάνισαν έντονα άγχος και διστακτικότητα. Τόσο ως άμεση απειλή για την ζωή και την υγεία των ιδίων όσο και για τις οικογένειες τους και ειδικά τα μέλη αυτών με χρόνια νοσήματα. Άλλοι λόγοι που αναφέρθηκαν σε σχετική έρευνα ήταν η γενικότερη ψυχολογική αναστάτωση από τα μέτρα που είχαν ληφθεί ειδικά τους πρώτους μήνες για τον περιορισμό της μετάδοσης του (Soares et al. 2021). Από μελέτες στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες επισημαίνουν κάποιες ομάδες ασθενών απέφυγαν την χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας και των οφελών της από ανασφάλεια για την ποιότητα της διάγνωσης αλλά και για την δική τους ικανότητα να κάνουν χρήση των ψηφιακών μέσων (Pujolar et al. 2022).

Για λόγους αποφυγής του στίγματος πολλοί άνθρωποι δεν αναζητούν θεραπεία τόσο για σωματικά όσο και ψυχικά νοσήματα. Οι Aguirre Velasco et al. (2020), διενήργησαν ενδελεχή έρευνα της διαθέσιμης βιβλιογραφίας για την καταγραφή των στοιχείων εκείνων στην συμπεριφορά και περιβάλλον των ατόμων που χρήζουν ή επιθυμούν επιστημονικής βοήθειας. Τα ψυχικά νοσήματα από τη φύση τους μεγεθύνουν τα αρνητικά συναισθήματα, σκέψεις και αυτό-αντιλήψεις των πασχόντων και τους οδηγούν σε αντίθετη κατεύθυνση από αυτήν της αναζήτησης βοήθειας.

Τους Zaman et al. (2022) απασχόλησε το ερώτημα γιατί ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο αναφέρουν ψυχική εξουθένωση που κορυφώθηκε στην πανδημία δεν αναζητούν βοήθεια. Μεταξύ των συμπερασμάτων τους είναι ο φόβος των συνεπειών για την επαγγελματική τους καριέρα, το αίσθημα ντροπής και η άρνηση αποδοχής της ανθρώπινης υπόστασης τους λόγω της επαγγελματικής τους ιδιότητας. Σε παρόμοιο ερευνητικό ερώτημα των Karpe et. al. (2023) μεταξύ φοιτητών ιατρικής σχολής σχετικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ποσοστά μεταξύ 30-40% το απέδωσαν στην δυσπιστία απέναντι στις προσφερόμενες υπηρεσίες αλλά και διασφάλισης του απορρήτου τους, όπως και στον φόβο του στίγματος.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες δεν βασίζονται πάντα σε κάποιο ιατρικό υπόβαθρο αλλά υπάρχει πληθώρα άλλων καταστάσεων που μπορεί να προκαλέσει άγχος και ανησυχία σε τέτοιο βαθμό που να λειτουργήσει αποτρεπτικά.

Ο φόβος των νομικών επιπτώσεων μιας επίσκεψης σε μονάδα υγείας είναι μια τέτοια κατάσταση. Σε σχετική ερευνητική εργασία της Levitas A. (2020) μεταξύ Ουκρανών

γυναικών εργαζόμενων παράτυπα στην Πολωνία αναδείχθηκε ακριβώς αυτή η ανησυχία. Οι διαπιστώσεις αυτές επιβεβαιώνονται και από άλλες έρευνες όπως αναφέρουν οι Mona et al. (2021) όπως είναι συγκριτικές μεταξύ παράτυπων και νόμιμων μεταναστών όπου οι πρώτοι κυριαρχούνται από άγχος ότι είτε το ιατρικό προσωπικό ή κάποιος άλλος θα τους καταγγείλει στην αστυνομία ή τις αρχές. Σε ακαδημαϊκή συζήτηση των Furr- Holden et al. (2020) εκφράστηκε ο φόβος που είχαν οι παράτυποι μετανάστες στις Η.Π.Α. ακόμα και όταν είχαν συμπτωματολογία που έχρηζε άμεσης ιατρικής περίθαλψης δεν απομακρυνόντουσαν από το σπίτι τους. Η κατάσταση αυτή επιδεινώθηκε μετά την τρομοκρατική επίθεση της 11/9, διότι θεώρησαν ότι οι μετανάστες γενικότερα θα υποστούν συνέπειες λόγω αυτής. Στην πανδημία, ασθενείς με ζητήματα ψυχικής υγείας που επιθυμούσαν να επικοινωνήσουν με το γιατρό τους δυσκολευόντουσαν να εκφραστούν αφού η ιδιωτικότητα των συζητήσεων δεν ήταν εξασφαλισμένη. Είτε λόγω τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ήταν επίσης περιορισμένα στον ίδιο χώρο μαζί τους ή οι τηλεφωνικές γραμμές δεν ήταν ασφαλείς για άλλους λόγους (Furr- Holden et al. 2020).

Σε διατομεακή τους μελέτη οι Kohlenberger et al. (2019) αναφέρουν ότι οι αιτούντες άσυλο εκτός του φόβου της απέλασης, έχουν και τον φόβο ότι και μόνο η αναζήτηση ιατρικής φροντίδας μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αίτηση τους.

Επίσης, επειδή σε πολλές χώρες εκτός Ευρώπης, τα προβλήματα ψυχικής υγείας δεν είναι κοινωνικά αποδεκτά και περιθωριοποιούνται οι πάσχοντες, ακόμα και όταν βρίσκονται σε χώρες που δεν ισχύουν αυτά, εξακολουθούν να φοβούνται ότι κάποιος οικείος τους θα μάθει για αυτούς (Mona et al. 2021). Στις αραβικές κοινωνίες παρατηρείται το παράδοξο ότι ενώ τα θέματα ψυχική υγείας δεν είναι ταμπού να συζητηθούν με την οικογένεια, γίνονται όσον αφορά την αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας . Αλλά και γενικότερα προκειμένου να διατηρήσουν οι άντρες την εικόνα του «άτρωτου», αρνούνται την βοήθεια από κάποιον επαγγελματία διότι αυτό θα συνεπαγόταν πλήγμα της αρρενωπότητας τους (Kiselev et al. 2020).

Ο συνδυασμός της ενδυμασίας τους με το φύλο τους μπορεί να λειτουργήσει αποθαρρυντικά στο να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα οι μουσουλμάνες γυναίκες. Να φοβούνται δηλαδή εκ των προτέρων δηλαδή ότι θα αντιμετωπίσουν διακρίσεις εις βάρος τους είτε βρίσκονται σε αλλόθρησκο είτε σε ομόθρησκο περιβάλλον λόγω κοινωνικών στερεοτύπων (Tackett et al. 2018). Και ενώ για τις ασιατικές όπως είναι οι

κινέζικες, ο φόβος αφορά την «προσβολή της τιμής» (*shame/izzat*), οι μαύρες γυναίκες εγκλωβίζονται μέσα στο κοινωνικό πρότυπο της «δυνατής» μαύρης και δεν αναζητούν βοήθεια για θέματα ψυχικής υγείας (Adams et al. 2022).

3.2.2.6. Γλωσσικοί/ Εμπόδια Επικοινωνίας

Το μοντέλο φροντίδας που οραματιζόταν ο ακαδημαϊκός και γιατρός Sir William Osler (1849–1919) συνοψίζεται στην περίφημη φράση «*ακούστε τον ασθενή ,σας λέει την διάγνωση*» (Khan, 2022).

Αυτή η φράση αναδεικνύει περίτρανα και την σημαντικότητα της σωστής επικοινωνίας αφού η «Γλώσσα» ως δομημένο σύνολο λέξεων εκφρασμένο λεκτικά ή με χειρονομίες , είναι προσδιοριστικός της παράγοντας (<https://health.gov/healthy-people/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/language-and-literacy>).

Σχετίζεται και αυτός με την «*Αποδοχή*» (*Acceptability*) της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας (Laporte et al. 2022)

Στο πλαίσιο της σημερινής πραγματικότητας όπου υπολογίζεται ότι πάνω από 280 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν μεταναστεύσει σε κάποια άλλη χώρα του κόσμου, η Γλώσσα καταγράφεται ως εμπόδιο στην πρόσβαση για πολύ μεγάλο ποσοστό αυτών (Whitaker et al. ,2022). Σύμφωνα με την αμερικάνικη εθνική πρωτοβουλία για την υγεία, την «*Healthy People 2030*», το 2019 βρέθηκε ότι περίπου 20% του πληθυσμού άνω των πέντε ετών δεν χρησιμοποιούσε τα αγγλικά στο οικογενειακό περιβάλλον και κατά προσέγγιση το 40% τα γνώριζε απλά καλά έως καθόλου. Για αυτούς τους ανθρώπους που δεν γνωρίζουν καλά αγγλικά ή δεν κατέχουν βασικό επίπεδο εκπαίδευσης, η πρόσβαση στις υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και ιατρικές πληροφορίες είναι εξαιρετικά δύσκολη (<https://health.gov/healthy-people/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/language-and-literacy>).

Σε έρευνα μεταξύ προσφύγων και αιτούντων ασύλου από την Συρία στην Ελβετία, αναφέρθηκε ότι για πολλούς Σύριους, το Λατινικό αλφάβητο ήταν εμπόδιο. Αυτό εξηγείται στην βάση της έλλειψης εξοικείωσης με αυτό και συνεπακόλουθα αδυναμία κατανόησης των δρομολογίων στα Μ.Μ.Μ. ή τα σημειωμένα ιατρικού ραντεβού (Kiselev et al. 2020).

Όμως αυτό το εμπόδιο δεν είναι αποκλειστικό των αλλοδαπών αλλά και σε χώρες όπως η Ελβετία που οι επίσημες γλώσσες είναι τέσσερις επιπλέον των γλωσσικών διαλέκτων, εμπόδια συναντάνε και οι ημεδαποί (Miteva et al. 2022). Στην Αυστραλία όπου οι ομιλούμενες γλώσσες φτάνουν τις 300, οι αλλοδαποί αντιμετωπίζουν πολύ συχνά γλωσσικά προβλήματα, όπως συνέβη στην διάρκεια των υποχρεωτικών «κατ' οίκον περιορισμών» που τα μεταφρασμένα μηνύματα υγειονομικού ενδιαφέροντος δεν αποδίδονταν σωστά (Marcus et al. 2022).

Αναλόγως με την ιατρική ανάγκη υπάρχει διαβάθμιση στις δυσκολίες, αφού για παράδειγμα η κατανόηση της ειδικής ορολογίας ακόμα και στην μητρική γλώσσα του ασθενή είναι δύσκολη. Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι στην αντίθετη περίπτωση, ακόμα και να βρίσκεται σε άριστο επίπεδο γλωσσομάθειας δεν είναι αρκετό για να αποφευχθούν αστοχίες και παρανοήσεις (Levitas, 2020). Το πρόβλημα αυτό σε πολλές χώρες αντιμετωπίζεται με την χρήση διερμηνέα είτε επίσημου φορέα είτε άτυπου όπως είναι κάποιο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο. Όμως η δεύτερη επιλογή αν και φαίνεται δημοφιλέστερη επιλογή δεν είναι επιλύει απόλυτα το πρόβλημα αφού εκφράζεται από κάποιους ασθενείς δισταγμός είτε να μιλήσουν για τα προβλήματα υγείας τους σε έναν διερμηνέα είτε γιατί ανησυχούν ότι γίνονται επιπλέον βάρος για όλους (Whitaker et al., 2022). Ακόμα, καταγράφονται περισσότερα λάθη στην διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία όπως και αποφυγή προληπτικών εξετάσεων (Whitaker et al. , 2022, Cockrell et al. 2022, Olani et al. 2023). Κάποιοι αλλοδαποί ασθενείς καταφεύγουν στην τεχνολογία και τις δωρεάν μεταφράσεις που προσφέρονται μέσω διαδικτύου αλλά χωρίς δικλείδα ασφαλείας για την ακρίβεια της. Επίσης αναφέρουν ως πρόβλημα την αναζήτηση πληροφοριών για το σύστημα υγείας όταν αυτές παρέχονται μόνο στην επίσημη γλώσσα της χώρας (Levitas ,2020). Για τις οικιακές βοηθούς συνηθίζεται οι εργοδότες τους να αναλαμβάνουν διαμεσολαβητικό ρόλο μεταξύ ασθενών και παρόχων υπηρεσιών υγείας. Όμως και πάλι καταρρίπτεται κάθε ίχνος ιατρικού απορρήτου και ιδιωτικής ζωής ενώ ενισχύεται η όποια εξουσία των εργοδοτών πάνω σε αυτές, και αυτά από συνέπεια μετατρέπονται πάλι σε αποθαρρυντικό παράγοντα (Μάμας, 2013). Η Dr. Olivia Carter- Pokras που συζήτησε με εκπροσώπους υγείας των Λατίνων στο Maryland των Η.Π.Α. στην έρευνα της για τις δυσκολίες πρόσβασης στην διάρκεια της πανδημίας, πληροφορήθηκε για απουσία μεταφραστικών υπηρεσιών σε όσους χρήζαντε ιατρικής βοήθειας (Furr- Holden et al. 2020). Αυτό έχει την δική του ερμηνευτική βαρύτητα λαμβάνοντας υπόψη ότι οι Ισπανόφωνοι έχουν αυξήσει πάνω από το 50% τον

αμερικάνικο πληθυσμό (Cockrell et al. 2022). Οι Laporte et al. (2022) σε έρευνα τους για τα εμπόδια πρόσβασης των παιδιών με βρογχικό άσθμα στην Αυστρία, ξεχώρισαν την γλώσσα ως ένα από αυτά. Κάποιοι από τους επαγγελματίες προληπτικής ιατρικής εξέφρασαν την δυσκολία να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με μη γερμανόφωνους γονείς ώστε να πειστούν οι γονείς για τα οφέλη της θεραπείας των παιδιών.

Το εμπόδιο της γλώσσας μπορεί να πηγάζει και από την έλλειψη γνώσης αγγλικών που είναι η πιο διαδεδομένη και ομιλούμενη παγκοσμίως. Σε ερευνητική συνέντευξη μεταναστών στην Κύπρο παραπονέθηκαν κάποιοι λίγοι ότι υπήρχαν γιατροί ή νοσηλευτές που δεν γνώριζαν αγγλικά (Μάμας, 2013)

Εκτός όμως από τους αλλοδαπούς, αυτά μπορούν να δυσκολέψουν και άλλες πληθυσμιακές ομάδες όπως είναι αυτοί που στερούνται απολύτως ή σε κάποιο βαθμό την όραση ή την ακοή τους. Η έλλειψη γνώσης της μητρικής ή διεθνούς νοηματικής από την πλευρά του παρόχου ή του επαγγελματία υγείας τους στερεί ή εμποδίζει την πρόσβαση σε απευθείας ενημέρωση της υγείας τους και επικοινωνίας με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. (Whitaker et al. , 2022, <https://www.edf-feph.org/blog/barriers-faced-by-deaf-people-while-accessing-healthcare/>). Κατανοητά, η υποχρεωτική χρήση της ιατρικής μάσκας στις μετακινήσεις και κοινωνικές επαφές στην πανδημία, τους επιβάρυνε πολλαπλάσια περιθωριοποιώντας τους ακόμα περισσότερο (Whitaker et al. , 2022).

Οι Matin et al. (2021) αναφέρουν ότι οι γυναίκες με κάποια μορφή αναπηρίας αναφέρουν να βιώνουν αισθήματα άγχους, έντονης ανησυχίας και φόβου στη διάρκεια εξέτασης μαστογραφίας λόγω κακής συμπεριφοράς του προσωπικού που τους βοηθούσε στην προετοιμασία τους για την εξέταση. Ακόμα από επισκόπηση της βιβλιογραφίας παρατήρησαν ότι οι αυτές οι γυναίκες συχνά αναφέρουν ότι δέχονται προσβολές, σωματική κακοποίηση και άλλες προσβλητικές συμπεριφορές. Ειδικά όταν η αναπηρία τους αφορά νοητικές λειτουργίες συχνά αγνοούνται οι προσωπικές τους απόψεις για το θεραπευτικό πλάνο τόσο από το οικογενειακό περιβάλλον όσο και τους επαγγελματίες υγείας. Αυτό τους οδηγεί σε παθητικοποίηση εντείνοντας την εξάρτηση τους από τον κοινωνικό περίγυρο.

3.3. Από την πλευρά της προσφοράς των υπηρεσιών

3.3.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι η μετουσίωση της ζητούμενης ολιστικής προσέγγισης της υγείας από τα σύγχρονα Σ.Υ. , που μεταφέροντας το κέντρο περιστροφής τους από το νοσοκομείο στον ασθενή και στον τόπο κατοικίας και εργασίας του, συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας, στην οικονομική τους βιωσιμότητα και αποτελεσματικότητα της άσκησης κοινωνική πολιτικής (Πιερράκος 2008, Φιλαλήθης 2021, Πιερράκος χ.χ.).

Στην κλασσική προσέγγιση της δημόσιας υγείας, το κράτος εφαρμόζει πολιτικές πρόληψης και διαχείρισης των νοσημάτων ώστε να διασφαλίζει την υγεία του πληθυσμού. Από αυτήν απουσιάζει η προαγωγή της υγείας και της ευεξίας. Στην νέα αντίληψη για την Π.Φ.Υ. , ο Π.Ο.Υ (2018) βάζει στο κάδρο μαζί με την υγεία, την ευημερία (well-being). Η επίτευξη τους στηρίζεται στην Ολοκληρωμένη Φροντίδα μέσα από την Π.Φ.Υ. και την Δημόσια Υγεία, στην Ενδυνάμωση των πολιτών και σε Διατομεακές πολιτικές και δράσεις. Για την βελτίωση της σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής υγείας χρειάζεται οι πολίτες να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους στη βάση την ατομικής συνειδητοποίησης της αναγκαιότητας και όχι ως παθητική αντανάκλαση των ιατρικών οδηγιών. Οι πολιτικές υγείας δεν θα στοχεύουν πλέον μόνο στους κινδύνους υγείας αλλά θα εξετάζουν εκτός των ιατρικών αναγκών και όλους τους άλλους παράγοντες που επηρεάζουν την υγείας τους όπως είναι ασφάλεια στέγασης, εργασίας, φιλικός ως προς τους χρήστες περιβαλλοντικός σχεδιασμός κ.α.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. οι βασικές προϋποθέσεις για την λειτουργία της Π.Φ.Υ. είναι αναφέρονται σε τέσσερα επίπεδα:

- 1) ως προς τον Τρόπο Παροχής:
 - **Καταλληλότητα** των υπηρεσιών και της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας ως προς τις ανάγκες του πληθυσμού,
 - **Διαθεσιμότητα**: παροχή ιατρικής περίθαλψης και φροντίδας βάσει των αναγκών,

- **Επάρκεια:** η προσφορά των υπηρεσιών καλύπτει την ζήτηση από την κοινότητα,
- 2) ως προς την Πρόσβαση- Αποδοχή:
- **Προσιτότητα:** πρόσβαση φιλική προς τον χρήστη χωρίς γεωγραφικά, οικονομικά, κοινωνικά, πολιτισμικά εμπόδια
 - **Αποδοχή:** ικανοποιητική επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας αλλά και μεταξύ αυτών και των ασθενών στις βάσεις της εμπιστευτικότητας και του ιατρικού απορρήτου
- 3) ως προς την Αποδοτικότητα:
- **Οικονομική βιωσιμότητα:** το κόστος να μην υπερβαίνει τις δυνατότητες και πόρους των ατόμων ή του συστήματος
 - **Αξιολόγηση ικανότητας:** πιστοποιημένοι επαγγελματίες υγείας ως προς τις γνώσεις και τις ψυχικές ικανότητες να παρέχουν τις υπηρεσίες
 - **Λογοδοσία:** ανεξάρτητος προϋπολογισμός της Π.Φ.Υ. ώστε να διασφαλίζεται αυτόνομος επιχειρησιακός σχεδιασμός, αλλά και οικονομικός έλεγχος από ορκωτούς λογιστές,
- 4) ως προς την Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών:
- **Πληρότητα φροντίδας:** Νοσηλευτική τεκμηρίωση
 - **Πληρότητα ενημέρωσης:** συμμαχία υγείας ασθενή- επαγγελματία υγείας. Σφαιρική προσέγγιση της ιατρικής περίθαλψης αρχής γενομένης της πρόληψης έως την αποκατάσταση της υγείας με ενεργή συμμετοχή του ασθενή σε όλες τις φάσεις αφού έχει προηγηθεί η πλήρης ενημέρωση του για τους κινδύνους και τις επιλογές θεραπείας που υπάρχουν
 - **Συνέχεια:** παροχή υπηρεσιών από διαφορετικές βαθμίδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας αλλά και επαγγελματίες υγείας με τρόπο τόσο καλά συντονισμένο και φιλικό προς τον χρήστη των υπηρεσιών ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες του ως ενιαίο σύστημα (Πιερράκος, χ.χ.)

Ως έννοια επί της ουσίας υπάρχει από την αρχαιότητα, αλλά στη δεκαετία του 1970 όταν οι περισσότερες Ευρωπαϊκές και του ΟΟΣΑ χώρες βρέθηκαν αντιμέτωπες με τις συνέπειες της επιβράδυνσης της οικονομικής τους ανάπτυξης διατυπώθηκε ως μοντέλο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας για την αναδιάρθρωση και εξυγίανση των Σ.Υ. Η ανεξέλεγκτη ροή των ασθενών στην Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα ωθούσε

σε αύξηση των δαπανών υγείας πέραν των χρηματικών δυνατοτήτων για υλικούς και ανθρώπινους πόρους. (Πιερράκος 2008, Πιερράκος χ.χ.).

Το 1978, η ιστορική Διακήρυξη της ΑΛΜΑ- ΑΤΑ που αποτέλεσε το επιστέγασμα μακροχρόνιων εργασιών του Π.Ο.Υ. για την «Υγεία ως το 2000» ορίζει την ΠΦΥ ως *:βασική φροντίδα της υγείας η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες, κοινωνικά αποδεκτές, πρακτικά εφαρμόσιμες, προσιτές από όλα τα άτομα της κοινότητας μέσω της ενεργούς συμμετοχής τους και οικονομικά προσιτές από το κράτος ή τη κοινότητα μεθόδους και τεχνολογίες* (Πιερράκος 2008).

Το όραμα ήταν η ΠΦΥ να διαδραματίζει διττό ρόλο. Από την μια πλευρά να λειτουργεί ως θυροφύλακας στην Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα (Gate Keeping). Από την άλλη, με την ενεργή συμμετοχή των τοπικών κοινωνιών να δημιουργηθεί τοπικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια της συνέχειας της φροντίδας από το Σ.Υ., που θα εξομαλύνει τις ανισότητες στην πρόσβαση και θα προωθήσει την γενική οικονομική και κοινωνική ευημερία της κάθε χώρας. Πιερράκος 2008, Φιλαλήθης 2021, Πιερράκος χ.χ). Θα ήταν το «μακρύ χέρι» του Σ. Υ. στην τοπική κοινωνία για την επίτευξη του βασικού λειτουργικού του στόχου που δεν είναι άλλο από την βελτίωση της υγείας των ανθρώπων. Ο κεντρικός σχεδιασμός και παροχή δεν αντιμετωπίζει τον ασθενή ολιστικά ως άνθρωπο με σωματικές, κοινωνικές και συναισθηματικές ανάγκες αλλά μονοδιάστατα ως ασθένεια που χρήζει θεραπείας, επομένως έχει απώλειες της δυναμικής της. Έτσι οι στόχοι της ΠΦΥ σε τοπικό επίπεδο είναι :η πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας, η χαρτογράφηση των αναγκών υγείας, η μείωση των ανισοτήτων της υγείας, η παρακολούθηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο της Starfield (1992) η αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ. στηρίζεται σε τέσσερις πυλώνες: «πρώτη επαφή, πληρότητα,συνέχεια και συντονισμός της φροντίδας (Πιερράκος 2008, Πιερράκος χ.χ).

