

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΠΙΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας:

**Η αναγκαιότητα αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας και δημόσιας
υγείας στην Ελλάδα.**

Συγγραφέας: Γεωργάκη Έλλη Άννα

ΑΜ: 22061

Επιβλέπων: Πιερράκος Γεώργιος

Αθήνα, Μάρτιος 2024

UNIVERSITY OF West ATTICA



MSc in HEALTH AND SOCIAL
CAREMANAGEMENT



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

Diploma Thesis

**Title: The necessity of upgrading primary and
public healthcare in Greece.**

Student name and surname: **Georgaki Elle Anna**

Registration Number: 22061

Supervisor name and surname: **Pierrakos**

Georgios

Athens, March 2024



ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Τίτλος εργασίας

**Η αναγκαιότητα αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας και
δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.**

**Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου
και του**

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

A/α	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Γεώργιος Πιερράκος Επιβλέπων	Καθηγητής	
2	Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια	
3	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Γεωργάκη Έλλη Άννα του Κοσμά,
με αριθμό μητρώου 22061 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος
Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών
του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

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

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

Η Δηλούσα

Γεωργάκη Έλλη Άννα

Ευχαριστίες

Επιθυμώ να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον καθηγητή μου, διευθυντή του μεταπτυχιακού προγράμματος και επιβλέποντα της παρούσας διπλωματικής εργασίας, κ. Πιερράκο Γεώργιο, για την καθοδήγηση που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης αυτής της εργασίας, αλλά και την για την ευκαιρία που μου έδωσε να αναλύσω το συγκεκριμένο θέμα .

Τέλος, δεν μπορώ να παραλείψω να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου προς την μητέρα μου Παναγιώτα, που με στηρίζει στην πορεία της ζωής μου.

ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δημόσια υγεία και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελούν δύο κρίσιμους πυλώνες στη διασφάλιση ενός υγιούς και ευημερούντος πληθυσμού. Η δημόσια υγεία είναι κρίσιμη για την ευημερία μιας κοινωνίας, καθώς προστατεύει τον πληθυσμό από ασθένειες και απειλές όπως οι επιδημίες. Η δημόσια υγεία έλαβε ιδιαίτερης προβολής κατά την περίοδο της πανδημίας του κορωνοϊού (COVID-19), όπου διαδραμάτισε σε παγκόσμιο επίπεδο ζωτικό ρόλο στην αντιμετώπιση της. Οι αρχές δημόσιας υγείας ανέλαβαν δράση για την ενημέρωση του κοινού σχετικά με την ασφάλεια, τις προληπτικές πρακτικές και τη σημασία της τήρησης των οδηγιών υγείας.

Μέσω της δημόσιας υγείας προωθείται η οικονομική αποδοτικότητα, καθώς προλαμβάνονται ασθένειες, μειώνεται το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, μιας και η πρόληψη είναι συνήθως πιο οικονομική από τη θεραπεία και αυξάνεται η παραγωγικότητα του πληθυσμού. Ενώ παράλληλα ενθαρρύνεται η ψυχολογική, σωματική και κοινωνική ευημερία του πληθυσμού.

Από την άλλη πλευρά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για το σύστημα υγείας πολλών χωρών. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας λειτουργεί ως πύλη εισόδου στο υγειονομικό σύστημα, καθοδηγώντας τους ασθενείς προς περαιτέρω εξετάσεις ή ειδικευμένες υπηρεσίες, όταν αυτό είναι απαραίτητο. Επίσης, επιδρά στη μείωση του φόρτου του δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου συστήματος υγείας, αφού παρέχει πρόληψη και διαχείριση των βασικών υγειονομικών προβλημάτων. Επιπλέον, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επιδρά θετικά στην πρόληψη των ασθενειών και τη βελτίωση της δημόσιας υγείας, συμβάλλοντας έτσι στην ολική υγεία.

Η εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό την κατανόηση αυτών των δύο εννοιών, της πορείας τους στο χρόνο, τη σύγκριση τους με άλλες χώρες και την μελέτη των τελευταίων εθνικών στρατηγικών δημόσιας υγείας.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δημόσια υγεία, σύστημα υγείας, προαγωγή, αγωγή υγείας, κατ' οίκον φροντίδα, εθνική στρατηγική, Σπύρος Δοξιάδης

ABSTRACT

Public health and primary health care are two critical pillars in ensuring a healthy and prosperous population. Public health is crucial for the well-being of a society as it protects the population from diseases and threats such as epidemics. Public health received particular attention during the COVID-19 pandemic, where it played a vital role globally in addressing it. Public health authorities took action to inform the public about safety, preventive practices, and the importance of following health guidelines.

Through public health, economic efficiency is promoted, as diseases are prevented, the cost of healthcare is reduced, since prevention is usually more economical than treatment, and the population's productivity increases. Meanwhile, the psychological, physical, and social well-being of the population is also encouraged.

On the other hand, primary health care is a cornerstone of the healthcare system in many countries. Primary health care serves as the entry point into the healthcare system, guiding patients towards further examinations or specialized services when necessary. It also contributes to reducing the burden on secondary and tertiary healthcare systems by providing prevention and management of basic health problems. Additionally, primary health care positively impacts disease prevention and improves public health, thus contributing to overall health.

The study was carried out with the aim of understanding these two concepts, their evolution over time, comparing them with other countries, and studying the latest national public health strategies.

KEYWORDS: Primary healthcare, public health, healthcare system, promotion, health education, home care

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
Γ/ΟικΙ	Γιατροί γενικής- οικογενειακής ιατρικής
ΓΓΔΥ	Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας
ΔΕΕΕΚΔΥ	Διεύθυνση Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΕ	Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών
ΕΕΕΚΔΥ	Επιχειρησιακή Ετοιμότητα Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας
ΕΚΔΥ	Επιχειρησιακές Έκτακτες Καταστάσεις Δημόσιας Υγείας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΔΥ	Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΠΑΑ	Εθνικό Πρόγραμμα Αντιμετώπισης Αλκοόλ
ΕΠΕΜΒ	Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού
ΕΠΠΕ	Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου
ΕΠΠΣΑΥΔ	Εθνικό Πρόγραμμα Προαγωγής της Σωματικής Άσκησης και της Υγιεινής Διατροφής
ΕΠΨΕΑΑΨΥΠ	Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης για άτομα με σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα
ΕΣΔΥ	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
ΕΣΠΑ	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΚΕ.Θ.Ε.Α.	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΕΕΛ	Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
ΚΕΕΛΠΙΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΥΑ	Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΜΕΑ	Μόνιμη Εθνική Αντιπροσωπεία

ΜΕΛ	Μονάδα Λοιμώξεων
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωπονικών Ασφαλίσεων
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π.Ε.Δ.Υ.	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Πε.Σ.Υ.	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος οργανισμός υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
ΤΟ.Μ.Υ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
Υ.Σ.Α.	Υγειονομική Σχολή Αθηνών
ΦΕΚ	Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης
ΕΟCD	Organisation for Economic Co-operation and Development
UNICE	F United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	World Health Organization

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

- 1.1 Υπόβαθρο
- 1.2 Σκοπός και στόχοι
- 1.3 Ερευνητικά ερωτήματα
- 1.4 Δομή της διπλωματικής

Κεφάλαιο 2ο : Αποσαφήνιση εννοιών

- 2.1 Υγεία και σύστημα υγείας
- 2.2 Έννοια της ΠΦΥ
- 2.3 Η έννοια της δημόσιας υγείας

Κεφάλαιο 3ο : Το θεσμικό πλαίσιο της ΠΦΥ

Κεφάλαιο 4ο : Οι δυσχέρειες που αντιμετωπίζει η πρωτοβάθμια σήμερα-Τι ισχύει στην Ελλάδα

Κεφάλαιο 5ο: Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η δημόσια υγεία σε άλλες χώρες.

5.1 Σκανδιναβικό σύστημα υγείας

- 5.1.1 Ολλανδία
- 5.1.2. Σουηδία
- 5.1.3. Δανία
- 5.1.4. Φινλανδία
- 5.1.5. Νορβηγία
- 5.1.6. Ισλανδία

5.2 Συστήματα υγείας άλλων χωρών Ευρωπαϊκής Ένωσης

- 5.2.1 Γερμανία
- 5.2.2. Ελβετία

5.3 Συστήματα υγείας χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης

- 5.3.1. Μεγάλη Βρετανία
- 5.3.2. Καναδάς
- 5.3.3. Η.Π.Α.

Κεφάλαιο 6ο: Οι παρεχόμενες υπηρεσίες/ τομείς δράσης

- 6.1 Η προσφορά της προαγωγής υγείας
 - 6.1.1 Η προσφορά της αγωγής υγείας
- 6.2 Η κατ' οίκον φροντίδα

Κεφάλαιο 7ο: ΕΣΠΑ 2014-2020 και Εθνική στρατηγική δημόσιας υγείας 2021-

2025

- 7.1 Γενικά

7.2 ΕΣΠΑ 2014-2020

- 7.2.1. Η αναγκαιότητα της μεταρρύθμιση
- 7.2.2. Ως προς την Πρωτοβάθμια
- 7.2.3. Ως προς την Προαγωγή Υγείας
- 7.2.4. Δείκτες Πολιτικής Υγείας που συνδέονται με το ΕΣΠΑ 2014-2020
- 7.2.5. Ως προς την Ψυχική υγεία

7.3 Απολογισμός έργου 2019 – 2020

7.4 Χρηματοδότηση ΕΣΠΑ 2014-2020

7.5. Εθνική στρατηγική δημόσιας υγείας 2021-2025

7.5.1. Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «**Σπύρος Δοξιάδης**» 2021-2025

7.5.1.1 πρωτογενούς πρόληψης

- α) Εθνικό Πρόγραμμα Προαγωγής της Σωματικής Άσκησης και της Υγιεινής Διατροφής (ΕΠΠΣΑΥΔ)
- β) Εθνικού Προγράμματος Αντιμετώπισης του Αλκοόλ (ΕΠΑΑ)
- γ) Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕΜΒ)
- δ) Πρόληψη σε παιδιά και εφήβους ως προς ψυχοκοινωνικά ζητήματα
- ε) Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας, εστιάζοντας ιδιαίτερος στην πρόληψη , σε ηλικίες 6-18 ετών.

