



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ UNIVERSITY OF WEST ATTICA

Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»

2020-2022

Διπλωματική Εργασία

«Οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στο ΕΣΥ κατά το διάστημα

Ιανουάριος του 2020 έως και Ιούνιος του 2022»

Συγγραφέας:

Νεφέλη- Μαρία Φουντούλη

Επιβλέπων: Χαράλαμπος Οικονόμου

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ UNIVERSITY OF WEST ATTICA

Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:

«ΗΓΕΣΙΑ, ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΞΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ»

2020-2022

Διπλωματική Εργασία

«Οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στο ΕΣΥ κατά το διάστημα

Ιανουάριος του 2020 έως και Ιούνιος του 2022»

Συγγραφέας:

Νεφέλη- Μαρία Φουντούλη

Επιβλέπων: Χαράλαμπος Οικονόμου

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
UNIVERSITY OF WEST ATTICA

Department of Public Health Policies

MSc in LEADERSHIP, INNOVATION AND VALUE BASED HEALTH
POLICIES 2020-2022"

"Diploma Thesis"

"The impact of the COVID-19 pandemic on the National Health System from
January 2020 to June 2022."

Writer:

Fountouli Nefeli Maria

Supervisor:

Chatalabos Economou

Athens, Sept 2023



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ UNIVERSITY OF WEST ATTICA

Διπλωματική Εργασία:

«Οι επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στο ΕΣΥ κατά το διάστημα
Ιανουάριος του 2020 έως και Ιούνιος του 2022»

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

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ / ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Χαράλαμπος Οικονόμου	Καθηγητής Πάντειο Πανεπιστήμιο	
2	Βασιλική Παπανικολάου	Αν. Καθηγήτρια, ΠΑΔΑ	
3	Αλκιβιάδης Βατόπουλος	Ομότιμος Καθηγητής, ΠΑΔΑ	

Copyright © <Νεφέλη- Μαρία Φουντούλη>, <2023>
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Ηγεσία, Καινοτομία και Πολιτικές Αξίας στην Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά όπου απαιτείται και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή:

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized letter 'S' with a horizontal line crossing it near the top.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός τις παρούσας Διπλωματικής Εργασίας είναι η ανάλυση των αλλαγών που συνέβησαν κατά την διάρκεια της πανδημίας του COVID19 και για το διάστημα Ιανουάριος του 2020 έως και τον Ιούνιο του 2022 στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας. Αναλύονται οι τέσσερις βασικοί πυλώνες που πρέπει να έχει ένα σύστημα υγείας για να μπορεί να είναι σε ετοιμότητα σε οποιαδήποτε κατάσταση κρίσης και κατά πόσο αυτοί υπήρχαν, ήταν λειτουργικοί και σε ποιο βαθμό στην χώρα. Αναφέρονται επίσης οι μηχανισμοί που λειτούργησαν κατά την περίοδο αυτή και σε ποιες αλλαγές αποσκοπούσαν. Τα στοιχεία και η ανάλυση βασίζονται σε βιβλιογραφία, δελτία τύπου της συγκεκριμένης περιόδου και την προσωπική εμπειρία της συγγραφέως ως επαγγελματίας υγείας στο ΕΣΥ κατά την συγκεκριμένη περίοδο. Σημειώνεται ότι καθώς η πανδημία είναι σε εξέλιξη η εργασία αυτή μπορεί να δώσει σχετικά ατελή συμπεράσματα. Στο μέλλον θα πρέπει να υπάρξουν μετρήσεις για τις επιπτώσεις που έφεραν αυτές οι αλλαγές στο ΕΣΥ, από την χρηματοδότηση μέχρι και την εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού σε αυτό το διάστημα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

COVID-19, πανδημία, Ελλάδα, ΕΣΥ, επιπτώσεις.

ABSTRACT

The purpose of this Diplomatic Thesis is to analyze the changes that occurred during the COVID-19 pandemic from January 2020 to June 2022 in the National Healthcare System of Greece. The study examines the four essential pillars that a healthcare system should have in order to be prepared for any crisis situation and assesses whether these pillars existed, were operational, and to what extent they were implemented in the country. It also discusses the mechanisms that were in place during this period and the intended changes. The data and analysis are based on literature, press releases from the specific period, and the author's personal experience as a healthcare professional within the National Healthcare System during this time. Since the pandemic is ongoing, this work may provide relatively preliminary conclusions. In the future, measurements should be taken to assess the impact of these changes on the National Healthcare System of Greece, extending from financing to the training of medical and administrative personnel during this period.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	i
ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ.....	i
ABSTRACT	
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	iv
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
4.1 Ιστορική εξέλιξη της πανδημίας Covid-19.....	9
4.2 Ιστορική αναδρομή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).....	10
4.3 Η έννοια της ανθεκτικότητας ενός συστήματος υγείας.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	25
5.1 Χρηματοδότηση του ΕΣΥ κατά την διάρκεια της πανδημίας	25
5.2 Πόροι και ανθρώπινο δυναμικό	27
5.3 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας	37
5.4 Διακυβέρνηση και Συντονισμός δράσεων	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.....	40
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Η διανομή των χρημάτων από τον Υπουργείο Υγείας	27
--	----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Γράφημα 1: Η ανθεκτικότητα στα διαφορετικά στάδια μιας κρίσης (32).....	
Γράφημα 2: Απλές κλίνες, ανα 1000 κατοίκους, 2019. OECD	28
Γράφημα 3: Κλίνες ΜΕΘ, ανά 1 000 κατοίκους, 2019, OECD.	30

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Αλγόριθμος επικοινωνίας, Δελτίο Τύπου, 2020 ΕΟΔΥ	35
Εικόνα 2: Αλγόριθμος διαχείρισης ύποπτων και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων μέσω τηλεϊατρικής για πανδημίες. Πηγή: Ohannessian et al 2020	36

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ), Διπλωματική εργασία (Δ.Ε), Ευρωπαϊκή Ένωση(ΕΕ), Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ),Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), Κέντρων Υγείας (ΚΥ), Μέσαατομικής προστασίας (ΜΑΠ), Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ),Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων(ΟΓΑ), Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ),Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ), Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ).

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Την τελευταία τριετία, η Ελλάδα αντιμετώπισε μια άνευ προηγουμένου πρόκληση με το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19. Ως φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) «Ηγεσία, καινοτομία και πολιτικές αξίας στην υγεία» αλλά και ως ιατρός που εργάστηκε κατά το διάστημα αυτό στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), παρατήρησα τη σημαντική πίεση που ασκούσε η πανδημία στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας. Η ξαφνική εμφάνιση και η ταχεία εξάπλωση του νέου κορωνοϊού δοκίμασαν την ανθεκτικότητα των υποδομών υγείας της Ελλάδας. Τα νοσοκομεία και οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης αντιμετώπισαν αύξηση των κρουσμάτων, ασκώντας τεράστια πίεση στους εργαζόμενους πρώτης γραμμής που επέδειξαν ακλόνητη αφοσίωση και παρά τους περιορισμένους πόρους. Η πανδημία ανέδειξε προϋπάρχουσες ευπάθειες στο σύστημα, προτρέποντας την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις.

Η πανδημία της COVID-19 έριξε φως στη σημασία της επένδυσης στην υγειονομική περίθαλψη για τη βελτίωση της ετοιμότητας για μελλοντικές προκλήσεις. Τόνισε τη σημασία της ενίσχυσης των εγκαταστάσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας, της βελτιστοποίησης της κατανομής των πόρων και της εφαρμογής καλύτερων συστημάτων διαχείρισης δεδομένων. Η πανδημία υπογράμμισε την αξία των μηχανισμών έγκαιρης προειδοποίησης και του αποτελεσματικού συντονισμού μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα.

Καθώς η πανδημία εξελισσόταν, η Ελλάδα αναγνώρισε τις δυνατότητες της τηλεϊατρικής να ενισχύσει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες και υποεξυπηρετούμενες περιοχές. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής κατανόησαν την ανάγκη να δοθεί προτεραιότητα στα προληπτικά μέτρα και την παιδεία στην υγεία, προκειμένου οι πολίτες να αναπτύξουν το αίσθημα της ευθηνής υγείας του εαυτού τους και των γύρων τους. Τα διδάγματα από την πανδημία θα πρέπει να διαμορφώσουν πολιτικές για τον μετασχηματισμό στο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας. Η εστίαση στην έρευνα και την ανάπτυξη, μαζί με τις επενδύσεις στην ιατρική τεχνολογία και τα φαρμακευτικά προϊόντα, είναι ζωτικής σημασίας για την προώθηση της καινοτομίας στον τομέα της υγείας. Μέσω αυτών των προσπαθειών, το ο πολιτεία μπορεί να είναι καλύτερα προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει τυχόν μελλοντικές προκλήσεις.

Η απόφαση να μελετήσω σε αυτή τη Διπλωματική εργασία (Δ.Ε) τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19 στο ΕΣΥ, προήλθε από ένα γνήσιο ενδιαφέρον για την αντικειμενική κατανόηση της κατάστασης λόγω της άμεσης εμπλοκής μου στην πρώτη γραμμή του συστήματος υγείας ως ειδικευόμενη. Το ΠΜΣ Ηγεσία, καινοτομία και πολιτικές αξίας στην υγεία» διέγειρε γενικότερα το ενδιαφέρον μου να μελετήσω την απάντηση ενός κράτους σε μία τέτοιας έκτασης υγειονομική κρίση, και πόσο μάλλον της Ελλάδας που όπως μελετήσαμε ενδελεχώς συγκριτικά με άλλα συστήματα υγείας στο κόσμο αλλά και στην Ευρώπη, χωλαίνει σε πολλά επίπεδα. Με τη διεξαγωγή μιας ολοκληρωμένης μελέτης, θα μπορούσαν να συγκεντρωθούν πολύτιμες γνώσεις για τον εντοπισμό περιοχών προς βελτίωση, τη βελτιστοποίηση της κατανομής των πόρων και τη βελτίωση της συνολικής ετοιμότητας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της Ελλάδας για πιθανές μελλοντικές κρίσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πανδημία COVID-19 υπήρξε ένα από τα πιο προκλητικά και μεταμορφωτικά γεγονότα του 21ου αιώνα. Με προέλευση στα τέλη του 2019 στην κινεζική πόλη Γουχάν, ο νέος κορωνοϊός εξαπλώθηκε γρήγορα σε όλο τον κόσμο, αφήνοντας ένα ίχνος καταστροφής στον απόηχο του. Η ταχεία μετάδοση του ιού και το υψηλό ποσοστό θνησιμότητας οδήγησαν τις κυβερνήσεις σε όλο τον κόσμο να προσπαθούν να εφαρμόσουν μέτρα για τον περιορισμό της εξάπλωσής του και την προστασία της δημόσιας υγείας και αποκάλυψε την ευπάθεια των παγκόσμιων συστημάτων υγείας. Μια τέτοια χώρα που αντιμετώπισε το κύριο βάρος αυτής της παγκόσμιας κρίσης υγείας ήταν η Ελλάδα. Καθώς η πανδημία έπληξε την Ελλάδα, άσκησε τεράστια πίεση στο σύστημα υγείας της χώρας, δοκιμάζοντας την ανθεκτικότητα και την προσαρμοστικότητα του. Σε αυτή την ΔΕ, θα παρατεθούν σε βάθος πληροφορίες για την πανδημία COVID-19, τον αντίκτυπό της στην Ελλάδα και πώς το ΕΣΥ αντιμετώπισε αυτήν την πρωτοφανή κρίση.

Ως μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), η Ελλάδα είχε το πλεονέκτημα να αξιοποιήσει συνεργατικές πρωτοβουλίες και μηχανισμούς κοινής χρήσης πόρων που δημιουργήθηκαν εντός της ένωσης. Ωστόσο, η πανδημία αποκάλυψε ορισμένες αδυναμίες στο ελληνικό σύστημα υγείας και η χώρα έπρεπε να προσαρμοστεί γρήγορα στην εξελισσόμενη κατάσταση. Το ΕΣΥ, είχε υποστεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις όλα αυτά τα χρόνια για τη βελτίωση της προσβασιμότητας και της ποιότητας της περίθαλψης. Πριν από την πανδημία, το σύστημα υγείας της Ελλάδας βασιζόταν σε συνδυασμό δημόσιων και ιδιωτικών παροχών και η υγειονομική περίθαλψη ήταν προσβάσιμη σε όλους τους Έλληνες πολίτες μέσω του ΕΣΥ. Ωστόσο, οι δημοσιονομικοί περιορισμοί και άλλα διαρθρωτικά ζητήματα θέτουν προκλήσεις για τη συνολική αποτελεσματικότητα του συστήματος.

Όταν άρχισαν να εμφανίζονται κρούσματα COVID-19 στην Ελλάδα, η κυβέρνηση αντέδρασε γρήγορα εφαρμόζοντας μέτρα για τον μετριασμό της εξάπλωσης του ιού. Επιβλήθηκαν lockdown σε όλη τη χώρα και τέθηκαν σε εφαρμογή αυστηρά πρωτόκολλα υγείας. Στα αρχικά στάδια της πανδημίας, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπισε σημαντική πίεση. Τα νοσοκομεία παρουσίασαν αύξηση των ασθενών που αναζητούσαν θεραπεία για τον COVID-19, οδηγώντας σε έλλειψη κρίσιμων ιατρικών παροχών και νοσοκομειακών κλινών. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή, αντιμετωπίζοντας πρωτόγνωρες προκλήσεις και ρισκάροντας τη ζωή τους για να σώσουν άλλους.

Μία από τις σημαντικότερες ανησυχίες κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν η διαθεσιμότητα ιατρικού εξοπλισμού και μέσωσιν ατομικής προστασίας (ΜΑΠ) για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Η Ελλάδα, αντιμετώπισε παγκόσμιες ελλείψεις, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει δυσκολίες στην απόκτηση επαρκών προμηθειών. Αυτό δημιούργησε ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των εργαζομένων πρώτης γραμμής και την πιθανότητα μετάδοσης του ιού εντός των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης.

Η ελληνική κυβέρνηση, σε συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και άλλα κράτη μέλη της ΕΕ, έλαβε μέτρα για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων. Αύξησαν τις επενδύσεις σε υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, προμήθευσαν ιατρικό εξοπλισμό και παρείχαν υποστήριξη στους εργαζόμενους. Επιπρόσθετα, η Ελλάδα επωφελήθηκε από τις κοινές προσπάθειες της ΕΕ για την εξασφάλιση εμβολίων, διασφαλίζοντας ότι οι πολίτες της είχαν πρόσβαση στα εμβόλια κατά του COVID-19 μόλις κατέστησαν διαθέσιμα.

Παρά τις αρχικές δυσκολίες, το ΕΣΥ επέδειξε ανθεκτικότητα και προσαρμοστικότητα. Εφάρμοσε λύσεις τηλεϊατρικής για την παροχή εξ αποστάσεως φροντίδας σε ασθενείς, ίδρυσε κέντρα δοκιμών για τον COVID-19 και χρησιμοποίησε αναλυτικά δεδομένα για την παρακολούθηση και τη διαχείριση της εξάπλωσης του ιού. Η κρίση υπογράμμισε επίσης τη σημασία των ψηφιακών λύσεων υγείας και των καινοτόμων τεχνολογιών για την ενίσχυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Μια άλλη κρίσιμη πτυχή που ανέδειξε η πανδημία ήταν η ανάγκη για διεθνή συνεργασία σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία. Η Ελλάδα συνεργάστηκε με άλλες χώρες, μοιράστηκε βέλτιστες πρακτικές και συμμετείχε σε κλινικές δοκιμές για την εύρεση αποτελεσματικών θεραπειών για τον COVID-19. Αυτή η παγκόσμια συνεργασία επιτάχυνε τις προσπάθειες έρευνας και ανάπτυξης, οδηγώντας σε προόδους στην ιατρική γνώση και στις στρατηγικές θεραπείας.

Τα βασικά σημεία της ΔΕ ανά κεφάλαιο είναι τα εξής:

Κεφάλαιο 2^ο: περιγράφει τους σκοπούς και τους στόχους της ΔΕ.

Κεφάλαιο 3^ο: περιγράφει την μεθοδολογία της ΔΕ.

Κεφάλαιο 4^ο: περιέχει μια σύντομη ιστορική αναδρομή της πανδημίας καθώς και μια ιστορική αναδρομή στο σύστημα υγείας της Ελλάδας, την ίδρυση του ΕΣΥ και της βασικές μεταρρυθμίσεις ανά δεκαετίες. Επίσης αναλύεται η έννοια της ανθεκτικότητας ως προς τον ορισμό, την σημασία της ανάλογα με τα διαφορετικά στάδια μιας κρίσης, τις στρατηγικές αλλά και την αξιολόγηση της.

Κεφάλαιο 5^ο: αναφέρονται οι τέσσερις βασικοί πυλώνες οι οποίοι και θα αναλυθούν σε αυτήν την ΔΕ: (1) η χρηματοδότηση του ΕΣΥ κατά της διάρκεια της πανδημίας, (2) η διάθεση υλικών και ανθρωπίνων πόρων, (3) την παροχή υπηρεσιών υγείας και (4) η διακυβέρνηση και ο συντονισμός των δράσεων.

Κεφάλαιο 6^ο: αναφέρονται οι συμπερασματικές διαπιστώσεις και προτάσεις πολιτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ

Στόχοι της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογήσει τον αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 στο εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα και να προτείνει μελλοντικές αλλαγές . Η μελέτη επιδιώκει να κατανοήσει τις προκλήσεις που αντιμετώπισε το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια της πανδημίας και να εντοπίσει τομείς που πρέπει να βελτιωθούν ώστε να ενισχυθεί η ανταπόκρισή του σε μελλοντικές κρίσεις υγείας. Επιπλέον, στοχεύει να παρέχει συστάσεις βασισμένες σε στοιχεία για τη βελτίωση της ετοιμότητας, των υποδομών υγειονομικής περίθαλψης, του συντονισμού, των μέτρων δημόσιας υγείας, της υποστήριξης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, της διεθνούς συνεργασίας και της έρευνας και της καινοτομίας. Επιμέρους στόχοι:

- Να εξετάσει τον αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 στο ΕΣΥ, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητάς του να χειρίζεται την αύξηση των κρουσμάτων, την κατανομή πόρων και τη συνολική παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- Να εντοπίσει τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία της ανταπόκρισης του ΕΣΥ στην πανδημία, εστιάζοντας σε τομείς που απαιτούν βελτίωση και επενδύσεις.
- Να προτείνει στρατηγικές για την ενίσχυση της ετοιμότητας.
- Να προτείνει βελτιώσεις στις υποδομές.
- Να παρουσιάσει ένα σύνολο συστάσεων βασισμένων σε στοιχεία που μπορούν να καθοδηγήσουν τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, τους ηγέτες της υγειονομικής περίθαλψης και τους ενδιαφερόμενους φορείς στην ενίσχυση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για μελλοντικές έκτακτες ανάγκες υγείας.