Όμως, στην πράξη έμεινε ως όραμα στις περισσότερες χώρες και μετά το 1990 το ενδιαφέρον μετριάστηκε. Ενδεικτικό τη εξέλιξης αυτής είναι ότι η Παγκόσμια Τράπεζα, ο σημαντικότερος αρωγός αναπτυξιακών έργων δεν την συμπεριλαμβάνει μετά το 1993. Στον βιομηχανικά ανεπτυγμένο κόσμο περιορίστηκε στην παροχή υπηρεσιών γενικής/ οικογενειακής ιατρικής (Φιλαλήθης 2021). Λόγοι πολιτικής σκοπιμότητας και ελλιπής στήριξη από την ιατρική κοινότητα που θεώρησε ότι η ΠΦΥ συνιστά απειλή για την ιατρική οδήγησαν σε υποβάθμιση της ως φροντίδας των οικονομικά αδύναμων

(Τσίγκου, Αποστολάκης & Σαράφης 2021). Οι Σκανδιναβικές χώρες βρίσκονται στην κορυφή της πυραμίδας των καλών πρακτικών ενώ η Ελλάδα βρίσκεται στον αντίποδα με τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων να ασκούν κατά κύριο λόγο τις υπηρεσίες ΠΦΥ (Πιερράκος 2013). Είναι ευρέως παραδεκτό ότι αναπτύχθηκε ατελώς και λειτουργεί αναποτελεσματικά στη χώρα μας διότι το Σύστημα Υγείας είναι νοσοκομειακοκεντρικό και όχι ασθενοκεντρικό που είναι η ουσία ύπαρξης της Π.Φ.Υ. Από το 1983 που συστάθηκε το Ε.Σ.Υ. δεν απέδωσε καμία πολιτική μεταρρύθμιση για βελτίωση της λειτουργίας των Κ.Υ. ή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και αυτό οφείλεται τόσο στην έλλειψη πραγματικής πολιτικής βούλησης αλλά και στην μειωμένη κοινωνική αποδοχή τους. Τα Κ.Υ. είναι υποστελεχωμένα με λιγοστό βιοϊατρικό εξοπλισμό, και ο ρόλος τους περιορίζεται στην συνταγογράφηση. Η έννοια της πρόληψης εξαντλείται σε προγράμματα εμβολιασμού (Πιερράκος 2008, Πιερράκος 2013, Σούλης 2015, Σούλης 2020, Γκουντέλας κ.α., 2020). Εκτός των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων, υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα και κυρίως τα μεγάλα ιατρικά κέντρα αλλά και από γιατρούς που ενώ απασχολούνται στο Ε.Σ.Υ. διατηρούν και ιδιωτικά ιατρεία ή είναι αποκλειστικά ιδιώτες. Όλοι αυτοί έχουν οικονομικό όφελος να μην βελτιωθεί η κατάσταση (Πετμεζίδου κ.ά. 2015).

Στις αναπτυσσόμενες κρίθηκε ανεδαφική η εφαρμογή της ως οριζόντια φροντίδα και επιδιώχθηκε η «επιλεκτική ΠΦΥ» με στοχευμένες κάθετες παρεμβάσεις (Φιλαλήθης 2021). Η πρόσβαση στις αναπτυσσόμενες είναι ούτως ή άλλως προβληματική και καλούνται οι επισκέπτες υγείας να εντοπίσουν τα άτομα με προβλήματα υγείας και να τα προωθήσουν στις ιατρικές υπηρεσίες. Όμως οι μεγάλες γεωγραφικές αποστάσεις και οι περιορισμένες μονάδες υγείας δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο την κατάσταση. Στις ανεπτυγμένες χώρες η Π.Φ.Υ. θα μπορούσε να καλύψει αποτελεσματικά τις ανάγκες πληθυσμών έως 2.500 άτομα, όμως σε όλες τις υπόλοιπες υπολογίζονται οι χρήστες στους 10.000- 50.000 (Πιερράκος, 2008).

Στη δεκαετία όμως τη δεκαετία του 2000 που πλέον είχε διαφανεί η χαμηλή αποτελεσματικότητα αυτής της στρατηγικής, αναζωπυρώθηκε το ενδιαφέρον για την ΠΦΥ και η Διακήρυξη της Ασάνα το 2018 ήταν το αποκορύφωμα με την επικαιροποίηση των στόχων της και την σύνδεση της με την Ατζέντα 2030 για τη βιώσιμη ανάπτυξη. Σημαντική προσθήκη είναι η παροχή υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας (Φιλαλήθης 2021, Πιερράκος χ.χ.).

Παρά ταύτα, εξακολουθούν να καταγράφονται εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών στην ΠΦΥ σε όλες τις χώρες αν και σε διαφορετικό βαθμό μεταξύ τους. Όμως το κοινό στοιχείο είναι ότι κάποιες κοινωνικές ομάδες συναντάνε περισσότερα από άλλες. Οι πιο συχνά αναφερόμενες στην βιβλιογραφία είναι αυτές με χαμηλό εισόδημα, χρόνια νοσήματα κυρίως ψυχικά και αυτοί σε μεταναστευτικό καθεστώς. Οι ασθενείς με πολλαπλά χρόνια νοσήματα σε αρκετές χώρες όταν δεν αισθάνονται καλά χρειάζεται να περιμένουν πολλές μέρες μέχρι να βρεθεί διαθέσιμο ραντεβού. Ακόμα πιο δύσκολη είναι η κατάσταση για αυτούς με ζητήματα ψυχικής υγείας που οι προσφερόμενες υπηρεσίες δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους αφού οι επαγγελματίες υγείας δεν διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις και εκπαίδευση για αυτές. Σε έρευνα που έγινε σε γενικούς γιατρούς σε έντεκα χώρες, λιγότεροι από τους μισούς δήλωσαν επάρκεια γνώσεων για διαχείριση περιστατικών ψυχικής υγείας ή χρήσης ουσιών. Από ποιοτικές έρευνες προκύπτει ότι όσον το εισόδημα είναι χαμηλό, τα εμπόδια πρόσβασης συνίστανται στην έλλειψη κατανόησης από την πλευρά των παρόχων για την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση. Οι αναζητούντες άσυλο, μετανάστες και πρόσφυγες ακόμα και όταν ξεπεράσουν τα εμπόδια της γεωγραφικής προσβασιμότητας, συναντάνε νέα που αφορούν στην διάσταση της αποδοχής της φροντίδας. Υπάρχει χάσμα κουλτούρας και γλώσσας μεταξύ αυτών και των επαγγελματιών υγείας. (Corcadden et al. 2018).

Σχετικά με την πρόσβαση των εθνικών μειονοτήτων ή σε μεταναστευτικό καθεστώς, επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες ότι συναντάνε πολλαπλά εμπόδια που πηγάζουν από την διαφορετική τους καταγωγή. Σε κάποιες χώρες, για να κλείσει κάποιος ασθενής ραντεβού με ειδικό γιατρό ή νοσηλεύτη πρέπει να επικοινωνήσει τηλεφωνικά με κάποιον ενδιάμεσο φορέα που έχει ρόλο «θυροφύλακα». Συχνά καταγγέλλουν ότι συναντάνε διακρίσεις γιατί από την προφορά είναι σαφές ότι είναι αλλοδαπής καταγωγής (Bradby et al. 2019). Οι Kiselev et al. (2020) που διεξήγαγαν ποιοτική έρευνα μεταξύ Σύριων προσφύγων και αναζητούντων άσυλο στην Ελβετία κατέγραψαν ότι ο «θυροφύλακας» μπορεί να είναι είτε κάποιος επαγγελματίας υγείας είτε κάποιος κρατικός φορέας. Αυτοί είναι είτε γενικοί γιατροί και παθολόγοι, είτε κοινωνικοί λειτουργοί με αρμοδιότητα να κρίνουν την παραπομπή τους σε κάποιον εξειδικευμένο γιατρό. Όμως συχνά δεν έχουν την επάρκεια και καταλληλότητα γνώσεων να διαγνώσουν ψυχικά νοσήματα. Ακόμα, μπορεί είναι πολύ αυστηροί στην κρίση τους

από φόβο ή καχυποψία για το αν τα συμπτώματα που επικαλούνται οι ασθενείς ή που φαίνεται να έχουν είναι αληθινά.

Η ερευνητική εργασία των Liang et al (2019) σχετικά με τους θυροφύλακες της Π.Φ.Υ. σε πέντε τοπικά κέντρα υγείας σε δυο Κινεζικές πόλεις που εφήρμοζαν αυτό σύστημα πιλοτικά, συμπέρανε ότι ναι μεν ρυθμίζεται η ροή των ασθενών, όμως δεν ήταν αποτελεσματικό το σύστημα αυτό για την συνέχεια και ολοκλήρωση της φροντίδας. Ένας γενικός γιατρός αντιστοιχούσε σε 7000 χρήστες ενώ για παράδειγμα στην Πορτογαλία και στις Η.Π.Α. είναι περίπου 2000, στην Μ. Βρετανία 1500. Αυτή η υποστελέχωση συνεπαγόταν μεγαλύτερους χρόνους αναμονής. Όμως οι ασθενείς είχαν περισσότερες προσδοκίες για καλύτερη εξυπηρέτηση από αυτό το σύστημα και η αναμονή μείωνε σημαντικά την ικανοποίηση τους σε σχέση με αυτούς που δεν απευθύνονταν σε κέντρα ΠΦΥ. Ακόμα, οι χρήστες είχαν την ελευθερία επιλογής να επισκεφτούν οποιονδήποτε γενικό γιατρό στην περιοχή που ήταν εγγραμμένοι ανάλογα πώς τους εξυπηρετούσε καλύτερα. Όμως έτσι διαταρασσόταν η συνέχεια της φροντίδας. Όπως δεν ήταν βοηθητικό το γεγονός ότι δεν ήταν διαθέσιμες οι υπηρεσίες σε οποιοδήποτε χρόνο τις χρειαζόνταν οι ασθενείς.

3.3.2. Ολοκληρωμένη Φροντίδα Υγείας

Η έννοια της ολοκλήρωσης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας βρίσκεται στο μελετητικό επίκεντρο της ακαδημαϊκής και επιστημονικής βιβλιογραφίας ολοένα και περισσότερο τις τελευταίες δεκαετίες (Πιερράκος, 2013) χωρίς όμως να είναι εύρημα της σύγχρονης εποχής. Εμπεριέχεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας από την αρχαία ελληνική ιατρική (Danhioux et al. 2021).

Είναι συνυφασμένη με το ανθρωποκεντρικό μοντέλο που καλούνται τα σύγχρονα Σ.Υ. να υιοθετήσουν προκειμένου να διασφαλίσουν την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού αναφοράς και την οικονομική τους βιωσιμότητα. Αποτελεί την αναγκαία προσέγγιση στο πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού και της αύξησης των χρόνιων νοσημάτων. Δεν περιορίζεται όμως σε αυτά, αλλά συνδέεται με την πρόληψη και την πρωτογενή-δευτερογενή και τριτογενή αγωγή υγείας.

Η «Ολοκληρωμένη Φροντίδα» βρίσκεται στον αντίποδα της κλασσικής οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας με τον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας και το δίπολο ασθένεια- νοσοκομείο.

Οι ανάγκες υγείας του πληθυσμού ανιχνεύονται και καταγράφονται σε όλη την διάρκεια του κύκλου ζωής του στον ιατρικό του φάκελο ενώ υπάρχει διαβάθμιση στην πρόσβαση των δεδομένων και πληροφοριών ώστε να εξασφαλίζεται η προστασία των ιατρικών δεδομένων, και βάσει αυτών πολλοί και διαφορετικοί οργανισμοί (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας, Μ.Κ.Ο., Τοπική Αυτοδιοίκηση) προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας φιλικών προς τον ασθενή και την οικογένεια του. Η παροχή των υπηρεσιών γίνεται συντονισμένα και διατομεακά, διασφαλίζοντας την «συνέχεια της φροντίδας» με απώτερο στόχο την ενδυνάμωση και την στροφή του στην αυτοφροντίδα. (Πιερράκος, 2013, Πιερράκος χ.χ.).

Η έννοια της «συνέχειας» αναφέρεται στην οριζόντια και κάθετη δικτύωση των υπηρεσιών εντός της ίδιας αλλά και ανάμεσα στις τρεις βαθμίδες με τέτοιο τρόπο που να επιτυγχάνεται η σταθερή παρακολούθηση και μετακίνηση του ασθενή μέσα στο σύστημα ανάλογα με τις ανάγκες του (Πιερράκος χ.χ.). Είναι μια ευρεία έννοια και δεν είναι εύκολος ένας συγκεκριμένος ορισμός αλλά συνήθως περιγράφεται ως :

- Σχεσιακή (relational) που αναφέρεται στη σύναψη μακροχρόνιας θεραπευτικής συμμαχίας , μεταξύ ασθενή και φροντιστών του (του ενός ή της ομάδας επαγγελματιών υγείας),
- Πληροφοριακή (informational) που αναφέρεται στην σημασιολογική και διαρθρωτική διαλειτουργικότητα ώστε διαφορετικοί μεταξύ τους πάροχοι των υπηρεσιών να έχουν πρόσβαση στον ιατρικό φάκελο του ασθενή, ο οποίος θα περιέχει το ιατρικό ιστορικό και πληροφορίες για τα κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά του,
- Διαχειριστική (management) που αναφέρεται στον συντονισμό και συνεργασία της διεπιστημονικής και διατομεακής ομάδας επαγγελματιών υγείας πάνω σε ένα κοινό θεραπευτικό πλάνο για την διαχείριση των προβλημάτων υγείας του ασθενή (Schwarz et al. 2019, Λασπίτη κ.ά. 2020).

Η συνέχεια στη φροντίδα αποδειγμένα συμβάλλει στην βελτίωση των υγειονομικών αποτελεσμάτων και στην ισορροπία κόστους- χρησιμότητας. Οι ασθενείς αποκομίζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και είναι περισσότερο συνεπείς στις θεραπευτικές

διαδικασίες, μειώνονται οι ημέρες νοσηλείας αλλά και επισκέπτονται πιο αραιά τα Επείγοντα των Νοσοκομείων. Για κάποιες κατηγορίες ασθενών όπως οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και οι ηλικιωμένοι η συνέχεια στην φροντίδα τους έχει μεγαλύτερο ειδικό βάρος (Jeffers & Baker 2016, Λασπίτη κ.ά. 2020). Από μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας προκύπτει ότι όταν οι ασθενείς αξιολογούν τα προβλήματα υγείας τους χαμηλής ανησυχίας ή παρουσιάζουν συμπτώματα για πρώτη φορά τότε η συνέχεια της φροντίδας καταλαμβάνει δευτερεύουσα θέση σε σχέση με την πρόσβαση τους. Αυτό σημαίνει ότι τους ενδιαφέρει να κλείσουν ιατρικό ραντεβού σε οποιαδήποτε μονάδα υγείας αντί της αναμονής του επόμενου διαθέσιμου στον οικογενειακό τους γιατρό. Έρευνα που διενεργήθηκε στο Ηράκλειο της Κρήτης σε χρήστες των υπηρεσιών ΠΦΥ τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα, άνω των 65 ετών κατέγραψε ότι ένα ποσοστό περίπου 98% αξιολόγησε την συνέχεια της φροντίδας επαρκή έως και ικανοποιητική. Όσον όμως αφορά την σχεσιακή διάσταση της δήλωσαν ότι είναι επιφανειακή και στις ιατρικές επισκέψεις τους δεν εμβαθύνουν σε ζητήματα που τους απασχολούν της προσωπικής και οικογενειακής τους ζωής. Οι ερευνητές έδωσαν τρεις πιθανές ερμηνείες για αυτό. Καταρχήν είτε οι ασθενείς είτε οι γιατροί δεν την αξιολογούν ως σημαντική. Μια δεύτερη είναι ότι αυτού του είδους οι διαπροσωπικές σχέσεις απαιτούν να αφιερωθεί αρκετός χρόνος στην ιατρική επίσκεψη και επανάληψη. Και μια τρίτη, άμεσα συνδεδεμένη με την δεύτερη, είναι η προβληματική οργάνωση των προσφερόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα που στενεύουν τα χρονικά περιθώρια των ιατρικών επισκέψεων (Λασπίτη κ.ά. 2020).

Η λογική της ολοκλήρωσης των υπηρεσιών και της συνέχειας της φροντίδας είναι στρατηγικής σημασίας στην αντιμετώπιση της αντιστροφής των αναλογιών μεταδιδόμενων και μη ασθενειών με κατακόρυφη αύξηση των δεύτερων στις σύγχρονες κοινωνίες. Υπολογίζεται ότι έως το 2050 περισσότεροι από το 6% του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης συμπεριλαμβανομένου του Ηνωμένου Βασιλείου θα είναι ηλικίας άνω των 85, δηλαδή περίπου 31 εκατομμύρια άνθρωποι. Ακόμα πιο δυσοίωτες οι προβλέψεις ότι το 1/5 από αυτούς θα πάσχει ταυτόχρονα από περισσότερα από πέντε χρόνια νοσήματα. Τα προγνωστικά στοιχεία και σε παγκόσμιο επίπεδο είναι εξίσου ζοφερά (Goodwin et al. 2021).

Παραδοσιακά τα μέλη της οικογένειας αποτελούσαν τους άτυπους φροντιστές των ηλικιωμένων μελών. Όμως στην εποχή μας, αυξάνονται τα ποσοστά αυτών που είτε ζούνε μόνοι τους είτε είναι άτεκνοι και έτσι εμφανίστηκε στην βιβλιογραφία ο όρος

«Elder Orphans» για να τους περιγράψει. Ο αντίκτυπος αυτής της αλλαγής αποτυπώνεται στις ακάλυπτες ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας που δηλώνουν οι ηλικιωμένοι στις έρευνες (Kervin et al. 2021). Στην Κίνα έως το τέλος του 2020, η πληθυσμιακή ομάδα άνω των 60 ετών είχε φτάσει περίπου τα 264 εκατομμύρια και από αυτούς οι άνω των 65 στα 190 εκατομμύρια . Το κράτος αντιλαμβανόμενο τις επιπτώσεις αυτών των εξελίξεων αύξησε τις νοσοκομειακές δομές και κοινωνικές υπηρεσίες ανά τη χώρα, όμως με μικρή τελικά αποτελεσματικότητα ιδιαίτερα στις περιοχές της περιφέρειας. Μεταγενέστερες έρευνες την εξήγησαν στην βάση της έλλειψης ενημέρωσης του ενδιαφερόμενου πληθυσμού για την λειτουργία τους. Συχνά παραιτούνταν από την προσπάθεια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας είτε λόγω των δυσκολιών μετακίνησης (κατάκοιτοι, δυσκολίες στο περπάτημα λόγω χρόνιων νοσημάτων κ.ά.) είτε λόγω της έλλειψης γνώσης σε ποιόν φορέα να στραφούν για βοήθεια. Άλλοτε ήταν ο συνδυασμός των δυο που τους εμπόδιζε. Επίσης, υπήρχε τεράστια δυσκολία έως αδυναμία εξοικείωσης με τη σύγχρονη τεχνολογία οπότε μαζί με την φυσική προσβασιμότητα συναντούσαν εμπόδια και στην ψηφιακή. Άλλα εμπόδια σχετίζονται με τον κατακερματισμό των υπηρεσιών και τον περιορισμένο χρόνο της ιατρικής επίσκεψης (Gong et al. 2022).

Ο Π.Ο.Υ κρούει τον κώδωνα του κινδύνου στην παγκόσμια κοινότητα και την καλεί σε αλλαγές των συστημάτων υγείας ώστε να προετοιμαστούν για την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας. Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα είναι αποδεδειγμένο από έρευνες ότι συναντάνε τεράστιες δυσκολίες στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας (Goodwin et al. 2021).

Το βασικό χαρακτηριστικό του χρόνιου νοσήματος είναι το φαινόμενο της «συννοσηρότητας» και οι επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του που σχετίζεται με την υγεία (Health Related Quality of Life) (Αρβανιτάκη & Σαρρής, 2022). Η συννοσηρότητα είναι όρος που περιγράφει την ταυτόχρονη ύπαρξη περισσότερων του ενός προβλημάτων στην υγεία του ατόμου, κατάσταση που επιδρά σε μεγάλο εύρος των βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών λειτουργιών του και διαρκούν από ένα έτος έως το τέλος της ζωής του με διαστήματα εναλλασσόμενα διαστήματα ύφεσης και κρίσεων. Η διάγνωση του χρόνιου νοσήματος προκαλεί μια διαδοχή φυσιολογικών αντιδράσεων στον ασθενή που όμως όταν υπάρχει το κατάλληλο διεπιστημονικό δίκτυο επαγγελματιών υγείας αυτές θα γίνουν διαχειρίσιμες και θα καθοδηγηθεί προς την

αυτό-φροντίδα του. Δηλαδή θα εκπαιδευτεί ο ασθενής στην αυτοδιαχείριση της νόσου και στην ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων για την ευημερία του.

Ο απώτερος στόχος είναι ο ασθενής με χρόνια νόσημα να ενδυναμωθεί ώστε να μετατραπεί από παθητικό δέκτη ιατρικών οδηγιών σε ενεργητικό που δεν θα διακόψει την κοινωνική του ζωή, θα διατηρήσει την κατάσταση του σταθερή έως το τέλος και ακόμα και τότε θα έχει μια αξιοπρεπή κατάληξη.