7.5.1.2 δευτερογενούς πρόληψης

- α) Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ), στον γενικό πληθυσμό
- β) Εθνικό Πρόγραμμα Συστηματικού Προγεννητικού και Περιγεννητικού Ελέγχου (ΕΠΠΓΕ)

7.5.1.3 τριτογενούς πρόληψης

- α) Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης για άτομα με σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα (ΕΠΨΕΑΑΨΥΠ)
- β) Ανακουφιστική Φροντίδα Για Ασθενείς με Καρκίνο

7.5.1.4 λειτουργικός εκσυγχρονισμός

- α) Αναδιοργάνωση του Συστήματος Παρακολούθησης της Υγείας του Πληθυσμού
- β) Προώθηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας
- γ) Σε επείγουσες καταστάσεις προτίμηση μηχανισμών ταχείας αντίδρασης
- δ) Αύξηση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών περιβαλλοντικής υγείας
- ε) Προώθηση της ποιότητας και της επιστημονικής εγκυρότητας στις υπάρχουσες υπηρεσίες
- στ) Εφαρμογή της πληροφορικής στη Διαχείριση της Δημόσιας Υγείας
- ζ) Οριζόντιες Δράσεις για την Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας.

Κεφάλαιο 8^ο: Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

Κεφάλαιο 1^ο: Εισαγωγή

1.1 Υπόβαθρο

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας, προστατεύει την υγεία των ατόμων μέσα από τις δράσεις της και δίνει τη δυνατότητα συμμετοχής τους στην υγεία τους. Σε αυτή λαμβάνει χώρα εκτός από την θεραπεία, αποκατάσταση, παρηγορητική και η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη ασθενειών. Προσεγγίζει ολόκληρη την κοινωνία και πλησιάζει τις υπηρεσίες υγείας κοντά στην κοινότητα.

Το αρχικό σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να λάβει χώρα σε κέντρα υγείας, ιατρεία και σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου και αποτελεί το σημείο υποδοχής του πολίτη στο σύστημα υγείας. Κύριο μέλημα τους είναι η αντιμετώπιση περιστατικών, μειώνοντας την διακομιδή τους σε νοσοκομειακή φροντίδα και επομένως ελαττώνοντας τις δαπάνες περίθαλψής τους. Η ΠΦΥ βασίζεται στην διενέργεια ιατρικών πράξεων για την αποκατάσταση προβλημάτων και παράλληλα προωθεί την πρόληψη και την αγωγή υγείας του πληθυσμού. Η πρόληψη μπορεί να προσανατολίζεται σε μέτρα για το περιβάλλον, τα οποία επηρεάζουν τις συνθήκες διαβίωσης και μέτρα που βοηθούν στην απόκτηση καλών συνηθειών και στην υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής. Η ανάπτυξη της ΠΦΥ είναι αλληλένδετη με καλύτερη έκβαση υγείας και τη μείωση δεικτών όπως η θνησιμότητα και η θνητότητα, οδηγώντας έτσι σε αύξηση της ικανοποίησης ασθενών, εξαιτίας της αποφόρτισης των υπηρεσιών υγείας. (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού 2008)

Με το άρθρο 1 του νόμου 3370/ 2005 η δημόσια υγεία ορίζεται ως: “ το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής”.

1.2 Σκοπός και στόχοι

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των βασικών εννοιών της πρωτοβάθμια φροντίδα και της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.

Ερευνητικοί στόχοι:

- Η διερεύνηση της πορείας της πρωτοβάθμια φροντίδα στο πέρασμα των χρόνων.
- Η σημασία της δημόσιας υγείας.
- Ο εντοπισμός των αιτιολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην αδυναμία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Η συσχέτιση της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- Ανάπτυξη προτάσεων για μεθόδους προαγωγής της υγείας του πληθυσμού, μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1.3 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν για το υπό διερεύνηση θέμα είναι τα ακόλουθα:

- Ποιες είναι οι τελευταίες νομοθεσίες σχετικά με την πρωτοβάθμια και δημόσια υγεία στην Ελλάδα;
- Ποια είναι η τρέχουσα κατάσταση της πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα;
- Ποια είναι τα κύρια προβλήματα και προκλήσεις που αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας στον πρωτοβάθμιο τομέα;
- Πώς συγκρίνεται η πρωτοβάθμια υγεία στην Ελλάδα με άλλες ευρωπαϊκές χώρες;
- Πώς μπορεί η νέα δημόσια υγεία να ενταχθεί στην εξατομικευμένη προαγωγή της υγείας, μέσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας;
- Ποια είναι τα μέτρα που έχουν ληφθεί μέχρι στιγμής για τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα;
- Ποιες είναι οι πιθανές επιπτώσεις της αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας υγείας στην υγεία του πληθυσμού και τον κοινωνικοοικονομικό τομέα;
- Πώς επηρεάζει η πρωτοβάθμια υγεία την προστασία της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα;
- Ποιοι είναι οι πιθανοί παράγοντες που εμποδίζουν την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας υγείας στην Ελλάδα;
- Ποια είναι τα πρότυπα και οι βέλτιστες πρακτικές σε άλλες χώρες που μπορούν να αποτελέσουν πρότυπο για την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας υγείας;
- Ποιες είναι οι πιθανές πολιτικές και οικονομικές δυνατότητες για την υλοποίηση των αναγκαίων αλλαγών;

1.4 Δομή της διπλωματικής

Η παρούσα διπλωματική εξετάζει την αναγκαιότητα αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας στην Ελλάδα και εκτυλίσσεται σε 8 κεφάλαια. Αρχικά, παρουσιάζονται βασικές έννοιες του θεωρητικού πλαισίου στο οποίο γίνεται αναφορά. Παρουσιάζεται η πολυεπίπεδη έννοια της υγείας και η κατοχύρωση του δικαιώματος αυτού, στην Ελλάδα, μέσω του συντάγματος. Έπεται η ιστορική αναδρομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, με την εξωνοσοκομειακή φροντίδα που έχει βαθιές ρίζες στην ιστορία, ξεκινώντας από την αρχαιότητα, όπου η φροντίδα των ασθενών συνήθως προφερόταν στο σπίτι. Μέσα από την εξέλιξη του χρόνου, διάφοροι θεσμοί και οργανώσεις ανέλαβαν τον ρόλο της φροντίδας, όπως τα μοναστήρια και τα πρώτα νοσοκομεία. Η δημόσια υγεία αποτελεί έναν πολυσύνθετο τομέα που απαιτεί την συνεργασία πολλών επιστημών, όπως η ιατρική, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία και η οικονομία. Μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, η αύξηση της δημόσιας υγείας επέκτεινε την προσοχή από τις λοιμώξεις στα χρόνια νοσήματα, αναγκάζοντας σε προληπτικά μέτρα.

Ακολουθεί αναλυτικότερη αναφορά του νομικού πλαισίου της Ελλάδας, από τη δεκαετία του 50 μέχρι σήμερα. Καταγράφονται συνοπτικά, τα βασικά προβλήματα που συναντώνται στη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως η έλλειψη σταθερής πολιτικής, η ανεπαρκής χρηματοδότηση, η αδυναμία πρόσβασης σε αυτήν του πολίτη και η γραφειοκρατία. Επίσης, το εξωτερικό περιβάλλον επιφέρει αρνητικές συνέπειες για την υγεία

του ατόμου, οπότε αποτελεί και αυτό ένα εμπόδιο που καλείται να αντιμετωπίσει η πρωτοβάθμια φροντίδα.

Πραγματοποιείται εκτενής ανάδειξη της οργάνωσης και λειτουργίας της δημόσιας υγείας, αλλά και του τρόπου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας διαφόρων χωρών. Πιο συγκεκριμένα, γίνονται ορατές οι υπηρεσίες και τα συστήματα υγείας χωρών της Ευρώπης και την Αμερικής. Με τις σκανδιναβικά μοντέλα να χαρακτηρίζονται ως πιο αποδοτικά. Ακολουθεί πίνακας που συγκρίνει τις χώρες αυτές ως προς την οργάνωση και τους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους.

Βαρύτητα δόθηκε στην ανάλυση των υπηρεσιών αυτών στην Ελλάδα, με αναφορά σε τομείς όπως η προαγωγή, αγωγή υγείας και η κατ' οίκον φροντίδα. Αναδείχθηκε η σημασία της ενίσχυσης αυτών των τομέων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών και την αποτελεσματική διαχείριση των αναγκών τους.

Έπειτα, λόγος έγινε για το Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ) 2014-2020, με έμφαση γύρω από τις δράσεις που αφορούν τη δημόσια υγεία, όπως ο περιορισμός μεταδοτικών νοσημάτων, το περιβάλλον, οι οργανωτικές παρεμβάσεις κ.ά. Ακολουθεί η ανάπτυξη της εθνικής στρατηγικής δημόσιας υγείας 2021-2025, με βασική ιδέα την συμπερίληψη και την πρόληψη, ταχεία διάγνωση και θεραπεία. Στη συνέχεια περιγράφονται οι έξι άξονες του πενταετούς σχεδίου δράσης και αναγράφονται οι δείκτες που καλούνται να επιτύχουν, τα προγράμματα που εφαρμόζονται και η προέλευση της χρηματοδότησης.

Η εργασία ολοκληρώνεται με το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» 2021-2025 και τους στρατηγικούς στόχους που θέτει στον τομέα της πρωτογενούς, δευτερογενούς, τριτογενούς πρόληψης και του λειτουργικού εκσυγχρονισμού. Παραθέτονται οι επιχειρησιακοί στόχοι, οι δείκτες σχεδιασμού, περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει, αλλά και το εκτιμώμενο κόστος του κάθε στόχου.