Με την επίτευξη αυτών των σκοπών και στόχων, η παρούσα ανασκόπηση στοχεύει να συμβάλει στην πρόοδο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και να εξασφαλίσει καλύτερη ετοιμότητα και ανταπόκριση σε οποιεσδήποτε μελλοντικές κρίσεις υγείας που μπορεί να προκύψουν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πραγματοποιήθηκε μία Βιβλιογραφική Ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Συμπληρωματικά πραγματοποιήθηκε αναζήτηση σε ιστοσελίδες επιλεγμένων οργανισμών έτσι ώστε η παρούσα μελέτη να γίνει κατά το δυνατόν με επικαιροποιημένα στοιχεία καθώς και σε πηγές που εντοπίστηκαν μετά από έρευνα στις βιβλιογραφικές παραπομπές των άρθρων που ήδη είχαν ενταχθεί στη μελέτη και παρουσίαζαν νοηματική συνάφεια με το αντικείμενο της μελέτης. Η Βιβλιογραφική Ανασκόπηση εστιάστηκε στο αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 στο ΕΣΥ, συμπεριλαμβανομένων μελετών και αναφορών που σχετίζονται με την Ελλάδα. Παράλληλα συμπεριλήφθηκαν δεδομένα από διάφορες πηγές, όπως επίσημων κυβερνητικών εκθέσεων, δημοσιεύσεων του υπουργείου Υγείας και δεδομένων από διεθνείς οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Τα δεδομένα θα περιλαμβάνουν στατιστικά στοιχεία για περιπτώσεις COVID-19, νοσηλεία, χρήση πόρων υγειονομικής περίθαλψης και τον αντίκτυπο στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας.

3.1 Κριτήρια ένταξης:

- Να έχουν δημοσιευτεί εντός της περιόδου της πανδημίας.
- Νόμοι και ΦΕΚ.
- Να είναι είτε στα Ελληνικά είτε στα Αγγλικά.
- Να αναφέρονται στην Ελλάδα αλλά και στην ΕΕ.
- Να παρέχουν τεκμηριωμένες πληροφορίες και συμπεράσματα που εξάγονται μέσα από έγκυρες και αξιόπιστες έρευνες.

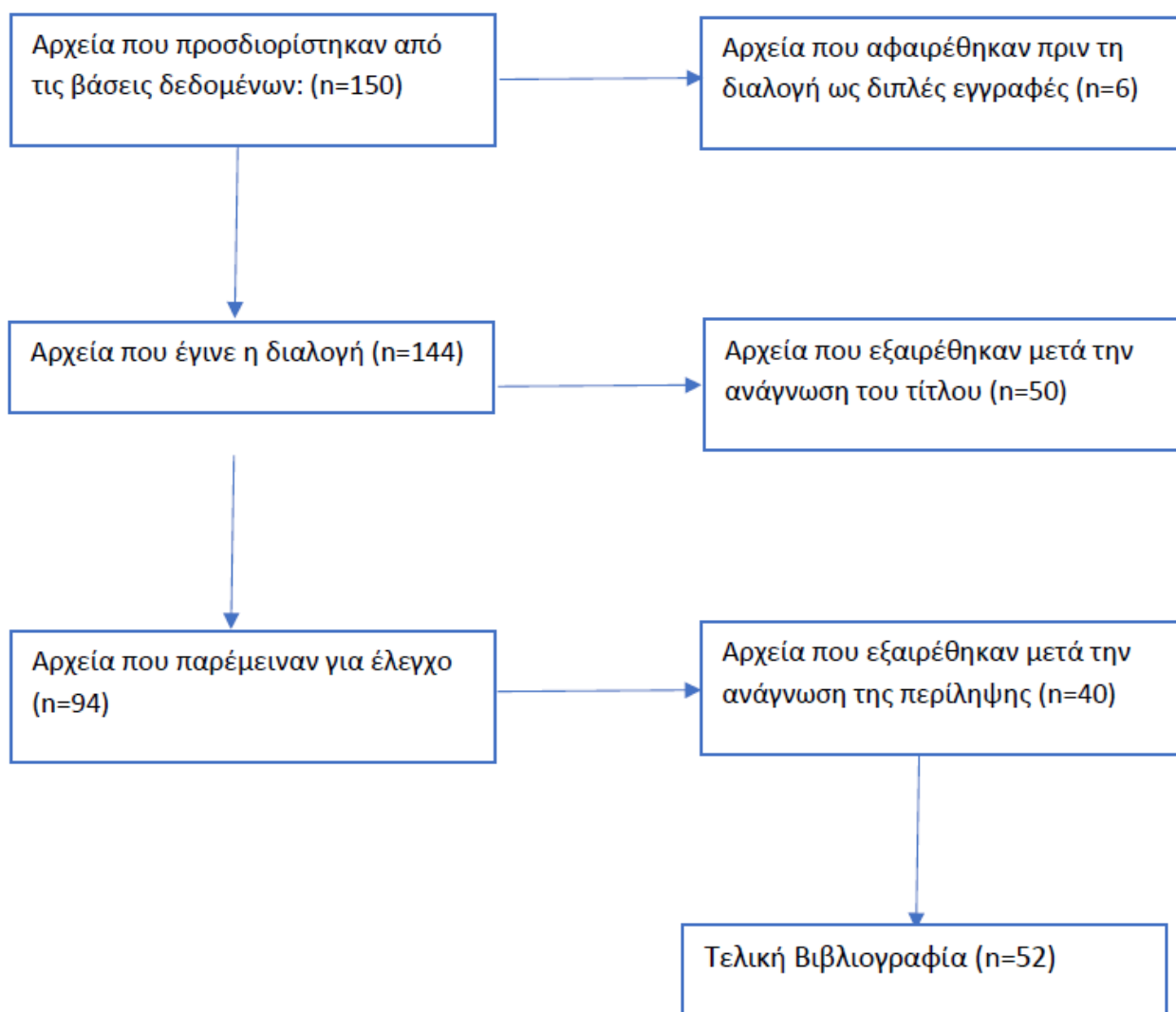
3.2 Κριτήρια αποκλεισμού:

- Δεν επέτρεπαν δωρεάν πρόσβαση στο άρθρο.
- Περιείχαν άλλες χώρες της Ε.Ε. χωρίς να αναφέρονται στην Ελλάδα.
- Αφορούσαν σε μελλοντικά κυβερνητικά προγράμματα καθώς δεν μπορεί ακόμα να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα αυτών.

3.3 Αναζήτηση και λέξεις κλειδιά

Για την πραγματοποίηση της βιβλιογραφικής επισκόπησης και της Περιγραφικής Ανασκόπησης χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω λέξεις κλειδιά: Covid-19, Greece, crisis, impact, consequences, National Health Care System, primary health care, μεταρρυθμίσεις, ΕΣΥ. Για να εξασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα της αναζήτησης και για την ανεύρεση όλων των σχετικών άρθρων χρησιμοποιήθηκαν όλοι οι δυνατοί συνδυασμοί των παραπάνω λέξεων κλειδιών.

3.3 Διάγραμμα ροή (flow)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4.1 Ιστορική εξέλιξη της πανδημίας Covid19

Τον Δεκέμβριο του 2019, παρατηρείτε στη Wuhan, στην επαρχία Hubei της Κίνας από τις αρχές και την επιστημονική κοινότητα της, ξέσπασμα μιας λοίμωξης κατώτερου αναπνευστικού αγνώστου αιτιολογίας. Αυτή η λοίμωξη τράβηξε την προσοχή όχι μόνο τοπικά, αλλά και της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας, λόγω της μεταδοτικότητάς της. Έως και τις 7 Ιανουαρίου 2020, οι επιστήμονες στην Κίνα είχαν απομονώσει την γενετική αλληλουχία ενός νέου κορονοϊού από ασθενείς στην Wuhan και αυτός παίρνει την ονομασία SARS-COV-2 (1) . Στις 30 Ιανουαρίου ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ κήρυξε το ξέσπασμα του νέου κορονοϊού ως κατάσταση έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία διεθνούς ανησυχίας το λεγόμενο PHEIC. Στις 11 Μαρτίου 2020 ο ΠΟΥ χαρακτηρίζει την μέχρι τότε επιδημία COVID-19, ως πανδημία και ζητά την ενεργοποίηση όλων των κρατών για γρήγορη ανίχνευση, απομόνωση, θεραπεία και ιχνηλάτηση του πληθυσμού και των κρουσμάτων (2).

Η πανδημία του COVID-19 είχε βαθιές επιπτώσεις στην Ελλάδα, με το πρώτο κρούσμα να αναφέρεται στις 26 Φεβρουαρίου 2020, όταν μια γυναίκα από τη Θεσσαλονίκη βρέθηκε θετική μετά την επιστροφή της από ταξίδι στην Ιταλία (3). Καθώς ο ιός άρχισε να εξαπλώνεται, οι ελληνικές αρχές ανέλαβαν άμεσα δράση, εφαρμόζοντας αυστηρά μέτρα για τον περιορισμό της μετάδοσής του. Τον Μάρτιο του 2020, η κυβέρνηση επέβαλε ένα εθνικό lockdown, οδηγώντας στο κλείσιμο μη βασικών επιχειρήσεων, σχολείων και περιορισμό της μετακίνησης μόνο σε βασικές δραστηριότητες. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας αντιμετώπισε τεράστια πίεση κατά το αρχικό κύμα, αλλά τα μέτρα συνέβαλαν στην επιβράδυνση της εξάπλωσης του ιού (4). Καθώς προχωρούσε το έτος, η Ελλάδα παρουσίασε διακυμάνσεις στον αριθμό των κρουσμάτων, ωθώντας την κυβέρνηση να υιοθετήσει στοχευμένους περιορισμούς ως απάντηση σε τοπικά κρούσματα. Καθ' όλη τη διάρκεια του 2020, η ανθεκτικότητα του ελληνικού λαού, σε συνδυασμό με την επιμελή τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών ασφαλείας, έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στον μετριασμό των επιπτώσεων της πανδημίας στο έθνος.

Το 2021, η Ελλάδα συνέχισε τις προσπάθειές της για την καταπολέμηση της πανδημίας COVID-19, αν και η κατάσταση βελτιώθηκε καθώς οι εκστρατείες εμβολιασμού κέρδισαν έδαφος. Η

χώρα άρχισε να χορηγεί εμβόλια τον Δεκέμβριο του 2020, δίνοντας αρχικά προτεραιότητα στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και στους ευάλωτους πληθυσμούς. Η σταδιακή κυκλοφορία των εμβολίων συνέβαλε στη μείωση των κρουσμάτων και έδωσε ελπίδες για επιστροφή στην κανονικότητα. Ωστόσο, η εμφάνιση νέων παραλλαγών έθεσε προκλήσεις, απαιτώντας επαγρύπνηση και συνεχή μέτρα δημόσιας υγείας. Η Ελλάδα συμμετείχε ενεργά στην προώθηση των εμβολίων, με την διεξαγωγή εκστρατειών ενημέρωσης και στην επέκταση της πρόσβασης σε κέντρα εμβολιασμού σε όλη τη χώρα. Μέχρι τα μέσα του 2023, η Ελλάδα είχε σημειώσει σημαντική πρόοδο στη διαχείριση της πανδημίας, αν και περιστασιακά κρούσματα και εξελισσόμενες οδηγίες για την υγεία υπενθύμισαν στους πολίτες να παραμείνουν προσεκτικοί. Η εμπειρία αντιμετώπισης της πανδημίας COVID-19 ενίσχυσε τις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης της χώρας και ενίσχυσε το αίσθημα ενότητας και κοινοτικού πνεύματος στον ελληνικό πληθυσμό.

4.2 Ιστορική αναδρομή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

4.2.1 Το σύστημα υγείας πριν την δημιουργία του ΕΣΥ

Η ιστορία του ΕΣΥ της Ελλάδας είναι μια σύνθετη διαδρομή που αντανακλά τις κοινωνικοπολιτικές και οικονομικές μεταβολές της χώρας μέσα στο χρόνο. Από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα, το σύστημα έχει υποστεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις για να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού και να αντιμετωπίσει διάφορες προκλήσεις.

Στα μέσα του 19ου αιώνα ιδρύθηκαν τα πρώτα δημόσια νοσοκομεία σε μεγάλες πόλεις. Αυτά τα νοσοκομεία είχαν ως στόχο την παροχή ιατρικής περίθαλψης στον πληθυσμό και η ιατρική εκπαίδευση άρχισε να αναπτύσσεται. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν το «Δημοτικό Νοσοκομείο η Ελπίς» (1836), το «Ζάννειο» και το «Αιγινήτειο» (1875), το «Δρομοκαϊτειο» (1877), το «Θεραπευτήριο ο Ευαγγελισμός» (1884), η «Σωτηρία» και η «Πολυκλινική Αθηνών» (1903) (5 ; 6).

Το 1914 ο Νόμος 346/14 «περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας» προέβλεπε τη δημιουργία διεύθυνσης «Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Αντιλήψεως» στο Υπουργείο Εσωτερικών, τη σύσταση νομαρχιακών συμβουλίων υγείας και το διορισμό νομιάτρων. Η ίδρυση του σημερινού Υπουργείου Υγείας μπορεί να συσχετιστεί με το Διάταγμα 81/4 – Οκτ. 1916 με το οποίο συστήθηκε η «Ανωτάτη Διεύθυνση Περιθάλψεως Οικογενειών Επιστράτων και Προσφύγων».

Η Διεύθυνση αυτή αποτέλεσε τον θεμέλιο λίθο στην ανάπτυξη του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας. Η πρώτη ονομασία σε «Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας» έγινε το 1922 με τη θέσπιση του Νόμου 2882/1922 (7; 8; 9).

Το 1922 με την Μικρασιατική καταστροφή και την άφιξη 1.220.000 Ελλήνων προσφύγων από τη Μικρά Ασία επέτειναν τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα στην περίθαλψη και έφεραν στο φως την ανεπάρκεια και αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Έτσι δημιουργήθηκε η ανάγκη συντονισμού των διαφόρων υπηρεσιών με τη δημιουργία του «Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως» (Ν.Δ./13-12-1922) ενώ το Ιατροσυνέδριο αντικαταστάθηκε από το «Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο» αποτελούμενο αποκλειστικά από καθηγητές του Πανεπιστημίου (10; 8; 11).

Με την οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1930 μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού ζούσε κάτω από το επίπεδο φτώχειας. Η μη ενασχόληση των κυβερνήσεων να οργανώσουν οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα ως προς της υπηρεσίες υγείας, είχε ως αποτέλεσμα την οργάνωση μικρών πληθυσμιακών ομάδων να δημιουργήσουν τους δικούς τους ασφαλιστικούς φορείς. Αυτοί είχαν ως στόχο την παροχή επιδομάτων ανεργίας, ιατρικές παροχές αλλά και συντάξεις. Η πρώτη κοινοτική προσπάθεια διαμόρφωσης μιας ολοκληρωμένης ασφαλιστικής πολιτικής υγείας έγινε από τον Ε. Βενιζέλο το 1932 με την προσπάθεια να ψηφιστεί στην βουλή ο νόμος 5733/32 «περί κοινωνικών ασφαλίσεων». Η τότε οικονομική πτώχευση της Ελλάδας οδήγησε σε παραίτηση του Ε. Βενιζέλου και έτσι αυτό το νομοσχέδιο δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Το 1934, το Λαϊκό Κόμμα έφερε ένα νέο νόμο (Ν. 6298/34) «περί Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων», που ετέθη σε ισχύ την 1-12-1937 από το δικτατορικό καθεστώς του Μεταξά. Σκοπός της δημιουργίας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ήταν να καλύψει τους εργαζόμενους Έλληνες ως προς την υγειονομική περίθαλψη, την ανεργία και τις συντάξεις. Στην πράξη όμως τελικά το ΙΚΑ κάλυψε μόνο τους εργαζόμενους στα αστικά κέντρα και ειδικότερα τους εργαζόμενους σε βιομηχανίες που απασχολούσαν πάνω από 70 εργαζόμενους, παρέχοντας τελικά μόνο στο 1/3 του πληθυσμού ασφαλιστική κάλυψη (10; 12; 13).

Μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και τον επακόλουθο ελληνικό εμφύλιο πόλεμο, οι κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες της χώρας δημιούργησαν την ανάγκη μιας οργανωμένης κρατικής παρέμβασης και την εφαρμογή μιας σοβαρής πολιτικής για την υγεία. Η πρώτη προσπάθεια ίδρυσης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (τύπου Beveridge) έγινε το 1953. Ο

Νόμος 2592/1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως», δημιούργησε μια νέα οργανωτική και περιφερειακή δομή για δημόσια και φιλανθρωπικά νοσοκομεία. Με το διάταγμα αυτό προβλεπόταν η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες. Λαμβάνοντας, όμως, υπόψιν την τότε ιδεολογία της κυβέρνησης δεν μπήκε ποτέ σε εφαρμογή καθώς ήρθαν ψηφίστηκαν πολλαπλές διατάξεις τροποποιητικές (14; 15).

Στη συνέχεια, ψηφίστηκε ο Νόμος 3487/1955 «Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών», που αποτέλεσε και τη βάση της ανάπτυξης και λειτουργίας του όλου συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού μέχρι το 1983. Ο νόμος αυτός προέβλεπε την ίδρυση ενός δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της χώρας. Δυο κατηγοριών ιατρεία δημιουργήθηκαν: τα Κοινοτικά, για πληθυσμό άνω των 3000 κατοίκων και τα Αγροτικά ιατρεία για πληθυσμό κάτω των 3000 κατοίκων. Ωστόσο, προέκυψε πρόβλημα στην στελέχωση αυτών των ιατρείων λόγω του ότι οι περισσότεροι ιατροί ψάχνανε εργασία στα μεγάλα αστικά κέντρα. Έτσι θεωρήθηκε απαραίτητη η θεσμοθέτηση της υποχρεωτικής άσκησης της ιατρικής από τους νέους ιατρούς για τρία χρόνια στην επαρχία με αναφορές στο Ν. 4053/60 «Περί οργανώσεως του αντιφυματικού αγώνα» όπου τα διάφορα «παράθυρα» στο νόμο δεν επέφεραν τον αποτέλεσμα της γεωγραφικής ανακατανομής του ιατρικού δυναμικού που ήταν απαραίτητη. Κατόπιν, το 1968 η τότε δικτατορική κυβέρνηση νομοθέτησε με το Ν.Δ. 67/68 την ετήσια υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου για όλους τους πτυχιούχους των ιατρικών σχολών (16; 7; 11).

Ένα από τα βασικότερα νομοσχέδια πριν την ίδρυση του ΕΣΥ ήταν ο νόμος 4169/61 που προέβλεπε την ίδρυση του «Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων» (ΟΓΑ). Στον ΟΓΑ ανατέθηκαν όλα τα ασφαλιστικά ζητήματα που αφορούσαν τους αγρότες, οι οποίοι εκείνη την περίοδο κάλυπταν τον 51% του πληθυσμού. Το δίκτυο των προαναφερθέντων «Αγροτικών Ιατρείων» αλλάζει ονομασία και αναφέροντα σε αυτά ως «Κλάδος Ασθενείας του ΟΓΑ». Επί της ουσίας όμως δεν αλλάζει τίποτα όσο αφορά την λειτουργία και την οργάνωσή τους. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η Ελλάδα να εισέλθει στη μεταρρυθμιστική αναπτυξιακή της φάση μετά το 1974 (17).