Υπάρχουν πολλά μοντέλα μακροχρόνιας φροντίδας, όμως το κατά E.H. Wagner είναι το δημοφιλέστερο. Η θεωρητική βάση στην οποία αναπτύχθηκε είναι η εξάρτηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα από:

- Εξωτερικούς παράγοντες που είναι οι **«Πόροι και πολιτικές του συστήματος»** και η **«Τοπική Κοινωνία»**. Οι δυο αυτές μεταβλητές δεν λειτουργούν ανεξάρτητα αλλά ως συγκοινωνούντα δοχεία. Η κάθε τοπική κοινωνία έχει διαφορετικές υγειονομικές ανάγκες και σύνθεση πληθυσμού, επομένως για την εξοικονόμηση πόρων και αξιοπιστία της χαρτογράφησης αυτών των αναγκών θα πρέπει η συλλογή των στοιχείων να έχει αφετηρία μια τοπική δομή. Επομένως, θα πρέπει να ενισχυθεί η Π.Φ.Υ με χρηματικούς και υλικούς πόρους ώστε να οργανωθεί ένα αποκεντρωμένο δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας και να στελεχωθεί από ικανό αριθμό επαγγελματιών υγείας όπως οικογενειακούς γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους. Η δικτύωση θα πρέπει να γίνει τόσο οριζόντια σε επίπεδο ΠΦΥ όσο και κάθετα μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Αυτό το δίκτυο , θα πρέπει συμπληρωματικά να συνδεθεί με δράσεις και προγράμματα της τοπικής κοινωνίας.
- Εσωτερικούς Παράγοντες: **«η Υποστήριξη της αυτό-φροντίδας, η «Υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων», ο «Σχεδιασμός συστήματος διανομής», το «Κλινικό Πληροφοριακό σύστημα»**. Η υποστήριξη της αυτό-φροντίδας θα ενισχύσει τους ασθενείς στην διαχείριση των σωματικών, ψυχοσυναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας και τελικά θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους. Οι ανάγκες φροντίδας των ασθενών αυτών είναι διαφορετικές κατά περίπτωση και επομένως είναι αναγκαίο να υπάρχει κάποιος επαγγελματίας υγείας που θα αναλάβει την σωστή αξιολόγηση αυτών και θα τον κατευθύνει μέσα στις βαθμίδες του συστήματος υγείας. Απαραίτητος είναι ο προσεκτικός σχεδιασμός και λεπτομερής καταγραφή των καθηκόντων των επαγγελματιών υγείας όπως και της

αλληλεπίδρασης τους με τους ασθενείς. Για την επιτυχία του συστήματος αξιολόγησης είναι απαραίτητη η συνεχής εκπαίδευση του επαγγελματία υγείας και η ύπαρξη πρωτοκόλλων επικοινωνίας και ιατρικών οδηγιών. Η ανάπτυξη και οργάνωση του κλινικού πληροφοριακού συστήματος θα πρέπει να γίνει σε τρεις άξονες. Καταρχήν μέσω έγκυρων πυλών με εκπαιδευτικό υλικό κατευθυντήριες γραμμές που θα βοηθήσουν στην αυτοματοποίηση της ροής εργασίας και διαδικασιών αλλά και αναζήτησης σε βάσεις δεδομένων, και πληροφοριών υγείας. Ένας δεύτερος είναι η δυνατότητα ενοποιημένων επικοινωνιών για την υποστήριξη του ιατρονοσηλευτικού έργου και όλων των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας μέσω σύγχρονων οπτικο-ακουστικών τεχνολογικών συσκευών. Αυτά καθιστούν εφικτή την παροχή υπηρεσιών Τηλεϊατρικής. Εξαιρετικής σημασίας η δημιουργία του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του ασθενή. Η βασική επιδίωξη του μοντέλου είναι η παραγωγική αλληλεπίδραση ανάμεσα στις διατομεακές ομάδες επαγγελματιών υγείας και τους ενδυναμωμένους ασθενείς, η υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων, την αυτό-φροντίδα και τη συνεργασία της ομάδας. (Πιερράκος, 2013).

3.3.3. Οργανωσιακή Κουλτούρα

Η οργανωσιακή κουλτούρα βρέθηκε στο επίκεντρο μελέτης των κοινωνικών επιστημών ήδη από το 1940 και αυτό εντατικοποιήθηκε από το 1970 και μετά. Έγινε γρήγορα αντιληπτή η συμβολή της στην βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας των οργανισμών και κλινικής αποτελεσματικότητας και εν τέλει στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών (Γούλα, 2014). Μεταξύ άλλων συμβάλλει θετικά στην μείωση των εμποδίων στην πρόσβαση των χρηστών σε αυτές και στην ικανοποίηση τους (Κουράκος & Καυκιά, 2019) όπως και στην εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων (Γούλα 2014, Κουλούρη 2019). Οι Η.Π.Α, η Μ. Βρετανία και η Ιρλανδία σχεδίασαν και ανέπτυξαν την στρατηγική τους για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αξιοποιώντας την ως εργαλείο προς αυτήν την κατεύθυνση (Γούλα, 2014).

Η μελέτη της δεν αφορά μόνο τους οργανισμούς υγείας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αλλά και τις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.) που συμβάλλουν εθελοντικά στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας ως τρίτος τομέας

(<https://civilact.gr/ti-einai-h-organwsiakh-koultoura-kai-giati-afora-tis-mko/>, Kartolo, Rauti, & Kwantes, 2022).

Η οργανωσιακή κουλτούρα είναι μια δυναμική έννοια και ένας συγκεκριμένος κοινά αποδεκτός ορισμός της δεν έχει διατυπωθεί. Θα αναφέρουμε όμως αυτόν που έχει υποστηριχθεί από έναν διεθνώς αναγνωρισμένο μελετητή της, τον Edgar Shein (2004) : *«Ένα δομημένο σύνολο από βασικές παραδοχές, που έχουν ανακαλυφθεί από μια ομάδα (ηγεσία) καθώς αυτή μαθαίνει να αντιμετωπίζει προβλήματα εξωτερικής προσαρμογής ή εσωτερικής ολοκλήρωσης, οι οποίες έχουν αποδώσει ικανοποιητικά στο παρελθόν ώστε να θεωρούνται έγκυρες και επομένως μπορούν να διδαχθούν σε νέα μέλη ως ο σωστός τρόπος αντίληψης, σκέψης, αίσθησης σχετικά με τα προβλήματα αυτά»* (Γούλα, 2014).

Ούτε όμως και ένας οργανισμός υγείας είναι στατικός αφού αποτελείται από ένα σύνολο διαφορετικών σε αντιλήψεις, στάσεις, συμπεριφορές, αξίες αλλά και στην ιεραρχία ατόμων. Η σύγκλιση όλων αυτών κάτω από την ομπρέλα της κοινής κουλτούρας του οργανισμού είναι η πρόκληση στην οποία κάθε ηγεσία καλείται να ανταπεξέλθει επιτυχώς. Χρειάζεται δέσμευση της Διοίκησης σε αυτό το όραμα που εφαρμόζοντας ένα συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης θα το επικοινωνήσει σε όλα τα μέλη (Γούλα, 2014).

Αυτές οι προκλήσεις είναι μεγαλύτερες στους δημόσιους οργανισμούς όπου έχει διαπιστωθεί ότι υπάρχουν δυο κυρίαρχα είδη υποκουλτούρας, της ιατρικής και διοικητικής εξουσίας. Οι αντίθετες μεταξύ τους καταβολές , αν δεν συγκεραστούν, οδηγούν σε εσωτερικές συγκρούσεις στον οργανισμό δημιουργώντας ένα δυσάρεστο οργανωσιακό κλίμα που επιδρά αρνητικά πάνω στους εργαζόμενους και οπτικοποιείται ως συμπεριφορές του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς .

Η δύναμη της ιατρικής υποκουλτούρας αν και παγκόσμιο φαινόμενο, στην χώρα μας είναι πιο έντονο αντικατοπτρίζοντας την εθνική κουλτούρα. Ενδεικτικό είναι ότι η ιατρική ορολογία χρησιμοποιείται πολύ συχνά σε περιγραφές για την κατάσταση του Ε.Σ.Υ. αλλά και είναι μεγαλύτερη η κοινωνική αποδοχή της εισαγωγής σε ιατρικές σχολές έναντι των υπολοίπων (Σαρρής 2001, Γούλα 2014, Σούλης 2015).

Οι άτυπες πληρωμές, το επονομαζόμενο «φακελάκι» είναι μια μάλιστα στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία όπου έρευνες έχουν καταγράψει μεταξύ 35% και 75% πληρωμές «κάτω από το τραπέζι» για διασφάλιση μικρότερων χρόνων για ιατρικές πράξεις και

υψηλότερη ποιότητα (WHO Regional Office for Europe 2018, Giannouchos et al. 2020). Όπως αναφέρει ο γενικός επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης, Λέανδρος Ρακιντζής ένας στους τρεις γιατρούς σε δημόσιο νοσοκομείο ζητάει πριν από κάθε ιατρική πράξη «φακελάκι», ενώ ένας στους αρνείται, και ένας στους τρεις δέχεται οποιοδήποτε άλλο δώρο του προσφερθεί (<https://www.taxheaven.gr/news/26745/fakelaki-apaitei-enas-stoys-treis-giatroys>). Η θέση εξουσίας των ιατρών έναντι των ασθενών πολύ συχνά τους οδηγεί απροκάλυπτα να ζητήσουν επιπλέον αμοιβές για την καλύτερη εξυπηρέτηση, αίτημα που ικανοποιείται μεν αλλά προκαλεί δυσφορία και άγχος στους ασθενείς και τις οικογένειες όταν προκύπτουν σοβαρά ζητήματα υγείας (Τσούκας 2022).

Ένα ακόμα γνώρισμα της κουλτούρας των δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα είναι η γραφειοκρατία (Γούλα 2014, Γούλα κ.α. 2019). Σε ερευνητική εργασία σε είκοσι δημόσια νοσοκομεία της Αττικής μεταξύ 2012-2013 για την καταγραφή της επικρατούσας οργανωσιακής κουλτούρας βρέθηκε ότι το γραφειοκρατικό με ποσοστό 47% (Γούλα κ.α. 2014). Όπως και συγχρονική μελέτη μεταξύ 2017-2018 σε δημόσια και ιδιωτικά ιατρικά επιβεβαίωσε την επικυριαρχία αυτού του μοντέλου (Κουλούρη 2023). Βέβαια ούτε αυτό είναι αποκλειστικά ελληνικό φαινόμενο αφού είναι το συνηθέστερο μοντέλο διοίκησης των μονάδων υγείας σε πολλές χώρες (Kuye & Akinwale, 2021).

Θεωρητικά το γραφειοκρατικό μοντέλο κατά Weber είναι ιδεατό για την αποτελεσματική διοίκηση και οργάνωση οργανισμών όπου απασχολούνται πολλά άτομα. Τα βασικά χαρακτηριστικά της θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα: εξειδίκευση και τυποποίηση της εργασίας, ακρίβεια και προσοχή στη λεπτομέρεια, αυστηρό σύστημα κανόνων στις διαδικασίες, απρόσωπες διαπροσωπικές σχέσεις και εξάλειψη κάθε συναισθήματος, σεβασμό, πειθαρχία στην διοικητική ιεραρχία και στα κέντρα εξουσίας και όλα αυτά σε ένα σταθερό και προβλέψιμο εξωτερικό περιβάλλον (Γούλα 2014)

Όμως οι οργανισμοί υγείας και το αγαθό της υγείας ειδικά στην εποχή μας, χαρακτηρίζονται από ακριβώς τα αντίθετα στοιχεία και η εφαρμογή του βεμπεριανού μοντέλου διοίκησης λειτουργεί περιοριστικά δημιουργώντας εμπόδια τόσο απευθείας στην πρόσβαση των χρηστών όσο και μέσω της οργανωσιακής κουλτούρας της μονάδα υγείας . Ενώ ο χρόνος είναι ένα κρίσιμο στοιχείο στην φροντίδα της υγείας η γραφειοκρατία λειτουργεί ως τροχοπέδη.(Γούλα 2014, Kuye & Akinwale, 2021).

Οι χρήστες συνήθως δηλώνουν χαμηλή ικανοποίηση από την χρήση των διοικητικών υπηρεσιών υγείας που οφείλεται στις πολύπλοκες διοικητικές διαδικασίες και πληθώρα εγγράφων που ζητούνται για την ολοκλήρωση μιας ιατρικής πράξης. Ακόμα έχει αποδειχθεί ότι επιδρά στη συμπεριφορά τόσο των ληπτών των υπηρεσιών υγείας όσο και των εργαζομένων (Κουράκος & Καυκιά, 2019, Kuye & Akinwale, 2021).

Πρόσφατη έρευνα σε είκοσι δημόσια νοσοκομεία στο Λάγος της Νιγηρίας, επιβεβαίωσε συμπεράσματα προηγούμενων, ότι η εφαρμογή του γραφειοκρατικού μοντέλου, έχει δημιουργήσει ένα κακό οργανωσιακό κλίμα. Επικρατεί η αντιπαλότητα μεταξύ των εργαζομένων, η προώθηση των προσωπικών συμφερόντων, και η προσκόλληση στους κανόνες που στερεί κάθε περιθώριο παραγωγικότητας τους. Αυτή η κατάσταση έχει αντίκτυπο στην εξυπηρέτηση των ασθενών, υποβάλλοντας τους σε μεγάλους χρόνους αναμονής για να εξεταστούν από κάποιον γιατρό ή να τους χορηγηθούν φάρμακα (Kuye & Akinwale, 2021). Σε έρευνα μεταξύ περίπου 300 νοσηλευτριών σε νοσοκομεία της Κορέας όπου επικρατούσε η ιεραρχική κουλτούρα βρέθηκε ότι είχαν κατά μέσο όρο 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να δεχθούν εργασιακό εκφοβισμό σε σχέση με συναδέλφους τους σε οργανισμό που εφαρμόζει το συμμετοχικό μοντέλο (Runtu, Novieastari, & Handayani, 2019).

Η οργανωσιακή κουλτούρα, συμβάλλει και στον συντονισμό της φροντίδας (Lyngsø, Godtfredsen & Frølich 2016, Runtu, Novieastari, & Handayani, 2019), που σύμφωνα με το Agency for Healthcare Research and Quality, αυτός αναφέρεται στην διαδικασία όπου δομείται ένα δίκτυο από επαγγελματίες υγείας που καθοδηγεί τον ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας βάσει των αναγκών του (<https://www.ahrq.gov/ncper/cr/care/coordination.html>).

Βασικό δομικό στοιχείο είναι η εμπιστοσύνη των ασθενών στους επαγγελματίες υγείας που χτίζεται πάνω στις συμπεριφορές τους (Runtu, Novieastari, & Handayani, 2019) Σε έρευνα ποιότητας των υπηρεσιών ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων στο ερώτημα τι θεωρούν οι ασθενείς σημαντικότερο ανέφεραν στην συντριπτική πλειοψηφία τους: την εμπιστοσύνη, την αξιοπιστία και ακρίβεια στην εκτέλεση των υπηρεσιών, την ενσυναίσθηση και την ευγένεια του προσωπικού (Γαλανάκης & Γούλα, 2022) . Στο ίδιο πνεύμα, έρευνα μεταξύ αναζητούντων άσυλο και προσφύγων σε χώρες της δυτικής Ευρώπης σχετικά με τις συμπεριφορές των γιατρών ΠΦΥ κατέδειξε την σημασία της μη- λεκτικής επικοινωνίας και γενικότερης προδιάθεσης απέναντι τους. Οι ερωτηθέντες

δήλωσαν ότι όταν ο γιατρός ενδιαφέρεται να μάθει πληροφορίες για αυτούς πέρα των συμπτωμάτων της ασθένειας, είναι χαμογελαστός, ευγενικός και υπομονετικός τότε αισθάνονται ότι εκτιμάται η αξία τους ως άνθρωποι και τους δείχνουν σεβασμό και αυτό τους κάνει πιο συνεργάσιμους στη θεραπεία και οδηγίες που τους δίνονται (Patel et al. 2021).

Ο σεβασμός, η συνεργασία και το ομαδικό πνεύμα μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, προϋποθέτουν οργανωσιακή κουλτούρα προσανατολισμένη σε αυτήν την κατεύθυνση, και είναι αυτά που θα δημιουργήσουν κλίμα εμπιστοσύνης και σωστό συντονισμό στην φροντίδα του ασθενή (Lyngsø, Godtfredsen & Frølich 2016, Runtu, Novieastari, & Handayani, 2019). Μελέτη που διεξήχθη το 2014 στην Δανία, με ομαδικά εστιασμένες συνεντεύξεις γενικών γιατρών, γιατρών εργαζομένων σε τοπικά κέντρα υγείας και ειδικευμένων σε πανεπιστημιακό νοσοκομείο ανέδειξε τις προκλήσεις που συναντώνται στην πράξη για την ολοκλήρωση της φροντίδας του ασθενή και τον καταλυτικό ρόλο της οργανωσιακής κουλτούρας σε αυτό. Συγκεκριμένα ειπώθηκε ότι ενώ ο γενικός γιατρός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βλέπει πέρα από τον ασθενή τον άνθρωπο, στα νοσοκομεία της τριτοβάθμιας φροντίδας ο γιατρός βλέπει μόνο την ασθένεια κάτω από την πίεση του χρόνου και του επείγοντος των περιστατικών. Θα πρέπει να βρεθεί μια κοινή γλώσσα για μια διατομεακή συνεργασία (Lyngsø, Godtfredsen & Frølich 2016).

3.3.4. Γεωγραφική κατανομή ανθρώπινων και υλικών πόρων υγείας

Η γεωγραφική κατανομή και στελέχωση των δομών υγείας αναφέρεται επί της ουσίας στην διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και είναι συχνά αναφερόμενο εμπόδιο στην βιβλιογραφία (Σαρρής 2001, Σούλης 2015). Μια φράση που συνοψίζει την κατάσταση θα ήταν το «*Not enough there, too many here...*» που χρησιμοποίησαν οι Dussault & Franceschini (2006) σε μελέτη τους πάνω σε αυτό το θέμα.

Η στενή σχέση της γεωγραφίας με την υγεία και την ασθένεια ήταν γνωστή ήδη από την αρχαιότητα όπως προκύπτει από την μελέτη της Ιπποκρατικής Συλλογής. Η επιλογή για την ανέγερση και λειτουργία μονάδας υγείας βασιζόταν σε μελέτη των γεωμορφολογικών χαρακτηριστικών ώστε να είναι κατάλληλη για τις ιατρικές ανάγκες

των συγκεκριμένων κατοίκων. Στην σύγχρονη εποχή πλέον υπάρχουν και τα τεχνολογικά εργαλεία για την ακριβέστερη και πιο αξιόπιστη καταγραφή των ιατρικών δεδομένων για την χαρτογράφηση των αναγκών υγείας (Khashoggi & Murad, 2020). Παρά ταύτα οι ανισότητες στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας ταλαιπωρούν τους χρήστες σε όλες τις χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Γενικά παρατηρείται μια συγκέντρωση των υπηρεσιών στα αστικά και ημιαστικά κέντρα σε βάρος της περιφέρειας (Grembowski, Booshehri & Dugan, 2021) που εξειδικεύεται περαιτέρω όσον αφορά τις εξειδικευμένες θεραπείες και ιατρικές ειδικότητες (Traeger et al 2019).

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες συναντάνε δυσκολίες στην ισομερή κατανομή μονάδων υγείας και προσωπικού λόγω των ιδιαίτερων γεωμορφολογικών χαρακτηριστικών τους. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η Ελλάδα με την πληθώρα των νησιών που από αυτά ένας μεγάλος αριθμός είναι αραιοκατοικημένα. Επίσης, μαζί με την Σλοβακία και την Τσεχία βρίσκεται στη λίστα με την μεγαλύτερη διαφορά απασχόλησης γιατρών μεταξύ αστικών κέντρων και περιφέρειας (OECD/ European Union, 2018).

Η προσπάθεια πολλών ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών να μειώσουν το οικονομικό κόστος για τους ασφαλισμένους, τις οδηγεί σε περιορισμό του δικτύου τους συνεργαζόμενων ιατρικών μονάδων. Αυτό σημαίνει όμως συχνά ότι οι ασφαλισμένοι θα πρέπει να διανύσουν μεγαλύτερες γεωγραφικές αποστάσεις για να έχουν πρόσβαση στην κατάλληλη για την ανάγκη τους μονάδα υγείας. Δεν είναι λίγες οι φορές που τελικά αυτό λειτουργεί αποθαρρυντικά και τελικά απευθύνονται σε μη συνεργαζόμενο γιατρό (Grembowski, Booshehri & Dugan, 2021).

Παρομοίως με την Ελλάδα, η Ινδονησία λόγω της τεράστιας εδαφικής της έκτασης με τις απέραντες δασικές εκτάσεις και απομονωμένα νησιά αντιμετωπίζει σημαντικές δυσκολίες στην ισομερή κατανομή μονάδων υγείας και προσωπικού (Dussault & Franceschini, 2006). Οι Huot et al. (2019) μελέτησαν ενδελεχώς τις διαθέσιμες τότε έρευνες σχετικά με τα προβλήματα πρόσβασης στις χώρες του Αρκτικού Κύκλου. Μεταξύ των ευρημάτων που ξεχώρισαν ήταν οι ελλείψεις προσωπικού και η μείωση σε προσωπικό με εξειδικευμένη εκπαίδευση αλλά και ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό όσο αυξανόταν η γεωγραφική απόσταση από τα αστικά κέντρα.

Η στελέχωση των δομών υγείας αναφέρεται εκτός της αριθμητικής επάρκειας (Grembowski, Booshehri & Dugan, 2021) και στην ποιοτική (Σούλης 2015). Δηλαδή να

διαθέτουν την κατάλληλη εκπαίδευση και να υπάρχει ισορροπία μεταξύ γενικών ιατρών και ειδικευμένων (Σούλης 2015, OECD/European Union 2022). Η εκπαίδευση δεν αναφέρεται μόνο στο κομμάτι των γνώσεων αλλά και στην διάσταση της αποδοχής της φροντίδας. Σε έρευνα μεταξύ νοσηλευτριών σε περιοχές του βορρά του Καναδά όπου κατοικούν πολλές εθνικές μειονότητες και αυτόχθονες, έδειξε ότι το τεράστιο πολιτισμικό χάσμα οδηγούσε σε κοινωνική αποστασιοποίηση τους από την εξυπηρέτησή τους. Αυτή η συμπεριφορά αύξανε το αίσθημα καχυποψίας όταν έπρεπε να αναζητήσουν ιατρική βοήθεια από τους «λευκούς». Η υποστελέχωση συνδέεται με την εργασιακή εξάντληση των επαγγελματιών υγείας, την αύξηση των συχνών παραιτήσεων και ως αλυσιδωτή αντίδραση ακολουθεί η αύξηση του χρόνου αναμονής των ασθενών και η παροχή χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Οι συχνές εναλλαγές προσωπικού οφείλονται στις δύσκολες συνθήκες ζωής σε απομακρυσμένα μέρη, στην έλλειψη δυνατοτήτων για περαιτέρω εκπαιδευτική εξέλιξη, ζούνε μακριά από τις οικογένειές τους και εκτός της υποστελέχωσης ταυτόχρονα δεν έχουν υποστήριξη ούτε κοινωνικών υπηρεσιών ούτε κατάλληλων υποδομών. Αυτό οδηγεί συνακόλουθα στην διατάραξη της συνέχειας της φροντίδας των ασθενών και ιδιαίτερα αυτών με χρόνια νοσήματα. Επίσης προκύπτει ανάγκη ακόμα αυστηρότερης προτεραιοποίησης των περιστατικών το οποίο εκτός των επιπτώσεων στους ασθενείς επιβαρύνει συναισθηματικά αυτούς που καλούνται να λάβουν αυτές τις αποφάσεις. Αυτά είναι ιδιαίτερα έντονα σε περιοχές του Βόρειου Αρκτικού Κύκλου. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει μια νοσηλεύτρια, κανείς δεν σε προετοιμάζει για αυτές τις συνθήκες (Huot et al. 2019). Η άνιση αριθμητική απασχόληση μεταξύ ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας, «ακυρώνει» τα οφέλη από την καθολική υγειονομική κάλυψη που παρέχεται από το κράτος όταν ενώ υπάρχει μονάδα υγείας αυτή δεν είναι στελεχωμένη με το κατάλληλο υγειονομικό προσωπικό. Και αυτό το φαινόμενο είναι συχνά παρατηρούμενο σε όλες τις χώρες παγκοσμίως, ανεξαρτήτως δηλαδή οικονομικής της ευρωστίας. Στην Νικαράγουα περίπου το μισό εθνικό ποσοστό απασχολούμενου υγειονομικού προσωπικού είναι συγκεντρωμένο στην πρωτεύουσα της εξυπηρετώντας περίπου το ένα πέμπτο του εθνικού πληθυσμού. Στο Μεξικό υπολογίζεται ότι πάνω από το 14% των γιατρών της χώρας δηλώνουν άνεργοι ή μερικής απασχόλησης ενώ πολλές αγροτικές περιοχές στερούνται παντελώς ιατρικής φροντίδας (Dussault & Franceschini, 2006).