2.1 Υγεία και σύστημα υγείας

2.1.1 Γενικά για την Υγεία

Η έννοια της υγείας είναι πολυδιάστατη, γεγονός που οδηγεί στην απουσία ευρέως αποδεκτού ορισμού για αυτήν, παρά τους διάφορους ορισμούς που έχουν δοθεί εδώ και αρκετά χρόνια. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρεται σε αυτή: « μια κατάσταση πλήρους ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας » , αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα όλων των ανθρώπων ανεξαιρέτως και υπεύθυνες για αυτήν είναι οι κυβερνήσεις. (ΠΟΥ, 2023)

Ο παραπάνω ορισμός στηρίζεται στην βελτίωση της υγείας, ώστε το άτομο να φτάσει στο υψηλότερο επίπεδο της. Η υγεία δέχεται επιρροή από την κοινωνική, οικονομική κατάσταση του ατόμου και την αποδοτικότητα του να καλύπτει τις ανάγκες του. Μέσα από έρευνες προκύπτει η αρνητική συσχέτιση της οικονομικής προόδου, με το δείκτη θνησιμότητας.(Πιεράκος, 2008) Επίσης, η Μαλάμου διατυπώνει την άποψη ότι η υγεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της ειρήνης, της καλής σίτισης , της διασφάλισης ισότητας, του σεβασμού των ανθρωπίνων πόρων και της αποδοτικής διαχείρισης των πόρων. (Μαλάμου , 2015).

Θεωρείται δυναμική κατάσταση, επομένως και το επίπεδο υγείας χαρακτηρίζει μια συγκεκριμένη στιγμή του ατόμου. Η αρρώστια επιδρά στην σχέση του ατόμου με την κοινωνία, καθώς αλλοιώνει την κοινωνική λειτουργία του. Επιπροσθέτως, η υγεία και η οικονομία είναι αλληλένδετες έννοιες, με την φτώχεια να οδηγεί σε αρρώστια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι για τις διαφορές που εμφανίζονται στους δείκτες υγείας μεταξύ των πληθυσμών, κατά τα $\frac{2}{3}$ ευθύνονται οικονομικοί λόγοι. Το υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα συνδέεται με καλύτερο βιοτικό επίπεδο, μιας και μπορεί να εξασφαλίσει καλές συνθήκες στέγασης, υγιεινής και διατροφής, βελτιώνοντας την υγεία του. Η σχέση αυτή είναι αμφίδρομη, μιας και η απουσία υγείας οδηγεί σε αδυναμία του πολίτη να εργαστεί, οπότε μειωμένο εισόδημα και από μια απομακρυσμένη οπτική γωνία μη συμμετοχή στην ανάπτυξη της χώρας. (Πράπα, Φακή 2008)

2.1.2. Η υγεία στην Ελλάδα

Η υγεία αποτελεί βασικό ανθρώπινο δικαίωμα, το οποίο θα πρέπει να εξασφαλίζεται από το κράτος και να προάγεται μέσα από τις πολιτικές υγείας. Στο ισχύον Σύνταγμα της Ελλάδας η υποχρέωση του κράτους να φροντίζει την υγεία των κατοίκων του, γίνεται ορατή στην παράγραφο 3 του άρθρου 21, όπου αναφέρεται: « το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα προστασίας» . Επίσης, ο νόμος 1397 επισημαίνει από το πρώτο άρθρο του, πως η προσφορά υπηρεσιών υγείας αποτελεί ευθύνη του κράτους. Αυτό σημαίνει πως το κράτος οφείλει να προστατεύει το δικαίωμα, με θετικές ενέργειες.

Ως σύστημα υγείας νοείται ο τρόπος με τον οποίο οργανώνεται όλα τα υποσυστήματα των υπηρεσιών υγείας, τα οποία επηρεάζονται τόσο μεταξύ τους, όσο και με εξωτερικό περιβάλλον. Οι υπηρεσίες υγείας αυτές στοχεύουν στην διατήρηση και αναβάθμιση της υγείας των ατόμων της κοινωνίας. (Πέγιου, 2003) Τα συστήματα υγείας αλληλεπιδρούν με την κοινωνική, οικονομική κατάσταση μιας χώρας, το οικολογικό περιβάλλον και τις ανάγκες της εκάστοτε κοινωνίας. Οι παράγοντες που τα διαμορφώνουν είναι οι χρήστες, οι προμηθευτές

και οι ασφαλιστικοί φορείς. Οι καταναλωτές υγείας θα έπρεπε να έχει γνώση των υπηρεσιών που έχει ανάγκη να καταναλώσει, όμως λόγω της ελλιπής ενημέρωσης χάνει το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση, καταλήγει ο γιατρός του να επιλέγει για αυτόν και να δημιουργεί προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας που ενδεχομένως ωφελεί περισσότερο τα συμφέροντα του γιατρού. Η συγκέντρωση της αγοράς, εξαιτίας της τεχνητής ζήτησης δίνει στους προμηθευτές υγείας, δηλαδή οι ιατρούς, την εξουσία να ρυθμίζουν τις δαπάνες. Τέλος, η οικονομική κάλυψη που προσφέρουν οι μηχανισμοί ασφάλισης, ευνοούν την κατάχρηση των υπηρεσιών από του ασφαλισμένους. (Πιεράκος, 2008)

Στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) λαμβάνει οικονομικούς πόρους μέσω του κρατικού προϋπολογισμού, δηλαδή από την επιβολή φόρων και την κοινωνικής ασφάλισης. (Πέγιου, 2003)

Τα συστήματα υγείας στοχεύουν στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, την εφαρμογή μέτρων προστασίας για την δημόσια υγεία, την εξοικονόμηση πόρων, την ενίσχυση της θέσης του ασθενή και την διαφάνεια. (Βαλσάμος, 2018)

Ανάλογα με την πολυπλοκότητα των προβλημάτων υγείας του ασθενούς, παρέχεται διαφορετικού επιπέδου υγειονομική περίθαλψη. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια, την τριτοβάθμια και την φροντίδα στην οικογένεια.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας , προστατεύει την υγεία των ατόμων και δίνει τη δυνατότητα συμμετοχής τους στην υγεία τους. Σε αυτή λαμβάνει χώρα εκτός από την θεραπεία, αποκατάσταση, παρηγορητική και η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη ασθενειών. Προσεγγίζει ολόκληρη την κοινωνία και πλησιάζει τις υπηρεσίες υγείας κοντά στην κοινότητα. Στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας εντάσσονται κυρίως τα γενικά νοσοκομεία, τα οποία στοχεύουν στην θεραπεία και αποκατάσταση. (ΠΟΥ, 2022) Ενώ στην τριτοβάθμια ανήκουν μόνο τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, δηλαδή μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες. Εκεί συνήθως πραγματοποιούνται θεραπείες υψηλού κόστους και ερευνητικές δραστηριότητες. Τέλος υπάρχει και η φροντίδα στην οικογένεια, όπου οι υπηρεσίες παρέχονται σε χρόνια πάσχοντες που βρίσκονται σε σταθερή κατάσταση. Οι επαγγελματίες υγείας θα εκπαιδεύσουν τα άτομα να είναι ικανά να αντιμετωπίζουν την πάθηση και να μπορούν να ενταχθούν στην κοινωνία. Παραδείγματα τέτοιων παθήσεων μπορεί να είναι οι διαβητικοί, νοσούντες από σκλήρυνση κατά πλάκας κ.ά., οι οποίοι μπορούν μάθουν να φροντίζουν τους εαυτούς τους μόνοι τους. (Πιεράκος, 2008)

2.2 Η έννοια της ΠΦΥ

Ιστορική Αναδρομή

Οι απαρχές της εξωνοσοκομειακής φροντίδας ξεκινά από την αρχαιότητα, που το σπίτι αποτελούσε το μοναδικό χώρο ανάρρωσης, ακολούθησαν τα μοναστήρια και τα πρώτα νοσοκομεία στο Βυζάντιο. Οργανωμένη κατ' οίκον επίσκεψη σε φτωχούς ασθενείς ξεκίνησε από το τάγμα των διακονισσών, με την ίδρυση της χριστιανικής εκκλησίας. Στη μεσαιωνική εποχή υπήρχαν αφιλοκερδείς ομάδες που φρόντιζαν ασθενείς στα σπίτια τους. Ενώ σημείο σταθμός στην κοινοτική νοσηλευτική υπήρξε η συνεισφορά της Florence Nightingale, με την εισαγωγή της ολοκληρωμένης φροντίδας στην κοινότητα. Τον 18ο αιώνα στη Σμύρνη τα φαρμακεία ήταν σε θέση να παρέχουν πρώτες βοήθειες, καθώς διέθεταν εξεταστικό κρεβάτι. (Πιεράκος, 2008)

Η εισαγωγή της έννοιας της πρωτοβάθμιας φροντίδας έγινε 1919 στο Ηνωμένο Βασίλειο με την ίδρυση επιτροπής που στόχευε στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε κατοίκους συγκεκριμένης περιοχής. Ακολούθησε η “έκθεση DAWSON”, με την οποία προτάθηκε ο σχηματισμός συστημάτων υπηρεσιών υγείας σε κάθε περιοχή, οι οποίες θα απαρτίζονται από πρωτοβάθμια κέντρα υγείας για την αντιμετώπιση των εύκολων περιστατικών από γενικούς γιατρούς, δευτεροβάθμια κέντρα υγείας που θα έχουν ειδικούς γιατρούς και άλλες δομές, όπως τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τα σανατόρια. Εν συνεχεία την δεκαετία του 1940 υπήρξε προσπάθεια συνύπαρξης τόσο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όσο και της δημόσιας υγείας, με την κοινότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας (Community Oriented Primary Care, COPC). Η εφαρμογή αυτή ξεκίνησε στη Νότια Αφρική και διακόπηκε στο τέλος του 1940, με το απαρτχάιντ. (Γιανασμίδης, Τσιαούση 2012)

Οι White, Williams και Greenberg πραγματοποίησαν έρευνα το 1961, σύμφωνα με την οποία σε ένα γενικό πληθυσμό 1.000 ενηλίκων σε Η.Π.Α. και Η.Β. , σε διάστημα ενός μήνα οι 750 θα παρουσιάσουν κάποιο πρόβλημα στην υγεία τους, από αυτούς οι 250 θα συμβουλευτούν κάποιο γιατρό, οι 9 θα νοσηλευτούν και 1 θα χρειαστεί πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Τα νούμερα αυτά δεν αποτελούν υποσύνολο το ένα του άλλου, αλλά έχουν ως παρονομαστή το 1.000. Σε αυτή τη μελέτη αναφέρθηκε για πρώτη φορά η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε τρεις βαθμίδες. (Φιλαλήθης, 2021)