Οι δεκαετίες '60 και '70, αναφέρονται ιστορικά ως περίοδοι με ραγδαία ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας, με αρκετές επιχειρήσεις όπως τράπεζες που στα πλαίσια της κοινωνικής ασφάλισης να ανέπτυξαν δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Οι παροχές τους ήταν πολύ καλύτερες σε ποιότητα από άλλα ταμεία και την κάλυψη, κατά κύριο λόγο, την αναλάμβαναν οι εργοδότες

(7). Για τον λόγο αυτό τα ταμεία αυτά ονομάστηκαν και «ευγενή» (11). Το 1970, ο τότε υπουργός υγείας Λ. Πάτρας κατέθεσε μία πρόταση για το σύστημα υγείας που αποσκοπούσε στην οργάνωση των έως τότε περιφερικών ιατρείων και αγροτικών ιατρείων και την δημιουργία μιας ενιαίας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασισμένη στους γενικούς ιατρούς (18). Αντικαθιστώντας έτσι τους υπάρχοντες ιδιώτες ειδικευμένους ιατρούς και δημιουργώντας ένα φορέα που θα συγκέντρωνε όλες τις ασφαλιστικές εισφορές και θα μπορούσε να αποπληρώσει τις ιατρικές πράξεις («Εισήγηση επί της Εθνικής Πολιτικής Υγείας»), κάνοντας με αυτό τον τρόπο την προσπάθεια να καθιερωθεί η υγεία ως δημόσιο αγαθό. Λόγο της δυσκολίας της περιόδου αυτής και των έντονων κοινωνικών και οικονομικών διαβαθμίσεων στην Ελληνική κοινωνία, το νομοσχέδιο δεν πέρασε ποτέ σε ψήφιση και «χάθηκε» στην γραφειοκρατία του συστήματος.

Κατά την μεταπολίτευση και με την ανάκτηση της Δημοκρατίας, καλλιεργείτε στην πολιτική το αίσθημα του δικαίου με αντίκτυπο την γένεση νέων μεταρρυθμίσεων στο κομμάτι της υγείας. Το 1976, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) δημοσίευσε μια μελέτη που έριχνε φως στα βασικά προβλήματα και τις αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος και παράλληλα πρότεινε αλλαγές για την καλύτερη οργάνωση του συστήματος υγείας της χώρας (16). Πιο συγκεκριμένα φάνηκε (1) η ανισότητα ως προς την γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού όσο αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (2) η έλλειψη ενός ενιαίου πλαισίου για την χρηματοδότηση του συστήματος (3) η ανισότητα μεταξύ των παροχών που προσέφερε το κάθε ασφαλιστικό ταμείο (4) η έλλειψη και συντονισμού μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των άλλων κυβερνητικών φορέων που ασκούσαν την πολιτική υγείας στη χώρα. Οι προτάσεις που έγιναν εν γένη αφορούσαν την δημιουργία μια ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας που θα έχει υπό την αιγίδα της ενοποιημένα όλα τα βασικά ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ και ΤΕΒΕ) αλλά και όποιο άλλο επιθυμούσε. Επίσης συνέστησε την συνεργασία όλων των κρατικών φορέων, υπουργείων και υπηρεσιών για τον καλύτερο συντονισμό όπως και την αποσαφήνιση της πολιτικής του κράτους απέναντι στον ιδιωτικό τομέα και το κύριο μέρος της ευθύνης να το αναλάβει το ίδιο το κράτος. Και τέλος την ανάπτυξη ενός δικτύου κέντρων υγείας που θα είναι στελεχωμένα με γιατρούς γενικής ιατρικής, αλλά και νοσοκομειακών μονάδων στη περιφέρεια (7; 11).

Το 1980 ο Υπουργός κοινωνικών Υπηρεσιών, Σ. Δοξιάδης, ετοίμασε ένα σχέδιο νόμου με τον τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», το οποίο αποσκοπούσε στην δημιουργία ενός συστήματος υγείας που θα ανταποκρινόταν στις πραγματικές ανάγκες του ελληνικού λαού, βασισμένο όμως σε επιστημονικά τεκμηριωμένες προτάσεις. Με αυτό το σκοπό λοιπόν συνέστησε την δημιουργία μιας Ομάδας Προγραμματισμού της Υγείας (ΟΠΥ), η οποία θα είχε ως ρόλο να συλλέγει στοιχεία για την διατύπωση προτάσεων με στόχο την ανάπτυξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (19). Το νομοσχέδιο αυτό ήταν επαναστατικό για την εποχή του αλλά αντιμετώπισε φοβερές αντιστάσεις από τα πολιτικά κόμματα καθώς και από τους διάφορους ιατρικούς συλλόγους και έτσι δεν κατατέθηκε ποτέ στην βουλή για ψήφιση (20).

4.2.2. Η περίοδος από το 1981 έως 2009

Η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση, ήρθε τη δεκαετία του 1980, όταν η κυβέρνηση ξεκίνησε μια σειρά αλλαγών για τον εκσυγχρονισμό και την επέκταση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ο στόχος ήταν η παροχή καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και η ενίσχυση της συνολικής αποτελεσματικότητας του συστήματος. Το 1983, λοιπόν επί κυβέρνησης ΠΑΣΟΚ με Υπουργό Υγείας τον Π. Αυγερινό, ψηφίζεται ο Νόμος 1397/1983 όπου ορίζει ότι « το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και «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, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού» (21). Με την ψήφιση αυτού του νομοσχεδίου θεσμοθετήθηκε και δημιουργήθηκε ουσιαστικά το ΕΣΥ. Οι βασικές αρχές του νόμου του ΕΣΥ συνοψίζονται στο άρθρο 1 με τα εξής σημαντικότερα σημεία:

- Η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες ανήκει στο Κράτος.
- Η παροχή των υπηρεσιών υγείας αφορά στο σύνολο των πολιτών.
- Η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική του κατάσταση.
- Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας.

Η τελευταία αναπτύσσεται στο Άρθρο 4 του Νόμου 1397/1983, όπου αναφέρεται η διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και η συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων, με τη σύσταση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ).

4.2.3. Η περίοδος από το 2009 έως 2022

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, η Ελλάδα γνώρισε σημαντικές αλλαγές και προκλήσεις στο εθνικό της σύστημα υγείας. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000, η χώρα ξεκίνησε μια σειρά μεταρρυθμίσεων για τη βελτίωση της προσβασιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (22). Η οικονομική κρίση επέφερε την περίοδο 2010-2018 μια σειρά προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής για την υλοποίηση εκτενών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων προσανατολισμένων στην αποδοτικότητα. Οι δαπάνες υγείας σημείωσαν ταχέως εξελισσόμενη πτώση κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Το 2017 η Ελλάδα διέθεσε 8 % του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντων (ΑΕΠ) στην υγεία (1 623 ΕΥΡΩ ανά άτομο) αρκετά κάτω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2 884 ΕΥΡΩ). Συνολικά, μόνο το 61 % των δαπανών για την υγεία ήταν δημόσιας προέλευσης, ενώ το 35 % χρηματοδοτούνταν απευθείας από τα νοικοκυριά (το τέταρτο σε σειρά ποσοστό στην ΕΕ). Επιπλέον, οι παραοικονομία αντιπροσώπευε περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, γεγονός που προκάλεσε σοβαρές ανησυχίες όσον αφορά την ισότητα και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Για το ελληνικό σύστημα υγείας που εστιάζει σε πολύ μεγάλο βαθμό στους ειδικούς ιατρούς, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει αναδειχθεί σε προαπαιτούμενο για την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών αλλά και της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας με γνώμονα την ισότητα σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας. Από το 2017 σταδιακά αναπτύσσεται ένα σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας με μηχανισμούς υποχρεωτικής παραπομπής σε ειδικούς ιατρούς μέσω του γενικού ιατρού, με την ίδρυση μικρότερων τοπικών μονάδων υγείας και μεγαλύτερων κέντρων υγείας. Όμως, λόγω της ελλείψεως σε γενικούς ιατρούς το σχέδιο αυτό είναι σε αναβολή και δεν εφαρμόζεται επί του πρακτέου (23).

Οι περικοπές του προϋπολογισμού και οι μειωμένες δημόσιες δαπάνες οδήγησαν σε ελλείψεις προσωπικού και περιορισμένη πρόσβαση σε βασικές ιατρικές θεραπείες για πολλούς πολίτες. Στο πλαίσιο της πανδημίας COVID-19, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας αντιμετώπισε μια άνευ προηγουμένου κρίση. Το ξέσπασμα άσκησε τεράστια πίεση στους πόρους της

υγειονομικής περίθαλψης και τόνισε τις υπάρχουσες αδυναμίες του συστήματος. Η πανδημία υπογράμμισε τη σημασία της επένδυσης στη δημόσια υγεία και την ετοιμότητα για καταστροφές, ωθώντας τις ελληνικές αρχές να επανεκτιμήσουν και να ενισχύσουν τις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης της χώρας.

4.3 Η έννοια της ανθεκτικότητας ενός συστήματος υγείας.

4.3.1 Ορισμός

Ανθεκτικότητα ενός συστήματος υγείας ορίζεται η ικανότητά του να ελίσσεται σε καταστάσεις κρίσεων επιφέροντας γρήγορες λύσεις. Οι περισσότεροι ορισμοί στην βιβλιογραφία επικεντρώνονται στην ετοιμότητα και την ανταπόκριση ενός συστήματος υγείας σε μία σοβαρή κρίση και πώς το σύστημα αυτό μπορεί να απορροφήσει, να προσαρμοστεί και να μεταμορφωθεί για να αντιμετωπίσει αλλαγές μεγάλης εμβέλειας (24; 25).

Παραδείγματα τέτοιων κρίσεων περιλαμβάνουν την πανδημία COVID-19 και άλλες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για την υγεία, όπως ο ιός Έμπολα και ο ιός Ζίκα, οι φυσικές καταστροφές όπως οι τυφώνες, η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 και πολιτικές συγκρούσεις που έχουν ως αποτέλεσμα μαζικές μεταναστεύσεις, όπως ο πόλεμος στη Συρία. Στρατηγικές για την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας και η απόκριση των συστημάτων σε καταστάσεις κρίσης πρέπει να είναι τελείως διαφορετικές από την ανταπόκριση σε γνωστές καταστάσεις που άλλοτε ταραξουν τα νερά και άλλοτε όχι και είναι χρόνιες όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού και η πολυπλοκότητα των ασθενειών. Ως εκ τούτου, ορίζουμε την ανθεκτικότητα ως την ικανότητα προετοιμασίας, διαχείρισης (απορρόφησης, προσαρμογής και μεταμόρφωσης) και μάθησης από παλαιότερες κρίσεις (26) (27).

Αναφερόμαστε στην έννοια της κρίσης ως ακραία γεγονότα, παρόλα αυτά είναι σημαντικό να πούμε ότι υπάρχουν διαβαθμίσεις στην σοβαρότητα των κρίσεων. Η σοβαρότητα της κρίσης καθορίζει το πόσο ανθεκτικό πρέπει να είναι ένα σύστημα καθώς και την στρατηγική που πρέπει να ακολουθήσει (28). Επειδή επι της ουσίας η σοβαρότητα μια κρίσης δεν είναι μετρήσιμη, έχουν γίνει προσπάθειες για την εφεύρεση δεικτών που αποσκοπούν στην μέτρηση της σοβαρότητας μια κρίσης. Ένα παράδειγμα είναι για την μέτρηση της χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας κατά την διάρκεια μιας περιόδου οικονομικής ύφεσης, οι Keegan et al.

πρότειναν έναν δείκτη που συνδυάζει την ετήσια απώλεια ΑΕΠ, την αύξηση της ανεργίας και την αύξηση του δημόσιου χρέους, σε συνάρτηση με την διάρκεια της ύφεσης σε χρόνια πτώσης του ΑΕΠ (29).

Τελικά η ανθεκτικότητα είναι καλό ή κακό να υπάρχει σε ένα σύστημα; Στην βιβλιογραφία υπάρχουν αντικρουόμενα θεωρήματα και απόψεις, ειδικά για τα συστήματα που έχουν πολλές ελλείψεις αδυναμίες αλλά και για το αν το «bouncing back» αναφέρεται στην επιστροφή του συστήματος στην προηγούμενη κατάσταση ή μετατρέπεται σε μια άλλη νέα βελτιωμένη μορφή (30). Θεωρητικά η επιστροφή στην προηγούμενη κατάσταση είναι σχεδόν απίθανη, καθώς κατά την διάρκεια μιας κρίσης αλλάζει σε πολλές υπηρεσίες η ζήτηση και αρά θα αλλάζει και η προσφορά, πολλές φορές η κουλτούρα, οι θεσμοί και οι πολιτικές που επηρεάζουν τα συστήματα υγείας. Άρα λοιπόν μιλάμε πολλές φορές και ανάλογα την διάρκεια της κρίσης, για βαθιές κοινωνικοπολιτικές αλλαγές που δεν μπορούν εύκολα να επιστρέψουν στην προηγούμενη κατάσταση γιατί τελικά βρίσκονται παγιωμένες στην κοινωνία. Ως εκ τούτου, όσον αφορά την απόδοση των συστημάτων υγείας, η ανθεκτικότητα δεν είναι μόνο ο τρόπος με τον οποίο ένα σύστημα απορροφά και προσαρμόζεται σε μια κατάσταση κρίσης, αλλά και πώς μεταμορφώνεται και εξελίσσεται μέσα από αυτό, ιδανικά σε κάτι καλύτερο (28; 31).



Γράφημα 1: Η ανθεκτικότητα στα διαφορετικά στάδια μιας κρίσης (32)

4.3.2. Η ανθεκτικότητα στα διαφορετικά στάδια μιας κρίσης

Η γνώση των σταδίων μιας κρίσης μπορεί να οδηγήσει σε έγκαιρη αναγνώριση αδυναμιών και άρα έγκαιρη αντιμετώπιση και μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Τα στάδια είναι τα εξής και είναι αλληλένδετα και φαίνονται και στο Γράφημα 1.

1. Στάδιο 1^ο Ετοιμότητα: Αυτό το στάδιο έχει να κάνει με το πόσο ευάλωτο είναι ένα σύστημα υγείας σε επερχόμενες κρίσεις. Σε αυτό το στάδιο υπάρχει περιθώριο για να γίνουν δράσεις ως προς την βελτίωση για την ενίσχυση του συστήματος και την προετοιμασία του για ενδεχόμενες μελλοντικές κρίσεις.
2. Στάδιο 2^ο Έναρξη της κρίσης- εγρήγορση: Σε αυτή τη φάση, η εστίαση είναι στον έγκαιρο εντοπισμό της έναρξης και την αναγνώριση του τύπου της κρίσης, κάτι που απαιτεί ισχυρά και ολοκληρωμένα συστήματα επιτήρησης και έγκαιρης προειδοποίησης. Όσο πιο γρήγορα γίνει αντιληπτή η κρίση τόσο πιο γρήγορη και αποτελεσματική θα είναι η απόκριση σε αυτή. Για παράδειγμα, στην περίπτωση μεταδοτικών νόσων, τα συστήματα έγκαιρης προειδοποίησης μπορούν να ανιχνεύσουν και να ιχνηλατήσουν κρούσματα της νόσου, ενεργοποιώντας επιδημιολογικές έρευνες για να διαπιστωθεί εάν χρειάζεται παρέμβαση και τι είδους παρέμβαση. Η προϋπόθεση για αποτελεσματικούς μηχανισμούς επιτήρησης είναι η ικανότητα συλλογής συγχρονισμένων, πλήρης και καλής ποιότητας πληροφορίες και για ένα μεγάλο φάσμα παραμέτρων ταυτόχρονα.
3. Στάδιο 3^ο Επίπτωση και διαχείριση: Σε αυτή την φάση εμπίπτει η απάντηση που αφορά την απορρόφηση, προσαρμογή και μεταμόρφωση του συστήματος. Η απορρόφηση αφορά την αποδοχή της κρίσης αλλά παράλληλα και με την προστασία του συστήματος υγείας από βαθιά ανισορροπία πόρων με τη διάθεση πρόσθετων πόρων, είτε από αποθεματικά είτε από σχεδιασμό έκτακτης ανάγκης (29). Η προσαρμογή απαιτεί την αφομοίωση της πρόσθετης ζήτησης ή της μειωμένης προσφοράς, ή και τα δύο, κάνοντας το σύστημα πιο αποτελεσματικό, δηλαδή «κάνοντας περισσότερα με λιγότερα» ή αλλάζοντας την κατανομή των πόρων. Όταν η προσαρμογή του συστήματος δεν αρκεί τότε το σύστημα μπορεί να χρειαστεί να αλλάξει ριζικά για να μπορέσει να αντιμετωπίσει το αντίκτυπο της κρίσης. Κάποιες φορές ο μετασχηματισμός μπορεί να έρχεται σε κόντρα με την διαδικασία της απορρόφησης και γενικά οι τρεις αυτές πτυχές

της φάσης αυτής να αντικρούονται. Έτσι η μεγαλύτερη πρόκληση της διακυβέρνησης είναι η διαχείριση των τριών αυτών πτυχών καθώς και η διαχείριση των αντιφάσεων μεταξύ τους, και το να γνωρίζετε πότε να μεταβείτε από τη μία προσέγγιση στην άλλη.

4. Στάδιο 4^ο Αποκατάσταση και Επιμόρφωση: Πρόκειται για τη φάση μετά το πέρας της κρίσης και την επιστροφή σε κάτι που παρομοιάζει με την κανονικότητα. Παρά την λήξη της ανισορροπίας που επέφερε η κρίση, ενδέχεται να συνεχίσουν να συμβαίνουν σημαντικές αλλαγές στο σύστημα και να έχουμε τελικά μια «νέα κανονικότητα» (new normal). Με το πέρας της κρίσης μένουν παρακαταθήκη κάποια ζητήματα καθώς οι επιδράσεις που επιφέρει μπορεί να έχουν μεγάλη διάρκεια στα «απόνερα» της. Αυτές οι επιδράσεις μπορεί να έχουν είτε θετικό είτε αρνητικό πρόσημο. Ισχυρά παραδείγματα τέτοιων επιζώντων είναι η Ελλάδα και η Ιρλανδία με την οικονομική κρίση του 2008 (32; 33). Μαζί με την νέα κανονικότητα έρχεται και η εκμάθηση που έχει να κάνει με τη χρήση της εμπειρίας που αφήνει η κρίση για την βελτίωση εν γένη του συστήματος αλλά και για προετοιμασία τυχών μελλοντικών απειλών.

4.3.3 Στρατηγικές που κάνουν τα συστήματα υγείας πιο ανθεκτικά

I. Αποτελεσματική και συμμετοχική ηγεσία με ισχυρό όραμα και γνώμονα την επικοινωνία: Η αποτελεσματική ηγεσία και η σωστή λήψη αποφάσεων είναι δυο από τα βασικά χαρακτηριστικά που καθορίζουν το κατά πόσο ένα σύστημα είναι ανθεκτικό σε περιόδους κρίσης (34; 35). Για παράδειγμα, η ηγεσία είναι σημαντική για την επίτευξη αποτελεσματικού συντονισμού μεταξύ των διαφόρων ενδιαφερομένων. Θα πρέπει επίσης, να είναι σε θέση να αποδείξει ότι το σύστημα υγείας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για την πρόληψη, την εντόπιση και την αντιμετώπιση κρίσεων και ότι η ενίσχυση του θα ωφελήσει και άλλους κλάδους της κοινωνίας και της πολιτικής όπως είναι η οικονομία, ο τουρισμός και το εμπόριο. Με αυτό το τρόπο θα μπορεί να πείσει το σύνολο των υπεύθυνων για την λήψη αποφάσεων να επενδύσει στην υγεία και ότι η έγκαιρη επένδυση θα έχει τελικά μικρότερες ζημιές στους υπόλοιπους κλάδους και τη οικονομία κατά την διάρκεια μίας κρίσης (36).