Στην Ευρώπη, η αύξηση του αριθμού των γιατρών αυξήθηκε μεταξύ 2010 και 2020 από 1.5 εκατομμύριο σε 1.8 αντιστρόφως ανάλογα της αύξησης του πληθυσμού. Στην Ελλάδα το 2020, αντιστοιχούσαν 6,2 γιατροί/ 1000 κάτοικοι και ακολουθεί η Πορτογαλία με 4,5/1000 κάτοικοι. Το ποσοστό αυτό αφορά όλους τους γιατρούς ενεργούς και συνταξιούχους και ενδεχομένως αυτό να το επηρεάζει αυξητικά. Στο άλλο άκρο βρίσκονται το Λουξεμβούργο, Γαλλία, Ουγγαρία και Βέλγιο με 3/1000 κάτοικοι και λιγότερο. Και πάλι ενδέχεται τα ποσοστά να μην είναι ακριβή διότι σε Βέλγιο και Γαλλία περιλαμβάνονται και οι γιατροί ακόμα σε εκπαίδευση.

Η Ελλάδα συγκρίνοντας την με τις υπόλοιπες του ΟΟΣΑ, παρουσιάζει από τις μεγαλύτερες αποκλίσεις μεταξύ χωροταξικής κατανομής του δυναμικού επαγγελματιών υγείας και εξυπηρετούμενου πληθυσμού. Παρατηρείται δηλαδή μια πόλωση στις μονάδες υγείας στην περιφέρεια Αττικής και Θεσσαλονίκης και στις πόλεις όπου λειτουργούν ιατρικές σχολές. Άλλη μια δυσμενής εξέλιξη είναι ότι το ισοζύγιο συνταξιοδοτούμενων και νεοπροσληφθέντων δεν είναι ισοσκελισμένο επιδεινώνοντας τις ελλείψεις προσωπικού στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ (Τούντας κ.ά. 2020).

Ανισοκατανομή όμως παρατηρείται και σε επίπεδο δημόσιων και ιδιωτικών υποδομών υγείας. Ιδιαίτερα για την φροντίδα των ογκολογικών ασθενών. Σε έρευνα διαπιστώθηκε υπερσυγκέντρωση τους σε Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη ενώ σε τρεις άλλες αγροτικές περιφέρειες όπου κατοικεί το 16% του πληθυσμού δεν υπήρχε καμία ογκολογική μονάδα (Σουλιώτης κ. ά. 2009).

Παρόμοια εικόνα και για την ΠΦΥ. Σύμφωνα με το Δελτίο Τύπου της ΕΛΣΤΑΤ (2022) για τα Κέντρα Υγείας, στις 13 περιφέρειες της χώρας λειτουργούσαν το 2021 συνολικά 310 εκ των οποίων τα 57 στην περιφέρεια Αττικής και μόλις 10 στο Βόρειο Αιγαίο (Λέσβος, Σάμος, Χίος). Ακόμα παρατηρήθηκε γενικά μείωση του ιατρικού και λοιπών ειδικοτήτων προσωπικού. Αντίθετα, αύξηση παρατηρήθηκε στις περιφέρειες Κρήτης και Στερεάς Ελλάδας. Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, υπήρξε γενική αύξηση του απασχολούμενου προσωπικού. Η περιφέρεια του Βόρειου Αιγαίου σημείωσε τις μεγαλύτερες μειώσεις σε όλες τις ειδικότητες και επίσης σε νοσηλευτικό προσωπικό και το Νότιο Αιγαίο που καλύπτει δεκατρία νησιά. Ακόμα, συνεχίζουν οι διαπιστωμένες από χρόνια ελλείψεις σε γενικούς γιατρούς στις αγροτικές και άλλες ευάλωτες περιοχές σε πολλές χώρες (OECD/ European Union, 2018, OECD/European Union, 2022). Βάσει των στοιχείων έκθεσης του ΟΟΣΑ/Ε.Ε. η Ελλάδα και η Πολωνία

το 2016 είχαν τα μικρότερα ποσοστά γενικών γιατρών και σύμφωνα με την Eurostat (2022), δεν έχει βελτιωθεί η κατάσταση.

Οι χώρες της Ασίας και Ειρηνικού έχουν μικρότερα ποσοστά γιατρών ανά 1000 κατοίκους από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Και ειδικότερα όμως μεταξύ των χωρών με χαμηλό ή μέτριο εισόδημα και αυτών με πάνω από το μέσο. Στις φτωχότερες χώρες αντιστοιχεί 1.1 γιατρός/ 1000 κάτοικοι ενώ στις πλουσιότερες αυτό αυξάνεται σε 1.6/ 1000 κάτοικοι. Η Μογγολία, Βόρεια Κορέα και Αυστραλία η είναι μεταξύ 3.7-3.9/1000 κάτοικοι ξεπερνώντας και τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ που είναι 3.6/ 1000 κάτοικοι (OECD/WHO,2022).

3.3.5. Η «Δομική Βία» στις υπηρεσίες υγείας

Ο όρος «Δομική Βία» βάσει της θεωρίας του Johan Galtung (1969) περιγράφει την κατάσταση όπου κάποιες κοινωνικές ομάδες στερούνται ή συναντάνε περιορισμούς στην πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά σημαντικά για την επιβίωση τους λόγω φανερών ή συγκαλυμμένων εμποδίων που έχουν κανονικοποιηθεί σταδιακά στους θεσμούς, πολιτικές ή διαδικασίες της πολιτικής, κοινωνικής, οικονομικής πολιτισμικής και θρησκευτικής δομής μιας κοινωνίας. Αν και θεωρείται κοινωνική αδικία και μέσο καταπίεσης (Basnyat 2017, Hamed et al. 2020, Macassa et al. 2021) δεν είναι επαρκώς μελετημένο θέμα (Odhiambo et al.,2023).

Για παράδειγμα, έρευνα στην Υποσαχάρια Αφρική συνέδεσε φαινόμενα όπως η παγκοσμιοποίηση και η γενικότερη παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως είναι οι διακρίσεις μεταξύ των δυο φύλων με την περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες μητρικής φροντίδας. Μια άλλη, στην Ζιμπάμπουε κατέδειξε δείγματα δομικής βίας απέναντι σε οικογένειες με παιδιά με εγκεφαλική παράλυση της μειονοτική φυλής των Τόγκα που κατοικούσαν σε περιθωριοποιημένες περιοχές. Ο υπό μελέτη πληθυσμός αντιμετώπιζε ζητήματα επιβίωσης λόγω της άνισης γεωγραφικής κατανομής των πόρων. Η δομική βία αφορά κυρίως ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως είναι οι πρόσφυγες και μετανάστες, οι φορείς μεταδιδόμενων ασθενειών, τα μέλη της ΛΟΑΤΚΙ+ Κοινότητας, οι Εργάτριες του σεξ (Basnyat, 2017, Macassa et al.2021).

Στην νοσηλευτική βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται οι έννοιες της «κάθετης» , «οριζόντιας» ή «πλευρικής» βίας που αναφέρονται σε αποκάλυπτες ή κρυφές αρνητικές συμπεριφορές όπως υψωμένη φωνή, υποτιμητικά σχόλια, παραγκωνισμό ή αγνόηση μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων με διαφορετική θέση στην εργασιακή ιεραρχία ή θέση ισχύος. Συγκεκριμένα μπορούν να εκδηλωθούν μεταξύ επαγγελματιών υγείας όπως ιατρών και νοσηλευτών ή επαγγελματιών υγείας και ασθενών (Sharipo, 2018).

Συγκριτική μελέτη μεταξύ επαγγελματιών υγείας στον Καναδά και τις Σκανδιναβικές χώρες βρήκε ότι στην πρώτη, οι εργαζόμενοι αντιμετώπιζαν υποστελέχωση των οργανισμών υγείας, μεγαλύτερο φόρτο εργασίας, μικρότερη αυτονομία και ευελιξία στις αποφάσεις, και απρόσωπα εργασιακά περιβάλλοντα (Macassa et al. 2021). Στην Νότια Αφρική έρευνες έχουν αναδείξει την αρνητική επίδραση της συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας στην διάσταση της δεκτικότητας της πρόσβασης. Οι φωνές ή έλλειψη ευαισθησίας ή προσοχής στις μέλλουσες μητέρες κλόνιζε την εμπιστοσύνη τους και τις οδηγούσε στην συχνή εναλλαγή γιατρών (Bucyibaruta et al. 2018).

Ο ρατσισμός και το στίγμα είναι από τις συνήθεις μορφές δομικής βίας που περιορίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Basnyat 2017, Nandagiri, et al. 2020, Hamed et al. 2020, Odhiambo et al., 2023).

Μια ημιδομημένη ερευνητική συνέντευξη ,στο Κατμαντού του Νεπάλ, εργατριών του σεξ ανέδειξε τις διακρίσεις που βιώνουν στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Τις ακολουθεί το «στίγμα της πορνείας» και υπάρχει η προκατάληψη ότι λόγω αυτού έχουν κάποια ασθένεια και επομένως θα αποβιώσουν ανεξαρτήτως αν θα λάβουν θεραπεία ή όχι. Χαρακτηριστικά αναφέρθηκε περιστατικό νοσηλείας όπου όσο αγνοούσαν οι νοσηλεύτριες το ακριβές της επάγγελμα ήταν φιλικές και πρόθυμες να βοηθήσουν παραπάνω από τα όρια της φροντίδας μόλις αποκαλύφθηκε ότι είναι εργάτρια του σεξ, άλλαξε αρνητικά η συμπεριφορά τους απέναντι της (Basnyat, 2017).

Ο ρατσισμός ως μορφή δομικής βίας στις υπηρεσίες υγείας παίρνει την μορφή άνισης πρόσβασης που αφήνει τους ασθενείς να υποφέρουν σιωπηλά και εξάλειψης της αξιοπρέπειας λόγω άνισης θέσης ισχύος. Μελέτη με συνεντεύξεις σε τρεις ευρωπαϊκές χώρες: Σουηδία, Γερμανία και Πορτογαλία ερεύνησε αυτό ακριβώς το ζήτημα. Ενώ επίσημα ο ρατσισμός είναι κοινωνικά κατακριτέος, γυναίκες που κατοικούν στην Σουηδία αλλά έχουν αλλοδαπή καταγωγή ανέφεραν ότι δεν τους δόθηκε η απαραίτητη

προσοχή από τους επαγγελματίες υγείας και ότι γενικά οι ασθενείς από μειονοτικές εθνότητες αντιμετωπίζονται ως υπερβολικές στα συμπτώματα που αναφέρουν. Για ρατσισμό μίλησε και χρήστης των επειγόντων στην Πορτογαλία με καταγωγή από Μοζαμβίκη. Υπέστη καρδιακή επεισόδιο και δεν είχε ανταπόκριση αν και ζήτησε βοήθεια όσο περίμενε στην αίθουσα αναμονής των επειγόντων. Όλοι οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας απέναντι τους ήταν απαξιωτική. Άλλη ασθενής στην Γερμανία με καταγωγή από Τουρκία νοσηλεύτηκε στο ίδιο δωμάτιο με άλλη ασθενή η οποία χρησιμοποιούσε ναζιστικές εκφράσεις και χαιρετισμό. Τα παράπονα του συζύγου της για αλλαγή δωματίου εισακούστηκαν μεν αλλά θεωρήθηκε ταραχοποιός. Όπως και στην περίπτωση ασθενούς με μαντήλα ενώ οι νοσηλεύτριες επέμεναν να την απαλλάξουν από αυτό, η άρνηση της την έφερε σε αμυντική θέση για τα πιστεύω της και τελικά στην παραμέληση της φροντίδας της από το προσωπικό που την επέκρινε για τις επιλογές της (Hamed et al. 2020).

Στην πανδημία της COVID-19 οι περιορισμοί στις μετακινήσεις και ο αναπροσανατολισμός μεγάλου αριθμού νοσοκομείων και επαγγελματιών υγείας προς την κατεύθυνση της αντιμετώπισης της, δημιούργησαν σειρά προβλημάτων στην προμήθεια μέσω αντισύλληψης και στις ιατρικές πράξεις διακοπής ανεπιθύμητων κυφοριών. Στην βιβλιογραφία επισημαίνεται ότι και πριν την πανδημία, οι γυναίκες σε χώρες με δυσλειτουργικά συστήματα υγείας αντιμετώπιζαν περιορισμούς στην πρόσβαση σε επίσημα ιατρικά κέντρα και κατάλληλους γιατρούς. Ρόλο έπαιζαν η εθνικότητα, η ηλικία, η κοινωνική θέση και οικογενειακή κατάσταση, αν ήταν σε μεταναστευτικό καθεστώς ή οι σεξουαλικές τους προτιμήσεις. Οι δυσκολίες τους εμφανίζονταν στο βαθμό νομικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων τους, στις κοινωνικές ή νομικές κυρώσεις, στην χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών ή ακόμα και πλήρη αποκλεισμό τους από αυτές τις υπηρεσίες. Έρευνα στην Γλασκώβη της Σκωτίας επισημαίνει την διαφορετική αντιμετώπιση από τους γιατρούς αποφάσεων διακοπής κύησης μεταξύ νέων γυναικών όταν μάλιστα είναι χαμηλών οικονομικών και κοινωνικών δυνατοτήτων, και γυναικών μεγαλύτερων σε ηλικία και ακόμα περισσότερο υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου. Τις πρώτες τις δικαιολογούν αλλά όχι τις δεύτερες επειδή τις θεωρούν πολύτιμες κυφορίες. Σε κάποιες άλλες χώρες, σε κέντρα αντιμετώπισης έκτακτων κυφοριών, γίνονται προσπάθειες να μεταπειστούν οι εγκυμονούσες να μην προχωρήσουν σε διακοπή ή ενθαρρύνονται οι γυναίκες να ολοκληρώσουν την κυφορία και να δώσουν μετά το παιδί για υιοθεσία. Στην Νότια Αφρική αν και νομικά

επιτρέπονται οι εκτρώσεις, στην πράξη οι γυναίκες έχουν πολύ περιορισμένη πρόσβαση σε ασφαλή και πιστοποιημένα ιατρικά κέντρα. Σε Κίνα και Ινδία παρόλο που έχει ποινικοποιηθεί ως πρακτική, παρατηρείται επιλογή της έκτρωσης όταν διαπιστώνεται ότι το παιδί θα είναι κορίτσι. (Nandagiri, et al. 2020).

Βάσει ερευνών φαίνεται ότι οι ασθενείς προτιμούν τους γιατρούς που χρησιμοποιούν μεταφορικά λέξεις, όμως ταυτόχρονα οι λέξεις έχουν δύναμη που επηρεάζει την ψυχολογία των ασθενών και μπορεί να τους αποτρέψει ,να τους ενθαρρύνει ή κατευθύνει σε υπερβολική χρήση φαρμάκων και υπηρεσιών. Είναι γνώριμες σε όλους οι εκφράσεις σχετικά με ασθένειες όπως ο καρκίνος : «έχασε ή κέρδισε την μάχη...», «πρέπει να παλέψει...». Όμως αυτές κάνουν συνειρμό με εμπόλεμες καταστάσεις και απευθύνονται στην σωματική υγεία παραμελώντας τις άλλες διαστάσεις της. Στην βάση αυτή εξηγείται και η καταγραφή αυξημένων περιστατικών κατάθλιψης στους ασθενείς που θεωρούν την ασθένεια ως μάχη που καλούνται να νικήσουν με κόστος την αποσιώπηση των συναισθημάτων τους (Shapiro, 2018).

4. Συμπεράσματα

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει σφαιρικά την έννοια της Πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Με αφετηρία τις εννοιολογικές αποσαφηνίσεις των όρων Υγεία και Πρόσβαση, μελετήσαμε την θέση τους στο παγκόσμιο γίνεσθαι με ειδικότερες αναφορές σε Ευρώπη και Ελλάδα. Από την μελέτη της βιβλιογραφίας προέκυψε ότι η έννοια της Υγείας είναι πολυδιάστατη και για αυτό δεν παρέμεινε στατική στον χώρο και στον χρόνο από την αρχαιότητα έως την σύγχρονη ιστορία . Βρίσκεται σε άμεση αλληλεξάρτηση με πληθώρα από βιολογικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες και η εννοιολογική της προσέγγιση σε κάθε σημείο της ανθρώπινης ιστορίας αντικατοπτρίζει αυτούς.

Ενδεικτικό της σημαντικής θέσης που κατέχει πλέον για την Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ότι ενώ κατά την ίδρυση της το 1952 υπήρξε η σκέψη της ίδρυσης μιας Κοινότητας Υγείας δεν υλοποιήθηκε ποτέ και προσανατολίστηκε προς την οικονομική μεγέθυνση της. Όμως σταδιακά κατέστη σαφές ότι η μεγέθυνση δεν ταυτίζεται με την ανάπτυξη και για αυτό στην πορεία της των εβδομήντα χρόνων στράφηκε προς μια πιο ενεργή και

δεσμευτική άσκηση κοινωνικής πολιτικής και ειδικότερα της προστασίας της υγείας. Η πανδημική κρίση της COVID-19 υπήρξε καταλυτικός παράγοντας σε αυτές τις αλλαγές.

Η προστασία της υγείας στην Ελλάδα ξεκινάει από την αρχαιότητα και σήμερα το Ελληνικό Σύνταγμα την εγγυάται ως μέριμνα του Κοινωνικού κράτους. Στην τελευταία αναθεώρηση του προστέθηκε και ως ατομικό δικαίωμα.

Σε διεθνές επίπεδο, προστατεύεται από το διεθνές εθνικό και δεσμευτικό δίκαιο και τα περισσότερα εθνικά συντάγματα ως θεμελιώδες ανθρώπινο, κοινωνικό και ατομικό θετικό. Η θεσμική κατοχύρωση του δεν ταυτίζεται με την διασφάλιση της υγείας του κάθε ανθρώπου χωριστά, αλλά συνεπάγεται την υποχρέωση του κράτους να παρέχει στους πολίτες τις κατάλληλες υποδομές για εργασία, εκπαίδευση, να παρέχει ισότιμα στους πολίτες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και να τους προστατεύει από σωματικές και ψυχικές βλάβες.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η «*πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας*» είναι ένας από τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και ευημερίας. Ακόμα, είναι από το διεθνές δίκαιο κατοχυρωμένο δικαίωμα όλων των ανθρώπων ως προέκταση του θεμελιώδους ανθρώπινου, κοινωνικού και ατομικού δικαιώματος στην Υγεία. Έχουν εκφραστεί και αμφισβητήσεις για την αποδοχή της ως δικαίωμα, όμως οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι θέμα κοινωνικής δικαιοσύνης .

Από την βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν κατέστη εφικτός ο προσδιορισμός συγκεκριμένου ορισμού για την έννοια της Πρόσβασης αλλά αρκετοί όμοιοι, γεγονός που αντανακλά την πολυπαραγοντικότητα που την χαρακτηρίζει. Γενική παραδοχή είναι ότι αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ανάμεσα στους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας και διακρίνεται σε πέντε διαστάσεις: της Προσπελασιμότητας, της Αποδοχής, της Διαθεσιμότητας, της Οικονομικής προσιτότητας και της Καταλληλότητας των υπηρεσιών. Επίσης, λαμβανομένου υπόψη ότι η ποιότητα ξεκινάει από την ανίχνευση των τρεχουσών και μελλοντικών αναγκών των χρηστών και η ικανοποίησή τους, η πρόσβαση είναι κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας των μονάδων υγείας και της ικανοποίησης των χρηστών τόσο ως προς.

Οι διαπιστωμένες από στατιστικά στοιχεία ακάλυπτες ανάγκες υγείας ενώ οι δαπάνες για την υγεία διαρκώς αυξάνονται, και οι πολυάριθμες έρευνες ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας έχουν αναδείξει πολλαπλά εμπόδια στην πρόσβαση

τους. Το αποτύπωμα που αφήνουν τα εμπόδια αυτά στις ευπαθείς κοινωνικά ομάδες είναι βαθύτερο.

Η βιβλιογραφική μας έρευνα ανέδειξε ότι οι παράγοντες που την επηρεάζουν προέρχονται από τρία επίπεδα: το ευρύτερο περιβάλλον, από την πλευρά των παρόχων των υπηρεσιών υγείας και από την πλευρά των ληπτών αυτών.

Η χρήση του όρου «περιβάλλον» εδώ δεν περιορίζεται από εθνικά σύνορα αφού η τεχνολογία έχει διασύνδεει όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες χωρικά και χρονικά σε ένα «*Global Village*». Αναφέρεται στο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό, πολιτισμικό, θεσμικό και οικολογικό περιβάλλον μέσα στα οποία αλληλεπιδρούν πάροχοι και λήπτες των υπηρεσιών υγείας. Καθένα από αυτά τα στοιχεία είναι άλλοτε αιτία και άλλοτε αποτέλεσμα σε ένα δαιδαλώδες πλέγμα αλληλοεπικάλυψης της επιρροής τους. Δεν είναι επομένως διακριτά τα όρια, απλά κάποια από αυτά έχουν πιο ισχυρή παρουσία. Χαρακτηριστική είναι η δήλωση του καθηγητή Σωτήριου Σούλη: «*όταν σώζουμε ζωές σώζουμε και την οικονομία, και όταν σώζουμε την οικονομία σώζουμε ζωές*».....*ακόμα όμως και ολόκληρος ο ετήσιος κρατικός προϋπολογισμός να δαπανηθεί στην υγεία, η συμβολή του στην βελτίωση της θα είναι μικρή, λόγω των επιδράσεων των εξωγενών παραγόντων*». Με την χρήση της PESTEL ανάλυσης σκιαγραφήσαμε το πλαίσιο επιρροής κάθε μιας διάστασης από αυτές.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας στην πλειοψηφία των ερευνών ικανοποίησης τους δηλώνουν ότι η πρόσβαση τους σε αυτές έχει επηρεαστεί από οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Οι άμεσες ιδιωτικές δαπάνες υγείας και οι άτυπες πληρωμές απορροφούν πολύ μεγάλο ποσοστό του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών που μετά την οικονομική κρίση του 2009 και στην πανδημία συρρικνώθηκε ακόμα περισσότερο. Τους κοινωνικούς τους μελετήσαμε διακρίνοντας τους σε επιμέρους παράγοντες. Τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το εισόδημα, η εθνότητα ή φυλή παρατηρείται ότι στην υγειονομική περίθαλψη λαμβάνουν μορφή άνισης και άδικης μεταχείρισης (inequalities, inequities), περιορισμού ή και αποκλεισμού πρόσβασης σε αυτές. Γίνεται συχνή αναφορά στο κοινωνικό στίγμα και στο στίγμα της ασθένειας (όπως AIDS) ως λόγος αποφυγής αναζήτησης υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες όπως οι ΑμεΑ, οι ηλικιωμένοι, οι γυναίκες

και οι μετανάστες συνήθως συναντούν συνήθως τις επονομαζόμενες «πολλαπλές διακρίσεις».

Το στίγμα προκαλεί συναισθήματα άγχους και φόβου αποτρέποντας τους ανθρώπους να αναζητήσουν προληπτικές ή θεραπευτικές υπηρεσίες υγείας. Στην σφαίρα των ψυχολογικών παραγόντων συγκαταλέγεται και ο Φόβος της Γνώσης. Όταν η αποφυγή αναζήτησης υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ιατρική επίσκεψη. Περιλαμβάνει τις φοβίες για την ανακοίνωση της διάγνωσης, το γενικότερο ιατρικό περιβάλλον (π.χ. σύριγγες) αλλά και τις ιατρικές διαδικασίες (π.χ. φυσική και διαγνωστική εξέταση).