Η οικονομική ύφεση στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες το 1970, συνδυαστικά με τις αυξημένες δαπάνες υγείας και τις αλληπάλληλες ιδρύσεις νοσοκομείων, μοιραία οδήγησε σε ανικανότητα χρηματοδότησης. Η αναβάθμιση της ΠΦΥ θα απάλλαζε τα κράτη από την αδυναμία εύρεσης πόρων. (Πιερράκος, 2008)

Η εδραίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) ήρθε το έτος 1978 με τη Διακήρυξη της Alma Ata, η οποία εγκρίθηκε και εφαρμόστηκε από 134 κράτη του παγκόσμιου οργανισμού υγείας(Π.Ο.Υ.). Η διακήρυξη στόχευε στην θεμελίωση του δικαιώματος στην υγεία χωρίς διακρίσεις, συσχέτιζε την υγεία με την ανάπτυξη και την συμμετοχή της κοινότητας στις λήψεις αποφάσεων. Αποτέλεσε μέρος μιας παγκόσμιας στρατηγικής για την υγεία για όλους μέχρι το έτος 2000 του Π.Ο.Υ. (Γιανασμίδης, Τσιαούση 2012)

Η διακήρυξη ορίζει την πρωτοβάθμια φροντίδα ως την βασική φροντίδα υγείας, η οποία στηρίζεται σε τεχνικές και εφαρμογές που είναι γενικά αποδεκτές, είναι προσβάσιμη από τα μέλη της κοινωνίας, χωρίς διακρίσεις και με την απόλυτη συμμετοχή τους. (Φιλαλήθης, 2021)

Στα περισσότερα κράτη ο στόχος δεν πραγματοποιήθηκε, είτε επειδή υπήρξαν πολιτικές αντιπαραθέσεις, είτε λόγω αμφισβήτησης της επιτευξιμότητας της υλοποίησής του. Εξαιτίας αυτού εφαρμόστηκαν μέρη του πλάνου, ιδιαίτερα ότι αφορούσε με εμβολιασμό, την υγεία της μητέρας και του παιδιού και τον έλεγχο της διατροφής. (Τσίγκου, Αποστολάκης, Σαράφης 2021)

Απο 1970 στο επίκεντρο ήρθαν οι γιατροί γενικής-οικογενειακής ιατρικής (Γ/ΟικΙ), που ορίστηκαν ως γιατροί που: “ παρέχουν πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα”, πεδίο απασχόλησης των οποίων είναι ευρύ και περιλαμβάνει το άτομο προσωπικά, αλλά και την οικογένεια και την κοινότητα.

Στο κοντινό 2018 με την Διακήρυξη της Ασάνα ο Π.Ο.Υ. μαζί με την UNICEF τόνισαν τη σημασία μεταξύ της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και των υπηρεσιών

δημόσιας υγείας, καθώς και την αξία της συμμετοχής των πολιτών σε αυτή. (Γιανασμιδής, Τσιαούση 2012)

Σκοπός της διακήρυξης ήταν η αναδιάρθρωση της Π.Φ.Υ., η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών, με συνέχεια στη φροντίδα και ποιότητα. Με τον τρόπο αυτό τα κράτη θα αντιμετωπίσουν τις σύγχρονες απειλές, όπως λοιμώδεις ασθένειες, παράγοντες κινδύνου υγείας (κάπνισμα, διατροφή κ.ά.), κλιματικοί και περιβαντολλογικοί παράγοντες. (Τσίγκου, Αποστολάκης, Σαράφης 2021)

Στη Ελλάδα σήμερα το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) είναι αρμόδιο για την Π.Φ.Υ., ρυθμίζεται από τις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες και απαρτίζεται:

Δομή Υγείας	Πλήθος
πολυιατρεία και μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	300
Κέντρα Υγείας	193
αγροτικά ιατρεία	1650
συμβαλλόμενους ιδιώτες ιατρούς	22000
οδοντίατροι	13000
ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.	3527
εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.	

Οι δομές αυτές χρηματοδοτούνται μέσω της Κυβέρνησης, της κοινωνικής ασφάλισης και της συμμετοχής των πολιτών. (Πετρέλης, Δομάγεφ, 2016)

2.3 Η έννοια της δημόσιας υγείας

Η δημόσια υγεία απαιτεί την συνεργασία διαφορετικών επαγγελματιών, στηρίζεται στην ιατρική, όμως χρειάζεται την κοινωνιολογία, τη βιολογία, τη ψυχολογία, την οικονομία, τη νομική, τη βιοστατιστική, την επιδημιολογία και άλλες πολλές επιστήμες. Άνοδος της παρατηρείται μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου πέθαιναν λιγότεροι άνθρωποι από λοιμώξεις ενώ όλο και περισσότεροι από χρόνια νοσήματα, γεγονός που απαιτούσε τη λήψη μέτρων πρόληψης. Μετά το 1990 η “νέα δημόσια υγεία” ενδυνάμωσε την έννοια της προαγωγής υγείας. Δυστυχώς στην Ελλάδα δημιουργείται σύγχυση ανάμεσα στην έννοια της δημόσιας υγείας και στις υπηρεσίες που παρέχονται από δημόσιους φορείς. Η δημόσια υγεία συνδέεται με τις κρατικές υπηρεσίες υγείας και το Εθνικό Σύστημα Υγείας. (Ε.Σ.Υ.). (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος, Τρομπούκης, 2020)

Η δημόσια υγεία στη χώρα μας έκανε την εμφάνισή της από την ίδρυση του κράτους, με την καταπολέμηση μιας επιδημίας η οποία άκμαζε σε Ύδρα και Σπέτσες. Το 1845 θεσπίστηκαν για πρώτη φορά μέτρα καραντίνας στα πλοία που έφεραν νοσούντες, επιδιώκοντας έτσι τον περιορισμό της λοίμωξης. Ακολούθησαν τα μέτρα υγιεινής που πάρθηκαν μετά τους βαλκανικούς πολέμους και τη μετακίνηση των πληθυσμών που πραγματοποιήθηκε, με καινοτομία την ίδρυση της Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας στη Μακεδονία. Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών (Υ.Σ.Α.) ιδρύθηκε το 1929 και προσέφερε εκπαίδευση στο υγειονομικό προσωπικό. Επίσης, διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ελονοσίας. Η σχολή αυτή το 1994 άλλαξε τίτλο σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) και το 2019 ενσωματώθηκε στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής. Σημείο

σταθμός για τη δημόσια υγεία είναι ο νόμος 3172 του 2003 που θέσπισε το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, όπως και ο νόμος 3370 του 2005, ο οποίος προσέθεσε τη θέση του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας. Επίσης, η δημιουργία του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) το 1992, με την αλλαγή του ονόματος του σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) το 2005 και τελικά σε Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) το 2019. (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος, Τρομπούκης, 2020)

Η διακήρυξη της Alma Ata υποστηρίζει πως η προαγωγή της υγείας οδηγεί σε οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων και συντελεί στην προώθηση της ειρήνης σε παγκόσμιο επίπεδο. Τα άτομα θα πρέπει να συμμετέχουν στο σχεδιασμό φροντίδας, καθώς είναι ατομικό και συλλογικό δικαίωμα τους. (Hixon, Maskarinec 2008)

Το 1986 μέσω της Χάρτας της Οτάβα για την προαγωγή της υγείας ο Π.Ο.Υ. , τονίζει την αξία της υγιούς δημόσιας πολιτικής ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, όπου το υπουργείο υγείας της κάθε χώρας οφείλει να προστατεύει την υγεία του πληθυσμού. (Φιλαλήθης, 2021)

Τέσσερις δεκαετίες ύστερα από την διακήρυξη της Alma Ata πραγματοποιήθηκε συνάντηση στην Astana, όπου έγινε πάλι αναφορά για καθολική υγεία και τέθηκαν στόχοι για βιώσιμη ανάπτυξη. Έμφαση δίνεται στη δημόσια υγεία και την πρόληψη, ενώ οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα περιλαμβάνουν από εμβολιασμούς μέχρι τον περιορισμό εξάπλωσης μεταδοτικών νοσημάτων.(Μαλαβάζος και λοιποί, 2019)

Η δημόσια υγεία χρησιμοποιεί σαν βασικό μεθοδολογικό εργαλείο την επιδημιολογία και είναι συνυφασμένη με την μικροβιολογία ως προς την καταπολέμηση των λοιμώξεων, την παιδιατρική για την προώθηση των εμβολιασμών και την ογκολογία για την πρόληψη των καρκίνων. Επίσης, η δημόσια υγεία είναι βαθιά συνδεδεμένη με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ιδιαίτερα όταν η ΠΦΥ αφορά κέντρα υγείας και επομένως συγκεκριμένο πληθυσμό. (Φιλαλήθης και λοιποί, 2020)

Η διαφύλαξη της υγείας αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου. και πρέπει να μην υπόκειται σε διακρίσεις. Με την παγκοσμιοποίηση και την μετακίνηση των πληθυσμών, επιβαρύνονται οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα να απειλείται η υγεία αυτών. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αναγκάζονται να υπερεργάζονται προκειμένου να εξασφαλίσουν την επιβίωση τους. Οι άνθρωποι αυτοί είναι φτωχοί , συχνά δεν έχουν ούτε στέγη, και το κράτος πρόνοιας στέκεται ανεπαρκές στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης τους, γεγονότα που επιδρούν αρνητικά στην υγεία τους.

Οι μετανάστες τα πρώτα χρόνια μετά την μετακίνηση τους, παρουσιάζουν νοσηρότητα στον ίδιο βαθμό με το να μην έφυγαν από την αρχική χώρα. Με το πέρασμα των χρόνων, όμως, τείνουν να ασθενούν από νοσήματα που εμφανίζονται στη χώρα υποδοχής. Τα άτομα αυτά, έρχονται αντιμέτωπα με τον κοινωνικό αποκλεισμό και τη δυσκολία να αποκτήσουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας, μιας και ενδεχομένως έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα. Παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευαλωτότητα σε μεταδοτικές νόσους, όπως η φυματίωση και τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα, ενώ παράλληλα είναι πολύ πιθανό να εμφανίσουν και μη μεταδοτικές νόσους, όπως οι καρδιαγγειακές και οι ψυχικές νόσοι.