Ένα ακόμη σημαντικό προσόν μιας ηγεσίας είναι η διαφάνεια. Για να δημιουργήσει ένα αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στο κοινό για να μπορέσει να ζητήσει την στήριξη που χρειάζεται και να κάνει τις απαραίτητες κινήσεις. Αυτό φάνηκε έντονα κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, όπου οι κυβερνήσεις επέβαλλαν μέτρα περιορισμού μετακινήσεων και

γενικότερα της ανθρώπινης επαφής. Εάν δεν είχε την απαραίτητη διαφάνεια δεν θα μπορούσαν να εφαρμοστούν αυτά τα μέτρα διότι δεν θε υπήρχε η απαραίτητη εμπιστοσύνη από το κοινό στις κυβερνήσεις.

II. Συντονισμός δράσεων μεταξύ της κυβέρνησης και των βασικών ενδιαφερόμενων: Με την έναρξη της περιόδου κρίσης υπάρχει έντονη ανάγκη για τον συντονισμό πολλών διαφορετικών τμημάτων μιας κυβέρνησης αλλά και άλλων ομάδων, όπως για παράδειγμα στην πανδημία COVID-19 της ιατρικής κοινότητας ή και το άνοιγμα δίαυλων επικοινωνίας με άλλες κυβερνήσεις και συνεργασίες παγκόσμιας εμβελείας (37; 35; 34; 38). Για παράδειγμα, τέτοιοι δίαυλοι δημιουργήθηκαν μεταξύ ορισμένων ασιατικών χωρών κατά τη διάρκεια της επιδημίας SARS το 2003 και ενεργοποιήθηκαν γρήγορα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (39). Με την έναρξη της πανδημίας COVID-19 κατέστη προφανές ότι η ταχεία εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας και η λειτουργία του συστήματος υγείας εξαρτώνται από τον αποτελεσματικό συντονισμό σε όλα τα επίπεδα και μεταξύ των διαφορετικών τομέων.

III. Οργανωμένη κουλτούρα εκμάθησης που να ανταποκρίνεται σε κρίσεις: Η ύπαρξη μιας κουλτούρας που επιτρέπει την εκμάθηση αλλά και την προσαρμογή σχετίζεται με την καλύτερη ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας. Είναι ζωτικής σημασίας καθώς επιτρέπει την εκμάθηση από τις αποτυχίες και τις επιτυχίες και εν τέλει εξασφαλίζει την μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα σε απάντηση μελλοντικών κρίσεων (40).

IV. Αποτελεσματικά πληροφοριακά συστήματα: Τα πληροφοριακά συστήματα είναι στο επίκεντρο της λήψης αποφάσεων στις διαδικασίες χάραξης πολιτικής, καθώς χρησιμεύουν στην γρήγορη ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ενδιαφερόμενων. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η επιτήρηση στα αρχικά στάδια μιας κρίσης, που βασίζεται κυρίως στις αποτελεσματικές ροές των πληροφοριών και την παράγωγή γνώσεων μεταξύ των ενδιαφερομένων για να μπορεί τελική λήψη αποφάσεων για την απόκριση απέναντι σε μια κρίση να είναι αποτελεσματική. Αντίθετα, τα ανεπαρκή πληροφοριακά συστήματα και η διακοπτόμενη ροή της πληροφορίας μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματικότητα μιας απόφασης (41).

V. Επιτήρηση που επιτρέπει την έγκαιρη αντίχρεση των κρίσεων και των επιπτώσεών τους: Συστήματα επιτήρησης πρέπει να μπορούν να εντοπίζουν, να παρακολουθούν και να εξακριβώνουν τα συμβάντα σε πραγματικό χρόνο ή το γρηγορότερο δυνατό. Επιπλέον, πρέπει

να εξασφαλίζουν ότι όλα τα δεδομένα φθάνουν στα χέρια όλων των ενδιαφερόμενων και έτσι να Όπως σημειώνουν οι Kluge et al., αυτό συνεπάγεται καλή ενσωμάτωση των μηχανισμών επιτήρησης, συμπεριλαμβανομένων των μηχανισμών προειδοποίησης, των κλινικών και εργαστηρίων, των ερευνών, των δεδομένων σχετικά με τους πόρους, και των επικοινωνιακών συστημάτων (36). Στην πράξη, αυτή η ενσωμάτωση είναι συχνά ανεπαρκής και μερικές φορές απουσιάζει εντελώς, εμποδίζοντας την σωστή λήψη αποφάσεων. Στην βιβλιογραφία τονίζεται η σημασία των συστημάτων επιτήρησης για την έγκαιρη αναγνώρισης μιας κρίσης (42).

VI. Εξασφάλιση επαρκούς χρηματοδότησης και ευελιξίας για ανακατανομή των πόρων:

Μια βασική πτυχή της ανθεκτικότητας είναι να υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση στον τομέα της υγείας και σε περίπτωση κρίσης αυτά τα χρήματα να μπορούν να ανακατανεμηθούν ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν. Αυτός ο τρόπος χρηματοδότησης υπερβαίνει τον παραδοσιακό τρόπο κατανομής των πόρων μίας κυβέρνησης και προτείνει ουσιαστικά ένα νέο τρόπο του προϋπολογισμού που λαμβάνει υπόψιν του μελλοντικές κρίσεις (43). Όσο πιο εύκολα διοχετεύονται οι πόροι εκεί που χρειάζεται τόσο πιο ανθεκτικό γίνεται ένα σύστημα. Οι συνέπειες την ανεπαρκούς χρηματοδότησης στην διάρκεια μια κρίσης συνεπάγεται μείωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες αλλά αύξηση του κόστους στα νοικοκυριά μέσω αύξησης των εξόδων τους. Στα πλαίσια της αντιμετώπισης της πανδημίας COVID-19, πολλές χώρες χορήγησαν επιπρόσθετα κονδύλια στον τομέα της υγείας (44). Το κλειδί για τη διασφάλιση ενός ανθεκτικού συστήματος υγείας είναι η δημιουργία μηχανισμών χρηματοδότησης της υγείας που θα είναι αδιαπέραστοι σε μελλοντικές κρίσεις.

VII. Ευελιξία στις αγορές και αναδιάρθρωση της χρηματοδότησης για την αντιμετώπιση μεταβαλλόμενων αναγκών:

όταν επέλθει μια κρίση μπορεί να υπάρχει ανάγκη για αλλαγές στην αγορά για να διατηρηθεί το σύστημα ποιο λειτουργικό. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην αλλαγή της ζήτησης ορισμένων υπηρεσιών και στην ανάγκη ανακατανομής πόρων. Για παράδειγμα την συμμετοχή ιδιωτικών φορέων στην δημόσια υγεία. Αυτό συνέβη σε αρκετές χώρες κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19, όπου επιτάχθηκε ο ιδιωτικός τομέας να βοηθήσει στην υγειονομική περίθαλψη λόγω της υπερβολικής ζήτησης και του υπερβάλλοντα φόρτου στον δημόσιο τομέα. Ωστόσο η εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα σε συστήματα που δεν έχουν εμπειρία τέτοιας συνεργασίας εγκυμονεί κινδύνους (45).

VIII. Πλήρης υγειονομική κάλυψη: Είναι προφανές ότι συστήματα υγείας με πλήρη κάλυψη και με την κατάλληλη χρηματοδότηση, οργάνωση και σωστά καταναμημένες υπηρεσίες παρέχει την καλύτερη ευκαιρία στην διατήρηση των περισσότερων παροχών κατά την διάρκεια μιας κρίσης. Ως εκ τούτου, οι χώρες που βρίσκονται πιο κοντά στην επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας είναι πιο ανθεκτικές (46; 47). Σε χώρες όπου οι υπηρεσίες δεν παρέχεται η πλήρης κάλυψη ή όπου υπάρχουν υψηλές πληρωμές από την τσέπη του κάθε νοικοκυριού, οι άνθρωποι ενδέχεται να αντιμετωπίσουν εμπόδια στην πρόσβαση υπηρεσιών γενικότερα και ειδικότερα κατά την διάρκεια μιας περιόδου κρίσης (48). Επιπλέον, εάν δεν υπάρχει εκ των προτέρων ένα επαρκώς ολοκληρωμένο σύνολο υπηρεσιών, είναι δύσκολο να αναπτυχθούν γρήγορα νέες, απαραίτητες για την κάλυψη των αναγκών.

IX. Κατάλληλη κατανομή ανθρώπινων και φυσικών πόρων: Η προετοιμασία ενός συστήματος πρέπει να περιλαμβάνει την εξασφάλιση του επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού αλλά και τους φυσικούς πόρους. Όσον αφορά το πρώτο, σημαίνει σωστή στελέχωση σε γιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό κ.α. προσωπικό που σχετίζετε με τις υπηρεσίες υγείας. Όσο αφορά τις υποδομές, αναφερόμαστε σε νοσοκομεία με επαρκείς κλίνες, τμήματα επειγόντων περιστατικών σε τριτοβάθμιο αλλά και πρωτοβάθμιο επίπεδο. Σε περίπτωση κρίσης, η ύπαρξη επαρκών και κατάλληλα καταναμημένων πόρων μπορεί να εξοικονομήσει χρόνο για την αύξηση της ζήτησης. Αντιθέτως σε ένα σύστημα με ελλείψεις στο προσωπικό και υποδομές ή σε συστήματα που βρίσκονται συνεχώς σε καταστάσεις υπέρβασης, σε μια περίοδο κρίσης όλα επιτείνονται και έτσι το σύστημα κρίνετε λιγότερο ανθεκτικό (34; 49).

X. Δυνατότητα αύξησης της ικανότητας αντιμετώπισης μιας απότομης αύξησης της ζήτησης: Η εμπειρία από διάφορες κρίσεις, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής κρίσης και, πιο πρόσφατα, της πανδημίας COVID-19, δείχνει ότι ένας βαθμός πλεονάζουσας παραγωγικής ικανότητας στο σύστημα επιτρέπει την αποτελεσματική ανταπόκριση στην ταχεία αύξηση της ζήτησης (47). Ωστόσο υπάρχει και η άποψη ότι ο υπερβάλλοντας ζήλος για την αποφυγή μια πολύ συγκεκριμένης καταστροφής μπορεί να αυξήσει την ευπάθεια του συστήματος σε άλλες απρόβλεπτες κρίσεις αν δεν στηθεί εξ αρχής σωστά (31). Είναι σαφές ότι εάν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ή εάν υπάρχει ένας μηχανισμός για την ταχεία ανάπτυξή τους, το σύστημα είναι καλύτερα εξοπλισμένο για να αντιμετωπίσει μια ξαφνική αύξηση της ζήτησης. Στην περίπτωση κρίσεων μεγάλης κλίμακας, όπως η πανδημία COVID-19, η αύξηση της ζήτησης

κλινών εντατικής θεραπείας, ιατρικού εξοπλισμού και ΜΑΠ υπερέβη τα εθνικά αποθέματα, και χρησιμοποιήθηκαν διεθνείς μηχανισμοί συνεργασίας.

XI. Εργατικό δυναμικό με κίνητρα και καλή υποστήριξη: Η ανθεκτικότητα εξαρτάτε σε μεγάλο βαθμό από τις δράσεις και αντιδράσει του εργατικού δυναμικού. Για παράδειγμα οι εργαζόμενοι στο τομέα της υγείας βρίσκονται στην πρώτη γραμμή στην ανταπόκριση κρίσεων που έχουν να κάνουν με πανδημίες και επιδημίες και άρα οι πράξεις τους μπορεί να επηρεάσουν άμεσα το αποτέλεσμα της ανταπόκρισης το συστήματος. Επίσης σε περίπτωση που η κρίση είναι πολύ μεγάλης διάρκειας και δεν είναι παροδική τότε τα κίνητρα του προσωπικού υπονομεύονται ειδικά εάν δεν υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη (50). Ένα προσωπικό που έχει κίνητρα και το υποστηρίζει η πολιτεία, όσο αφορά παροχές και περιβάλλον εργασίας, είναι πιο πιθανό να αναλάβει επιπλέον αρμοδιότητες σε μια μεταβατική περίοδο. Όπως επίσης σε περιπτώσεις που το προσωπικό πρέπει να ανακατανομηθεί για να ανταποκριθεί στην αύξηση ζήτησης ο σωστός σχεδιασμός είναι ζωτικής σημασίας (34).

XII. Εναλλακτικές και ευέλικτες προσεγγίσεις για την παροχή φροντίδας: Όταν επέρχεται μια κρίση, διαταράσσεται η ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης στην παροχή υπηρεσιών, γεγονός που απαιτεί καλή διαχείριση των πόρων για την κάλυψη ενδεχόμενων νέων αναγκών. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι θα χρειαστεί βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος, δηλαδή πιθανές ενέργειες, στρατηγικές ή αλλαγές που πρέπει να γίνουν με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της παραγωγικότητας του συστήματος υγείας. Αυτό πολλές φορές πρέπει να συμβεί με τους ίδιους ή λιγότερους πόρους, όπως χρόνο, χρήμα, ενέργεια ή υλικά. Έτσι ένα ανθεκτικό σύστημα πρέπει να είναι προετοιμασμένο σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο, να μπορεί να λειτουργήσει υπό αυτές τις συνθήκες και να έχει έτοιμες εναλλακτικές (49; 34). Η αρχική στρατηγική πολλών χωρών κατά την διάρκεια της πανδημίας COVID-19 περιλάμβανε την προσωρινή αναβολή προγραμματισμένων μεταρρυθμίσεων και αναδρομολόγηση των πόρων σε εναλλακτικούς «δρόμους» παροχής υπηρεσιών (51). Η παρουσία ευελιξίας σε ένα σύστημα μπορεί να δώσει χρόνο προσαρμογής, διατηρώντας παράλληλα της πρόσβαση σε βασικές παροχές ιατρικής περίθαλψης.

4.3.4 Αξιολόγηση ανθεκτικότητας ενός συστήματος

Η αναγνώριση των στρατηγικών ανθεκτικότητάς μας βοηθάει να κατανοήσουμε, πόσο καλά ανταποκρίνεται μια χώρα απέναντι σε μια κατάσταση κρίσης· να προσδιοριστούν δυνητικά σημεία ευαλωτότητας· και να γίνει σχεδιασμός περαιτέρω δράσεων. Η αξιολόγηση αυτή μπορεί να γίνει τακτικά και μάλιστα η OECD σε συνεργασία με τον EHOSP (European Observatory on Health Systems and Policies) έχει προτείνει μεθόδους για τον τρόπο αξιολόγησης των χωρών μελών της ΕΕ (52). Το μεγαλύτερο στοίχημα είναι να προβλεφθεί η φύση της επερχόμενης κρίσης αλλά και να καλυφθεί ένα φάσμα από τις καταλληλότερες στρατηγικές. Η ανθεκτικότητα ενός συστήματος μπορεί επίσης να αξιολογηθεί μετά το πέρας μιας κρίσης μελετώντας το πώς αποκρίθηκε και σε τι βαθμό ένα σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω η Ελλάδα δεν είχε εκπληρώσει τους στόχους στις και δεν είχε ανακάμψει επαρκώς μετά την οικονομική κρίση. Σε ποιόν βαθμό ήταν τελικά το ΕΣΥ σε κατάσταση να «υποδεχτεί» μια τέτοια υγειονομική κρίση; Όπως αναλύθηκε παραπάνω, στρατηγική παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ανταπόκριση ενός συστήματος υγείας, συνοπτικά αναγνωρίζονται τέσσερεις βασικοί πυλώνες οι οποίοι και θα αναλυθούν σε αυτήν την εργασία: (1) Χρηματοδότηση (2) Διάθεση υλικών και ανθρωπίνων πόρων (3) Παροχή υπηρεσιών (4) Διακυβέρνηση (53).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^Ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

5.1 Χρηματοδότηση του ΕΣΥ κατά την διάρκεια της πανδημίας

Από την στιγμή της έναρξης της πανδημίας, για την στήριξη του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας δόθηκε πρόσθετη χρηματοδοτική στήριξη στο υπουργείο υγείας για (1) Προσλήψεις υγειονομικού προσωπικού (2) Την αγορά υγειονομικού υλικού και μέσων ατομικής προστασίας (3) Ενίσχυση της ικανότητας εργαστηριακών δοκιμών και (4) Αύξηση του αριθμού των κλινών μονάδων εντατικής θεραπείας, σε μια προσπάθεια περιορισμού της εξάπλωσης της νόσου και δίνοντας πολύτιμο χρόνο προετοιμασίας του συστήματος υγείας. Η συμπληρωματική αυτή κατανομή του προϋπολογισμού για τις δαπάνες υγείας που σχετίζονται με την COVID-19 ανήλθε συνολικά σε 234 εκατ. ευρώ. Επιπλέον, σημαντικό ποσό χρηματοδότησης κατευθύνθηκε στο Υπουργείο Υγείας μέσω δωρεών σε μετρητά και σε είδος 128 εκατ. ευρώ συνολικά έως τον Νοέμβριο του 2020, καθώς και έργα από ευρωπαϊκά προγράμματα ύψους τουλάχιστον 463 εκατ. ευρώ. Συνολικά, ο Συμπληρωματικός Προϋπολογισμός του Υπουργείου Υγείας για τον COVID-19 έως τον Δεκέμβριο του 2020 ανήλθε σε συνολικά 786 εκατ. ευρώ (54).

Η πολιτεία έπρεπε να ανταποκριθεί σ' ένα σύστημα υγείας ήδη ανεπαρκές σε υλικά, κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) και εργατικό δυναμικό και να ενισχύσει την χρηματοδότηση του μέσα από μια οικονομία σαφώς επηρεασμένη από την υγειονομική κρίση. Η καθολική απαγόρευση κυκλοφορίας (lockdown) και το κλείσιμο της πλειοψηφίας των επιχειρήσεων είχε ως αποτέλεσμα την αναστολή εργασίας- διαθεσιμότητα ενός μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού άρα μείωση της οικονομικής δραστηριότητας, μείωση των φορολογικών εισόδων λόγω φοροελαφρύνσεων, μείωση πληρωμών- εισφορών και αύξηση των επιδομάτων για την στήριξη των μικρομεσαίων επιχειρήσεων και το προσωπικό που απασχολούν. Άρα σε μια κρίση που η υγεία χρειαζόταν χρηματοδότηση το ταμείο της χώρας δεν μπορούσε να ανταποκριθεί επαρκώς στις ανάγκες του ΕΣΥ. Η βασικοί πόροι χρηματοδότησης προήλθαν από κονδύλια της ΕΕ, δεσμεύσεις ποσών από τον κρατικό προϋπολογισμό και από δωρεές.