Η φράση «ακούστε τον ασθενή, σας λέει την διάγνωση» συνοψίζει την σημαντικότητα της επιτυχούς επικοινωνίας μεταξύ ασθενή και επαγγελματία υγείας. Αποτελεί σταθερά αναφερόμενο παράγοντα δημιουργίας φραγμών στην πρόσβαση των ανθρώπων σε μεταναστευτικό καθεστώς. Η παρουσία διερμηνέα είτε επίσημου είτε άτυπου σαφώς διευκολύνει την κατάσταση αλλά μπορεί να λειτουργήσει και περιοριστικά λόγω φόβου διαρροής ή αισθήματος ντροπής για τις προσωπικές ιατρικές πληροφορίες.

Ένας ακόμα παράγοντας που καταγράψαμε ήταν η γεωγραφική απόσταση μεταξύ μονάδων υγείας και τόπου κατοικίας ή εργασίας. Όσο αυξάνεται τόσο δυσκολεύει η πρόσβαση σε όρους χρόνου και κόστους. Συνδέεται με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά και μαζί ανοίγουν νέο κύκλο φραγμών στην πρόσβαση.

Από καταβολής του κόσμου η επικρατούσα θρησκεία και πολιτισμικό περιβάλλον αποτελούν ισχυρούς παράγοντες στην διαμόρφωση ατομικών και κοινωνικών στάσεων και αντιλήψεων που ορίζουν εν τέλει τις ιατρικές αποφάσεις των ανθρώπων.

Η Εγγραματοσύνη Υγείας είναι μια πολυδιάστατη έννοια και αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αναζητάει, να κατανοεί και να αξιοποιεί πληροφορίες υγείας που σχετίζονται με το άτομο ή ομάδα ατόμων. Είναι κομβικής σημασίας για την διαμόρφωση του επιθυμητού μοντέλου του ενεργητικού ασθενή ειδικά στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων αλλά και γενικότερα ικανοποιεί την αρχή της αυτονομίας των ασθενών. Όμως θα πρέπει να τονιστεί ότι υπερβαίνει τα όρια του ασθενή και αφορά όλους από τα μέλη της οικογένειας του, τους φροντιστές έως τους ιθύνοντες χάραξης υγειονομική πολιτικής.

Από την πλευρά των παρόχων, οι παράγοντες σχετίζονται με την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην βάση της προσφοράς μακροχρόνιας ολοκληρωμένης φροντίδας

που θα διασφαλίσει την συνέχεια της φροντίδας και την βιωσιμότητα του κοινωνικού κράτους. Στο πλαίσιο αυτό η Π.Φ.Υ. είναι σημαντικό εργαλείο στην φαρέτρα του κρατικού μηχανισμού διότι συνδυάζει την έγκαιρη ανίχνευση των αναγκών των πολιτών πριν γίνουν ασθενείς στο Σύστημα Υγείας και μπορεί να τους προσφέρει τις υπηρεσίες που χρειάζονται στον τόπο κατοικίας τους και άρα εκτός νοσηλευτικών κλινών. Η οργανωσιακή κουλτούρα προσανατολισμένη στο συμμετοχικό μοντέλο διοίκησης συμβάλλει στην ικανοποίηση των εσωτερικών πελατών όσο και των εξωτερικών πελατών των μονάδων υγείας. Η γεωγραφική κατανομή των μονάδων υγείας, η σχεδιασμένη βάση των υγειονομικών αναγκών των περιοχών και του ευρύτερου περιβάλλοντος αυτών και η στελέχωση τους με το κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό και αριθμητικά επαρκές συνιστούν την διάσταση της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών. Δεν αρκούν μόνο τα παραπάνω ειπωμένα, διότι υπάρχει και ο παράγοντας της Δομικής Βίας όπως είδαμε, που συνήθως εκφράζεται ως ρατσισμός και στίγμα. Γενικότερα, αναφέρεται σε διακριτές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας σε άτομα που βρίσκονται χαμηλότερα στην πυραμίδα ισχύος είτε δηλαδή ασθενείς είτε συναδέλφους.

Το παρόν συγγραφικό πόνημα φιλοδοξεί να συνεισφέρει στην σώρευση βιβλιογραφικής μελέτης πάνω στο θέμα και να δημιουργήσει ενδιαφέρον σε μελλοντικές μελέτες να το εξετάσουν πέραν του σημείου της δικής του ολοκλήρωσης. Ακόμα να εντοπιστούν στοιχεία που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από υπεύθυνους λήψης και χάραξης υγειονομικών αποφάσεων, για το σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της Πρόσβασης στην μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

1. **Ακριβοπούλου, Χ., & Ανθόπουλος, Χ. (2015).** Εισαγωγή στο δίκαιο και στους συνταγματικούς θεσμούς [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <https://hdl.handle.net/11419/5989>
2. **Αμίτσης, Γ. (2014).** Το συλλογικό διακύβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων. Αναπτυξιακά διδάγματα από την κοινωνική Ευρώπη. Αθήνα ,Εκδόσεις Παπαζήση. 119-128
3. **Αντωνίου, Π., Σουλιώτης, Κ., & Σαρίδη, Μ. (2021).** Η εξέλιξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38(5).
4. **Αρβανιτάκη, Ε. & Σαρρής, Μ. (2022)** Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2022, 39(6):751-759
5. **Βλασιάδης, Κ., Μαΐση, Ε., Πατελάρου, Α., & Τριγώνη, Μ. (2021).** Οι κοινωνικές ανισότητες στη γενική και στη στοματική υγεία του ατόμου και οι παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας Ο ρόλος του υποστηρικτικού πλαισίου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 38(2):153-159
6. **Γαλανάκης, Α., & Γούλα, Α. (2022).** Αξιολόγηση της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών ενός δημόσιου νοσοκομείου της Αθήνας με το μοντέλο SERVQUAL. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 39(2).
7. **Γαλάνης, Π., Σίσκου, Ο., Κωνσταντακοπούλου, Ο., Αγγελόπουλος, Γ., Φανού, Α., & Καϊτελίδου, Δ. (2022).** Πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 39(3).
8. **Γενική Γραμματεία Διαφάνειας και Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (2014)** Δικαιώματα του Ανθρώπου Εθνικό Σχέδιο Δράσης, ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ
9. **Γκουντέλας Γ., Απιστούλας Δ., Βοζίκης Α., Γαλάνης Π., Κουρτέσης Α., Μακρή Β., Οικονόμου Χ., Πλατής Χ., Πρεζεράκος Π., Καϊτελίδου Δ., Σουλιώτης Κ., (2020),** Διερεύνηση της ικανοποίησης των πολιτών από τις Α'βαθμιας και Β'βάθμιας Μονάδες Υγείας, Ε.Κ.Δ.Δ.Α, Ι.Τ.Ε.Κ. (2020: 9-115)

10. Γούλα Α., Σαρρής Μ., Πιερράκος Γ., Σπυρόπουλος Ν., Βουρλιώτου Κ., Νικολαδός Ι. (2017), Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(1):49-57
11. Γούλα, Α. (2014) Οργανωσιακή Κουλτούρα Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση
12. Γούλα, Α., Κέφης, Β., Σταμούλη, Α., Πιερράκος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2014). Διερεύνηση της οργανωσιακής κουλτούρας των γενικών δημόσιων νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 31(4), 452-460.
13. Γούλα, Α., Λατσού, Δ., Νάτσης, Χ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., & Πιερράκος, Γ. (2019). Ανάπτυξη και εγκυρότητα ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(1).
14. Γούλα, Α., Πιερράκος, Γ., Λατσού, Δ., Βάθη, Α., Λιβάνη, Ε., Ξαγοράρη, Μ., & Λούκας, Θ. (2018). Διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ αστικών και απομακρυσμένων περιοχών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5):623-632
15. ΕΛΣΤΑΤ (2022) ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ: ΕΤΟΣ 2021
16. Ευθυμίου, Α., Μενοίκου, Ι., Μίτλεττον, Ν., Κονδύλη, Β., & Παπασταύρου, Ε. (2021). Εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας Ομάδα σύγκλισης απόψεων για την ορολογία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 38(6).
17. Ζάβρας Δ.- Κοντούλη -Γείτονα Μ (2013) Κεφ. 7 Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, Μεθοδολικά ζητήματα και τεχνικές μέτρησης στο Οικονόμου Χ. Υγεία, κοινωνία και οικονομία, (2013) Αθήνα, Εκδόσεις Αλεξάνδρεια
18. Ιωάννου Α, Χαΐτα Σ. (2021) « Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ» PERIOPERATIVE NURSING (2021), VOLUME 10, ISSUE 4
19. Κοντιάδης, Ξ. (2019) Σε τι διαφέρει το κράτος πρόνοιας από το κοινωνικό κράτος; Διαθέσιμο στο <https://www.syntagmawatch.gr/ask-a-question/se-ti-diaferei-to-kratos-pronoias-aro-to-koiononiko-kratos/> Πρόσβαση στις 14/01/2023
20. Κοντοδημόπουλος Ν. (2020) Οικονομικά της Υγείας Διαθέσιμο στο https://eclass.ekdd.gr/esdda/modules/document/?course=KST_BEID_PDYY122 Πρόσβαση στις 15/01/2023

21. **Κοτρώτσιου, Σ., Βαλδούμας, Σ., Φουντούκη, Α., Θεοφανίδης, Δ., Κατσιάνα, Α., & Παραλίκας, Θ. (2020).** ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ. *Interscientific Health Care*, 12(3).
22. **Κουλούρη Α (2023)** Οργανωσιακή κουλτούρα - διερεύνηση της υφιστάμενης και επιθυμητής οργανωσιακής κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας **ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ** Τόμος 22, Τεύχος 2 (Απρίλιος – Ιούνιος 2023)
23. **Κουλούρη Α. (2019).** Οργανωσιακή κουλτούρα στις υπηρεσίες υγείας: χαρακτηριστικά, πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 12(1): 5-12
24. **Κουράκης, Ν. (2021)** Τι είναι τελικά η Κοινωνική Δικαιοσύνη; Διαθέσιμο στο <https://www.kathimerini.gr/politics/561625582/ti-einai-telika-i-koinoniki-dikaiosyni/> Πρόσβαση στις 14/01/2023
25. **Κουράκος, Μ., & Καυκιά, Θ. (2019).** Οργανωσιακή κουλτούρα Η σημασία της για τους παρόχους και τους λήπτες των υπηρεσιών υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2019 36(3):312-319
26. **Κυριακάκη Ε .(2017)** Το δίκαιο της υγείας, ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ, ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
27. **Λασπίτη, Α., Αποστολάκης, Ι., Νικολέντζος, Α., & Σαράφης, Π. (2020).** Συνέχεια στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η άποψη της τρίτης Ηλικίας στο Νομό Ηρακλείου. *Επιστημονικά Χρονικά*.
28. **Λατσού, Δ., Πιερράκος, Γ., & Γείτονα, Μ. (2021).** Υγεία και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας των ανέργων στην Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(5).
29. **Λατσού, Δ., Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2014)** Ποιότητα ζωής ατόμων με κινητικά προβλήματα σε αναπηρικές καρέκλες στην Ελλάδα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31 (5), 591-598, 2014-Ερευνητική εργασία.
30. **Μαλαβάζος, Θ., Δεδοπούλου, Α., Μαλλιάρου, Μ., & Σαράφης, Π. (2019).** ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗ ΣΤΟΝ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. *Interscientific Health Care*, 11(1).
31. **Μαλάμου, Θ. (2015).** Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Υγείας. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ*, 54(3), 236-237.
32. **Μαλλιάρου, Μ., Ζυγά, Σ., & Σαράφης, Π. (2009).** Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*.

33. **Μάμας Θ. & Οικονόμου Χ. (επιμ.).(2013)** Υγεία, κοινωνία, και οικονομία. Αθήνα, Εκδόσεις ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΑ
34. **Μαραγκάκη, Α., Κωνσταντινίδης, Θ., & Σαράφης, Π. (2019).** Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 36(5).
35. **Μιζαμπίη Σ, Νικολαΐδης Ε, Μουρούζης Α.(2012)** Πιλοτική Μελέτη Προσβασιμότητας σε ΟΤΑ στη Διασυνοριακή Περιοχή - «ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ - ACCESSIBILITY FOR ALL» (Προγράμμα Ε.Ε.Σ. Ελλάδα – Βουλγαρία 2007–2013, Άξονας Προτεραιότητας 1: Ποιότητα Ζωής, Θεματική Προτεραιότητα 1.3: Συνεργασία και Δικτύωση για την Υγεία και των θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας.
36. **Μιλτιάδης, Χ., & Θεοδωράτου, Μ. (2022).** Θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς Συνοπτική περιγραφή και πρακτική εφαρμογή σε επίπεδο πολιτικών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 39(5).
37. **Μπαλάσκα, Δ., & Μπιτσώρη, Ζ. (2015).** Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 4(3), 106-120.
38. **Μπαλούρδος Δ., Χρυσάκης Μ., Σαρρής Ν., Τραμουντάνης Α. και Τσαντίλα Κ.(2014)** Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες (ΕΚΟ) και διακρίσεις στην αγορά εργασίας . Διαθέσιμο στο https://www.ekke.gr/ocd/wp-content/uploads_/2014/01/EKKE_VSGs_Greece_el.pdf Πρόσβαση στις 08/04/2023
39. **Μπαμπινιώτης Γ. (2002)** «ΛΕΞΙΚΟ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΓΛΩΣΣΑΣ », ΚΕΝΤΡΟ ΛΕΞΙΚΟΛΟΓΙΑΣ Ε.Π.Ε., 2002
40. **Μπελετσιώτη, Χ., Παπαδόπουλος, Α., & Νιάκας, Δ. (2018).** Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5).
41. **Μπούμπας Δ. & Τσερκέζογλου Α. (2019)** Το πρόγραμμα ATOME (Access to Opioid Medication in Europe) και η πρόσβαση στα ισχυρά αναλγητικά (οπιοειδή) στην Ελλάδα μετά τα άρθρα 90 και 91 του Νόμου 4600/2018 (ΦΕΚ 43Α/9/32019) Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 36(3), 2019
42. **Μπουραζάνη, Μ., & Κωνσταντινίδης, Θ. Ι. (2022).** Μη ικανοποιημένες υγειονομικές ανάγκες και κοινωνικές ανισότητες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 39(2).

43. **Μπουρσανίδης Χ. (2020):** Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις -Typescript, 10η Βελτιωμένη Έκδοση, ΕΣΔΔΑ - Αθήνα 2020
44. **Ναούμ Σ.,(2018)** Ανάλυση επιπέδου και δεικτών υγείας Ελλάδας και Ισπανίας στα χρόνια πριν και μετά την οικονομική κρίση. Επιστημονικά Χρονικά 2018; 23(1): 89-104
45. **Νάτσης Χ. (χ.χ.)** Πρότυπα Ποιότητας ISO 9001- 15224 Πανεπιστημιακές Σημειώσεις Β' Εξαμήνου ΠΜΣ: Διοίκηση και Διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας ΠΑΔΑ
46. **Νάτσης Χ. (χ.χ.)** Στρατηγικός και Επιχειρησιακός Σχεδιασμός στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας. Πανεπιστημιακές Σημειώσεις Γ' Εξαμήνου ΠΜΣ: Διοίκηση και Διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας ΠΑΔΑ
47. **Νοικοκυράκης, Γ., & Σαράφης, Π. (2018).** Κοινωνική προστασία και προκλήσεις του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(4).
48. **Ντάφλου, Α. (2018).** Γεωγραφικές προκλήσεις και προσβασιμότητα των κοινωνικών υπηρεσιών στην ελληνική επαρχία. Κοινωνική Πολιτική, 9, 111-132.
49. **ΟΗΕ Περιφερειακό Κέντρο Πληροφόρησης του ΟΗΕ: ΣΤΟΧΟΣ 3 – ΚΑΛΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΥΗΜΕΡΙΑ** Διαθέσιμο στο <https://unric.org/el/%cf%83%cf%84%ce%bf%cf%87%ce%bf%cf%83-3-%ce%ba%ce%b1%ce%bb%ce%b7-%cf%85%ce%b3%ce%b5%ce%b9%ce%b1-%ce%ba%ce%b1%ce%b9-%ce%b5%cf%85%ce%b7%ce%bc%ce%b5%cf%81%ce%b9%ce%b1/Πρόσβαση> στις 21/04/2023
50. **Οικονόμου, Χ. (2011) ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΜΕΤΑΠΟΛΕΜΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟ (1950 - 1983).** Σακελλαροπουλος (επιμ). ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΛΛΑΔΑ Α' ΤΟΜΟΣ, Αθήνα, Εκδόσεις Διόνικος, 303-305.
51. **Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., & Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2008).** Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής.
52. **Παπακωστίδη, Α., & Τσουκαλάς, Ν. Η. (2012).** ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(4), 480-488.

53. **Παπαρρηγοπούλου- Πεγλιβανίδη, Π. (2013).** Οικονόμου (επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία Ανισότιμες σχέσεις -Χάσματα ευζωίας. Αθήνα, Εκδόσεις Αλεξάνδρεια. 103-123
54. **Παραλίκας, Θ., & Κοτρώτσιου, Σ. (2018).** Απόψεις των Ρομά για το «Καθαρό» και το «Μιαρό» και η Σχέση τους με το Νοσοκομείο. *Nosileftiki*, 57(3).
55. **Πασσά Γ., Γαλάνης Π., Κωνσταντακοπούλου Ο., Θεοδώρου Μ., Σίσκου Ό., Κριαρή Α., Καϊτελίδου Δ.(2018)** «Διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ως προς την πλοήγηση τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα» “Το Vima του Asklepiou” Journal ,Volume 17, Issue 3 (July – September 2018)
56. **Παυλόπουλος, Β. (2006)** Κοινωνικός στιγματισμός: από την πλευρά του θύτη και του θύματος στο Κορδούτης, Π., & Παυλόπουλος, Β. (2006). Πεδία έρευνας στην κοινωνική ψυχολογία: πολιτισμός, μετανάστευση, οργανισμοί, υγεία-πρόληψη, στενές διαπροσωπικές σχέσεις. Ατραπός, Αθήνα.
57. **Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., Πολυζωίδης, Π., & Μωυσίδου, Α. (2015).** Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα.Μελέτες (Studies) / 35.ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων
58. **Πιερράκος Γ. (2008)** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τοπική Κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
59. **Πιερράκος Γ. (2013).** Μοντέλα διοίκησης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στην τοπική κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2013.
60. **Πιερράκος Γ. (χ.χ.)** Πανεπιστημιακές σημειώσεις στα πλαίσια του μαθήματος "Διαχείριση Συστημάτων στις Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας
61. **Πιερράκος Γ., Λατσού Δ., Γούλα Α., Σταμούλη Μ., Δημάκου Σ., Υφαντόπουλος Ι, (2015)** Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής -Ενδεχόμενη μελέτη Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2015, 32(5):629-635
62. **Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Γούλα Α., Λατσού Δ., Πατέρας Ι., Βουρλιώτου Κ., Γιαννουλάτος Π. (2013),** Συγκριτική ανάλυση δυο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2013, 30(3):316-324

63. Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(3), 284-295
64. Πράπα, Π. & Φακη, Μ. (2008) "Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία»." Διαθέσιμο στο https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf Πρόβαση στις 20/09/2022
65. Σακελλαρόπουλος Θ. & Αγγελάκη Μ. (2016), «Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική: από την άτολμη ανάπτυξη στο αβέβαιο μέλλον», στο, Μαραβέγιας Ναπολέων (επιμ.), Ευρωπαϊκή Ένωση. Δημιουργία, Εξέλιξη, Προοπτικές, Κριτική, Αθήνα 2016, σσ.421-436. ΚΡΙΤΙΚΗ.
66. Σαρρής Μ. (2001), Κοινωνιολογία της υγείας και Ποιότητα ζωής, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 2001
67. Σούλης Σ. (2015), Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική, Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
68. Σούλης Σ. (2020), Η μεταcovid-19 εποχή Μία ελπιδοφόρος περίοδος (ανάλυση της συζήτησης στο action 24,x2 του Γ. Πολίτη στις 23ης Φεβρουαρίου 2021) Σ:9
69. Σουλιώτης Κ., Θανασακης Κ., Γκολνα Χ., Παπαδοπούλου Χ., & Κυριοπουλος Γ. (2009). Περιφερική προσέγγιση των δομών για τη φροντίδα των ογκολογικών ασθενών στην Ελλάδα. Αρχ Ελλ Ιατρ, 26, 808-817.
70. Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35(Συμπλ 1)9-16
71. Σοφοκλέους Α. (2019). Η Συνταγματική κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία. Συγκριτική μελέτη Κύπρου & Ελλάδας. Επίκαιρα νομικά θέματα και αναλύσεις, 2(12), 12.
72. Σπιλάνης, Γ., Κίζος, Θ., Κονδύλη, Ι., & Μισαηλίδης, Ν. (2005). Προσπελασιμότητα και ελκυστικότητα των νησιών του Αιγαίου. Αειχώρος: Κείμενα Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Ανάπτυξης, (6), 106-135.
73. Στεργίου, Α. (2011) Το κοινωνικό περιεχόμενο των Ευρωπαϊκών Συνθηκών και η παραδοσιακή "κοινοτική μέθοδος" στην παραγωγή ευρωπαϊκών δικαιωμάτων, στο Σακελλαρόπουλος, Θ. (επιμ.) Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Αθήνα, Διόνικος, 23-62.

74. **Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο Σούλης Σ. (2015)**, Εφαρμοσμένη Κοινωνική Πολιτική, Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
75. **Σύνταγμα της Ελλάδας (1975)** ΦΕΚ Α 111 - 09-6-1975
76. **Σύνταγμα της Ελλάδας (2001)** ΦΕΚ Α 85 - 18-4-2001
77. **Τζαβέλλα, Φ. (2018)**. Φάρμακο, χαμένο στη μετάφραση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(5).
78. **Τούντας Γ. (2021)**. Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας .διαΝΕΟσις. Διαθέσιμο στο https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/11/PP_to-neo-ESY_final.pdf Πρόσβαση στις 26/02/22
79. **Τούντας Γ., Οικονόμου Ν.Α.(2007)** «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1):7–21
80. **Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ., & Φιλαλήθης, Τ. (2020)**. Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ανακτήθηκε από https://www.dianeosis.org/wpcontent/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf.
81. **Τσάκη, Γ. (2022)** Κοινωνική Δικαιοσύνη στις Υπηρεσίες Υγείας. Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2022:39-58
82. **Τσίγκου, Β., Αποστολάκης, Ι. & Σαράφης, Π.(2021)**. Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Αστάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Τόμος 20, Τεύχος 3:273-289 (Ιούλιος - Σεπτέμβριος 2021)
83. **Τσιριντάνη Μ. & Υφαντόπουλος Ν. (2021)** Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών στην Υγεία και στην Κοινωνική Φροντίδα, Πανεπιστημιακές σημειώσεις, ΠΑΔΑ
84. **Τσιριντάνη Μ., Γιοβάνης Α., Μπινιώρας Σ., Γούλα Α. (2010)** Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010, 49(1): 40–52
85. **Τσούκας Χ. (2022)** Το «φακελάκι» και η κανονικοποίησή του Διαθέσιμο στο <https://www.kathimerini.gr/opinion/561980287/to-fakelaki-kai-i-kanonikopoiisi-toy/> Πρόσβαση στις 01/05/2023

86. **Υ.Υ/ Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (2019)** ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2019-2022
87. **Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2007)**. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 24(1), 6-18.
88. **Φιλαλήθης, Α. (2021)**. Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 38(5).
89. **Χαραλάμπους, Α., & Ρούσου, Ε. (2010)** Οι παράγοντες που συνέβαλαν στην «επιδημιολογική μετάβαση» και οι επιπτώσεις της παραπάνω τάσης στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , 27 (6), 976-983

Ξενόγλωσση

1. **A DISCURSIVE DICTIONARY OF HEALTH CARE (1976)**. Διαθέσιμο στο http://scm.oas.org/References/Refdocwebpage/A_DiscursiveDictionary_of_Health_Care.pdf Πρόσβαση στις 15/05/2023
2. **Abbas, S. M., Usmani, A., & Imran, M. (2019)**. Willingness To Pay And Its Role In Health Economics. Journal of Bahria University Medical and Dental College, 9(1), 62-66.
3. **Adams, C., Gringart, E., & Strobel, N. (2022)**. Explaining adults' mental health help-seeking through the lens of the theory of planned behavior: A scoping review. Systematic Reviews, 11(1), 160.
4. **Aday LA, Andersen R. (1974)** A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974 Fall;9(3):208-20
5. **Afrashtehfar, K. I., Assery, M. K., & Bryant, S. R. (2020)**. Patient satisfaction in medicine and dentistry. International journal of dentistry, 2020.
6. **Aguirre Velasco, A., Cruz, I. S. S., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020)**. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. BMC psychiatry, 20(1), 1-22.