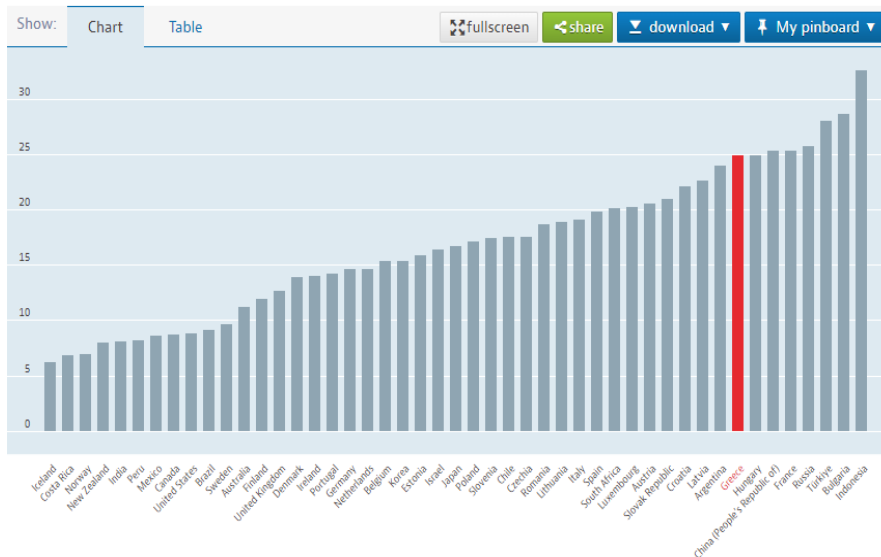
Οι σύγχρονες πολιτικές δημόσιας υγείας, εστιάζουν στην παρακολούθηση της υγείας τους, την πρόληψη των λοιμώξεων, του καρκίνου και των ατυχημάτων, και τέλος στη μείωση ανισοτήτων. Ενδεικτικές παρεμβάσεις είναι η διενέργεια περισσότερων ερευνών με σκοπό την ανάδειξη των αναγκών και των προβλημάτων υγείας των μεταναστών και η εφαρμογή μέτρων

για ενσωμάτωση των μεταναστών στο σύστημα υγείας και τον παραγωγικό ιστό.(Αθανασοπούλου, 2013)

Η δημόσια υγεία ξεφεύγει από τα πλαίσια της παραδοσιακής ιατρικής, δεν ασχολείται μόνο με τις λοιμώξεις, αλλά διευρύνονται στο σύνολο των ασθενειών που υπάρχει η δυνατότητα να προληφθούν. Συμβάλει στη βελτίωση του περιβάλλοντος και χρησιμοποιεί πρακτικές που στοχεύουν στη διαφύλαξη και τη βελτίωση της υγείας του κοινού. Απώτεροι σκοποί της είναι η προφύλαξη της μετάδοσης ασθενειών, διασφάλιση και την πρόοδο της υγείας του πληθυσμού, παράταση της διάρκειας ζωής και ποιότητας της. Αφορά ολόκληρο τον πληθυσμό και αποτελεί ευθύνη του κράτους. Μέσω της δημόσιας υγείας ελέγχονται οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επιδρούν στην υγεία, προστατεύονται οι ευπαθείς πληθυσμοί και αντιμετωπίζονται οι έκτακτες συνθήκες. (Λιαρόπουλος, 2015)

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), μία από τις σύγχρονες κοινωνικά προκλήσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας αποτελεί το φαινόμενο του καπνίσματος. Ο καπνός είναι συνυφασμένος με μια πληθώρα ασθενειών, η οποία έχει ως συνέπεια τη μείωση της ποιότητας ζωής και αύξηση του κόστους περίθαλψης. Σημαντικό είναι ότι το κάπνισμα επιβαρύνει εκτός από τον ίδιο το άτομο και τους παθητικούς καπνιστές. Το κάπνισμα συνδέεται με στεφανιαίες νόσους, καρκίνο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αυξάνοντας τα ποσοστά θνησιμότητας. Περισσότεροι από 19.000 Έλληνες κάθε χρόνο θα πεθάνουν εξαιτίας του καπνίσματος. Αποτελεί σύνθετο πρόβλημα, που χρήζει στρατηγικές με διεπιστημονική συνεργασία. Ωφέλιμη αποδεικνύεται η απαγόρευση όλων των διαφημίσεων του καπνού, καθώς μειώνεται ο αριθμός των ατόμων που θα το δοκιμάσουν. (ΕΟΔΥ) 2019)

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι το 24,9% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας άνω των 15 ετών, είναι καπνιστές.



<https://data.oecd.org/healthrisk/daily-smokers.htm>

3. Το θεσμικό πλαίσιο

Στην Ελλάδα η προσπάθεια ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας ξεκινά πριν τη δεκαετία του 60 με το νόμο 3366 του 1955 με την ονομασία της Γενικής Ιατρικής που χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά τότε.(ΦΕΚ 258/Α/23.9.1955)

Σταθμός στην ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας είναι η Διακήρυξη της Alma-Ata το έτος 1978, που υιοθετήθηκε από όλες τις χώρες που απαρτίζουν τον Π.Ο.Υ. και την UNICEF. Αυτά τα 134 κράτη προσπαθώντας να παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα, να μειώσουν τις ανισότητες και να ενισχύσουν την συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων συμφώνησαν σε μια κοινή στρατηγική την οποία ονόμασαν « Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000». Η εφαρμογή αυτής της στρατηγικής θα επιτυγχάνετο μέσα από την Π.Φ.Υ.

Ο νόμος 1579 του 1985 δίνει την ειδικότητα της γενικής ιατρικής και στους ανειδίκευτους ιατρούς, οι οποίοι έχουν πενταετή άσκηση της ιατρικής και αναγνωρίζει ο τίτλος του νοσηλευτή από σχολές Ανωτάτων Επαγγελματικών Ιδρυμάτων (ΑΕΙ), Τεχνολογικών Επαγγελματικών Ιδρυμάτων (ΤΕΙ) και των πρώην Σχολών Αδελφών Νοσοκόμων .

Στον Ελλαδικό χώρο ο νόμος 1397 του 1983 παρουσιάζει την πρώτη προσπάθεια για σχηματισμό του δημόσιου εθνικού συστήματος υγείας και την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας. Το άρθρο 5 του νόμου 1397 διαχωρίζεται η περίθαλψη σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια και παρέχεται σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Στους νόμους 1397/83 και 2194/94 κατοχυρώνεται η αποκλειστική αμοιβή του οικογενειακού ιατρού από το Ε.Σ.Υ., προβλέπεται η δυνατότητα να είναι κάποιος γενικός ιατρός, παθολόγος ή παιδίατρος και πως τα κέντρα υγείας υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία. Δυστυχώς μόνο αυτοί οι δύο νόμοι βρίσκονται ακόμα σε ισχύ, χωρίς βεβαίως να έχουν εφαρμογή όλες οι διατάξεις τους.

Με το Ν. 2071/1992 ορίζεται η Π.Φ.Υ. ως οι διεργασίες ιατρών, νοσηλευτών και οδοντιάτρων, οι οποίες αποσκοπούν στην πρόληψη και αποκατάσταση όταν δεν είναι απαραίτητη η νοσηλεία. Αναφέρεται πως τα κέντρα υγείας ανήκουν διοικητικά στις νομαρχίες, οι γιατροί που τα στελεχώνουν πρέπει να έχουν ειδικότητα γενικής ιατρικής ή αν δεν επαρκούν αυτοί, από συναφείς ειδικότητες και προτείνει τον σχηματισμό νοσηλευτικής υπηρεσίας σε αυτά, για την κάλυψη εικοσιτετράωρης βάσης. Ο νόμος 2519/97 προτείνει την διοικητική και οργανωτική ενοποίηση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ενώ ο Νόμος 3235/2004 κάνει εκτενή αναφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τονίζει τον έλεγχο των κέντρων υγείας από τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.). Δυστυχώς οι νόμοι 2071 του 1992, 2519 του 1997 και 3235 του 2004, ενώ ψηφίστηκαν από το κοινοβούλιο δεν εφαρμόστηκαν στο κομμάτι που γίνεται αναφορά στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ο νόμος 2889 που θεσπίστηκε το 2001 για την αποκέντρωση των υπηρεσιακών μονάδων, όπου τα περιφερειακά συμβούλια αντικαθίστανται από τα Κεντρικά Περιφερειακά Συστήματα Υγείας.

Ο νόμος 3106 του 2003 αφορά την ανασυγκρότηση του τομέα κοινωνικής φροντίδας, τα κέντρα φροντίδας οικογένειας ανήκουν στους Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ενώ το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» ρυθμίζεται μέσω του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Ο Νόμος 3172 του 2003 κάνει εκτενή αναφορά στην οργάνωση και την μετάβαση στη νέα εποχή για τις υπηρεσίες της Δημόσιας Υγείας και στην αναγκαιότητα ενός Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας.

Η ίδρυση των υγειονομικών περιφερειών, η ονομασία τους σε « Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας » και η ρύθμιση του μέσω του υπουργείου υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης προκύπτει από το νόμο ν. 3329/2005 , ενώ ακολούθησε ο νόμος 3527/2007, ο οποίος σύμπτυξε τις περιφέρειες στη μορφή που έχουν μέχρι σήμερα.

Σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι ο νόμος 3918 του 2011 όπου ιδρύει τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), στον οποίο ενοποιούνται υπηρεσίες του όπως το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), ο Οργανισμός Γεωπονικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) και ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.). Ένας από τους στόχους του είναι η συνεργασία των δομών που απαρτίζουν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η διαδικασία σύνδεσης και επικοινωνίας των δημοσίων νοσοκομείων που ανήκουν σε ίδια υγειονομική περιφέρεια, όπως και η σύσταση για κέντρα ψυχικής υγείας, πραγματοποιήθηκαν με τον νόμο 4052 που θεσμοθετήθηκε το 2012.