Στο πλαίσιο στήριξης της ΕΕ διατέθηκαν συνολικά 3,08 δις. Ευρώ από τον προϋπολογισμό της ΕΕ, κυρίως μέσω του «Μηχανισμού έκτακτης ανάγκης εντός της Ένωσης» (2,7 δις ευρώ) και

του «rescEU» (380 εκ. ευρώ). Για την εξασφάλιση της αναγκαίας χρηματοδότησης η Επιτροπή στηρίχτηκε αποκλειστικά στον προϋπολογισμό της ΕΕ για την περίοδο 2014-2020 και κινητοποίησε όλους τους διαθέσιμους πόρους εντός των ορίων των δαπανών για το 2020. Για τον σκοπό αυτόν, η Επιτροπή πρότεινε ένα σχέδιο διορθωτικού προϋπολογισμού, δηλαδή μια πρόταση αναδιοργάνωσης μέρους των δαπανών της ΕΕ για το έτος 2020 σύμφωνα με τις πρόσφατες προτεραιότητες, έτσι ώστε να εξασφαλίσει: (1) κονδύλια ύψους 300 εκατομμυρίων ευρώ για το απόθεμα ιατρικού υλικού του μηχανισμού rescEU. Έτσι, ενισχύθηκε η προμήθεια και η διανομή πρόσθετων ιατρικών προμηθειών στο σύνολο της ΕΕ. (2) χορηγήθηκαν 2,7 δισ. ευρώ απευθείας στον μηχανισμό στήριξης έκτακτης ανάγκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο γενικός σκοπός του οποίου ήταν να συμπληρώνει τους λοιπούς μηχανισμούς της ΕΕ, όταν δεν δύνανται να αναλάβουν μεμονωμένη δράση, ανταποκρινόμενος απευθείας σε καταστάσεις κρίσεις σε όλη την ΕΕ. Έγιναν οι κατάλληλες τροποποιήσεις ώστε τα κονδύλια αυτά να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο πλαίσιο της πανδημίας COVID19 (55).

Μέχρι τα μέσα του Ιουνίου η συμπληρωματική κατανομή του προϋπολογισμού για τις δαπάνες που σχετίζονται με την COVID-19 ανήλθε συνολικά στα 234 εκατομμύρια ευρώ. Σημαντικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας κατά την διάρκεια του πρώτου κύματος της πανδημίας αποτέλεσαν τόσο η εξασφάλιση 128 εκατομμυρίων ευρώ που οφειλόταν σε καταθέσεις ιδιωτών όσο και δωρεών επιχειρηματιών της χώρα, καθώς και σε Ευρωπαϊκά προγράμματα χρηματοδότησης που ανέρχονταν στα 435 εκατομμύρια ευρώ (54; 56; 57; 58).

Στις 7 Μαΐου 2020 το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε ότι έως εκείνη την ημέρα προσφέρθηκαν περίπου 90 εκατομμύρια ευρώ στο Ε.Σ.Υ μέσω δωρεών από συνολικά 865 φορείς, οργανισμούς και ιδιώτες, καθώς και κράτη όπως η Κίνα και το Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα (59).

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρεται πως αξιοποιήθηκε αυτό το χρηματικό ποσό από το Υπουργείο Υγείας (59):

Ιατρικός Εξοπλισμός	40,1 εκατομμύρια ευρώ
Μέσα Ατομικής Προστασίας	24,2 εκατομμύρια ευρώ
Καταθέσεις (Περιλαμβάνονται 398 φυσικά πρόσωπα)	12,5 εκατομμύρια ευρώ

Λοιπές κατηγορίες/Είδη	5,8 εκατομμύρια ευρώ
Κτηριακή Αναδόμηση	6,5 εκατομμύρια ευρώ
Σύνολο	89,1 εκατομμύρια ευρώ

Πίνακας 1: Η διανομή των χρημάτων από τον Υπουργείο Υγείας

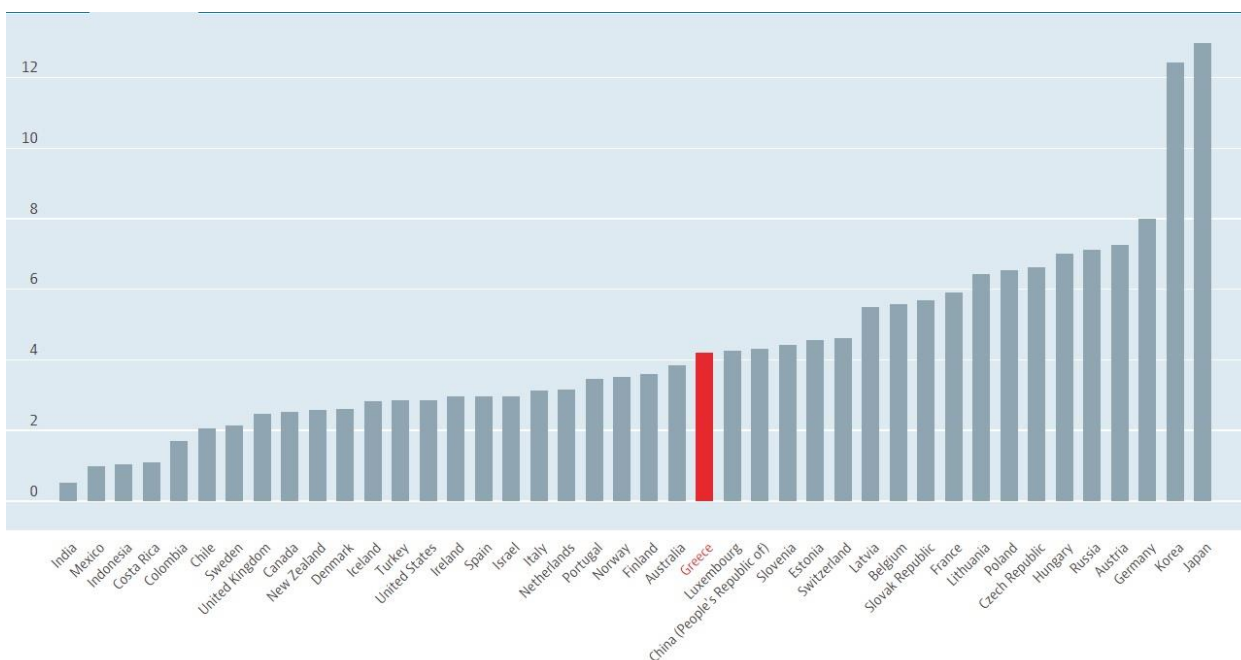
5.2 Πόροι και ανθρώπινο δυναμικό

5.2.1 Υποδομές:

I. Εξοπλισμός και εγκαταστάσεις: Παρά την αναποτελεσματικότητα των διεθνών αλυσίδων εφοδιασμού στην παράδοση ιατρικών και φαρμακευτικών προϊόντων, η Ελλάδα έχει βελτιώσει την αποτελεσματικότητα μέσω των ακόλουθων μέτρων: (1) Το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας Α.Ε. (ΙΦΕΤ), μια δημόσια εταιρεία που ενεργεί εξ ονόματος των ελληνικών αρχών υγείας και δραστηριοποιείται κυρίως στην παραγωγή, εισαγωγή και διάθεση φαρμακευτικών προϊόντων, τα οποία δεν κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά από ιδιωτικές φαρμακευτικές επιχειρήσεις, πλην όμως κρίνονται ως απολύτως απαραίτητα για την θεραπεία των ασθενών και την προστασία της δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένου των ΜΑΠ στο ΕΣΥ κατά τη διάρκεια της πανδημίας. (2) Το Υπουργείο Υγείας (σε συντονισμό με την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας- ΚΑΠΥ), σε μια προσπάθεια να κατανείμει αποτελεσματικά τους πόρους, έχει δημιουργήσει ένα Ψηφιακό Μητρώο που παρακολουθεί το απόθεμα και τη χρήση όλου του εξοπλισμού που σχετίζεται με το COVID-19 (γάντια, μάσκες, προστατευτικό εξοπλισμό για ιατρικό προσωπικό κ.λπ.) όπως και την πληρότητα και την δυναμική των κλινών ΜΕΘ και απλών κλινών σε πραγματικό χρόνο. Αυτά τα δεδομένα ενδεχομένως να χρησιμοποιηθούν στο μέλλον για την οικονομική μοντελοποίηση και πρόβλεψη των κλινών. (3) Σημαντικές δωρεές χρηματικές και ειδών (κυρίως ιατρικά αναλώσιμα, όπως μάσκες, κρεβάτια ICU, οθόνες, αναπνευστικές συσκευές) έχουν απευθυνθεί στο Υπουργείο Υγείας. Στις 21 Μαρτίου, η κυβέρνηση της Κίνας παρείχε περίπου 18 τόνους ιατρικών προμηθειών στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων 550.000 μάσκες και σετ προστατευτικών εργαλείων. Έντεκα τόνοι ιατρικών προμηθειών από τα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα στην Ελλάδα έφτασαν στις 26 Μαρτίου 2020 στην Αθήνα. Οι προμήθειες και ο εξοπλισμός διανεμήθηκαν σε νοσοκομεία σε όλη τη χώρα και καθορίστηκε επιτροπή από το Υπουργείο Υγείας ο οποία διασφάλιζε την ταχεία και διαφανή επεξεργασία των δωρεών. (4) Οι

τοπικές προσφορές για εξοπλισμό ατομικής προστασίας ξεκίνησαν από τις Περιφερειακές Αρχές Υγείας, καθώς και από νοσοκομεία, καλύπτοντας ένα μικρό τμήμα εφοδιασμού. (5) Χορηγήθηκαν άδειες για την εγχώρια παραγωγή αντισηπτικών, αυξάνοντας τη δυναμική από περίπου 600.000 τεμάχια/ημέρα σε 1 εκατομμύριο και ενθαρρύνθηκε η τρισδιάστατη εκτύπωση αναπνευστήρων. (6) Η ελληνική κυβέρνηση ενθάρρυνε τις ιδιωτικές επενδύσεις για την εγχώρια παραγωγή ιατρικών масκών, η οποία έχει προγραμματιστεί να ξεκινήσει τον Μάιο του 2020. Η αρχική παραγωγική ικανότητα ήταν 400.000 τεμάχια / ημέρα. (7) Οι εγχώριες φαρμακευτικές εταιρείες ξεκίνησαν δοκιμές για την παραγωγή φαρμάκων με βάση την χλωροκίνη ως μια περεταίρω προσπάθεια να ενισχύσει την συνολική προσπάθεια της χώρας για την αντιμετώπιση της κρίσης μειώνοντας την εξάρτηση από την διεθνή αγορά (54).

II. Απλές κλίνες: Με την έναρξη της πανδημίας, το ελληνικό σύστημα υγείας είχε περιορισμένη ικανότητα (Γράφημα 2) για νοσηλεία ασθενών με εξαιρετικά μολυσματικές ασθένειες, ειδικά σε θαλάμους απομόνωσης, αρνητικής πίεσης ή μονά δωμάτια.



Γράφημα 2: Απλές κλίνες, ανα 1000 κατοίκους, 2019. OECD

Μέσω συντονισμένων δράσεων και της συνεργασίας των Διοικήσεων του Υπουργείου Υγείας και των Νοσηλευτικών Μονάδων, 3.307 κρεβάτια για νοσηλεία των περιπτώσεων COVID-19 είχαν εξασφαλιστεί έως τις 31 Μαρτίου. Έως τις 16 Απριλίου, είχαν συγκεντρωθεί 4.007 νοσοκομειακά κρεβάτια. 3.610 ήταν διαθέσιμα, συμπεριλαμβανομένων των κρεβατιών που

ήταν καταλυμένα από ύποπτα περιστατικά COVID-19, εν αναμονή των εργαστηριακών αποτελεσμάτων. Στο πλαίσιο αυτό δημιουργήθηκαν και τα νοσοκομεία αναφοράς ανά υγειονομική περιφέρεια (54).

Στις 17 Μαρτίου του 2021 ανακοινώνεται από το Υπουργείο Υγείας ότι το σχέδιο έκτακτης ανάγκης στην Αττική περνάει στην επόμενη φάση για την περαιτέρω ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αυτό συμβαίνει με την επίταξη ορισμένων ιδιωτικών κλινικών. Στο σύνολό τους επιτάσσονται 450 κλίνες non-Covid σε: (1) Το Hellenic Health Care Group (300 κλίνες) (2) ΙΑΣΩ Α.Ε. (100 κλίνες) (3) Όμιλος Ιατρικού Αθηνών (50 κλίνες) και 100 κλίνες για Covid περιστατικά: (1) Όμιλος Ευρωκλινικής Αθηνών (60 κλίνες) (2) Όμιλος Βιοϊατρική (40 κλίνες) και επιπλέον 10 κλίνες ΜΕΘ (53).

III. Νοσοκομεία Αναφοράς: Στις 28 Ιανουαρίου του 2020 στην συνεδρίαση του Κεντρικού Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕΣΥΠΠΕ) παρουσιάστηκε το σχέδιο δράσης του Υπουργείου Υγείας και του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) σχετικά για την αντιμετώπιση πιθανού κρούσματος COVID-19 στην Ελλάδα. Στην συνεδρίαση αυτή ορίστηκαν τα νοσοκομεία σε όλη την επικράτεια που ορίζονται ως νοσοκομεία αναφοράς καθώς και έγινε συντονισμός των δράσεων των αρμόδιων φορέων.

Τα νοσοκομεία που επιλέχθηκαν για την αντιμετώπιση του 1^ο κύματος της πανδημίας στην χώρα μας δεν ήταν τυχαίος. Όλα τα νοσοκομεία (είτε ως Γενικό Νοσοκομείο είτε ως Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο) εμφάνιζαν κάποια χαρακτηριστικά :

1. Διέθεταν περισσότερες από μια ΜΕΘ (π.χ Σωτηρία, Ευαγγελισμός, Αττικόν, ΑΧΕΠΑ) καθώς και ειδικούς θαλάμους απομόνωσης με αρνητική πίεση (π.χ Σωτηρία, Αττικό, ΑΧΕΠΑ).
2. Διέθεταν εξειδικευμένο προσωπικό που είχαν εμπειρία για την αντιμετώπιση αναπνευστικών νοσημάτων καθώς και γνώσεις πάνω σε ΜΕΘ. (π.χ Σωτηρία, Ευαγγελισμός, Αττικόν, ΑΧΕΠΑ).
3. Κάποια νοσοκομεία, όπως το νοσοκομεία Σωτηρία, είχαν διατελέσει και στην επιδημία SARS και MERS ως νοσοκομεία αναφοράς με αποτέλεσμα να αποκτήσουν εμπειρία πάνω σε παγκόσμιες υγειονομικές κρίσεις.
4. Κάποια νοσοκομεία εμφάνιζαν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το νοσοκομείο Σωτηρία όπου διαθέτει 34 κτήρια τα οποία είναι απομονωμένα το ένα από το άλλο καθιστώντας έτσι δύσκολη την διασπορά του ιού καθώς

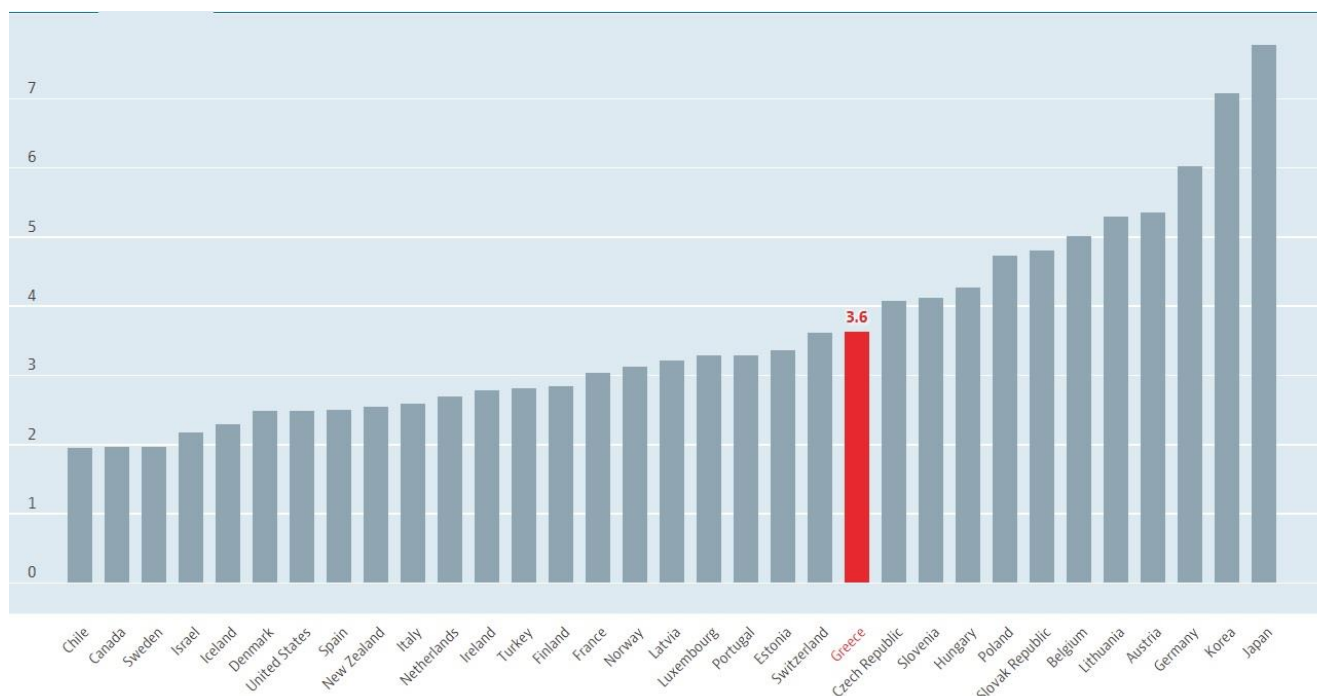
και εύκολη την δυνατότητα κλεισίματος για απολύμανση σε περίπτωση εμφάνισης κάποιου κρούσματος χωρίς να επηρεάζεται η λειτουργία του νοσοκομείου (60).

5. Τα Νοσοκομεία που επιλέχθηκαν για την αντιμετώπιση του 1^ο κύματος ήταν μικρός σε αριθμό (13συνολικά) σε σχέση με το σύνολο των Νοσοκομείων της επικράτειας. Αυτό έδωσε την δυνατότητα στο σύστημα υγείας όχι μόνο να κάνει καλύτερη διαχείριση εξοπλισμού που ήταν απαραίτητος για την νοσηλεία περιστατικών COVID-19 (μάσκες υψηλής προστασίας, προστατευτικές προσωπίδες κτλ) σε σχέση με τα υπόλοιπα νοσοκομεία που νοσήλευαν περιστατικά non-covid αλλά και να έχει τον απαραίτητο χρόνο ώστε να προετοιμάσει και τα υπόλοιπα νοσοκομεία σε περίπτωση αύξησης των κρουσμάτων.

6. Κάθε νοσοκομείο επιλέχθηκε για να καλύψει την κάθε υγειονομική περιφέρεια σε περίπτωση εμφάνισης κρούσματος COVID-19.

IV.Αριθμός των κλινών ΜΕΘ κατά την έναρξη της πανδημίας: Τον Φεβρουάριο του 2020 εντοπίζονταν συνολικά 565 κλίνες ΜΕΘ στον δημόσιο Τομέα χωρίς δυνατότητα νοσηλείας περιστατικών με COVID-19. Στις αρχές Απριλίου ο συνολικός αριθμός κλινών ΜΕΘ ανέρχεται στις 870 κλίνες, εκ των οποίων οι 703 κλίνες να εντοπίζονται στον δημόσιο τομέα. Η αρχική αυτή αύξηση των κλινών ΜΕΘ οφειλόταν:

- Από την προσθήκη 85 νέων κλινών από τα δημόσια νοσοκομεία.



Γράφημα 3: Κλίνες ΜΕΘ, ανά 1 000 κατοίκους, 2019, OECD.