7. **Alexiadou, E. (2016).** The right to health: a human rights perspective with a case study on Greece (Doctoral dissertation, Leiden University).
8. **Anufriyeva, V., Pavlova, M., Stepurko, T., & Groot, W. (2021).** Patient satisfaction and patient experience are not interchangeable concepts—authors' reply. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzab024.
9. **Arrighi, E., Ruiz de Castilla, E. M., Peres, F., Mejía, R., Sørensen, K., Gunther, C., ... & Pleasant, A. (2022).** Scoping health literacy in Latin America. *Global Health Promotion*, 29(2), 78-87.
10. **Ashu, J. T., Mwangi, J., Subramani, S., Kaseje, D., Ashuntantang, G., & Luyckx, V. A. (2022).** Challenges to the right to health in sub-Saharan Africa: reflections on inequities in access to dialysis for patients with end-stage kidney failure. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 1-14.
11. **Attum B, Hafiz S, Malik A, et al. Cultural Competence in the Care of Muslim Patients and Their Families. [Updated 2023 Feb 8].** In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499933/>
12. **Azzopardi-Muscat, N., Baeten, R., Clemens, T., Habicht, T., Keskimäki, I., Kowalska-Bobko, I., ... & van Ginneken, E. (2018).** The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility. *Health Policy*, 122(3), 279-283.
13. **Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., ... & Romano, F. (2021).** What is the prevalence of low health literacy in European Union member states? A systematic review and meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 36, 753-761.
14. **Backman G, Hunt P, Khosla R, Jaramillo-Strauss C, Fikre BM, Rumble C, Pevalin D, Páez DA, Pineda MA, Frisancho A, Tarco D, Motlagh M, Farcasanu D, Vladescu C. (2008)** Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries. *Lancet*. 2008 Dec 13;372(9655):2047-85

15. **Badash, I., Kleinman, N. P., Barr, S., Jang, J., Rahman, S., & Wu, B. W. (2017).** Redefining health: the evolution of health ideas from antiquity to the era of value-based care. *Cureus*, 9(2).
16. **Barlow P. (1999)** Health care is not a human right. *BMJ*. 1999 Jul 31;319(7205):321
17. **Barnish, M. S., Tan, S. Y., Taeihagh, A., Tørnes, M., Nelson-Horne, R. V., & Melendez-Torres, G. J. (2021).** Linking political exposures to child and maternal health outcomes: a realist review. *BMC Public Health*, 21(1), 1-16.
18. **Basnyat, I. (2017).** Structural violence in health care: Lived experience of street-based female commercial sex workers in Kathmandu. *Qualitative health research*, 27(2), 191-203.
19. **Béland, D., Dinan, S., Rocco, P., & Waddan, A. (2021).** Social policy responses to COVID-19 in Canada and the United States: Explaining policy variations between two liberal welfare state regimes. *Social Policy & Administration*, 55(2), 280-294.
20. **Berwick, D., Mirvis, D. M., Davidoff, F., Hiatt, H., Smith, R., & Bailey, J. E. (2001).** Refining and implementing the Tavistock principles for everybody in health care. *Commentary: Justice in health care—a response to Tavistock. BMJ*, 323(7313), 616-620.
21. **Bhanot, D., Singh, T., Verma, S. K., & Sharad, S. (2021).** Stigma and discrimination during COVID-19 pandemic. *Frontiers in public health*, 8, 577018.
22. **Bhathena, S., Moczygemba, L., & Lawson, K. (2020).** Emergency Department Use and Barriers to Health Care Among Homeless and Uninsured Patients at a Student-Run Free Clinic. *Journal of Student-Run Clinics*, 6(1). Retrieved from
23. **Bircher, J. (2005).** Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-341.
24. **Bogart, K., Hemmesch, A., Barnes, E., Blissenbach, T., Beisang, A., & Engel, P. (2022).** Healthcare access, satisfaction, and health-related quality of

- life among children and adults with rare diseases. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 17(1), 196.
25. **Bollyky, T. J., Templin, T., Cohen, M., Schoder, D., Dieleman, J. L., & Wigley, S. (2019).** The relationships between democratic experience, adult health, and cause-specific mortality in 170 countries between 1980 and 2016: an observational analysis. *The Lancet*, 393(10181), 1628-1640.
 26. **Bradby, H., Thapar-Björkert, S., Hamed, S., & Ahlberg, B. M. (2019).** Undoing the unspeakable: researching racism in Swedish healthcare using a participatory process to build dialogue. *Health research policy and systems*, 17, 1-6.
 27. **Braithwaite, J. (2021).** Quality of care in the COVID-19 era: a global perspective. *IJQHC Communications*, 1(1), lyab003.
 28. **Brown, R., Bateman, C. J., & Gossell-Williams, M. (2022).** Influence of Jamaican Cultural and Religious Beliefs on Adherence to Pharmacotherapy for Non-Communicable Diseases: A Pharmacovigilance Perspective. *Frontiers in Pharmacology*, 817.
 29. **Bucher, A. (2022)** 'Does Europe need a Health Union?' Policy Contribution 02/2022, Bruegel
 30. **Bucyibaruta, B. J., Eyles, J., Harris, B., Kabera, G., Oboirien, K., & Ngyende, B. (2018).** Patients' perspectives of acceptability of ART, TB and maternal health services in a subdistrict of Johannesburg, South Africa. *BMC health services research*, 18(1), 1-15.
 31. **Bull, C. (2021).** Patient satisfaction and patient experience are not interchangeable concepts. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1), mzab023.
 32. **Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. (2013)**Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 53.) Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549276/>

33. **Cabieses, B., & Bird, P. (2014).** Glossary of Access to Health Care and Related Concepts for Low- and Middle-Income Countries (LMICs): A Critical Review of International Literature. *International Journal of Health Services*, 44(4), 845–861
34. **Cabrera-Barona, P., Blaschke, T., & Kienberger, S. (2017).** Explaining accessibility and satisfaction related to healthcare: a mixed-methods approach. *Social indicators research*, 133, 719-739.
35. **Callander, E. J. (2023).** Out-of-pocket fees for health care in Australia: implications for equity. *The Medical Journal of Australia*, 218(7), n-a.
36. **Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000).** Defining quality of care. *Social science & medicine*, 51(11), 1611-1625.
37. **Chandra S. , Ward P. , Mohammadnezhad M., (2019)** Factors associated with patient satisfaction in outpatient department of Suva Sub-divisional health center, Fiji, 2018: a mixed method study, *Frontiers in Public Health*, 2019, V.7,Issue JUL, Ar. No 183, 1:10
38. **Chater, A. (2018).** Seven steps to help patients overcome a ‘Fear of Finding Out -FOFO’. *Nursing Standard*. 33(1), 24-25
39. **Chiu, H. T., Tsai, H. W., Kuo, K. N., Leung, A. Y., Chang, Y. M., Lee, P. H., & Hou, W. H. (2020).** Exploring the influencing factors of health literacy among older adults: A cross-sectional survey. *Medicina*, 56(7), 330.
40. **Cochran, A. L., McDonald, N. C., Prunkl, L., Vinella-Brusher, E., Wang, J., Oluyede, L., & Wolfe, M. (2022).** Transportation barriers to care among frequent health care users during the COVID pandemic. *BMC Public Health*, 22(1), 1-10.
41. **Cockrell, H., Wayne, D., Wandell, G., Wang, X., Greenberg, S. L., Kieran, K., ... & Bonilla-Velez, J. (2022).** Understanding hispanic patient satisfaction with telehealth during COVID-19. *Journal of Pediatric Surgery*.

42. **Corscadden, L., Levesque, J. F., Lewis, V., Strumpf, E., Breton, M., & Russell, G. (2018).** Factors associated with multiple barriers to access to primary care: an international analysis. *International journal for equity in health*, 17(1), 1-10.
43. **Cron Dahl, K., & Eklund Karlsson, L. (2016).** The nexus between health literacy and empowerment: a scoping review. *Sage Open*, 6(2), 2158244016646410.
44. **Dagger, T. S., Sweeney, J. C., & Johnson, L. W. (2007).** A hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of service research*, 10(2), 123-142.
45. **Danhieux, K., Martens, M., Colman, E., Wouters, E., Remmen, R., Van Olmen, J., & Anthierens, S. (2021).** What makes integration of chronic care so difficult? A macro-level analysis of barriers and facilitators in Belgium. *International Journal of Integrated Care*, 21(4).
46. **Daniels, N. (1982).** Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 51-81.
47. **Darzi, M. A., Islam, S. B., Khursheed, S. O., & Bhat, S. A. (2023).** Service quality in the healthcare sector: a systematic review and meta-analysis. *LBS Journal of Management & Research*, (ahead-of-print).
48. **Dawkins, B, Renwick, C, Ensor, T, Shinkins, B, Jayne, D, Meads, D. (2021)** What factors affect patients' ability to access healthcare? An overview of systematic reviews. *Trop Med Int Health*. 2021; 26: 1177– 1188
49. **De Wispelaere, F., & Berki, G. (2021).** The role and limits of the European Health Insurance Card:(Too) great expectations?. *Journal of European Social Policy*, 31(4), 424-431.
50. **Dhai, A. (2020).** Justice in healthcare: the South African promise. *Social Dynamics*, 46(3), 434-448.
51. **Di Novi, C., Leporatti, L., & Montefiori, M. (2020).** Older patients and geographic barriers to pharmacy access: When nonadherence translates to an

- increased use of other components of health care. *Health economics*, 29, 97-109.
52. **Diamond N. J., & Hall-Partyka A. (2022).** Is There a Right to Health in US?. In *Laws of Medicine* (pp. 533-540). Springer, Cham.
53. **Doetsch, J. N., Schlösser, C., Barros, H., Shaw, D., Krafft, T., & Pilot, E. (2023).** A scoping review on the impact of austerity on healthcare access in the European Union: rethinking austerity for the most vulnerable. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 1-13.
54. **Donabedian, A. (1972).** Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103-154.
55. **Donabedian, A. (1986).** Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. *QRB - Quality Review Bulletin*, 12(3), 99–108
56. **Donabedian, A. (1988).** The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*, 260(12), 1743-1748.
57. **Drapkina, O., da Graça Freitas, M., Mikkelsen, B., Breda, J., Salakhov, E., Lopatina, M., ... & World Health Organization. (2019).** The WHO European Action Network on Health Literacy for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. *Public health panorama*, 5(2-3), 197-200.
58. **Dunn, P., & Hazzard, E. (2019).** Technology approaches to digital health literacy. *International journal of cardiology*, 293, 294-296.
59. **Dussault, G., & Franceschini, M. C. (2006).** Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human resources for health*, 4(1), 1-16.
60. **Echeverry O. (2012)** The fiction of health Services. *Colomb Med (Cali)*. 2012 Jun 30;43(2):185-8
61. **El-Yousfi, S., Jones, K., White, S., & Marshman, Z. (2020).** A rapid review of barriers to oral healthcare for people with protected characteristics. *British dental journal*, 228(11), 853-858.

62. **Endeshaw, B. (2021).** Healthcare service quality-measurement models: a review. *Journal of Health Research*, 35(2), 106-117.
63. **Erkan, I., Unal, M. (2022).** Total quality management practices in health services. *Research Journal of Business and Management (RJBM)*, 9(4), 197-205
64. **Esteves, R., Mitchener, K. J., Nencka, P., & Thomasson, M. A. (2022).** Do Pandemics Change Healthcare? Evidence from the Great Influenza (No. w30643). National Bureau of Economic Research.
65. **European Patients' Forum /EPF (2016)** Defining and Measuring Access to Healthcare: the Patients' Perspective Position Statement, March 2016
66. **European Patients' Forum /EPF (2020)** THE VALUE AND PRICING OF INNOVATIVE MEDICINES Διαθέσιμο στο: https://www.eu-patient.eu/news/latest-epf-news/2020/position-pricing/Πρόσβαση_στις_14/05/2023
67. **Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013).** Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 546-546A.
68. **Evans, M. V., Andréambeloston, T., Randriamihaja, M., Ihantamalala, F., Cordier, L., Cowley, G., ... & Garchitorena, A. (2022).** Geographic barriers to care persist at the community healthcare level: evidence from rural Madagascar. *PLOS Global Public Health*, 2(12), e0001028.
69. **Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) (2016),** Report on Access to Health Services in the European Union, 3 May 2016
70. **Ferreira, D. C., Vieira, I., Pedro, M. I., Caldas, P., & Varela, M. (2023, February).** Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 5, p. 639). MDPI.
71. **FRA (2013)** European Union. Agency for Fundamental Rights. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. European Union Agency for Fundamental Rights.

72. **Fragkiadakis, G. F., Tsatinian, A., (2023).** Evaluation of Outpatient Access to the Greek Health System Considering the Constraints of the COVID-19 Pandemic. *Cureus*, 15(3).
73. **Frazier, T. L., Lopez, P. M., Islam, N., Wilson, A., Earle, K., Duliepre, N., ... & Thorpe, L. E. (2023).** Addressing Financial Barriers to Health Care Among People Who are Low-Income and Insured in New York City, 2014–2017. *Journal of Community Health*, 48(2), 353-366.
74. **Frenk J. (1992)** The concept and measurement of accessibility. In: White KL, editor. *Health Services Research: an Anthology*, Vol. Scientific Publication No. 534. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1992. p. 842-55.
75. **Frost, D. M. (2011).** Social stigma and its consequences for the socially stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824-839.
76. **Fullman, N., Yearwood, J., Abay, S. M., Abbafati, C., Abd-Allah, F., Abdela, J., ... & Chang, H. Y. (2018).** Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 391(10136), 2236-2271.
77. **Furr-Holden D, Carter-Pokras O, Kimmel M, and Mouton C.(2020).** Access to care during a global health crisis. *HealthEquity* 4, 150–157
78. **Garben, S. (2019).** The European pillar of social rights: An assessment of its meaning and significance. *Cambridge Yearbook of European Legal Studies*, 21, 101-127.
79. **Garchitorena, A., Ihantamalala, F. A., Révillion, C., Cordier, L. F., Randriamihaja, M., Razafinjato, B., ... & Bonds, M. H. (2021).** Geographic barriers to achieving universal health coverage: evidence from rural Madagascar. *Health Policy and Planning*, 36(10), 1659-1670.
80. **García-Corcheró, J. D., & Jiménez-Rubio, D. (2022).** Waiting times in healthcare: equal treatment for equal need?. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 1-14.

81. **Gayim E. (2016).** The discourse on human rights and the international regime of human rights. *Nordicum-Mediterraneum*, 11(3).
82. **Germani, F., März, J. W., Clarinval, C., & Biller-Andorno, N. (2022).** Economic sanctions, healthcare and the right to health. *BMJ Global Health*, 7(7), e009486.
83. **Giannouchos, T. V., Vozikis, A., Koufopoulou, P., Fawkes, L., & Souliotis, K. (2020).** Informal out-of-pocket payments for healthcare services in Greece. *Health Policy*, 124(7), 758–764
84. **Gilardino, R. E., Valanzasca, P., & Rifkin, S. B. (2022).** Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries. *Archives of Public Health*, 80(1), 1-11.
85. **GIVMED & IKHII (2020)** Οδηγός ενδυνάμωσης επαγγελματιών υγείας για τα δικαιώματα των πολιτών στο φάρμακο και τις υπηρεσίες υγείας
86. **Gong, N., Meng, Y., Hu, Q., Du, Q., Wu, X., Zou, W., ... & Zhang, M. (2022).** Obstacles to access to community care in urban senior-only households: a qualitative study. *BMC geriatrics*, 22(1), 122.
87. **Goodwin, N., Stein, V., Amelung, V. (2021).** What is Integrated Care?. In: Amelung, V., Stein, V., Suter, E., Goodwin, N., Nolte, E., Balicer, R. (eds) *Handbook Integrated Care*. Springer, Cham
88. **Goula, A., Stamouli, M. A., Alexandridou, M., Vorreakou, L., Galanakis, A., Theodorou, G., ... & Kaba, E. (2021).** Public hospital quality assessment. Evidence from Greek health setting using SERVQUAL model. *International journal of environmental research and public health*, 18(7), 3418.
89. **Grad, Frank P. (2002).** The Preamble of the Constitution of the World Health Organization.. *Bulletin of the World Health Organization*, 80 (12), 981 - 984. World Health Organization
90. **Gragoll, I., Schumann, L., Neubauer, M., Westphal, C., & Lang, H. (2021).** Healthcare avoidance: a qualitative study of dental care avoidance in Germany in terms of emergent behaviours and characteristics. *BMC Oral Health*, 21(1), 1-

- 13.
91. **Gray, A. M. (1982).** Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment. *International Journal of Health Services*, 12(3), 349–380
92. **Greer SL, Fahy N, Rozenblum S, et al., editors (2019).** Everything you always wanted to know about European Union health policies but were afraid to ask: Second, revised edition [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2019. (Health Policy Series, No. 54.) 3, EU action for health.
93. **Grembowski, D., Booshehri, L. G., & Dugan, J. (2021).** Overcoming Barriers to Access Health Care. Διαθέσιμο στο:<https://depts.washington.edu/uwchips/docs/brief-access-barriers.pdf> Πρόσβαση στις 24/04/2023
94. **Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002).** What does “access to health care” mean? *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188
95. **Gupta, I. collaboration Patel, N., (2020)** The Indian Health Care System Indrani , (editors)Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G., *International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund.*
96. **Guzman-Holst, A., DeAntonio, R., Prado-Cohrs, D., & Juliao, P. (2020).** Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine*, 38(3), 470-481.
97. **Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H., & Ahlberg, B. M. (2020).** Racism in European health care: structural violence and beyond. *Qualitative health research*, 30(11), 1662-1673.
98. **Hermer, L. D. (2022).** Healthcare Should Be a Right. In *Laws of Medicine* (pp. 541-549). Springer, Cham.
99. **Hervey, T. K., & McHale, J. V. (2015).** European Union health law. *European*

Union Health Law: Themes and Implications, 30-70.

100. **Hervey, T., & de Ruijter, A. (2020).** The dynamic potential of European Union health law. *European Journal of Risk Regulation*, 11(4), 726-735.
101. **Heymann J, Cassola A, Raub A, Mishra L. (2013)** Constitutional rights to health, public health and medical care: the status of health protections in 191 countries. *Glob Public Health*. 2013 Jul;8(6):639-53
102. **Hollander, M. A., & Greene, M. G. (2019).** A conceptual framework for understanding iatrophobia. *Patient education and counseling*, 102(11), 2091-2096.
103. **Houghton N, Bascolo E, Del Riego A.(2020)** Monitoring access barriers to health services in the Americas: a mapping of household surveys. *Rev Panam Salud Publica*. 2020 Aug 17;44:e96
104. **Huang, Y. M., Pecanac, K. E., & Shiyabola, O. O. (2020).** “Why am I not taking medications?” Barriers and facilitators of diabetes medication adherence across different health literacy levels. *Qualitative Health Research*, 30(14), 2331-2342.
105. **Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Leonard B, Lorig K, Loureiro MI, van der Meer JW, Schnabel P, Smith R, van Weel C, Smid H. (2011)** How should we define health? *BMJ*. 2011 Jul 26;343:d4163
106. **Huot, S., Ho, H., Ko, A., Lam, S., Tactay, P., MacLachlan, J., & Raanaas, R. K. (2019).** Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *International journal of circumpolar health*, 78(1), 1571385.
107. **Hussien, M., & Azage, M. (2021).** Barriers and facilitators of community-based health insurance policy renewal in low-and middle-income countries: a systematic review. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 359-375.
108. **Ihantamalala, F. A., Bonds, M. H., Randriamihaja, M., Rakotonirina, L., Herbreteau, V., Révillion, C., ... & Garchitorea, A. (2021).** Geographic

barriers to establishing a successful hospital referral system in rural Madagascar. *BMJ Global Health*, 6(12), e007145.

109. **Jahangir YT, Neiterman E, Janes CR, Meyer SB.(2020)** Healthcare access, quality of care and efficiency as healthcare performance measures: A Canadian health service view. *J Health Soc Sci*. 2020;5(3):309-316
110. **Jeffers, H., & Baker, M. (2016).** Continuity of care: still important in modern-day general practice. *British Journal of General Practice*, 66(649), 396-397.
111. **Kaiser, J. L., McGlasson, K. L., Rockers, P. C., Fong, R. M., Ngoma, T., Hamer, D. H., ... & Scott, N. A. (2019).** Out-of-pocket expenditure for home and facility-based delivery among rural women in Zambia: a mixed-methods, cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 411-430.
112. **Kalaja, R. (2023).** Determinants of Patient Satisfaction with Health Care: A Literature Review. *European Journal of Natural Sciences and Medicine*, 6(1), 41-52.
113. **Kalogeropoulos, D., & Charalambous, G. (2019).** QUALITY AND EFFICIENCY IN THE PUBLIC HEALTH CARE SECTOR IN GREECE
QUALITY AND EFFICIENCY IN HEALTHCARE. *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 8(1 January-March 2019), 22-34.
114. **Kamimura, A., Panahi, S., Ahmmad, Z., Pye, M., & Ashby, J. (2018).** Transportation and other nonfinancial barriers among uninsured primary care patients. *Health services research and managerial epidemiology*, 5, 2333392817749681.
115. **Kapiriri, L., & Razavi, S. D. (2022).** Equity, justice, and social values in priority setting: a qualitative study of resource allocation criteria for global donor organizations working in low-income countries. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 1-13.
116. **Karačić, J., Vidak, M., & Marušić, A. (2021).** Reporting violations of European Charter of Patients' Rights: analysis of patient complaints in

Croatia. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 1-10.