Ακολούθησε ο νόμος 4238 του 2014, που σχημάτισε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), που περιέχει όλα τα ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με την ανανεωμένη μορφή των κέντρων υγείας και καθιερώνει τον Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.) . Γίνεται αναφορά στον οικογενειακό ιατρό και την Ομάδα Υγείας , έννοιες οι οποίες περιέχονται και στο νόμο 4486 του 2017, ο οποίος αναφέρεται παρακάτω. Λίγο μετά θεσπίστηκε ο νόμος 4461 του 2017, συγκροτήθηκαν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ) για την προσφορά πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Αξιοσημείωτος είναι και ο νόμος 4368 τη χρονιά 2016, καθώς εξασφαλίζει το δικαίωμα στην δωρεάν πρόσβαση των πολιτών στο Ε.Σ.Υ., ανεξάρτητα της ύπαρξης ασφαλιστικής ικανότητας τους.

Ο νόμος 4486 του 2017 αποτελεί μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με καθολική πρόσβαση και καθορισμό των υπηρεσιών που μπορεί να παρέχει, όπως τη φροντίδα περιστατικών που δεν απαιτούν νοσηλεία και τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων. Ο νόμος αυτός προσδιορίζει τις υπηρεσίες που η Π.Φ.Υ. μπορεί να προσφέρει και τους στόχους που επιδιώκει. Τονίζει πως η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη οφείλει να παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα, με σεβασμό προς τους πολίτες και κύριο μέλημα την ενίσχυση της ευημερίας της κοινότητας. Αποτελεί έναυσμα για τα Τακτικά Ιατρεία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, όπως επίσης εισάγει την έννοια του οικογενειακού ιατρού.

Με αυτό το νόμο γίνεται προσπάθεια πλήρους ανασυγκρότησης της Π.Φ.Υ., με ανάπτυξη της σε δύο επίπεδα. Το πρώτο περιλαμβάνει υπηρεσίες από μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. , όπως ΤοΜΥ, Περιφερειακά Ιατρεία και τοπικά ιατρεία, αλλά και επαγγελματίες συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Ιδιαίτερα οι ΤοΜΥ αποτελούνται κυρίως από οικογενειακούς ιατρούς. Ενώ στο δεύτερο υπάρχουν οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα κέντρα υγείας, τα οποία αποφορτίζουν τα νοσοκομεία και οφείλουν να ρυθμίζουν την παραπομπή σε αυτά, των μη διαχειρίσιμων περιστατικών. (Σταχτέας, Σταχτέας 2021)

Η εφημερίδα της κυβερνήσεως με διάρθωση το 2019 μετονόμασε την «Γενική Ιατρική» ως: «Γενική/Οικογενειακή Ιατρική», ομοίως και ο «Γενικός Ιατρός» σε «Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός». (ΦΕΚ 3065/Β/31.7.2019)

Ακολούθησε ο νόμος 4675 του 2020, μέσω του οποίου τέθηκε το παρών εθνικό σχέδιο δράσης για τη δημόσια υγεία, με διάρκεια τα πέντε έτη. Περιλαμβάνει δράσεις και πρωτοβουλίες για την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Αυτά μπορεί να περιέχουν εκπαιδευτικές εκστρατείες, εμβολιασμούς, και άλλα μέτρα που στοχεύουν στην πρόληψη ασθενειών. Αναφέρονται οι δομές παροχής δημόσιας υγείας που υλοποιούν τέτοια προγράμματα, όπως οι δημόσιες δομές, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης και τα πρόσωπα ιδιωτικού ή δημοσίου δικαίου που εφαρμόζουν αυτές τις δράσεις. Ρυθμίζονται οι λειτουργίες των δομών που παρέχουν δημόσια υγεία, πιο συγκεκριμένα έγινε αναφορά στη διάρθρωση της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας, της Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής, του ΕΟΔΥ, των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως τα κέντρα υγείας κά. Ο νόμος οργανώνει τη λειτουργία αυτών, συμπεριλαμβανομένων των διοικητικών, οικονομικών και διοικητικών θεμάτων, και περιλαμβάνει διατάξεις για τη διαχείριση επειγόντων καταστάσεων υγείας, όπως πανδημίες ή φυσικές καταστροφές.

Ο τελευταίος νόμος που αναφέρεται στην πρωτοβάθμια είναι ο Νόμος 5007 που θεσπίστηκε το 2022 και αφορά διατάξεις για την διασφάλιση της δημόσιας υγείας εν περίοδο κορονοϊού και τις αρμοδιότητες του υπουργείου υγείας. Ειδικότερα, ρυθμίζει το πρόγραμμα εμβολιασμού κατά της πανδημίας, παρατείνει την κατ' οίκον φροντίδα στους νοσούντες από κορονοϊό, προτείνει δράσεις προαγωγής υγείας και εφαρμογή του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (Α.Η.Φ.Υ.).

4.Οι δυσχέρειες που αντιμετωπίζει η πρωτοβάθμια σήμερα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας(ΕΣΥ) αντλεί χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή την έμμεση και άμεση φορολογία, αλλά και τις ασφαλιστικές εισφορές. Οι υπηρεσίες που παρέχει το ΕΣΥ είναι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας(ενδονοσοκομειακής) φροντίδας. Η ΠΦΥ δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς και παρουσιάζονται προβλήματα, σε τομείς όπως η προσβασιμότητα, η συνέχεια της φροντίδας, του συντονισμού και της πληρότητας λόγω υπερβολικής ζήτησης. Σημαντικότερη από όλα τα προηγούμενα, είναι η απουσία γιατρού που θα εκτελεί χρέη θυρωρού, ώστε να κατευθύνει τους πολίτες. Το ελληνικό σύστημα υγείας επικεντρώνεται στα νοσοκομεία, τα οποία είναι πολύ πιο δαπανηρά. Η ΠΦΥ παρέχεται κατά κύριο λόγο από το ΕΣΥ, για παράδειγμα τα κέντρα υγείας, μη κυβερνητικές οργανώσεις και ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι συχνά συνάπτουν συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ (Economou et all, 2017)

Από τα δεδομένα που σύλλεξε η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) για το έτος 2022, αποτυπώνονται όλες οι Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, συγκεκριμένα:

Δομή Υγείας	Πλήθος
κέντρα υγείας	311
περιφερειακά ιατρεία	1432
Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	97
Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	50
Τοπικά Ιατρεία	220
μονάδες ΤοΜΥ	136
εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.	

(ΕΛΣΤΑΤ, 2023)

Οι δημόσιες δαπάνες υγεία στην Ελλάδα είναι περίπου 60% , ενώ ένα 35% καταβάλλεται απευθείας από τους πολίτες ποσοστό που καλύπτει κυρίως δαπάνες για φάρμακα και άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες. Η θνησιμότητα από προλαμβανόμενες αιτίες εξακολουθεί να βρίσκεται υποδεέστερα του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η εφαρμογή νέων πρωτοβουλιών για τη δημόσια υγεία και την πρόληψη μπορεί να συμβάλει θετικά στην μείωση αυτής της διαφοράς. Επιπλέον, η Ελλάδα είναι πολύ υψηλά σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ στο ποσοστό θνησιμότητας από προλαμβανόμενες αιτίες. Οι νέες πρωτοβουλίες για τις χρόνιες παθήσεις στοχεύουν στη βελτίωση της ανίχνευσης και την αποτελεσματικότερη θεραπεία. Ως προς την προσβασιμότητα η Ελλάδα καταγράφει υψηλά επίπεδα μη καλυπτόμενων αναγκών, πιο συγκεκριμένα κατά την πανδημία του covid, από το σύνολο των ατόμων που χρειάστηκε να λάβει περίθαλψη το πρώτο έτος, το 25% το απέφυγε. (EOCED, 2021)

Η έλλειψη πολιτικής και η απουσία παροχής πόρων στην υγεία, έχουν ως αποτέλεσμα την αδυναμία εξέλιξης της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Σύμφωνα με έρευνες η χώρα βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο κατάταξη ως προς την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που παρέχονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, δυσκολία στην προσβασιμότητα τους από τους πολίτες, απουσία συνέχειας της φροντίδας, οργάνωσης και αυξημένης γραφειοκρατίας. Επίσης, άλλες προκλήσεις που αντιμετωπίζει η πρωτοβάθμια φροντίδα στη χώρα είναι η διαφθορά και παραοικονομία, η διάσπαση της, η ελλιπής κοινωνική πολιτική, και η μεταφορά υπηρεσιών

στην δευτεροβάθμια ενώ ανήκουν στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Σημαντική είναι και το ασαφές πλαίσιο των οικογενειακών ιατρών και η χρηματοπιστωτική κρίση. Τέλος η ελληνική νοοτροπία, που χαρακτηρίζεται από απουσία πρόληψης οδηγεί τον πληθυσμό σε προσφυγή στα επείγοντα των νοσοκομείων. (Πέγιου , 2023)

Εκτός από τις λοιμώδεις ασθένειες, η πρωτοβάθμια καλείται να αντιμετωπίσει τις κακές συνθήκες που βλάπτουν την υγεία του πληθυσμού, τις προκλήσεις που οφείλονται στο περιβάλλον, τις χρόνιες παθήσεις και τις ψυχικές νόσους. Στην Ελλάδα παρατηρείται δυσκολία στην πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικές φυλές, έχουν διαφορετικό σεξουαλικό προσανατολισμό ή ταυτότητα φύλου ή όσοι πάσχουν από ψυχικές ασθένειες. Ένας ακόμα παράγοντας που απέδειξε ότι η χώρα πάσχει από κοινωνική δικαιοσύνη στην υγεία, είναι η αδυναμία περίθαλψης των μεταναστών και προσφύγων που προσήλθαν τα τελευταία χρόνια. Ευτυχώς όμως με την έκδοση του νόμου 4368 του 2016, κατοχυρώνεται καθολικά το δικαίωμα για ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας συγκαταλέγοντας τους ανασφάλιστους, μετανάστες και πρόσφυγες. Οι ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό στα κέντρα υγείας είναι μεγάλη και η απουσία ελέγχου της λειτουργίας τους δεν βοηθά στην ανάπτυξη τους. Θα πρέπει να δημιουργηθούν διεπιστημονικές ομάδες και να δοθούν οικονομικά και εκπαιδευτικά κίνητρα στους υγειονομικούς ώστε να στραφούν στην πρωτοβάθμια φροντίδα και ιδίως στην επαρχία. Επίσης δεν προωθούνται προληπτικές υπηρεσίες, ενώ πραγματοποιούνται διακομιδές στα νοσοκομεία χωρίς την εφαρμογή συστημάτων παραπομπής. Η υπέρμετρη και πολλές φορές περιττή συνταγογράφηση που πραγματοποιείται στα κέντρα υγείας φαίνεται να αυξάνει τα τις δαπάνες υγείας. (Τσίγκου, Β, 2021)