- Την μετατροπή μονάδων υψηλής εξάρτησης, θαλάμων αρνητικής πίεσης ή άλλων χώρων που διέθεταν την απαραίτητη υποδομή για μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε ΜΕΘ.
- Παροχή 30 κλινών από τα στρατιωτικά νοσοκομεία της χώρας.
- Παροχή 137 κλινών ΜΕΘ από τις ιδιωτικές κλινικές

Στα μέσα Απριλίου γίνεται η εγκατάσταση 50 κλινών ΜΕΘ στο νοσοκομείο “Σωτηρία” ύστερα από δωρεά του Κοινοβουλίου της Βουλής των Ελλήνων ύψους 8 εκατομμύριων ευρώ και ο αριθμός των κλινών ΜΕΘ ανέρχεται στις 1000. Στις 27 Απριλίου ανακοινώνεται από το υπουργείο Υγείας ότι ο συνολικός αριθμός λειτουργικών κλινών ΜΕΘ ανέρχεται στις 1017 κλίνες (840 κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία, 32 κλίνες στα στρατιωτικά νοσοκομεία και 145 κλίνες στα ιδιωτικά νοσοκομεία). Στον σχεδιασμό του υπουργείου υγείας προβλέπεται προσπάθεια επέκτασης και ενίσχυσης των κλινών ΜΕΘ της επικράτειας με στόχο απόκτησης 1200 κλινών ΜΕΘ μέχρι το τέλος του 2020 φτάνοντας τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (12 κλίνες ανά 100.000 κατοίκους).

Μετά το τέλος του πρώτου κύματος της πανδημίας οι επιπλέον κλίνες ΜΕΘ COVID-19 επέστρεψαν στην προηγούμενη κατάσταση (Τέλη Μάιου του 2020 υπήρχαν 957 κλίνες εκ των οποίων οι 227 ήταν κλίνες ΜΕΘ Covid και σταδιακά κλίνες Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), καρδιοχειρουργικής και νευροχειρουργικής που είχαν μετατραπεί σε ΜΕΘ, με το πρόγραμμα επανόδου των τακτικών χειρουργείων επανήλθαν στην αρχική τους λειτουργία. Τον Ιούλιο οι κλίνες ΜΕΘ ήταν 917 κλίνες-755 κλίνες στα δημόσια νοσοκομεία, 32 κλίνες στα στρατιωτικά νοσοκομεία και 130 κλίνες στα ιδιωτικά νοσοκομεία). (54; 61; 57; 58)

V. Προγραμματισμός επέκτασης των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ: Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που είχε να αντιμετωπίσει το Υπουργείο Υγείας ήταν η κατάσταση στην οποία βρισκόταν το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας. Κατά την προηγούμενη δεκαετία το εθνικό σύστημα της χώρας αντιμετώπισε σημαντικού βαθμού συρρίκνωση λόγω της παρατεταμένης ελλιπούς χρηματοδότησης και σχεδόν μηδενικής ανανέωσης του συνταξιοδοτούμενου προσωπικό με αποτέλεσμα να οδηγήσει σε σοβαρές ελλείψεις υγειονομικού προσωπικού. Κατά την έναρξη της πανδημίας η χώρα μας διέθετε έναν εξαιρετικό μικρό αριθμό κλινών ΜΕΘ οι οποίες δεν ξεπερνούσαν τις 1000 κλίνες. Με μια επίδειξη ποσοστού των εισαγωγών μεταξύ του 5% και 12% των συνολικά θετικών περιστατικών με COVID-19, ο αριθμός των νοσούντων

έπρεπε να παραμείνει όσο το δυνατόν χαμηλό έτσι ώστε δώσει τον απαραίτητο χρόνο στο σύστημα υγείας να μπορέσει να διαχειριστεί την κατάσταση.

Το υπουργείο υγείας προκειμένου να αντιμετωπίσει την έλλειψη κλινών ΜΕΘ προχώρησε στον σχεδιασμό προγράμματος επέκτασης των διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ. Ο σχεδιασμός διακρινόταν σε 3 φάσεις και έπρεπε να έχει ολοκληρωθεί μέχρι την άνοιξη του 2020.

VI.Ανθρώπινο Δυναμικό: Στην Ελλάδα και ειδικότερα στο ΕΣΥ, παρατηρείται έντονη ανισορροπία στην κατανομή του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, τόσο από γεωγραφική άποψη όσο και από την άποψη του μείγματος δεξιοτήτων. Η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών και ταυτόχρονα τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1 000 κατοίκους στην ΕΕ. Επιπλέον, η αναλογία των γενικών ιατρών είναι μόλις 1 στους 16 ιατρούς στην Ελλάδα, έναντι 1 στους 4 κατά μέσο όρο στην ΕΕ (62).

Η κυβέρνηση κλήθηκε να δράσει γρήγορα, γνωρίζοντας ότι οι ελλείψεις δεκαετιών σε ανθρώπινο δυναμικό θα αποτελούσε ένα από τα βασικότερα προβλήματα που θα είχε να αντιμετωπίσει. Έτσι, στις 26 Φεβρουαρίου, λίγες ώρες μετά την ανακοίνωση του πρώτου επιβεβαιωμένου κρούσματος COVID-19 στη χώρα, έγινε ανάκληση όλων των αδειών του υγειονομικού ποροσκοπικού στο ΕΣΥ σε νοσοκομεία, δομές πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και όλες οι εγκαταστάσεις υγείας στη χώρα, μετά από εντολή του Υπουργού Υγείας. Οι διαδικασίες πρόσληψης πρόσθετου προσωπικού άρχισαν επίσης την ίδια ημέρα. Επιπλέον, έγινε ανάκληση των αδειών και στο προσωπικό του ΕΚΑΒ, σε περιφερειακές κλινικές, κέντρα υγείας και όλες οι τοπικές εγκαταστάσεις που σχετίζονται με την υγεία.

Μεταξύ Μαρτίου 2020 και Φεβρουαρίου 2021, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ενισχύθηκε με περισσότερες από 7.500 νέες προσλήψεις (βραχυπρόθεσμες συμβάσεις) ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και άλλου προσωπικού, υπερβαίνοντας κατά πολύ το αρχικό σχέδιο για 2.000 προσλήψεις. Επιπλέον, το Υπουργείο Υγείας ανακοίνωσε άνοιγμα για 1.423 μόνιμες θέσεις ιατρών σε 3 στάδια: (1) Φεβρουάριος 2020: 942 θέσεις για γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, για όλα τα νοσοκομεία της χώρας. (2) Ιούλιος 2020: 81 θέσεις για γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, για τα νησιά και τις απομακρυσμένες περιοχές. (3) Σεπτέμβριος 2020: 400 θέσεις, εκ των οποίων οι 200 είναι για ειδικούς εντατικής θεραπείας και άλλες για διάφορες άλλες ειδικότητες.

Ένας ακόμη τρόπος να αυξήσουν το εργατικό δυναμικό ήταν το Μάρτιο του 2020 να δημιουργηθεί μια πλατφόρμα και καμπάνια για την προσέλκυση εθελοντών απευθυνόμενο σε όποιον μπορεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του όπως ιατροί, νοσηλευτές, παραϊατρικό προσωπικό, ψυχολόγοι, φοιτητές, αλλά και συνταξιούχοι επιστημών υγείας. Περισσότεροι από 10 χιλιάδες εθελοντές έχουν υποβάλει αίτηση μέσω της ψηφιακής πλατφόρμας, που δημιουργήθηκε από το Υπουργείο Υγείας. (54; 63). Επίσης θεσπίστηκε στις 13 Απριλίου του 2020 νομοθετικό πλαίσιο που προβλέπει την απασχόληση ιδιωτικών ιατρών σε δημόσια νοσοκομεία για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για έως και 2 μήνες με τη δυνατότητα παράτασης της συνεργασίας για άλλους 2 μήνες. Ένα χρόνο μετά έχοντας μπει για τα καλά στο 3^ο κύμα της πανδημίας με το υγειονομικό προσωπικό να φτάνει στο όριο της εξουθένωσης, η κυβέρνηση κάνει κλίση τους ιδιώτες ιατρούς ειδικοτήτων Παθολογίας, Πνευμονολογίας και Γενικών ιατρών προς ενίσχυση του ΕΣΥ στην Αττική, όπου και ήταν το μεγαλύτερο πρόβλημα. Καθώς μετά από πολλαπλές εκκλήσεις του Υπουργείου Υγείας μόνο 61 ιατροί δήλωσαν συμμετοχή, ο Υπουργός Υγείας προέβη σε επίταξη ιδιωτών των συγκεκριμένων ειδικοτήτων σε διάφορα νοσοκομεία της Αττικής (64). Όλα αυτά τα ρυθμιστικά βήματα από την πλευρά της κυβέρνησης έδωσαν μια αριθμητική αύξηση του εργατικού δυναμικού σε ιατρούς, νοσηλευτές, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό. Τι πραγματικά συνέβη όμως και πόσο αυτά τα μέτρα βοήθησαν πραγματικά στην κάλυψη των κενών που προϋπήρχε και απλώς η υγειονομική κρίση της ανέδειξε; Έγιναν προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με βραχυπρόθεσμες συμβάσεις (επικουρικά) οι οποίες δεν έγιναν στοχευμένα σε συγκεκριμένα τμήματα αλλά και σε τμήματα που ενδεχομένως να μην χρειάζονταν άμεσα σε μια κατάσταση κρίσης όπως αυτή της πανδημίας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα στο 3^ο κύμα της πανδημίας τα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αττικής να μην έχουν επαρκές προσωπικό σε παθολόγους και πνευμονολόγους και να επιτάσσονται ιατροί άλλων ειδικοτήτων οι οποίοι και δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για της διαχείριση αυτών των περιστατικών αλλά και διακόπηκε η εκπαίδευσή τους στην ειδικότητα που διατρέχουν. Το νοσηλευτικό επικουρικό προσωπικό που προσλήφθηκε ήταν ανεπαρκώς εκπαιδευμένο με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται περισσότερο το ήδη υπάρχον προσωπικό. Επίσης μέσα σε αυτές τις 7.500 προσλήψεις συμπεριλαμβάνονται οι 6μηνες συμβάσεις σε ανειδίκευτους ιατρούς εν αναμονή της ειδικότητας τους οι οποίοι δεν ήταν επαρκώς εκπαιδευμένοι. Κενά στην βόρεια Ελλάδα στην αρχή του 3^{ου} κύματος καλύφθηκαν με μετακινήσεις προσωπικού από την Αττική, την Κρήτη και άλλες περιοχές, για διάστημα

δεκαπέντε ημερών. Η επίταξη του ιδιωτικού τομέα σε γιατρούς έφερε περαιτέρω δυσκολίες παρά διευκόλυνε το προσωπικό του ΕΣΥ καθώς εντάχθηκαν ιατροί οι οποίοι είχαν αποχή από τα νοσοκομεία ενδεχομένως για δεκαετίες. Εύλογα λοιπόν υπήρξε δυσκολία της προσαρμογής τους και σε πολλές περιπτώσεις άρνησης. Δεν μπορεί βέβαια κανείς εύκολα να πει ότι όλες οι κινήσεις προς την ενδυνάμωση του εργατικού δυναμικού στο ΕΣΥ ήταν λάθος, άλλα σίγουρα θα μπορούσε να είναι πιο μεθοδευμένες και να δίνουν βάσει σε ποιότητα και όχι την ανακοίνωση ενός μεγαλύτερου ενδεχομένως αριθμού. Οι αριθμοί δεν λένε τίποτα, η ποιότητα όμως κοστίζει στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

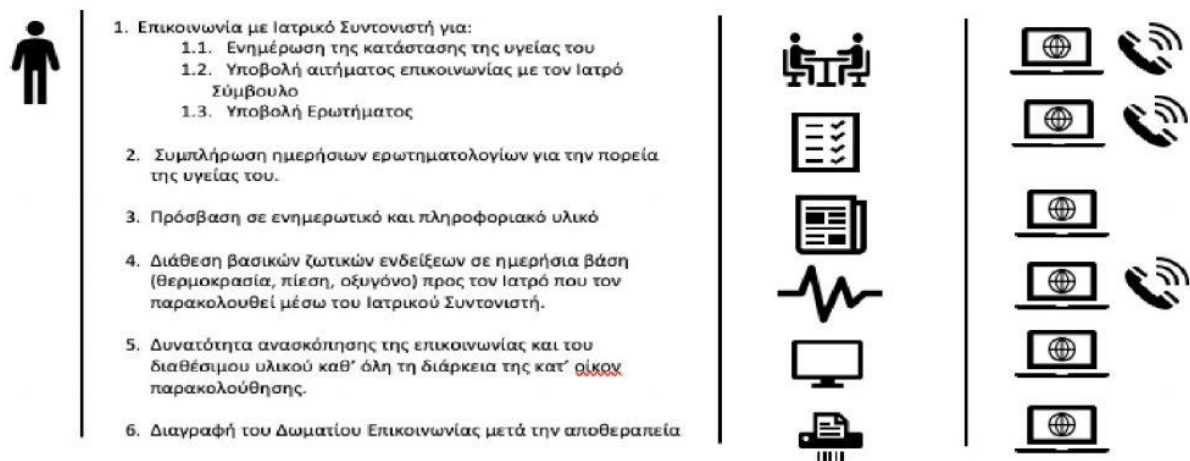
VII. Η αλλαγές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ): Η πανδημία COVID-19, όχι μόνο ανέδειξε τις ελλείψεις του ΕΣΥ στην Ελλάδα, αλλά δημιούργησε την ανάγκη για γρήγορη ανταπόκριση και ανάπτυξη αυτών των μακροχρόνιων ελλείψεων. Μια από αυτές τις ελλείψεις είναι η ΠΦΥ, την οποία η κυβέρνηση αναγκάστηκε να εντάξει στην συνολική ανταπόκριση του ΕΣΥ στην πανδημία καθώς τα τριτοβάθμια νοσοκομεία της Αττικής, αλλά και άλλων περιοχών της ενδοχώρας, ήδη τον Μάρτιο του 2020 βρισκόντουσαν σε έκτακτη ανάγκη από ενίσχυση.

Τον Απρίλιο του 2020 μπαίνει σε εφαρμογή ένα σχέδιο για την ένταξη της ΠΦΥ στο γενικότερο πλαίσιο της μάχης κατά της πανδημίας και ο ρόλος της ενισχύεται θέτοντας κάποιους στόχους: (1) την έγκαιρη ανίχνευση και διαχείριση πιθανών περιπτώσεων COVID-19 (με ήπια συμπτώματα που δεν απαιτούν νοσηλεία) σε ειδικά κέντρα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, (2) την παραπομπή από πρωτοβάθμια σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια κέντρα, όσων χρειάζονται νοσηλεία. (3) την βοήθεια σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ή οξείες ασθένειες που δεν σχετίζονται με το COVID-19 στις υπόλοιπες (εκτός COVID-19) εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης και (4) την ελαχιστοποίηση κινδύνου έκθεσης ασθενών και υγειονομικού προσωπικού στο SARS-CoV-2. Το Σχέδιο Δράσης, που ανακοινώθηκε στις 3 Απριλίου, είχε δύο βασικούς άξονες (65).

Ο πρώτος άξονας αφορά στη λειτουργία Κέντρων Υγείας (ΚΥ) COVID επί 24ωρου βάσεως, αποκλειστικά για τη διαλογή/διερεύνηση/διαχείριση ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού, που δεν χρήζουν παραπομπής σε νοσοκομείο. Τα συγκεκριμένα ΚΥ λειτούργησαν υποστηρικτικά στο δίκτυο των νοσοκομείων και αφορούσαν ΚΥ στον αστικό ιστό μεγάλων πόλεων (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα, Ηράκλειο). Τα πρώτα Κέντρα Υγείας που θα λειτουργήσαν για

ασθενείς με COVID-19 ήταν: 1η ΥΠΕ: Κ.Υ. Αλεξάνδρας, Κ.Υ. Καλυβίων, Κ.Υ. Ραφήνας και 2η ΥΠΕ: Κ.Υ. Καμινίων, Κ.Υ. Περιστερίου (66).

Ο δεύτερος άξονας περιλάμβανε τα ΚΥ 24ωρης λειτουργίας που εξυπηρετούσαν τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, διαχειρίζονταν τις έκτακτες και επείγουσες περιπτώσεις και ήταν σε επικοινωνία με τους πολίτες του πληθυσμού ευθύνης τους που βρισκόντουσαν σε απομόνωση

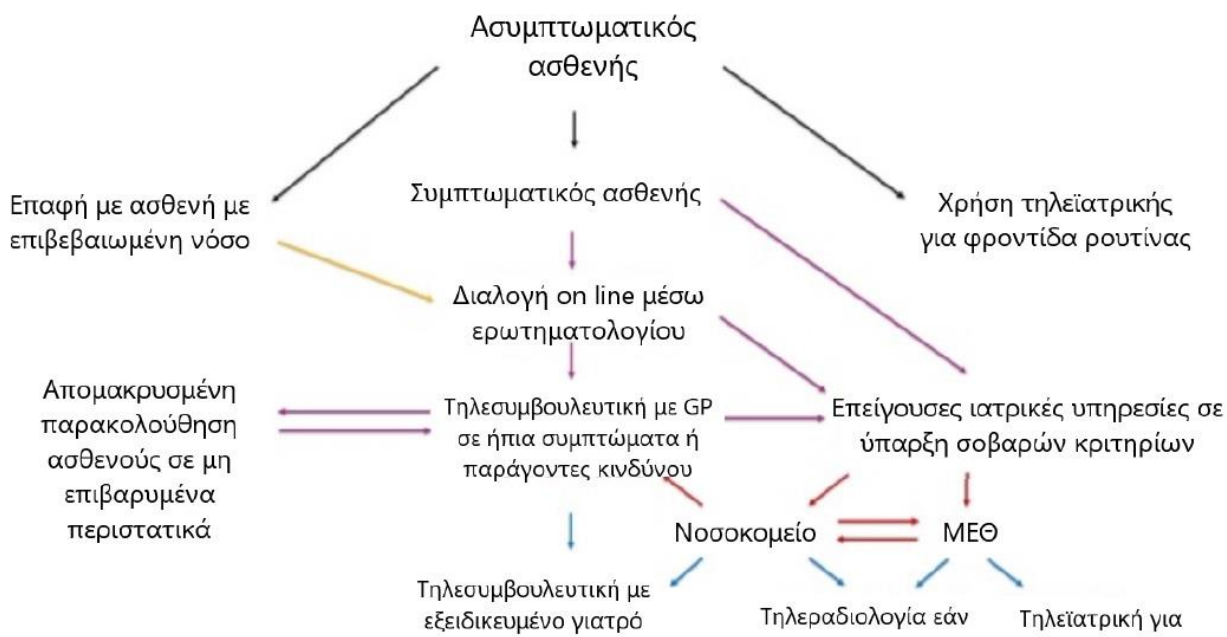


Εικόνα 1: Αλγόριθμος επικοινωνίας, Δελτίο Τύπου, 2020 ΕΟΔΥ (66)

το σπίτι για την πορεία της υγείας τους. Στο πλαίσιο αυτό από τις Δημόσιες Δομές ΠΦΥ, δημιουργήθηκε δίκτυο επαγγελματιών υγείας των Μονάδων ΠΦΥ (ιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας κλπ), για την τακτική επικοινωνία με τους πολίτες, για την παροχή συμβουλευτικής, καθοδήγησης και υποστήριξης των οικογενειών τους, για όλη τη διάρκεια της παρακολούθησης, σύμφωνα με τις οδηγίες του ΕΟΔΥ για την απομόνωση στο σπίτι με τους εξής τρόπους: (1) τηλεφωνική Επικοινωνία με τα Κέντρα Υγείας (2) χρήση Τηλεσυμβουλευτικής για τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με COVID-19. Στο δίκτυο της τηλεσυμβουλευτικής συμμετείχαν και ιδιώτες γιατροί, με αποζημίωση 10 ευρώ ανά κλήση. (Εικόνα 1) (3) Επίσκεψη κατ' οίκων, ομάδες αποτελούμενες από γιατρό και νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας, που υπό τον συντονισμό της ΔΥΠΕ, σε συνεργασία με τα ΚΥ με άμεση επίσκεψη στο σπίτι ασθενών για εξέταση, με τήρηση όλων των μέτρων ατομικής προστασίας (4) Επίσκεψη κατ' οίκων από ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, με αποζημίωση 30 ευρώ ανά επίσκεψη. (5) Βοήθεια στο Σπίτι, τα Κέντρα Υγείας σε συνεργασία με τους Δήμους, για την ενδυνάμωση του κοινού και την ενημέρωση ηλικιωμένων που ζουν μόνοι

τους και ευπαθών ομάδων που χρήζουν βοήθειας από τις Μονάδες Υγείας. (6) Ψυχολογική Υποστήριξη, έναρξη υπηρεσίας τηλεφωνικής υποστήριξης, υπό τις επιστημονικές κατευθύνσεις και την εποπτεία της Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού & Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (ΕΚΠΑ) και σε συνεργασία με την Ομοσπονδία Φορέων Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης & Ψυχικής Υγείας «ΑΡΓΩ», το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΕΚΚΑ), τον μη κερδοσκοπικός Σύλλογος «Το Χαμόγελο του Παιδιού», καθώς και μεγάλος αριθμός εθελοντών ψυχολόγων. Δημιουργείται επίσης Ηλεκτρονικό Μητρώο για την παρακολούθηση των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με COVID-19 από τους θεράποντες ιατρούς και τη διασφάλιση συνεχούς φροντίδας αυτών των ασθενών (66).