117. **Karamanou, M., Tsoucalas, G., Papaioannou, T. G., & Sfikakis, P. (2019).** Healthcare policy in Ancient Greece: Insights from the Golden Age of Athens (5th century BC) may be useful for medical care in the 21st century.
118. **Karpe, A., Nguyen, C. D. T., Raza, Z., Yan, J., Murphy, N., & O'Brien, B. (2023).** Times Constraints, Lack of Confidence in Treatment, Stigma, and Confidentiality Concerns: Barriers to Care Among First-year Internal Medicine Residents During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychiatric Practice*®, 29(1), 11-14.
119. **Kassas, P., Gogou, E., Varsamas, C., Vogiatzidis, K., Psatha, A., Pinaka, M., ... & Gourgoulianis, K. I. (2022, November).** The Alonissos Study: Cross-Sectional Study of the Community Respiratory Health Status in a Greek Healthcare Access Underprivileged Island. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 12, p. 2338). MDPI.
120. **Kavanagh, M.M. (2016)** The Right to Health: Institutional Effects of Constitutional Provisions on Health Outcomes. *St Comp Int Dev* 51, 328–364 (2016)
121. **Kervin, L., Teo, K., Churchill, R., Riadi, I., & Cosco, T. D. (2021).** Barriers in health and social care access and navigation for elder orphans: a scoping review protocol. *BMJ open*, 11(5), e043876.
122. **Khan, N. (2022).** Listen to Your Patient. *British Journal of General Practice*, 72(725), 555-555.
123. **Khashoggi, B. F., & Murad, A. (2020).** Issues of healthcare planning and GIS: a review. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 9(6), 352.
124. **King Jr, M. L. (1963).** Letter from Birmingham Jail (1963). Martin Luther King Jr., Malcolm X, and the Civil Rights Struggle of the 1950s and 1960s: A Brief History with Documents.
125. **Kiselev, N., Pfaltz, M., Haas, F., Schick, M., Kappen, M., Sijbrandij, M., ... & Morina, N. (2020).** Structural and socio-cultural barriers to accessing mental

healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. *European journal of psychotraumatology*, 11(1), 1717825.

126. **Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019).** Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833-839.
127. **Kontopantelis, E., Roland, M. & Reeves, D. (2010)** Patient experience of access to primary care: identification of predictors in a national patient survey. *BMC Fam Pract* 11, 61
128. **Kooshkebaghi, M., Emamgholipour, S., & Dargahi, H. (2022).** Explaining specific taxes management and use in the health sector: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1220.
129. **Kortese, L. (2016).** Exploring professional recognition in the EU: a legal perspective. *Journal of international Mobility*, 4(1), 43-58.
130. **Koukouli, S., Vlachonikolis, I. G., & Philalithis, A. (2002).** Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Services Research*, 2(1), 1-13.
131. **Kourachanis N. (2021).** Social change and the Greek welfare state crisis (2010–2020). *Journal of Social Change*, 13, 45– 57
132. **Krennerich, M. (2018).** The Human Right to Health. *Menschenrechte in der Medizin | Human Rights in Healthcare | Volume 4* edited by Prof. Dr. Dr. Heiner Bielefeldt and Prof. Dr. Andreas Frewer, MA, 9, 23.
133. **Kuye, O. L., & Akinwale, O. E. (2021).** Conundrum of bureaucratic processes and healthcare service delivery in government hospitals in Nigeria. *Journal of Humanities and Applied Social Sciences*, 3(1), 25-48.
134. **Laporte, R., Hadji, K., Schwartz, M., Tardieux, P. M., Bedrani, Z., Piegay, E., ... & Gentile, S. (2022).** Lack of pediatricians in sociomedical units (PASS) in France. *Archives de Pédiatrie*, 29(7), 534-536.
135. **Lee, J., & Tak, S. H. (2022).** Factors associated with eHealth literacy focusing on digital literacy components: A cross-sectional study of middle-aged adults in

South Korea. *Digital Health*, 8, 20552076221102765.

136. **Legido-Quigley, H., Glinos, I., Baeten, R., & McKee, M. (2007).** Patient mobility in the European Union. *Bmj*, 334(7586), 188-190.
137. **Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013).** Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12(1), 1-9.
138. **Levi, M., Bossù, M., Luzzi, V., Semprini, F., Salaris, A., Ottaviani, C., ... & Polimeni, A. (2022).** Breathing out dental fear: A feasibility crossover study on the effectiveness of diaphragmatic breathing in children sitting on the dentist's chair. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 32(6), 801-811.
139. **Levitas, A. (2020).** Understanding Health-seeking Behaviors and Barriers to Healthcare Access Among Ukrainian Migrant Women Working in the Domestic Sector in Warsaw, Poland (a Qualitative Study).
140. **Liang, C., Mei, J., Liang, Y., Hu, R., Li, L., & Kuang, L. (2019).** The effects of gatekeeping on the quality of primary care in Guangdong Province, China: a cross-sectional study using primary care assessment tool-adult edition. *BMC family practice*, 20(1), 1-12.
141. **Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., ... & Zhang, X. (2020).** What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family medicine and community health*, 8(2).
142. **Liu, S., Li, G., Liu, N., & Hongwei, W. (2021).** The impact of patient satisfaction on patient loyalty with the mediating effect of patient trust. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 58, 00469580211007221.
143. **Lucinda, G. contributions Woods, M.(2020)** , *The Australian Health Care System* (editors)Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., & Wharton, G., *International profiles of health care systems. The Commonwealth Fund.*

144. **Lyngsø, A. M., Godtfredsen, N. S., & Frølich, A. (2016).** Interorganisational integration: Healthcare professionals' perspectives on barriers and facilitators within the Danish healthcare system. *International Journal of Integrated Care*, 16(1).
145. **Macassa, G., McGrath, C., Rashid, M., & Soares, J. (2021).** Structural violence and health-related outcomes in Europe: a descriptive systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6998.
146. **Maqbool, S., Shan, H., Qureshi, I., & Shaheen, L. (2022).** Barriers to use contraceptive methods among post abortion clients in Sargodha, Pakistan: a qualitative study. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 22(1), 220-226.
147. **Marcus, K., Balasubramanian, M., Short, S., & Sohn, W. (2022).** Culturally and linguistically diverse (CALD): terminology and standards in reducing healthcare inequalities. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 46(1), 7-9.
148. **Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP.(2018)** Canada's universal health-care system: achieving its potential. *Lancet*. 2018 Apr 28;391(10131):1718-1735
149. **Matin, B. K., Williamson, H. J., Karyani, A. K., Rezaei, S., Soofi, M., & Soltani, S. (2021).** Barriers in access to healthcare for women with disabilities: a systematic review in qualitative studies. *BMC women's health*, 21, 1-23.
150. **Maxwell, R. J. (1984).** Quality assessment in health. *British medical journal (Clinical research ed.)*, 288(6428), 1470.
151. **McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A. (2019)** Defining health and health inequalities. *Public Health*. 2019 Jul;172:22-30
152. **McCartney, G., Hearty, W., Arnot, J., Popham, F., Cumbers, A., & McMaster, R. (2019).** Impact of political economy on population health: a systematic review of reviews. *American journal of public health*, 109(6), e1-e12.
153. **McGibbon, E., Etowa, J., & McPherson, C. (2008).** Health-care access as a

social determinant of health. *Canadian Nurse*, 104(7).

154. **McGowan, A. K., Lee, M. M., Meneses, C. M., Perkins, J., & Youdelman, M. (2016).** Civil rights laws as tools to advance health in the twenty-first century. *Annual Review of Public Health*, 37, 185-204.
155. **McHale J. (2010).** **Fundamental rights and health care.** In **E. Mossialos, G. Permanand, R. Baeten, & T. Hervey (Eds.)**, *Health Systems Governance in Europe: The Role of European Union Law and Policy (Health Economics, Policy and Management*, pp. 282-314). Cambridge: Cambridge University Press
156. **McLaughlin, C. G., & Wyszewianski, L. (2002).** Access to care: remembering old lessons. *Health services research*, 37(6), 1441-1443.
157. **Mecikalski MB. (2011)** Right to health care. What does that mean? *J Clin Sleep Med* 2011;7(5):437.
158. **Meier BM, Evans DP, Phelan A. (2020)** Rights-Based Approaches to Preventing, Detecting, and Responding to Infectious Disease. *Infectious Diseases in the New Millennium*. 2020 May 16;82:217–53
159. **Meyer, M. A. (2020).** Qualifications and skills required for patient experience positions. *Journal of Patient Experience*, 7(6), 1535-1542.
160. **Mirza, M., Goyal, T., & Goyal, L. (2023).** Barrier-Free Healthcare Design for Patients with Disabilities. In *A Guide to Hospital Administration and Planning* (pp. 251-266). Singapore: Springer Nature Singapore.
161. **Miteva, D., Georgiadis, F., McBroom, L., Noboa, V., Quednow, B. B., Seifritz, E., ... & Egger, S. T. (2022).** Impact of language proficiency on mental health service use, treatment and outcomes:" Lost in Translation". *Comprehensive Psychiatry*, 114, 152299.
162. **Mona, H., Andersson, L., Hjern, A., & Ascher, H. (2021).** Barriers to accessing health care among undocumented migrants in Sweden-a principal component analysis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-11.
163. **Mossialos, E., Baeten, R., Permanand, G., & Hervey, T. K. (Eds.).**

- (2010). Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge University Press.
164. **Mukhtar, F., Anjum, A., Bajwa, M. A., Shahzad, S., Hamid, S., Masood, Z. M., & Mustafa, R. (2013).** PATIENT SATISFACTION;: OPD services in a Tertiary Care Hospital of Lahore. *The Professional Medical Journal*, 20(06), 973-980.
 165. **Nabbe, M., & Brand, H. (2021, December).** The European Health Union: European Union's Concern about Health for All. Concepts, Definition, and Scenarios. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 12, p. 1741). MDPI.
 166. **Nampewo, Z., Mike, J.H. & Wolff, J. (2022)** Respecting, protecting and fulfilling the human right to health. *Int J Equity Health* 21, 36 (2022)
 167. **Nandagiri, R., Coast, E., & Strong, J. (2020).** COVID-19 and Abortion: Making Structural Violence Visible. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(Supplement 1), 83–89
 168. **National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine;** National Academy of Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030; Flaubert JL, Le Menestrel S, Williams DR, et al., editors. *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021 May 11. 2, Social Determinants of Health and Health Equity. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573923/>
 169. **Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, Vergés N, Pasarín MI. (2006)** Politics and health outcomes. *Lancet*. 2006 Sep 16;368(9540):1033-7
 170. **Nisar, M., Khan, A., & Kolbe-Alexander, T. L. (2022).** ‘Cost, culture and circumstances’: Barriers and enablers of health behaviours in South Asian immigrants of Australia. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), e3138-e3149.
 171. **Norris TL, Aiken M. (2006)** Personal access to health care: a concept analysis.

Public Health Nurs. 2006 Jan-Feb;23(1):59-66

172. **Nunes R, Nunes SB, Rego G. (2017)** Health care as a universal right. *Z Gesundh Wiss.* 2017;25(1):1-9
173. **Oben, P. (2020).** Understanding the patient experience: a conceptual framework. *Journal of patient experience*, 7(6), 906-910.
174. **Odhiambo, A. J., O'Campo, P., Nelson, L. R. E., Forman, L., & Grace, D. (2023).** Structural violence and the uncertainty of viral undetectability for African, Caribbean and Black people living with HIV in Canada: an institutional ethnography. *International journal for equity in health*, 22(1), 1-19.
175. **OECD (2019),** *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en>.
176. **OECD (2021 α),** *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
177. **OECD (2021 β)** *The territorial impact of COVID-19: Managing the crisis and recovery across levels of government*, OECD Publishing, 2021
178. **OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021),** *Greece: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris
179. **OECD/European Union (2022),** *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris
180. **OECD/WHO (2022 α),** "The health impact of COVID-19", in *Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris
181. **OECD/WHO (2022 β),** *Health at a Glance: Asia/Pacific 2022: Measuring Progress Towards Universal Health Coverage*, OECD Publishing, Paris,
182. **OECD| European Union. (2018).** *Health at a glance: Europe 2018 state of health in the EU cycle.* OECD.

183. **Ognyanova, D., Maier, C. B., Wismar, M., Girasek, E., & Busse, R. (2012).** Mobility of health professionals pre and post 2004 and 2007 EU enlargements: evidence from the EU project PROMeTHEUS. *Health Policy*, 108(2-3), 122-132.
184. **O'Gorman, R. (2011).** The ECHR, the EU and the weakness of social rights protection at the European level. *German law journal*, 12(10), 1833-1861.
185. **OHCHR & WHO (2008).** The Right to Health–Fact Sheet No. 31.
186. **Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2019).** *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (p. 764). Policy Press.
187. **Okan, O., Messer, M., Levin-Zamir, D., Paakkari, L., & Sørensen, K. (2022).** Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. *Health Promotion International*.
188. **Okan, O., Paakkari, L., Aagaard-Hansen, J., Weber, M., Barnekow, V., & World Health Organization. (2021).** Health literacy in the context of health, well-being and learning outcomes-the case of children and adolescents in schools: concept paper.
189. **Okoi, N. O., & Etim, J. J. (2021).** Nosophobia, hypochondriasis, and willingness of people to seek healthcare amidst the COVID-19 pandemic in Calabar Metropolis of Cross River State, Nigeria. *Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences*, 12(1), 36-42.
190. **Olani, A. B., Olani, A. B., Muleta, T. B., Rikitu, D. H., & Disassa, K. G. (2023).** Impacts of language barriers on healthcare access and quality among Afaan Oromoo-speaking patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1-12.
191. **Oleribe OO, Ukwedeh O, Burstow NJ, Gomaa AI, Sonderup MW, Cook N, Waked I, Spearman W, Taylor-Robinson SD. (2018)** Health: redefined. *Pan Afr Med J.* 2018 Aug 24;30:292
192. **Oliver A, Mossialos E. (2004)** Equity of access to health care: outlining the

- foundations for action. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Aug;58(8):655-8
193. **Oliver J. & Maas P.L. (1939)** *Bulletin of the History of Medicine*; Baltimore, Md. Vol. 7, (Jan 1, 1939): 315.
 194. **Oliver TR. (2006)** The politics of public health policy. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:195-233
 195. **Orzechowski, M., Nowak, M., Bielińska, K., Chowaniec, A., Doričić, R., Ramšak, M., ... & Steger, F. (2020)**. Social diversity and access to healthcare in Europe: how does European Union's legislation prevent from discrimination in healthcare?. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10.
 196. **Palm, W., & Glinos, I. A. (2010)**. Κεφάλαιο 12 Enabling patient mobility in the EU: between free movement and coordination. Στο Mossialos, E., Baeten, R., Permanand, G., & Hervey, T. K. (Eds.). (2010). *Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy*. Cambridge University Press.
 197. **Palm, W., Webb, E., Hernández-Quevedo, C., Scarpetti, G., Lessof, S., Siciliani, L., & van Ginneken, E. (2021)**. Gaps in coverage and access in the European Union. *Health Policy*, 125(3), 341-350.
 198. **Papadimos, T.J.(2007)** Healthcare access as a right, not a privilege: a construct of Western thought. *Philos Ethics Humanit Med* 2, 2 (2007)
 199. **Patel, P., Bernays, S., Dolan, H., Muscat, D. M., & Trevena, L. (2021)**. Communication experiences in primary healthcare with refugees and asylum seekers: a literature review and narrative synthesis. *International journal of environmental research and public health*, 18(4), 1469
 200. **Paxman, J., Manning, J., & James, M. (2017)**. *The Fear of Finding Out: Identifying psychological barriers to diagnosis in the UK*. London: 2020Health.org Available at: <http://www.2020health.org/2020health/Publications/Publications-2017/FOFO.html> Accessed, 25(9), 18.
 201. **Pearn J. (2000)** Patera in Aere. Symbols of the goddess of health on coins and medals. *Vesalius*. 2000 Jun;6(1):51-4.

202. **Peeters, M., McKee, M., & Merkur, S. (2010).** EU law and health professionals. Στο Mossialos, E., Baeten, R., Permanand, G., & Hervey, T. K. (Eds.). (2010). Health systems governance in Europe: the role of European Union law and policy. Cambridge University Press.
203. **Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981).** The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 127-140.
204. **Pereira, A. (2003).** Live and let live: Healthcare is a fundamental human right. *Conn. Pub. Int. LJ*, 3, 481.
205. **Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur Rahman, M. (2008).** Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.
206. **Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (2021)** Patient Experience Survey Barriers to Health Care Access in the Patient Experience Διαθέσιμο στο https://phrma.org/-/media/Project/PhRMA/PhRMA-Org/PhRMA-Org/PDF/P-R/PES-Report_100621_Final.pdf Πρόσβαση στις 21/04/2023
207. **Pierrakos, G., Yiovannis, A., Latou, D., Goula, A., Pateras, J., & Sarris, M. (2015, May).** Measurement of the satisfaction in Greece outpatients departments of public hospitals. In 4th International Conference in Quantitative and Qualitative Methodologies in the Economic and Administrative Sciences.
208. **Pillay N. (2021).** The Promise of the EU Charter of Fundamental Rights (and Brexit) on the Implementation of Economic and Social Rights among EU Member States. *Laws* 10: 31
209. **Plianbangchang, S. (2018),** "Health and disease concepts: an approach to health development", *Journal of Health Research*, Vol. 32 No. 5, pp. 384-386
210. **Pujolar, G., Oliver-Anglès, A., Vargas, I., & Vázquez, M. L. (2022).** Changes in access to health services during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1749.
211. **Rewerska-Juśko, M., & Rejdak, K. (2022, February).** Social stigma of patients

- suffering from COVID-19: challenges for health care system. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 2, p. 292). MDPI.
212. **Rhodes, K.V., Samuels-Kalow, M.E. (2021).** Access to Care: Access Is a Prerequisite to Quality. In: Alter, H.J., Dalawari, P., Doran, K.M., Raven, M.C. (eds) *Social Emergency Medicine*. Springer, Cham
 213. **Richman, B. D., & Schulman, K. A. (2022).** Are Patient Satisfaction Instruments Harming Both Patients and Physicians?. (Abstract) *JAMA*, 328(22), 2209-2210.
 214. **Ricketts TC, Goldsmith LJ. (2005)** Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nurs Outlook*. 2005 Nov-Dec;53(6):274-80
 215. **Rivenbark, J. G., & Ichou, M. (2020).** Discrimination in healthcare as a barrier to care: experiences of socially disadvantaged populations in France from a nationally representative survey. *BMC Public Health*, 20(1), 1-10.
 216. **RobatSarpooshi, D., Mahdizadeh, M., Alizadeh Siuki, H., Haddadi, M., Robatsarpooshi, H., & Peyman, N. (2020).** The relationship between health literacy level and self-care behaviors in patients with diabetes. *Patient related outcome measures*, 129-135.
 217. **Rosenkötter, N., Clemens, T., Sørensen, K. et al.(2013)** Twentieth anniversary of the European Union health mandate: taking stock of perceived achievements, failures and missed opportunities – a qualitative study. *BMC Public Health* 13, 1074 (2013).
 218. **Ruano, A. L., Rodríguez, D., Rossi, P. G., & Maceira, D. (2021).** Understanding inequities in health and health systems in Latin America and the Caribbean: a thematic series. *International journal for equity in health*, 20(1), 1-4.
 219. **Runtu, T. M., Novieastari, E., & Handayani, H. (2019).** How does organizational culture influence care coordination in hospitals? A systematic review. *Enfermería Clínica*, 29, 785-802.
 220. **Säilä, T., Mattila, E., Kaila, M., Aalto, P., & Kaunonen, M. (2008).** Measuring patient assessments of the quality of outpatient care: a systematic review. *Journal*

of evaluation in clinical practice, 14(1), 148-154.

221. **Salay, R., & Lincoln, P. (2008).** Health impact assessments in the European Union. *The Lancet*, 9641(372), 860-861.
222. **Salkever, D. S. (1976).** Accessibility and the demand for preventive care. *Social Science & Medicine* (1967), 10(9-10), 469-475.
223. **Sartorius N. (2006)** The meanings of health and its promotion. *Croat Med J.* 2006 Aug;47(4):662-4
224. **Schiffer, K.& Schatz, E. (2008)** Marginalisation, social inclusion and health; experiences based on the work of Correlation - European Network Social Inclusion & Health. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC Διαθέσιμο στο https://www.drugsandalcohol.ie/11927/1/Correlation_marginalisation_web.pdf
Πρόσβαση στις 08/04/2023
225. **Schnabel, L. (2018).** Sexual Orientation and Social Attitudes. *Socius*, 4
226. **Schwarz, D., Hirschhorn, L. R., Kim, J. H., Ratcliffe, H. L., & Bitton, A. (2019).** Continuity in primary care: a critical but neglected component for achieving high-quality universal health coverage. *BMJ global health*, 4(3), e001435.
227. **Schweikart, S. J. (2018).** AMA Code of Medical Ethics' Opinions Related to a Physician's Power to Name. *AMA Journal of Ethics*, 20(12), 1139-1142.
228. **Selvaraj, P., Muthu, S., Jeyaraman, N., Prajwal, G. S., & Jeyaraman, M. (2022).** Incidence and severity of SARS-CoV-2 virus post COVID-19 vaccination: A cross-sectional study in India. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 14, 100983.
229. **Shahid, M., Shum, J. H., Tadakamadla, S. K., Kroon, J., & Peres, M. A. (2021).** Theoretical evidence explaining the relationship between socio-demographic and psychosocial barriers on access to oral health care among adults: A scoping review. *Journal of Dentistry*, 107, 103606.
230. **Shahid, R., Shoker, M., Chu, L. M., Frehlick, R., Ward, H., & Pahwa, P.**

- (2022). Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1-9.
231. **Shapiro, J. (2018)**. "Violence" in medicine: necessary and unnecessary, intentional and unintentional. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 13(1), 7.
232. **Shubayr, M. A., Kruger, E., & Tennant, M. (2022)**. Geographic accessibility to public dental practices in the Jazan region of Saudi Arabia. *BMC Oral Health*, 22(1), 249.
233. **Smith, B., & Magnani, J. W. (2019)**. New technologies, new disparities: the intersection of electronic health and digital health literacy. *International journal of cardiology*, 292, 280-282.
234. **Soares, P., Leite, A., Esteves, S., Gama, A., Laires, P. A., Moniz, M., ... & Dias, S. (2021)**. Factors associated with the patient's decision to avoid healthcare during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 18(24), 13239.
235. **Soltani, S., Takian, A., Sari, A. A., Majdzadeh, R., & Kamali, M. (2017)**. Cultural barriers in access to healthcare services for people with disability in Iran: A qualitative study. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 31, 51.
236. **Souliotis K., Hasardzhiev S. Agapidaki E. (2016)**. A Conceptual Framework of Mapping Access to Health Care across EU Countries: The Patient Access Initiative. *Public health genomics*. 19. 153-159
237. **Stachteas, P., & Stachteas, F. (2020)**. Η πανδημία Covid-19 ως παράγοντας επιδείνωσης των ανισοτήτων υγείας. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 154, 129–148.
238. **Stangl, A. L., Earnshaw, V. A., Logie, C. H., Van Brakel, W., C. Simbayi, L., Barré, I., & Dovidio, J. F. (2019)**. The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC medicine*, 17, 1-13.
239. **Streuli, S., Garfein, R. S., Gaines, T., & Fielding-Miller, R. (2023)**. COVID-19

Disproportionately Impacts Access to Basic Needs among Households with Disabled Members. *Disability and Health Journal*, 101443.

240. **Svalastog, A. L., Donev, D., Jahren Kristoffersen, N., & Gajović, S. (2017).** Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian medical journal*, 58(6), 431–435
241. **Swihart DL, Yarrarapu SNS, Martin RL. Cultural Religious Competence In Clinical Practice. [Updated 2022 Nov 14].** In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493216/>
242. **Tackett, S., Young, J. H., Putman, S., Wiener, C., Deruggiero, K., & Bayram, J. D. (2018, July).** Barriers to healthcare among Muslim women: a narrative review of the literature. In *Women's studies international forum* (Vol. 69, pp. 190-194). Pergamon.
243. **Tannock, G. W. (2006).** Hygeia versus asclepius. *FUTURE MICROBIOLOGY VOL. 1, NO. 4 EDITORIAL*
244. **Tharumia Jagadeesan, C., & Wirtz, V. J. (2021).** Geographical accessibility of medicines: a systematic literature review of pharmacy mapping. *Journal of pharmaceutical policy and practice*, 14(1), 1-13.
245. **Tountas Y.(2009)** The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. *Health Promot Int.* 2009 Jun;24(2):185-92
246. **Traeger, A. C., Buchbinder, R., Elshaug, A. G., Croft, P. R., & Maher, C. G. (2019).** Care for low back pain: can health systems deliver?. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 423.
247. **Tuczyńska, M., Matthews-Kozanecka, M., & Baum, E. (2021).** Accessibility to non-COVID health services in the world during the COVID-19 pandemic. *Frontiers in public health*, 9.
248. **Upadhyai, R., Jain, A. K., Roy, H., & Pant, V. (2019).** A review of healthcare service quality dimensions and their measurement. *Journal of Health*

Management, 21(1), 102-127.