Στην Ελλάδα το 2011 δημιουργήθηκε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που συγχωνεύει τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Με την ένωση αυτή έπαψαν να υπάρχουν διαχωρισμοί ανάλογα με το ταμείο υγείας του ασφαλισμένου και απέκτησαν το δικαίωμα να επιλέγουν τη δομή που θέλουν να επισκεφτούν. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ενσωμάτωσε τις υπηρεσίες του ΙΚΑ, με τη μορφή πολυιατρείων και παράλληλα τις συμβάσεις των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών που είχαν τα υπόλοιπα ταμεία. Όμως αυτό λειτούργησε κυρίως ως προς τις υπηρεσίες των πολυιατρείων και όχι ως προς τους συμβεβλημένους ιατρούς. Το 2014 με τη δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ. τα πολυιατρεία ενσωματώθηκαν στο Ε.Σ.Υ. και υποχρέωσε τους γιατρούς που το στελέχωναν είτε να ενταχθούν αποκλειστικά στο δημόσιο τομέα, είτε να διατηρήσουν μόνο το ιδιωτικό ιατρείο τους. Ακολούθησε το 2017 ο σχηματισμός των Τ.Ο.Μ.Υ., που στελεχώνονται από γενικούς ιατρούς, Παθολόγους και Παιδιάτρους και δυστυχώς δεν είναι αρκετοί ώστε να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού της εκάστοτε περιοχής, ούτε παρέχουν εικοσιτετράωρη κάλυψη. Τα παραπάνω συνδυαστικά με την μετονομασία των Π.Ε.Δ.Υ. σε κέντρα υγείας, χωρίς κάποια ουσιαστική αλλαγή στη λειτουργία τους, έχουν προκαλέσει σύγχυση στους πολίτες ως προς την Π.Φ.Υ.. (Φιλαλήθης, 2021)

Οι Γαβρίλη και Καπάκη(2022) σε έρευνα που πραγματοποίησαν με σκοπό την διερεύνηση της ικανοποίησης κατοίκων που έλαβαν υπηρεσίες από δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο νομό της Αττικής, γνωστοποίησαν πως τα αποτελέσματα δείχνουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Μοιράστηκαν 320 ερωτηματολόγια, τα οποία απέδειξαν πως η μέση ηλικία των πολιτών είναι τα 53 έτη, ο κύριος λόγος επίσκεψης τους ήταν η συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής και πως η μέση αναμονή για τακτικό ραντεβού είναι οι 10 ημέρες. Αξιοσημείωτη είναι η δυσαρέσκεια που έδειξε το δείγμα ως προς την αυξημένη

αναμονή για προγραμματισμό ραντεβού και η αντιστρόφως ανάλογη ικανοποίηση με το εκπαιδευτικό επίπεδο του πληθυσμού. (Γαβρίλη, Καπάκη, 2022)

Σε άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Κιλκίς (2015), από τον Γαλάνη Π. και τους συνεργάτες του, με σκοπό τη αποτύπωση της ικανοποίησης των χρηστών του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) του νομού, διαπιστώθηκε πως το επίπεδο ικανοποίησης ήταν χαμηλό. Από το δείγμα των 181 ενήλικων που έλαβαν υπηρεσία υγείας από τη συγκεκριμένη δομή το τελευταίο έτος, μόνο το 48,6% έμεινε ικανοποιημένο. Πάλι αποτυπώθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης σε άτομα με μεγαλύτερη ηλικία και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Στα μειονεκτήματα της δομής εμφανίζονται, η μικρή διάρκεια της ιατρικού ραντεβού με τον ασθενή και η αναγκαστική επίσκεψη των πολιτών σε ιδιωτικές δομές. (Φρεγγίδου και άλλοι, 2017)

Έρευνα των Αναγνωστοπούλου, Σίσκου και Γαλάνη(2012), με σκοπό ανάδειξη της σύνδεση που εμφανίζουν η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται και η ικανοποίηση των ασθενών. Μοιράστηκαν περισσότερα από 150 ερωτηματολόγια σε ενήλικες που έλαβαν περίθαλψη από το κέντρο υγείας Αταλάντης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η ικανοποίηση μειώνεται εξαιτίας της αριθμητικής έλλειψης των γιατρών και των υποδομών. Υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης είχαν τα άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών, όσα εργάζονται σε χειρωνακτικές εργασίες και όσα είχαν χαμηλού κοινωνικοοικονομικού προφίλ. (Αναγνωστοπούλου, 2012)

4.1 Οι αμοιβές του ιατρικού προσωπικού

Η βελτίωση της αποδοτικότητας των εργαζομένων μπορεί να επιτευχθεί μέσω των κινήτρων. Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας απορροφούν το 60% των δαπανών υγείας και είναι υπεύθυνο για τις υπηρεσίες που παρέχονται, καθώς και για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Η εφαρμογή κινήτρων επηρεάζεται η παραγωγικότητα και αποδοτικότητα των ιατρών, αλλά και κατ' επέκταση η ποιότητα υγείας. (Γκουλιαβέρας, Νιάκας.)

Οι τρόποι πληρωμής στα κράτη μέλη του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) είναι:

Τα πάγια αντιμισθία, όπου οι γιατροί λαμβάνουν μηνιαίο πάγιο μισθό, σύμφωνα με τις ώρες απασχόλησης τους. Με αυτό τον τρόπο γίνεται καλύτερος έλεγχος των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης και δημιουργείται αίσθημα ασφάλειας στον εργαζόμενο. Από την άλλη πλευρά το σταθερό εισόδημα ελαττώνει το κίνητρο του για προκλητή ζήτηση, μειώνει την παραγωγικότητα του και ενδεχομένως δίνει χώρο σε άτυπες πληρωμές.

Η αποζημίωση κατά κεφαλήν ασφαλισμένου, έχει το μικρότερο κόστος δαπάνης. Πιο συγκεκριμένα οι γιατροί αμείβονται με βάση τους εγγεγραμμένους ασθενείς τους. Παρατηρείται αυξημένη παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομεία, για ιατρικές πράξεις που θα μπορούσαν να διενεργηθούν από τον παραπέμποντα ιατρό.

Η αποζημίωση κατά πράξη, είναι η συνηθέστερη και πλέον ενδεδειγμένη μέθοδος, προσφέροντας κίνητρο στους γιατρούς. Το εισόδημα επηρεάζεται από τον αριθμό των υπηρεσιών που παρέχει. Ο ασθενής έχει υψηλή πρόσβαση και δικαίωμα επιλογής του γιατρού και η πληρωμή του μπορεί να είναι άμεση από τον ασθενή είτε μέσω του ασφαλιστικού φορέα, αν ο γιατρός είναι συμβεβλημένος.

Πολλά ανεπτυγμένα κράτη προκειμένου να εξαλείψουν τα μειονεκτήματα αυτών των μεθόδων, στρέφονται στην αποζημίωση των ιατρών με γνώμονα την απόδοση,

χρησιμοποιώντας ποιοτικούς δείκτες που συνδέονται με συγκεκριμένους στόχους. Δυστυχώς, στην Ελλάδα δεν υπάρχει κάποιο αντίστοιχο σύστημα που να βασίζεται στην απόδοση. Προς το παρόν, οι γιατροί που εργάζονται στην Π.Φ.Υ. αποζημιώνονται με πάγια αντιμισθία, ενώ όσοι ιδιωτεύουν αποζημιώνονται κατά πράξη και περίπτωση. (Τσάπαλος, 2011)

Στην Ελλάδα οι συμβεβλημένοι οικογενειακοί και γενικοί αμείβονται κατά πράξη, γεγονός που σύμφωνα με τα παραπάνω δίνει κίνητρο στους υγειονομικούς για ποιοτικές υπηρεσίες. Το κράτος μεριμνά για την αντιμετώπιση παραβατικών συμπεριφορών περιορίζοντας την παροχή υπηρεσιών που δεν είναι απαραίτητες, όπως το πλαφόν στον αριθμό των ασθενών. Με τέτοια μέτρα περιορίζεται η πλασματική ζήτηση. (Ηλιάδης, Ουζουνάκης,)

5. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε άλλες χώρες.