Στο γενικότερο πλαίσιο αντιμετώπισης της πανδημίας COVID-19 με τον βασικότερο στόχο να αποτελεί η έγκαιρη εντόπιση κρουσμάτων, πιθανών και επιβεβαιωμένων, με άμεση συνέπεια πολλοί συμπολίτες να είναι απομονωμένοι στα πλαίσια της επιβεβλημένης «καραντίνας», η τηλεϊατρική έχει θέση και μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά χρήσιμη σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης για την υγεία, σε καταστροφές και φυσικά για τη διαχείριση της πανδημίας όπως έχει αποδειχθεί και στο παρελθόν με τις επιδημίες Ebola, H1N1 και H7N9. Ερευνητές επιχείρησαν να καθορίσουν το εννοιολογικό πλαίσιο για την εφαρμογή της τηλεϊατρικής κατά τη διάρκεια των επιδημιών. Ένας βασικός αλγόριθμος διαχείρισης ύποπτων και επιβεβαιωμένων



Εικόνα 2: Αλγόριθμος διαχείρισης ύποπτων και επιβεβαιωμένων κρουσμάτων μέσω τηλεϊατρικής για πανδημίες. (67)

κρουσμάτων για τις υπηρεσίες υγείας ώστε να ενσωματώσουν την τηλεϊατρική κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 αποτυπώνεται στην *εικόνα 2*. Περιλαμβάνει την τηλεσυμβουλευτική από εμπειρογνώμονες, την τηλεπαρακολούθηση θεραπευτικών περιπτώσεων επαφής και τηλεσυμβουλευτική για διαλογή περιστατικών και για μεμονωμένες περιπτώσεις (68).

Η δημιουργία της πλατφόρμας τηλεσυμβουλευτικής για κατ' οίκων παρακολούθηση, μπήκε σε ισχύ στις 5 Απριλίου του 2020 και είχε τις εξής λειτουργίες: (1) Επικοινωνία με Ιατρικό Συντονιστή για: ενημέρωση της κατάστασης της υγείας τους, υποβολή αιτήματος επικοινωνίας με τον Ιατρό Σύμβουλο και υποβολή ερωτημάτων. (2) Συμπλήρωση ημερησίων ερωτηματολογίων για την πορεία της υγείας του. (3) Πρόσβαση σε ενημερωτικό και πληροφοριακό υλικό (4) Διάθεση βασικών ζωτικών ενδείξεων (θερμοκρασία, πίεση, οξυγόνο) σε ημερήσια βάση προς τον ιατρό που τον παρακολουθεί μέσω του Ιατρικού Συντονιστή. (5) Δυνατότητα ανασκόπησης της επικοινωνίας και του διαθέσιμου υλικού καθ' όλη τη διάρκεια της κατ' οίκων παρακολούθησης και (6) άμεση διακοπή και διαγραφή των στοιχείων από την υπηρεσία ανά πάσα στιγμή (69).

Καθώς μια πανδημία είναι πάντα μία ρευστή οντότητα, όσο προχωράει τα πράγματα αλλάζουν. Έτσι και η ΠΦΥ, τον Οκτώβριο του 2020 εντάσσονται 161 Κέντρα Υγείας και 42 Περιφερειακά Ιατρεία. 1^η ΥΠΕ 8 ΚΥ, 2^η ΥΠΕ 33 ΚΥ και 40 ΠΠ, 3^η ΥΠΕ 22 ΚΥ, 4^η ΥΠΕ 19 ΚΥ, 5^η ΥΠΕ 37 ΚΥ και 2 ΠΠ, 6^η ΥΠΕ 28 ΚΥ, 7^η ΥΠΕ 14 ΚΥ (70). Η Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρεία (ΕΤΕ), ανακοινώνει ένα νέο διαδικτυακό πρόγραμμα εκμάθησης των νέων ειδικευόμενων ιατρών που καλούνται να αντιμετωπίσουν περιστατικά με COVID-19 με αφορμή την περεταίρω ένταξη της ΠΦΥ και παράλληλα δημοσιεύει έναν οδηγό απευθυνόμενο τους ιατρούς της ΠΦΥ με προτεινόμενες οδηγίες για τα μέτρα ατομική προστασίας, τους χώρους διαλογής περιστατικών, την διαχείριση ύποπτου κρούσματος και την διαχείριση ασθενών με COVID-19 (71).

5.3 Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

Αυτή η πανδημία έχει αποδειχθεί ότι επιταχύνει την ανάγκη για γρήγορες αντιδράσεις σε μακροχρόνιες συστηματικές ελλείψεις του ΕΣΥ. Ως τώρα, έχει καλυφθεί το τι συνέβη με την αύξηση των κλινών COVID-19 και των απλών κλινών, δεν έχει γίνει όμως αναφορά από πού προήλθαν αυτές οι κλίνες και ποιο ήταν το κόστος ως προς τους υπόλοιπους ασθενείς που δεν

νοσούσαν από COVID-19. Στις 23 Μαρτίου 2020 και όσο αύξαναν οι νοσηλείες σε ύποπτα περιστατικά COVID-19, αυξήθηκε η ζήτηση για νοσοκομειακές υπηρεσίες, έτσι τα νοσοκομεία, δημόσια και ιδιωτικά, έλαβαν εντολή από υπουργικό διάταγμα για αναστολή των τακτικών χειρουργείων και την λειτουργία των χειρουργικών αιθουσών για να εξυπηρετήσουν μόνο για επείγοντα και ογκολογικά περιστατικά. Αυτό άνοιξε χώρο, κυρίως στα δημόσια νοσοκομεία, για την διάθεση κλινών σε περιστατικά COVID-19 αλλά και άλλα παθολογικά περιστατικών non- COVID-19. Η αναστολή των χειρουργείων είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση στις λίστες αναμονής τους. Το καλοκαίρι του 2020, έγινε επανέναρξη για ένα μικρό χρονικό διάστημα, μείωση ξανά τον Νοέμβριο 2020 κατά 80% και πλήρη αναστολή τον Ιανουάριο 2021 και τις 31 Μαΐου 2021 και επαναφορά στην πλήρη λειτουργία τους και πάλι 1 Ιουνίου του 2021 (54).

Για την πρόσβαση των χρόνιων ασθενών στην φαρμακευτική τους αγωγή και χωρίς να χρειαστεί να επισκεφτούν τον ιατρό τους, μπήκε σε εφαρμογή το Μάρτιο του 2020 η άυλη συνταγογράφηση όπου ο ασθενείς λαμβάνει την συνταγή ή το παραπεμπτικό εξετάσεων στο κινητό του τηλέφωνο ή με e-mail, ενεργοποιώντας το εύκολα από το διαδίκτυο με τον ΑΜΚΑ του και τους προσωπικούς κωδικούς του taxisnet (72).

Τον Μάρτιο του 2020 μαζί με τα χειρουργεία αναστέλλεται και οι λειτουργίες των τακτικών ιατρείων, πρωινών και απογευματινών, με το ίδιο μοτίβο. Εξαιρούνται οι επανεξετάσεις χειρουργημένων ασθενών και οι επανεξετάσεις επειγόντων περιστατικών. Τα ραντεβού για χημειοθεραπεία, και τα ραντεβού μαιευτικής παρακολούθησης (54).

5.4 Διακυβέρνηση και Συντονισμός δράσεων

Για την διαχείριση της πανδημίας στην Ελλάδα και των υπόπτων -επιβεβαιωμένων περιστατικών COVID-19, τηρήθηκαν τα αναπροσαρμοσμένα πρωτόκολλα της επιδημίας τους H1N1 με κύρια χαρακτηριστικά τα εξής: (1) επιδημιολογική παρακολούθηση της νόσου (2) χρήση αντιικών φαρμάκων για πρόληψη και θεραπεία (3) στρατηγική χρήση εμβολίου για πρόληψη (4) μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης (5) κοινωνική συνοχή και ομαλή λειτουργία της οικονομία. Φυσικά η πανδημία COVID-19 αποδείχτηκε εντελώς διαφορετική από τις επιδημίες γρίπης, και έτσι έγινε αναπροσαρμογή των βασικών πυλώνων με συντονισμό από την κυβέρνηση και την Επιτροπή Εμπειρογνομώνων λαμβάνοντας υπόψιν τις συστάσεις από

τον WHO, CDC, ECDC. Στο πλαίσιο της πανδημίας COVID-19, το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδος έκανε τις ακόλουθες ενέργειες:

- Επιχειρησιακός συντονισμός: 24ωρη λειτουργία του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) με σκοπό την αντιμετώπιση και διαχείριση όλων των θεμάτων, καθώς και αιτήματα από υπηρεσίες και πολίτες, σχετικά με την πανδημία COVID-19.
- Συνεχής συνεργασία σε όλα τα κυβερνητικά επίπεδα, προώθηση της συζήτησης και παροχή πληροφοριών και σχετικών συστάσεων, προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις και να διατυπωθεί η εθνική στρατηγική, υπό το φως της συνεχούς παρακολούθησης των επιδημιολογικών δεδομένων στη χώρα.
- Συνεχής συνεργασία για την άμεση ανταλλαγή δεδομένων και τεχνογνωσίας με: WHO, ECDC, ΕΕ και Υπουργεία Υγείας άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.
- Τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων: η επιτροπή Εμπειρογνομόνων συνεδριάζει και συζητά όλα τα θέματα που προκύπτουν καθημερινά, με συμβουλευτικό ρόλο σε θέματα που σχετίζονται με την πανδημία. Ο ΕΟΔΥ συνεδριάζει καθημερινά ως απάντηση στην COVID-19 και έχει προτείνει όλα τα μέτρα που έχουν ληφθεί μέχρι στιγμής κατά την περίοδο καθολικής απαγόρευσης κυκλοφορίας και μετάβασης.

Μεταξύ άλλων, οι αποφάσεις των επιτροπών περιλαμβάνουν (1) την επιδημιολογική παρακολούθηση της χώρας και τη θέσπιση περιοριστικών μέτρων με στόχο την προστασία της δημόσιας υγείας των πολιτών (2) το άνοιγμα των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα (3) Επαναλειτουργία της βιομηχανίας του ιδιωτικού τομέα.

Η εθνική απάντηση στην COVID-19 καθοδηγείται από τον ΕΟΔΥ, το Υπουργείο Υγείας και την Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας. Κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας διενεργούταν καθημερινά ενημερώσεις από τον υφυπουργός Πολιτικής Προστασίας και Διαχείρισης Κρίσεων, Νίκο Χαρδαλιά και τον Καθηγητή Σωτήρη Τσιόδρα, Παθολόγο- Λοιμωξιολόγο από την Επιτροπή Εμπειρογνομόνων, για την ανακοίνωση κρουσμάτων, θανάτων, και διασωληνομένων σε ΜΕΘ, τυχόν μέτρων κ.α. πιθανών ζητημάτων. Επίσης για την ενημέρωση των πολιτών στην επίσημη ιστοσελίδα του ΕΟΔΥ υπάρχουν οι ημερήσιες εκθέσεις για την COVID-19 από την έναρξη της πανδημίας μέχρι και σήμερα (54; 73).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.

Η πανδημία του COVID-19 υπήρξε μια άνευ προηγουμένου παγκόσμια κρίση υγείας και το σύστημα υγείας της Ελλάδας αντιμετώπισε σημαντικές προκλήσεις κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Σε αυτό κεφάλαιο, θα συζητηθούν τα αποτελέσματα και θα συζητηθούν οι επιπτώσεις για το ελληνικό σύστημα υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις προτεινόμενες μελλοντικές αλλαγές από την οπτική γωνία ενός μεταπτυχιακού που αφορά τον τομέα της ηγεσίας στην υγεία. Τα ευρήματα της ΔΕ αυτής υπογραμμίζουν τον τεράστιο αντίκτυπο της πανδημίας στο σύστημα υγείας της Ελλάδας.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο σκοπός της ΔΕ ήταν η αναφορά στις αλλαγές που έγιναν στο ΕΣΥ κατά την τρέχουσα περίοδο της πανδημίας του COVID-19 και βάζοντας ένα θεωρητικό πλαίσιο γύρω από την έννοια της «ανθεκτικότητας» ενός συστήματος υγείας (resilience) να αποτυπωθεί κατά πόσο η Ελλάδα ήταν έτοιμη να ανταποκριθεί. Η έλευση της πανδημίας βρήκε το ΕΣΥ ανέτοιμο να ανταποκριθεί πλήρως στις απαιτήσεις που δημιουργήθηκαν κυρίως λόγω όλων των σημείων που αναλύθηκαν, αλλά και της έλλειψης δεδομένων για τη νόσο COVID-19 κατά το ξέσπασμα της. Πρέπει να σημειωθεί ότι δεν έχουν γίνει ακόμη μετρήσεις σε όλα τα διαφορετικά κοινωνικοοικονομικά πλαίσια της κοινωνίας στα οποία πραγματικά η πανδημία διείσδυσε και απέφερε αλλαγές και άρα δεν μπορούμε να πούμε με ακρίβεια πως επηρέασε πραγματικά με δεδομένα.

Η σημασία της ανθεκτικότητας ενός συστήματος υγείας δείχνει κατά πόσο αυτό έχει γερές βάσεις, σωστή κατανομή των πόρων και δαπανών. Μια κρίση όπως μια πανδημία, έρχεται να αναδείξει τα μελανά σημεία σ' ένα σύστημα και όχι απλά να προκαλέσει προβλήματα τα οποία δεν υπήρχαν ήδη. Ο κίνδυνος και η συχνότητα των κρίσεων αυτών φαίνεται να αυξάνεται παγκοσμίως είτε από την υπερθέρμανση του πλανήτη, από νέες επιδημίες ή από την οικονομική αβεβαιότητα και από την αλλαγή της γεωπολιτικής. Είναι σημαντικό σε μια νέα ασταθή εποχή για τους εθνικούς ηγέτες και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να είναι σε θέση να προετοιμάζονται, να καθοδηγούν και να διαχειρίζονται τα συστήματα υγείας εν μέσω διαφόρων κρίσεων. Αυτό αποδεικνύεται από την εμφάνιση και την ταχεία εξάπλωση του COVID-19 που δοκιμάζει όχι μόνο την ετοιμότητα της υγειονομικής περίθαλψης και τους μηχανισμούς ελέγχου των λοιμώξεων σε όλο τον κόσμο, αλλά και την ισχύ των αλυσίδων εφοδιασμού και των

αγορών, που απειλούν να βλάψουν την παγκόσμια οικονομία και κατά συνέπεια, το κόστος σε ανθρώπινο επίπεδο να είναι μεγαλύτερο ενδεχομένως από το αντίκτυπο της ίδιας της νόσου.

Έτσι, η κατανόηση της έννοιας της ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας δεν ήταν ποτέ πιο σημαντική. Ήταν τελικά λοιπόν η Ελλάδα μια χώρα ανθεκτική σε υγειονομική κρίση; Η ουσία της απόκρισης ενός συστήματος υγείας σε ετοιμότητα είναι η απορρόφηση, η προσαρμογή και ο μετασχηματισμός όπου είναι απαραίτητο. Το ΕΣΥ όπως φάνηκε από την ΔΕ, παρόλο που δεν ήταν έτοιμο σε καμία περίπτωση να υποδεχτεί μια τέτοια κρίση, έδειξε αρκετά μεγάλη ελαστικότητα και προσαρμοστικότητα. Μπορεί στα χαρτιά λοιπόν να πει κανείς ότι η ανταπόκριση ήταν σε ένα καλό επίπεδο. Αν πάμε όμως να δούμε με τι κόστος έγινε όλο αυτό θα παρατηρήσουμε ότι σε ένα ήδη κουρασμένο από ελλείψεις προσωπικό, και σε ένα σύστημα τριτοβάθμιο το οποίο δεν υποστηρίζεται από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επειδή αυτή δεν έχει διαμορφωθεί όπως θα έπρεπε από την πολιτεία, το ΕΣΥ ήταν στα όρια της κατάρρευσης. Κατά την άποψή μου ο λόγος για τον οποίο αυτή η κατάρρευση δεν ήρθε τελικά ήταν επειδή το προσωπικό διάθεσε άπλετες προσωπικές ώρες για να στηρίξει το σύστημα.

Η αύξηση των κρουσμάτων COVID-19 πίεσε τις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, οδηγώντας σε ελλείψεις σε νοσοκομειακά κρεβάτια και μονάδες εντατικής θεραπείας. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας αντιμετώπιζαν πολλές ώρες εργασίας, υψηλά επίπεδα άγχους και αυξημένο κίνδυνο μόλυνσης. Η πανδημία αποκάλυψε επίσης τις υπάρχουσες αδυναμίες στον συντονισμό και την επικοινωνία μεταξύ των ενδιαφερομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, επηρεάζοντας την ικανότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά. Ένα πλεονέκτημα ήταν η ανθεκτικότητα και η αφοσίωση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, οι οποίοι εργάστηκαν ακούραστα για τη φροντίδα των ασθενών παρά τις δύσκολες συνθήκες. Επιπλέον, τα μέτρα δημόσιας υγείας, όπως οι εκστρατείες εμβολιασμού και τα πολλά τεστ, έπαιξαν ζωτικό ρόλο στον έλεγχο της εξάπλωσης του ιού. Η έλλειψη ενός ειδικού σχεδίου ετοιμότητας για την πανδημία και ειδικής ομάδας εργασίας εμπόδισε την ικανότητα του συστήματος να ανταποκρίνεται γρήγορα και αποτελεσματικά. Η χωρητικότητα των υποδομών υγειονομικής περίθαλψης αποδείχθηκε ανεπαρκής κατά τη διάρκεια της κορύφωσης της πανδημίας, υποδηλώνοντας την ανάγκη για επέκταση και εκσυγχρονισμό.