249. **Verulava, T. (2021).** Access to Healthcare as a Fundamental Right or Privilege?. *Siriraj Medical Journal*, 73(10), 721-726.
250. **Villar Uribe, M., Escobar, M. L., Ruano, A. L., & Iunes, R. F. (2021).** Realizing the right to health in Latin America, equitably. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 1-6.
251. **Votta M, Quaggia D, Cardillo M. (2021)** The relevance of the european charter of patients' rights as a tool for advocacy in the framework of the covid-19 pandemic. *Clin Case Rep J.* 2021;2(1):1-4.
252. **Walters, J. K., Sharma, A., Malica, E., & Harrison, R. (2022).** Supporting efficiency improvement in public health systems: a rapid evidence synthesis. *BMC Health Services Research*, 22(1), 293.
253. **Watson, J. C. (2019, September).** Talking the talk: enhancing clinical ethics with health literacy best practices. In *HEC Forum* (Vol. 31, pp. 177-199). Springer Netherlands.
254. **Whitaker, K. L., Krystallidou, D., Williams, E. D., Black, G., Vindrola-Padros, C., Braun, S., & Gill, P. (2022).** Addressing language as a barrier to healthcare access and quality. *British Journal of General Practice*, 72(714), 4-5.
255. **WHO (2015).** Global standards for quality health-care services for adolescents volume 1: standards and criteria a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents,WHO Library Cataloguing-in-Publication Data .Διαθέσιμο στο https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol1_eng.pdf. Πρόσβαση στις 26/02/23
256. **WHO (2021).** Patient satisfaction and experience at migrant health centres in Turkey (No. WHO/EURO: 2021-2488-42244-58324). World Health Organization. Regional Office for Europe.
257. **WHO Regional Office for Europe. (2018).** Addressing informal payments in the

Greek health system. World Health Organization. Regional Office for Europe.

258. **WHO(2017)**. Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings (No. WHO/FWC/GER/17.4). World Health Organization.
259. **Zaid, A. A., Arqawi, S. M., Mwais, R. M. A., Al Shobaki, M. J., & Abu-Naser, S. S. (2020)**. The impact of Total quality management and perceived service quality on patient satisfaction and behavior intention in Palestinian healthcare organizations. *Technology Reports of Kansai University*, 62(03), 221-232.
260. **Zaman, N., Mujahid, K., Ahmed, F., Mahmud, S., Naeem, H., Riaz, U., ... & Cox, B. (2022)**. What are the barriers and facilitators to seeking help for mental health in NHS doctors: a systematic review and qualitative study. *BMC psychiatry*, 22(1), 595.
261. **Zhang, Y., Li, Q., & Liu, H. (2020)**. From patient satisfaction to patient experience: a call to action for nursing in China. *Journal of Nursing Management*, 28(2), 450-456.
262. **Zissi, A., & Chtouris, S. (2020)**. Η πανδημία Covid-19: Επιταχυντής των ανισοτήτων και εγκαταστάτης νέων μορφών ανισοτήτων. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 154, 65-73
263. **Zygiaris, S., Hameed, Z., Ayidh Alsubaie, M., & Ur Rehman, S. (2022)**. Service quality and customer satisfaction in the post pandemic world: A study of Saudi auto care industry. *Frontiers in Psychology*, 13, 690.

Ιστοσελίδες

1. WHO Constitution

Διαθέσιμο στο :<https://www.who.int/about/governance/constitution> Πρόσβαση στις 01/11/2022

2. Universal Declaration of Human Rights
 Διαθέσιμο στο: <https://www.ohchr.org/sites/default/files/UDHR /Documents /UDHRTranslations/eng.pdf>. Πρόσβαση στις 01/11/2022

3. The right to health EDITORIAL| VOLUME 392, ISSUE 10164, P2516, DECEMBER 15, 2018
 Διαθέσιμο στο: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33141-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33141-6). Πρόσβαση στις 09/10/2022

4. The Universal Declaration of Human Rights and its relevance for the European Union
 Διαθέσιμο στο: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33141-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33141-6).
 Πρόσβαση στις 09/10/2022

5. ΟΙΚΟΥΜΕΝΙΚΗ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ
 Διαθέσιμο στο: <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human -rights>. Πρόσβαση στις 08/10/2022

6. ΧΑΡΤΗΣ ΟΗΕ
 Διαθέσιμο στο <https://unric.org/el/%ce%b4%ce%b9%ce%b5%ce%b8%ce%bd%ce%ad%cf%82-%cf%83%cf%8d%ce%bc%cf%86%cf%89%ce%bd%ce%bf-%ce%b3%ce%b9%ce%b1-%cf%84%ce%b1-%ce%bf%ce%b9%ce%ba%ce%bf%ce%bd%ce%bf%ce%bc%ce%b9%ce%ba%ce%ac-%ce%ba%ce%bf%ce %b 9-2/> Πρόσβαση στις 09/10/2022

7. Σύνοδος κορυφής της G20 στη Ρώμη (Ιταλία), 30-31 Οκτωβρίου 2021 Διαθέσιμο στο <https://www.consilium.europa.eu/el/meetings/international-summit /2021/10/30-31/> Πρόσβαση στις 27/11/2022

8. The American Declaration of the Rights and Duties of Man
 Διαθέσιμο στο: <http://humanrightscommitments.ca/wp-content/uploads/2018 /10/American-Declaration-of-the-Rights-and-Duties-of-Man.pdf> Πρόσβαση στις 10/10/2022

9. Protocol of San Salvador

Διαθέσιμο στο <https://www.oas.org/en/iachr/mandate/Basics/sansalvador.asp>
Πρόσβαση στις 30/10/2022

10. ASIAN HUMAN RIGHTS CHARTER

Διαθέσιμο στο: <https://www.refworld.org/pdfid/452678304.pdf>. Πρόσβαση
στις 30/10/2022

11. African Charter on Human and Peoples' Rights

Διαθέσιμο στο: <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=4>
Πρόσβαση στις 30/10/2022

12. Cairo Declaration on Human Rights in Islam

Διαθέσιμο στο: <http://hrlibrary.umn.edu/instree/cairodeclaration.html>.
Πρόσβαση στις 30/10/2022

13. Θεσμικό πλαίσιο προστασίας δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας

Διαθέσιμο στο <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/thesmiko-plaisio/5255-thesmiko-plaisio-prostasias-dikaiwmatwn-lhptwn-yphresiwn-ygeias> Πρόσβαση στις 26/12/2022

14. Universal Health Coverage, WHO.

Διαθέσιμο στο [:https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1) Πρόσβαση στις 26/12/2022

15. Founding fathers

Διαθέσιμο στο: <https://www.coe.int/en/web/about-us/founding-fathers>
Πρόσβαση στις 30/10/2022

16. Protecting the right to health through inclusive and resilient health care for all
Διαθέσιμο στο: <https://rm.coe.int/protecting-the-right-to-health-through-inclusive-and-resilient-health-/1680a177ad> Πρόσβαση στις 16/10/2022
17. Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης.
Διαθέσιμο στο https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/_opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c10ae992. Πρόσβαση στις 30/10/2022
18. Σύμβαση Οβιέδο
Διαθέσιμο στο: <https://rm.coe.int/168007cf98> Πρόσβαση στις 30/10 2022
19. Η προστασία των αξιών του άρθρου 2 ΣΕΕ στην ΕΕ
Διαθέσιμο στο https://www.europarl.europa.eu/fTU/pdf/el/FTU_4.1.2.pdf
Πρόσβαση στις 13/11/2022
20. Η προστασία των αξιών του άρθρου 2 ΣΕΕ στην ΕΕ
Διαθέσιμο στο <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/el/sheet/146/the-protection-of-article-2-teu-values-in-the-eu> Πρόσβαση στις 20/11/2022
21. Η στρατηγική της Λισαβώνας: μια πιο ανταγωνιστική Ευρώπη με περισσότερες και καλύτερες θέσεις εργασίας
Διαθέσιμο στο <https://www.europarl.europa.eu/highlights/el/1001.html> Πρόσβαση στις 19/11/2022
22. Πολιτικές της ΕΕ – Μέρη για τους πολίτες Υγεία και κοινωνική ασφάλιση
Διαθέσιμο στο: https://www.what-europe-does-for-me.eu/data/pdf/focus/focus09_el.pdf Πρόσβαση στις 20/11/2022
23. Η προστασία των αξιών του άρθρου 2 ΣΕΕ στην ΕΕ

Διαθέσιμο στο <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/el/sheet/146/the-protection-of-article-2-teu-values-in-the-eu> Πρόσβαση στις 20/11/2022

24. Public health

Διαθέσιμο στο <https://www.europarl.europa.eu/factsheets/en/sheet/49/public-health> Πρόσβαση στις 20/11/2022

25. Together for Health – A Strategic Approach for the EU, 2008-2013

Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP071571>
Πρόσβαση στις 20/11/2022

26. EUROPE 2020 A European strategy for smart, sustainable and inclusive growth

Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/eu2020/pdf/COMPLET%20EN%20BARROSO%20%20%20007%20-%20Europe%202020%20-%20EN%20version.pdf>
Πρόσβαση στις 27/11/2022

27. European Patients' Forum (EPF)

Διαθέσιμο στο <https://www.eu-patient.eu/about-epf/about-us/> Πρόσβαση στις 27/11/2022

28. European Climate and Health Observatory

Διαθέσιμο στο <https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/observatory> Πρόσβαση στις 03/12/2022

29. PATIENT MOBILITY IN THE EU: PLANNED HEALTH CARE Διαθέσιμο

στο : https://www.coe.int/t/dg3/sscssr/Source/SARAJEVO_SOKOL.pdf Πρόσβαση στις 23/11/2022

30. Η Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθένειας

Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=el&catId=559>

Πρόσβαση στις 21/11/2022

31. New EU law accessing health care in other countries

Διαθέσιμο στο <https://www.esn-eu.org/news/new-eu-law-accessing-health-care-other-countries>. Πρόσβαση στις 27/11/2022

32. Υγειονομική περίθαλψη σε άλλες χώρες της ΕΕ — δικαιώματα των ασθενών

Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/EL/legal-content/summary/healthcare-in-other-eu-countries-patients-rights.html> Πρόσβαση στις 27/11/2022

33. Χάρτης θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/EL/legal-content/summary/charter-of-fundamental-rights-of-the-european-union.html> Πρόσβαση στις 16/11/2022

34. Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ

Διαθέσιμο στο <https://fra.europa.eu/el/eu-charter/article/21-apagoreysi-diakriseon>
Πρόσβαση στις 17/11/2022

35. Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ

Διαθέσιμο στο <https://fra.europa.eu/el/eu-charter/article/35-prostasia-tis-ygeias>
Πρόσβαση στις 16/11/2022

36. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΧΑΡΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Διαθέσιμο στο <https://greekpatient.gr/wp-content/uploads/2022/04/eyropaiki-xarta-dikaiomaton-ton-asthenon.pdf> Πρόσβαση στις 23/11/2022

37. Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής με θέμα: «Τα δικαιώματα του ασθενούς»

Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52007IE1256&from=FR> Πρόσβαση στις 23/11/2022

38. Οργανισμός Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης
Δραστηριότητες το 2007
Διαθέσιμο στο https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/479-ar08_p1_el.pdf Πρόσβαση στις 23/11/2022
39. Οι 20 αρχές του ευρωπαϊκού πυλώνα κοινωνικών δικαιωμάτων
Διαθέσιμο στο https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_el Πρόσβαση στις 26/11/2022
40. The European Pillar of Social Rights: A key vehicle to improving health for all
Διαθέσιμο https://eurohealthnet.eu/wp-content/uploads/documents/2020/201123_Factsheet_EPSR.pdf Πρόσβαση στις 06/11/2022
41. THE EUROPEAN PILLAR OF SOCIAL RIGHTS ACTION PLAN Διαθέσιμο
στο <https://op.europa.eu/webpub/empl/european-pillar-of-social-rights/downloads/KE0921008ENN.pdf> Πρόσβαση στις 27/11/2022
42. Securing access to vaccines
Διαθέσιμο στο https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_en Πρόσβαση στις 27/11/2022
43. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΕ) 2021/522 ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=uriserv%3A0J.L.2021.107.01.0001.01.ELL> Πρόσβαση στις 27/11/2022

44. ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ (ΕΚ) αριθ. 168/2007 ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 15ης Φεβρουαρίου 2007 για την ίδρυση Οργανισμού Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης
Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32007R0168&from=EN> Πρόσβαση στις 23/11/2022
45. European Pillar of Social Rights 5 years on: from principles to action for a strong social Europe
Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&furtherNews=yes&newsId=10452> Πρόσβαση στις 27/11/2022
46. European Health Union
Διαθέσιμο στο https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_en Πρόσβαση στις 27/11/2022
47. Human rights
Διαθέσιμο στο: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> Πρόσβαση στις 14/02/2023
48. AMA Code of Medical Ethics: Defining Basic Health Care
Διαθέσιμο στο <https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/defining-basic-health-care>. Πρόσβαση στις 29/12/2022
49. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights
Διαθέσιμο στο: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=IND&mtdsg_no=IV-3&chapter=4 Πρόσβαση στις 27/12/2022
50. Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας
Διαθέσιμο στο : <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anaptyk-sh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias> Πρόσβαση στις 27/12/2022

51. Cyprus - Healthcare

Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1105&langId=en&intPageId=5001> Πρόσβαση στις 30/12/2022

52. Human development index

Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/human-development-index> Πρόσβαση στις 30/12/2022

53. Health Equity

Διαθέσιμο στο https://www.who.int/health-topics/health-equity#tab=tab_1
Πρόσβαση στις 14/01/2023

54. Επιτροπή Επαφών των ανώτατων οργάνων ελέγχου της Ευρωπαϊκής Ένωσης
:Επιτομή ελέγχου- Δημόσια υγεία Εκθέσεις ελέγχου που δημοσιεύθηκαν μεταξύ
2014 και 2019

Διαθέσιμο στο :<https://www.eca.europa.eu/sites/cc/Lists /CCDocuments /Compendium %20public%20health/CC AUDIT COMPENDIUM PUBLIC HEALTH EL.pdf> Πρόσβαση στις 27/03/2023

55. Ν. 4715 ΦΕΚ Α 149/1.8.2020 Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε

Διαθέσιμο στο <https://odipy.gov.gr/wp-content/uploads/2022/06/149a-20.pdf>
[Πρόσβαση στις 26/02/2023](#)

56. Ν. 1397/1983 - ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983 Εθνικό Σύστημα Υγείας

Διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-1397-1983.html>
[Πρόσβαση στις 26/02/2023](#)

57. Ν.2716/1999- ΦΕΚ 96/Α/17-5-1999 Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των
υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις

Διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-2716-1999.html>

Πρόσβαση στις 26/02/2023

58. Ν. 3418/2005-ΦΕΚ 287/Α/28-11-2005 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/n-3418-2005.html>

[Πρόσβαση στις 26/02/2023](#)

59. Ν. 4368/2016 ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016 Μέτρα για την επιτάχυνση του

κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις

Διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4368-2016.html>

[Πρόσβαση στις 26/02/2023](#)

60. Ν. 4387/2016 -ΦΕΚ 85 / 12-05-2016 Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας,

Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού & συνταξιοδοτικού συστήματος, Ρυθμίσεις

φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις

Διαθέσιμο στο <https://www.eea.gr/wp-content/uploads/2018/11/o-nomos-4387-16-fek-85-a-12-05-2016-gia-to-neo-asfalistiko-1.pdf> Πρόσβαση στις 26/02/2023

61. Ν. 4675/2020 (ΦΕΚ Α 54 - 11.03.2020) Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας - ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις

Διαθέσιμο στο <https://www.forin.gr/laws/law/3850/n-4675-2020#!/?article=38750>

[Πρόσβαση στις 26/02/2023](#)

62. Ν. 4486/2017 - ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017 Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας

Διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4486-2017-fek-115a-7-8-2017.html> Πρόσβαση στις 27/02/2023

63. Ν. 4931/2022-ΦΕΚ Α 94 - 13.05.2022 Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική

πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις

Διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/nomos-4931-2022-phek-94a-13-5-2022.html> Πρόσβαση στις 27/02/2023

64. ΠΔ 216/2001 - ΦΕΚ 167/Α/25-7-2001 Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας
Διαθέσιμο στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/noseleutries-nosokomes/pd-216-2001.html> πρόσβαση στις <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/noseleutries-nosokomes/pd-216-2001.html> Πρόσβαση στις 27/02/2023
65. Global Burden of Disease Collaborative Network. Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Healthcare Access and Quality Index Based on Amenable Mortality 1990–2015. Seattle, United States of America: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017
Διαθέσιμο στο <https://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/gbd-2015-healthcare-access-and-quality-index-1990-2015> Πρόσβαση στις 26/02/2023
66. What Is Patient Experience?. Content last reviewed August 2022. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD.
Διαθέσιμο στο <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html> Πρόσβαση στις 09/03/2023
67. Patient Experience Defined
Διαθέσιμο στο <https://www.thebervylinstitute.org/page/definingpatientexp>
Πρόσβαση στις 10/03/2023
68. Social determinants of health
Διαθέσιμο στο https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1 Πρόσβαση στις 19/03/2023
69. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development
Διαθέσιμο στο <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981> Πρόσβαση στις 24/03/2023

70. The crucial role of cultural mediators in Romania's Ukrainian refugee response
Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/europe/news/item/23-02-2023-the-crucial-role-of-cultural-mediators-in-romania-s-ukrainian-refugee-response> Πρόσβαση στις 31/03/2023
71. Η ελληνική οικονομία χρειάζεται μια αναπτυξιακή κοινωνική πολιτική
Διαθέσιμο στο <https://www.tanea.gr/2022/11/10/opinions/i-elliniki-oikonomia-xreiazetai-mia-anaptyksiaki-koinoniki-politiki/> Πρόσβαση στις 24/03/2023
72. Thematic session 3: Addressing the health needs of vulnerable and isolated groups Concept Paper
Διαθέσιμο στο: health.ec.europa.eu/system/files/2018-02/ev_20171107_co03_en_0.pdf Πρόσβαση στις 26/03/2023
73. Vulnerable social groups: Before and after the crisis
Διαθέσιμο στο: [https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI\(2016\)586605](https://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_BRI(2016)586605) Πρόσβαση στις 26/03/2023
74. Health taxes
Διαθέσιμο στο: https://www.who.int/health-topics/health-taxes#tab=tab_1
Πρόσβαση στις 24/03/2023
75. Access to Medicines in the context of the Right to Health
Διαθέσιμο στο https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/SForum/SForum2015/OHCHR_2015-Access_medicines_EN_WEB.pdf Πρόσβαση στις 24/03/2023

76. Η τιμολογιακή πολιτική επιδεινώνει τις ελλείψεις στα φάρμακα
Διαθέσιμο στο <https://eefam.gr/i-timologiaki-politiki-epideinonei-tis-elleipseis-sta-farmaka/> Πρόσβαση στις 24/03/2023
77. Γιάννης Τούντας: Γιατί έχουμε ελλείψεις φαρμάκων
Διαθέσιμο στο <https://www.healthview.gr/giannis-toyntas-giati-echoyme-elleipseis-farmakon/> Πρόσβαση στις 24/03/2023
78. Τι είναι η Οργανωσιακή Κουλτούρα και γιατί αφορά τις ΜΚΟ;
Διαθέσιμο στο <https://civilact.gr/ti-einai-h-organwsiakh-koultoura-kai-giati-afora-tis-mko/> Πρόσβαση στις 01/05/2023
79. Φακελάκι» απαιτεί ένας στους τρεις γιατρούς
Διαθέσιμο στο <https://www.taxheaven.gr/news/26745/fakelaki-apaitei-enas-stoys-treis-giatroys> Πρόσβαση στις 01/05/2023
80. Care Coordination
Διαθέσιμο στο <https://www.ahrq.gov/ncepcr/care/coordination.html> Πρόσβαση στις 03/05/2023
81. COVID-19 & stigma: How to prevent and address social stigma in your community
Διαθέσιμο στο <https://www.unicef.org/sudan/covid-19-stigma-how-prevent-and-address-social-stigma-your-community> Πρόσβαση στις 09/04/2023
82. The Right to Health
Διαθέσιμο στο <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31.pdf> Πρόσβαση στις 09/04/2023

83. EU Charter of Fundamental Rights

Διαθέσιμο στο <https://fra.europa.eu/en/eu-charter/article/21-non-discrimination#charter> Πρόσβαση στις 09/04/2023

84. Disability

Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health> Πρόσβαση στις 09/04/2023

85. Recognizing Religious Beliefs in Healthcare

Διαθέσιμο στο: <https://www.healthstream.com/resource/blog/recognizing-religious-beliefs-in-healthcare> Πρόσβαση στις 30/03/2023

86. Culture, spirituality and religion: migrant health guide

Διαθέσιμο στο <https://www.gov.uk/guidance/culture-spirituality-and-religion>
Πρόσβαση στις 30/03/2023

87. Χριστιανισμός και εμβολιασμός

Διαθέσιμο στο <https://www.kathimerini.gr/society/561591070/christianismos-kai-emvoliasmos/> Πρόσβαση στις 30/03/2023

88. Tackling the health literacy challenge in an infodemic

Διαθέσιμο στο :<https://research.un.org/conferences/keynote2> Πρόσβαση στις 31/03/2023

89. Health literacy

Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/health-literacy> Πρόσβαση στις 31/03/2023

90. What you need to know about literacy

Διαθέσιμο στο <https://www.unesco.org/en/literacy/need-know> Πρόσβαση στις 31/03/2023

91. Solving The Barriers To Digital Connected Care

Διαθέσιμο στο <https://healthcare.rti.org/insights/solving-barriers-digital-connected-care> Πρόσβαση στις 3/4/2023

92. Digital Therapeutics: Opportunities And Challenges In Digital Health Διαθέσιμο

στο : <https://healthcare.rti.org/insights/digital-therapeutics-digital-health-opportunities-and-challenges> Πρόσβαση στις 3/3/2023

93. Consumer enablement guide

Διαθέσιμο στο <https://aci.health.nsw.gov.au/projects/consumer-enablement/how-to-support-enablement/health-literacy> Πρόσβαση στις 31/03/2023

94. Health Literacy

Διαθέσιμο στο : <https://medlineplus.gov/healthliteracy.html> Πρόσβαση στις 31/03/2023

95. Muir Gray: We need to tackle the “fear of finding out”

Διαθέσιμο στο <https://blogs.bmj.com/bmj/2018/02/01/muir-gray-we-need-to-tackle-the-fear-of-finding-out/> Πρόσβαση στις 27/03/2023

96. Language and Literacy

Διαθέσιμο στο: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/language-and-literacy> Πρόσβαση στις 30/03/2023

97. Barriers faced by deaf people while accessing healthcare

Διαθέσιμο στο <https://www.edf-feph.org/blog/barriers-faced-by-deaf-people-while-accessing-healthcare/> Πρόσβαση στις 30/03/2023