Επί πρόσθετα προβληματίζει το γεγονός ότι κατά την διάρκεια της πανδημίας δεν έγιναν αναφορές για τις υπόλοιπες νοσηρότητες, Τα non- COVID περιστατικά στα τριτοβάθμια

νοσοκομεία που κρίθηκαν να ανταποκριθούν παράλληλα και στα περιστατικά με COVID19, που βρέθηκαν να έρχονται σε δεύτερη μοίρα στα πρώτα κύματα της πανδημίας καθώς οι κλίνες ήταν κατειλημμένες κατά 40% από COVID περιστατικά. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, μπαίνει σε δεύτερη μοίρα. Η αύξηση των κλινών ΜΕΘ για το COVID περιστατικά ήταν εις βάρος των λοιπών νοσηροτήτων και η εκπαίδευση των ειδικευόμενων ιατρών σε αναστολή κατά ένα μεγάλο βαθμό για σχεδόν δύο χρόνια.

Με βάση τα ευρήματα της ΔΕ, μπορούν να γίνουν διάφορες συστάσεις για την ενίσχυση του ΕΣΥ για μελλοντικές έκτακτες ανάγκες υγείας:

1. Ανάπτυξη Σχεδίου Ετοιμότητας για Πανδημία: Η δημιουργία ειδικής ομάδας εργασίας υπεύθυνης για την ανάπτυξη και την τακτική ενημέρωση ενός ολοκληρωμένου σχεδίου ετοιμότητας για την πανδημία θα βελτιώσει την ετοιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης να χειριστεί μελλοντικές κρίσεις. Αυτό το σχέδιο θα πρέπει να ενσωματώνει διδάγματα από την πανδημία COVID-19 και να αξιοποιεί την παγκόσμια τεχνογνωσία και βέλτιστες πρακτικές.
2. Ενίσχυση των υποδομών υγειονομικής περίθαλψης: Η επένδυση σε αναβαθμίσεις και επεκτάσεις υποδομής υγειονομικής περίθαλψης, όπως η αύξηση της χωρητικότητας των ΜΕΘ και της διαθεσιμότητας νοσοκομειακών κρεβατιών, θα ενισχύσει την ικανότητα του συστήματος να χειρίζεται την αύξηση των ασθενών.
3. Βελτίωση της επικοινωνίας και του συντονισμού: Η ενίσχυση της επικοινωνίας και του συντονισμού μεταξύ των ενδιαφερομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης θα οδηγήσει σε πιο αποτελεσματικές απαντήσεις σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Η δημιουργία ενός κεντρικού κόμβου επικοινωνίας και η τακτική επικοινωνία με το κοινό μπορεί να ενισχύσει την εμπιστοσύνη και τη συμμόρφωση με τα μέτρα δημόσιας υγείας.
4. Υποστήριξη των εργαζομένων: Η διασφάλιση της ευημερίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση ενός ισχυρού και ανθεκτικού εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Όπως η παροχή πρόσβασης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, εκπαίδευση και επαρκή εξοπλισμό ατομικής προστασίας.
5. Ενίσχυση της διεθνούς συνεργασίας: Η ενεργός συμμετοχή σε διεθνή φόρουμ και συνεργασίες μπορεί να διευκολύνει την ανταλλαγή γνώσεων, πόρων και βέλτιστων

πρακτικών. Μπορεί να ενισχύσει τη συλλογική παγκόσμια απάντηση σε μελλοντικές κρίσεις υγείας.

6. Έμφαση στην έρευνα και την καινοτομία: Η επένδυση στην έρευνα και την καινοτομία θα επιτρέψει στην Ελλάδα να προβλέψει και να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις αναδυόμενες προκλήσεις στον τομέα της υγείας. Οι συνεργασίες μεταξύ του ακαδημαϊκού κόσμου, των ερευνητικών οργανισμών και του ιδιωτικού τομέα μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη καινοτόμων τεχνολογιών και θεραπειών υγειονομικής περίθαλψης.

Θεωρητικά λοιπόν η Ελλάδα υπήρξε γρήγορη αναγνώριση και ανταπόκριση και μένει να δούμε εάν μάθαμε από τα λάθη μας και από τις ελλείψεις που ήδη ξέραμε αλλά ανέδειξε η υγειονομική αυτή κρίση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Chan JF, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, Xing F. et al., (2020) A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*.
2. WHO (2020) *IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus*.
3. Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας, (2020) Δήλωση Υπουργού Υγείας Βασίλη Κικίλια μετά την ολοκλήρωση της σύσκεψης στη Θεσσαλονίκη. <https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/6720-dhlwsh-yroyrgoy-ygeias-basilh-kikilia-meta-thn-olokhrwsh-ths-syskepshs-sth-thessalonikh>.
4. Giannopoulou I, Tsobanoglou GO. (2020). COVID-19 pandemic: challenges and opportunities for the Greek health care system. *The Irish Journal of Psychological Medicine*. 7(3):226-230.
5. Κορασίδου, Μ. (2002). *Όταν η αρρώστια απειλεί. Επιτήρηση και έλεγχος της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα του 19ου αιώνα*. Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός, Αθήνα.
6. (Ε.Ι.Ν.Α.Π.), Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών - Πειραιώς, (2005) *Τα δημόσια νοσοκομεία στην Αθήνα και τον Πειραιά, Πορεία στο χρόνο: 30 χρόνια Ε.Ι.Ν.Α.Π., Ε.Ι.Ν.Α.Π.* Αθήνα.
7. Μωραΐτης, Ε., (2003). *Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα : Σπουδαστικές σημειώσεις ΕΣΔΔ.
8. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεοδώρου, Μ., Πολύζος, Ν. (1995) *Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας*. Αθήνα.
9. ΕΚΚΕ, Υφαντόπουλος, Γ. (1988). *Ο Προγραμματισμός του Τομέα Υγείας στην Ελλάδα: Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις*. Αθήνα.
10. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Δερβένης, Χ., Πολύζος, Ν. (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 1995). *Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού*. Αθήνα.

11. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Θεοδώρου, Μ., Καρόκης, Α., Πολύζος, Ν., Ρούπας, Θ., Σισσούρας, Α., Υφαντόπουλος, Γ. (1994). *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας: Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*. Αθήνα.
12. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*». Αθήνα : Εκδόσεις Παπαζήση, 1996.
13. Polyzos, N., Economou, C., Zilidis, C. (2008). National Health Policy In Greece: Regulations Or Reforms? The Sisyphus Myth. *European Research Studies Journal*, 11(3): 91-118.
14. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Νιάκας Δ. (1993). *Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα.
15. Γείτονα, Μ. (1997). *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*. Εξάντας. Αθήνα.
16. Υφαντόπουλος, Γ (2003). *Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
17. Venieris, D. (1997). *The history of health insurance in Greece: The nettle Governments Failed to Grasp*. LSE Health. Athens.
18. Mossialos, E. & Davaki, D. (2002). *Health Care Developments in Greece: Looking Back to See Forwards?* LSE Health and Social care. London .
19. Φιλαλήθης, Α., Σουλιώτης, Κ., Κουρής, Γ. (2007). *Η Περιπέτεια των μεταρρυθμίσεων της υγείας*. Αθήνα : Περιοδικό Κοινωνία και Υγεία.
20. Λιαρόπουλος, Λ (1992). Πολιτική Υγείας: Το νομοσχέδιο Δοξιάδη. *Ιατρική Τομος* 61: 367-371.
21. Ν.1397/83 (ΦΕΚ Α' 143/7-10-1983). (1983). Εθνικό Σύστημα Υγείας. Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας. Αθήνα.
22. Κουλλιάς Ε, Αποστολάκης Ι, Σαράφης Π , Διοίκηση Μονάδων Υγείας Π, Κοινωνικών Επιστημών Σ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Ε, et al. (2020). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας-Υπάρχον

Νομοθετικό Πλαίσιο και πρόταση Εθνικού Φορέα Διασφάλισης Ποιότητας-Διαμόρφωση Εθνικής Ατζέντας ασφάλειας των ασθενών. *Επιστημονικά Χρονικά*, p20-3-8, Vol 25.

23. European Commision, (2019) Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ.. from: <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>.

24. Barasa EW, Cloete K, Gilson L. (2017) From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy Plan*. 2017 Nov 1;32(suppl_3):iii91-iii94.

25. Adger. WN (2006). Vulnerability. *Global Environmental Change* 16(3):268–281.

26. Kruk ME et al. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 385(9980):1910–1912

27. Borger, C et al. (2006) Health spending projections through 2015: Changes on the horizon. *Health Affairs (Millwood)*. 25(2):w61–w73.

28. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F(2017). Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: Towards a New Conceptual Framework. *Int J Health Policy Manag*. 1;6(8):431-435.

29. Keegan C, Thomas S, Normand C, Portela C. (2013). Measuring recession severity and its impact on healthcare expenditure. *Int J Health Care Finance Econ.*, 13(2):139-55.

30. Olsson L, Jerneck A, Thoren H, Persson J, O'Byrne D. (2015). Why resilience is unappealing to social science: Theoretical and empirical investigations of the scientific use of resilience. *Sci Adv*, 1(4):e1400217.

31. Abimbola S, Topp SM (2018). Adaptation with robustness: the case for clarity on the use of 'resilience' in health systems and global health. *BMJ Glob Health*. 3(1):e000758.

32. Burke S, Thomas S, Barry S, Keegan C.(2014). Indicators of health system coverage and activity in Ireland during the economic crisis 2008-2014 - from 'more with less' to 'less with less'. *Health Policy*. 117(3):275-8.

33. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies.(2019). Greece: Country Health Profile 2019. *State of Health in the EU*. Paris,
34. What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience. Barasa E, Mbau R, Gilson L. 1;7(6):491-503. , s.l. : Int J Health Policy Manag., 2018.
35. Greer SL, Matthias Wismar, Monika Kosinska.(2015). Towards intersectoral governance: Lessons learned from health system governance. *Public Health Panorama*.1(2):128–132.
36. Kluge H, Martín-Moreno JM, Emiroglu N, Rodier G, Kelley E, Vujnovic M, Permanand G. (2018). Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. *BMJ Glob Health*. 20(3)(Suppl 1):e000656.
37. Behague D, Tawiah C, Rosato M, Some T, Morrison J. (2009). Evidence-based policy-making: the implications of globally-applicable research for context-specific problem-solving in developing countries. *Soc Sci Med*. 69(10):1539-46.
38. . Forman R, Atun R, McKee M, Mossialos E. (2020). 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy* .124(6):577-580.
39. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, Leung GM, Oshitani H, Fukuda K, Cook AR, Hsu LY, Shibuya K, Heymann D (2020) Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 395(10227):848-850.
40. Naimoli JF, Saxena S. (2018) Realizing their potential to become learning organizations to foster health system resilience: opportunities and challenges for health ministries in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 33(10):1083-1095.
41. Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, Cammett M, Cavanaugh K, Chopra M, El-Jardali F, et al (2017) Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ*. 357:j2323.
42. Hanefeld J, Mayhew S, Legido-Quigley H, Martineau F, Karanikolos M, Blanchet K, et al. (2018). Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy Plan*. 33(3):355-367.

43. Gupta S, Barroy H. (2020) Center of Global Development. The COVID-19 Crisis and Budgetary Space for Health in Developing Countries. [Παραπομπή: 30 May 2020.] <https://www.cgdev.org/blog/covid-19-crisis-and-budgetary-space-health-developing-countries>.
44. Cylus. J. (2020) How much additional money are countries allocating to health from their domestic resources? European observatory on health systems and policies. [Παραπομπή: 7 May 2020.] <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrm/analyses/hsrm/how-much-additional-money-are-countries-allocating-to-health-from-their-domestic-resources>.
45. Cylus, J. (2019) Sustainable Health Financing with an Ageing Population: Implications of different revenue raising mechanisms and policy options. European Observatory on Health Systems and Policies. Copenhagen (Denmark)
46. Olu, O. (2017) Resilient Health System As Conceptual Framework for Strengthening Public Health Disaster Risk Management: An African Viewpoint. *Front Public Health*. 28;5:263.
47. Therrien MC, Normandin JM, Denis JL. (2017) Bridging complexity theory and resilience to develop surge capacity in health systems. *J Health Organ Manag*. 20;31(1):96-109.
48. Thomson S, Mladovsky P, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, Cylus J, et al. (2015) Economic crisis, health systems and health in Europe: Impact and implications for policy. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
49. Thomas S, Keegan C, Barry S, Layte R, Jowett M, Normand C. (2013) A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. *BMC Health Serv Res*. 30;13:450.
50. Williams, D., Thomas, S. (2017) The impact of austerity on the health workforce and the achievement of human resources for health policies in Ireland (2008–2014). *Hum Resour Health*.
51. Panteli D. (2020) . European observatory on health systems and policies. How are countries reorganizing non- COVID-19 health care service delivery? COVID-19: Health Systems Response Monitor- Cross-Country Analysis.

<https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrcm/analyses/hsrcm/how-much-additional-money-are-countries-allocating-to-health-from-their-domestic-resources>.

52. OECD. (2014) *Guidelines for resilience systems analysis*. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development.

53. Thomas, Steve, Sagan, Anna, Larkin, James, Cylus, Jonathan. et al. (2020) *Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies*. World Health Organization. Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies.

54. Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou, Olympia Konstantakopoulou, Lilian Venetia Vildiridi. (2021) *Policy Responses Greece. Covid19, Health System Response Monitor. WHO*.

55. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Πρωτοβουλία αλληλεγγύης της ΕΕ για την υγεία, Δελτίο Τύπου. (2020) Μηχανισμός στήριξης έκτακτης ανάγκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης - ερωτήσεις και απαντήσεις.

https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/QANDA_20_577.

56. Kousi T., Mitsi L.F., Simos J. (2021). The Early Stage of COVID-19 Outbreak in Greece: A Review of the National Response and the Socioeconomic Impact. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1).

57. Υπουργείο Υγείας. (2020) Σε δύο μήνες το Ε.Σ.Υ. έχει ενισχυθεί με 4.324 προσλήψεις, 687 στα νησιά μας. Δελτίο Τύπου.

<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/7228-se-dyo-mhnes-to-e-s-y-exei-enisxythei-me-4-324-proslhpseis-687-sta-nhsia-mas>.

58. Άρθρο Υπουργού Υγείας Βασίλη Κικιλία στην εφημερίδα "Φιλελεύθερος". (2020) Υπουργείο Υγείας, Δελτίο Τύπου.

<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/6643-arthro-yπουργoy-ygeias-basilh-kikilia-sthn-efhmerida-fileleytheros>.

59. Ομιλία Υπουργού Υγείας Βασίλη Κικιλία στην εκδήλωση παρουσίασης των δωρεών προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας. (2020) Υπουργείο Υγείας, Δελτίο Τύπου.

<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/7150-omilia-ypourgoy-ygeias-basilh-kikilia-sthn-ekdhlwsh-paroysiashs-twn-dwrewn-pros-to-ethniko-systhma-ygeias..>

60. Giorgos Bamias, MD, PhD, Styliani Lagou, MD, MSc, Michalis Gizis, MD, George Karampekos, MD, Konstantinos G Kyriakoulis, MD, Christos Pontas, MD and Gerassimos J Mantzaris, MD, PhD., (2020) The Greek Response to COVID-19: A True Success Story from an IBD Perspective. *Oxford University Press, Public Health Emergency Collection*, 26 (8). 114-1148

61. Β. Κικίλιας: Επόμενη ημέρα με 1200 κλίνες ΜΕΘ - 3.000 μόνιμες προσλήψεις ιατρών και νοσηλευτών στο ΕΣΥ. (2020) Υπουργείο Υγείας, Δελτίο Τύπου.
<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/7138-b-kikilias-epomenh-hmera-me-1200-klines-meth-3-000-monimes-proslhpseis-iatrwn-kai-noshleytwn-sto-esy>.

62. Ελληνική, Κυβέρνηση. (2020) Γίνε εθελοντής για την αντιμετώπιση της νόσου COVID-19.
<https://ethelontes.gov.gr/>.

63. Β. Κικίλιας. (2021) Το Υπουργείο Υγείας προβαίνει σε επίταξη προσωπικών υπηρεσιών ιατρών στην Αττική. Ελληνική δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας.
<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/8601-b-kikilias-to-ypourgeio-ygeias-probainei-se-epitaksh-proswpikwn-yphresiwn-iatrwn-sthn-attikh>.

64. Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας. (2020) Ενημέρωση διαπιστευμένων συντακτών υγείας από τον Υφυπουργό Πολιτικής Προστασίας και Διαχείρισης Κρίσεων. ΕΟΔΥ.
https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/04/0403_briefing_covid19.pdf.

65. ΕΟΔΥ. (2020) Δελτίου Τύπου. Μέτρα για την ενδυνάμωση του ρόλου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη αντιμετώπιση της πανδημίας του κορονοϊού.
<https://eody.gov.gr/metra-gia-tin-endynamosi-toy-roloy-tis-protovathmias-frontidas-ygeias-sti-antimetopisi-tis-pandimias-toy-koronoioy/>.

66. Ohannessian R, Duong TA, Odone A. (2020) Global Telemedicine Implementation and Integration Within Health Systems to Fight the COVID-19 Pandemic: A Call to Action. *JMIR Public Health Surveill*, 2(6).
67. Βασιλική Κουρκούνη, Μιχάλης Ηγουμενίδης (2020) Η Συμβολή της e-Health στο Σύστημα Υγείας Επαναξιολόγηση των Συστημάτων Υγείας εν όψει της Πανδημίας COVID-19. *HELLENIC JOURNAL OF NURSING*. 3(59).
68. Δημιουργία πλατφόρμας τηλεσυμβουλευτικής για κατ' οίκον παρακολούθηση. (2020) <https://covid19.gov.gr/dimiourgia-platformas-tilesymvoulef/>.
69. Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Υγείας (2020). Με 161 Κέντρα Υγείας και 42 Περιφερειακά Ιατρεία η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη μάχη του κορονοϊού.
<https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/7785-me-161-kentra-ygeias-kai-42-perifereiaka-iatreia-h-prwtobathmia-frontida-ygeias-sth-maxh-toy-koronoioy>.
70. Αδαμαντία Λιαπίκου, Σοφία Γιδά, Σωτήριος Ρίζος, Γεράσιμος Απολλωνάτος (2020) ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΥΠΟΠΤΟΥ Η ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΜΕΝΟΥ ΜΕ COVID-19 ΣΕ ΧΩΡΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ -ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ. *Ελληνική Πνευμονολογική Εταιρία (ΕΤΕ)*, Αθήνα.
71. Διακυβέρνησης, Ελληνική Δημοκρατία Υπουργείο Ψηφιακής. Ιατρικές συνταγές στο κινητό μέσω του gov.gr – Σε δοκιμαστική λειτουργία η άυλη συνταγογράφηση. (2020) *Δελτίο Τύπου*. <https://mindigital.gr/archives/1287>.
72. Ημερίσιες Εκθέσεις COVID19. *Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ)*. (2020-2021). <https://eody.gov.gr/epidimiologika-statistika-dedomena/ektheseis-covid-19/>.