Παρατηρείται πως οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. και οι ποιότητα αυτών ποικίλει από χώρα σε χώρα ανάλογα με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα κρατών με αποδοτικότερα μοντέλα Π.Φ.Υ. είναι η Ολλανδία, η Βρετανία, η Γερμανία και οι σκανδιναβικές χώρες. (Πέγιου, 2023)

5.1 Σκανδιναβικό σύστημα υγείας

Το Σκανδιναβικό σύστημα υγείας αποτελείται από την Π.Φ.Υ. και τη δευτεροβάθμια-τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η οργάνωση του συστήματος γίνεται σε τρία επίπεδα. Το πρώτο είναι το εθνικό, όπου η πολιτεία χαράζει στρατηγική για τις υπηρεσίες υγείας, τα φάρμακα, τους εμβολιασμούς κ.ά. Δεύτερο επίπεδο είναι οι περιφέρειες και αφορά κυρίως τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, δηλαδή τα νοσοκομεία. Τέλος υπάρχουν οι τοπικές κοινότητες, που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία. (Πιερράκος, 2008)

5.1.1 Ολλανδία

Η **Ολλανδία** έχει το ακριβότερο σύστημα υγείας της Ευρώπης και ταυτόχρονα συμπεριλαμβάνεται στα πέντε πιο ποιοτικά, με ποσοστό ικανοποίησης στο 91% για το 2013. Οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να επιλέξουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία για την κάλυψη της βασικής ασφάλισης υγείας και να πληρώσουν τα ασφάλιστρα για αυτήν. Το κόστος της βασικής ασφάλισης διαφέρει ανάλογα με την ασφαλιστική εταιρία και τις επιλογές κάλυψης που επιθυμεί ο ασφαλισμένος. Οι ασφαλιστές υποχρεούνται να δέχονται τις αιτήσεις και τα ανήλικα άτομα απολαμβάνουν δωρεάν ασφάλιση, καθώς η εξόφληση της καταβάλλεται από κρατικές εισφορές. Το βασικό πακέτο ασφάλισης αποτελείται από βασική ιατρική περίθαλψη, μαιευτικές υπηρεσίες, κατ' οίκον φροντίδα, φάρμακα και ψυχική φροντίδα. Πρωταγωνιστικό ρόλο στην πρωτοβάθμια περίθαλψη παίζουν οι γενικοί ιατροί, οι οποίοι αν κρίνετε αναγκαίο παραπέμπουν σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Οι κάτοικοι μιας περιοχής είναι εγγεγραμμένοι σε γενικούς, που βρίσκονται κοντά τους. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην προσβασιμότητα του πολίτη στο σύστημα υγείας, για αυτό γίνεται προσπάθεια ο γιατρός να απέχει λιγότερο από 15 λεπτά από το σπίτι του. (Kroneman, 2016) Επίσης, υπάρχουν Τμήματα Κοινωνικών Υπηρεσιών των Δήμων τα οποία προσφέρουν δράσεις πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως συμβουλευτική σε άτομα και οικογένειες, πληροφόρησης ευάλωτων ομάδων, τηλεφωνική υποστήριξη, κατ' οίκον φροντίδας για ηλικιωμένους, ΑμΕΑ κ.ά.. Στην κατ' οίκον φροντίδα υπάρχει δυνατότητα προσωρινής παραχώρησης νοσηλευτικού εξοπλισμού για διάστημα μέχρι 26 εβδομάδων(Μαρίνη, 2020)

Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας είναι ένα πεδίο το οποίο ρυθμίζουν οι δήμοι. Υπάρχει νομικό πλαίσιο που τις θεσμοθετεί από το 2015, μέσω του νόμου για δημόσια υγεία και περιλαμβάνουν την προληπτική φροντίδα των νέων, με ειδικά κέντρα υγείας παιδιών και δράσεις στα σχολεία. Επίσης ο νόμος περιλαμβάνει την περιβαλλοντική υγεία, τακτικούς ελέγχους, τη συλλογή επιδημιολογικών στοιχείων, τους εμβολιασμούς, διδακτικά προγράμματα, συμβουλευτική και προληπτική ψυχική υγιεινή. Για την πραγματοποίηση των παραπάνω θα πρέπει οι δήμοι να οργανώσουν δημοτικές υπηρεσίες υγείας (gemeentelijke geneeskundig dienst, GGD). Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να λειτουργούν σε συνεργασία με άλλους δήμους. Επί του παρόντος υπάρχουν εικοσιπέντε δημοτικές υπηρεσίες υγείας, που από το 2014 λειτουργούν τις περιφερειακές οργανώσεις ιατρικής βοήθειας (Geneeskundige hulpverleningsorganisaties, GHORs), οι οποίες οργανώσεις είναι υπεύθυνες για τον συντονισμό της φροντίδας σε περίπτωση μαζικών ατυχημάτων ή καταστροφών.

Η δημόσια υγεία της Ολλανδίας, ως προς την υγεία των νέων παρέχει προληπτική φροντίδα σε άτομα από τη γέννηση τους μέχρι το 19 έτος ζωής. Ο νεογενικός προσυμπτωματικός έλεγχος, όπως το τσίμπημα της φτέρνας του μωρού, γίνεται στο σπίτι συνήθως από μαία ή από κάποιον άλλο οργανισμό κατ' οίκον φροντίδας. Ακολουθούν επισκέψεις στα κέντρα υγείας μέχρι τα τέσσερα έτη, στις οποίες ελέγχεται η ανάπτυξη, αλλά και η ανίχνευση προβλημάτων υγείας. Τα κέντρα υγείας παρέχουν κυρίως πληροφόρηση, έλεγχο κοινωνικών προβλημάτων, εμβολιασμούς και όταν απαιτείται παραπέμπουν τα παιδιά σε γενικούς ιατρούς ή άλλες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα παιδιά κάτω των τεσσάρων ετών εμβολιάζονται στα κέντρα υγείας με βάση το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού (Rijksvaccinatieprogramma, RVP). Στην μετέπειτα ζωή τους, κατά τη σχολική ηλικία, οι εμβολιασμοί οργανώνονται από τα Δημοτικά Κέντρα Υγείας. Στα κέντρα υγείας παιδιών παρέχονται επίσης και ιατρικές συμβουλές για τη γονιμότητα. Τα ποσοστά συμμετοχής στους εμβολιασμούς κατά της ιλαράς είναι χαμηλότερα από το στόχο που θέτει ο ΠΟΥ, δηλαδή το 95% του πληθυσμού να έχει εμβολιαστεί ώστε να επιτευχθεί ανοσία αγέλης. Για το φαινόμενο αυτό ευθύνονται οι αρνητές του εμβολιασμού που είναι κατά κύριο λόγο οι προτεστάντες και οι ανθρωποσοφιστές. Έτσι το 2013 ξέσπασε η πιο πρόσφατη επιδημία ιλαράς στους ορθόδοξους προτεστάντες της Ολλανδίας. Ομοίως είχε συμβεί το 1992 με την πολιομυελίτιδα. Πληθυσμιακές ομάδες που η χώρα καλείται να δώσει μεγαλύτερη έμφαση. Ακόμα αξιοπρόσεκτο σημείο για τον εμβολιασμό είναι ότι ενώ το εμβόλιο κατά του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV– human papilloma-virus) εντάχθηκε στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού για τα κορίτσια άνω των 13 ετών από το 2009, μέχρι το 2015 είχε εμβολιαστεί μόνο το 61%. Για το πολύ χαμηλό αυτό ποσοστό μεταξύ άλλων ευθύνεται και η κακή επικοινωνία στον κόσμο από τα ΜΜΕ, παρά τους ισχυρισμούς του Εθνικού Ινστιτούτου Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος (RIVM) ότι δεν συνδέεται με παρενέργειες.

Η φροντίδα της ψυχικής υγείας των νέων και η παροχή βοήθειας στους κηδεμόνες σε ότι αφορά τη γονικότητα αφορά τους δήμους από το 2015. Πιο συγκεκριμένα οι δήμοι οργανώνουν ομάδες φροντίδας ανήλικων, συμβάλουν στην αποκατάσταση όσων το έχουν ανάγκη και λειτουργούν κλειστές δομές φροντίδας ανήλικων, όπως σε παιδιά με νοητικές αναπηρίες. Υπολογίζεται πως ένα στα δέκα παιδιά θα λάβουν κάποια εξωνοσοκομειακή φροντίδα ψυχικής υγείας και ένα στα εκατό θα χρειαστεί ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Οι γενικοί ιατροί δίνουν πρόσβαση στις ομάδες που έχουν ανάγκη, στο αντιγριπικό εμβόλιο. Στις ομάδες αυτές εμπεριέχονται άτομα άνω των 60 ετών και όσοι κινδυνεύουν από ενδεχόμενη νόσηση. Επίσης, οργανώνονται προσκλήσεις συμμετοχής του πληθυσμού σε προσυμπτωματικό έλεγχο και ιδιαίτερα σε εξετάσεις για καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου, όπου τους παρέχεται η εξέταση δωρεάν. Για παράδειγμα σε άτομα 55-75 ετών χορηγείται κίτ αυτοδειγματοληψίας κοπράνων για την ανίχνευση ανησυχητικών ενδείξεων. (Kroneman, 2016)

5.1.2. Σουηδία

Παρόλο που το **σουηδικό** σύστημα υγείας είναι αποκεντρωμένο, δηλαδή ρυθμίζεται από τις 21 περιφέρειες και τους 290 δήμους, την συνολική ευθύνη για την υγεία την έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων.(Janlön, 2023) Η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη είναι υπεύθυνες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία, καθώς και για τις υπηρεσίες αποκατάστασης, τη σχολική υγειονομική περίθαλψη, τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινωνική φροντίδα. Οι κρατικοί φόροι, με τις επιχορηγήσεις

και τα τέλη χρήση εξασφαλίζουν τις δαπάνες των υπηρεσιών υγείας. (Larsen, Klausen and Højgaard, 2020) Πιο συγκεκριμένα οι περιφέρειες χρηματοδοτούν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμια φροντίδας που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, όπως τα κέντρα υγείας, ενώ οι δήμοι πιο εξεζητημένες υπηρεσίες, όπως η κατ' οίκον φροντίδα. (Janlön, 2023)

Τα κέντρα υγείας είναι περίπου 1.200 όπου από αυτά, τα 300 έχουν ιδιωτικό χαρακτήρα και στελεχώνονται κυρίως από γενικούς ιατρούς σε αναλογία ένας ανά 2.500 κατοίκους μιας περιοχής. Οι γιατροί που απασχολούνται στο δημόσιο είναι έμμισθοι από τα νομαρχιακά συμβούλια, με σταθερό ωράριο και δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας μαζί τους εκτός ωραρίου. Ενώ οι ιδιώτες γιατροί που είναι συμβεβλημένοι αμείβονται κατά πράξη. Η πρώτη εκτίμηση των ασθενών γίνεται από του γενικούς ιατρούς, οι οποίοι θα τους παραπέμπουν στην αρμόδια ειδικότητα κλείνοντας τους ραντεβού ή δίνοντας τους το ανάλογο παραπεμπτικό. (Γιανασμίδης, Τσιαούση 2012)

Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα από τέσσερις έως δέκα γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους και μαίες. (Τσίγκου, 2021)

Υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδα που δόθηκαν για το έτος 2020, σε ποσοστό 30% περιλάμβαναν επίσκεψη με γιατρό, σε άλλο ένα 30% με νοσηλεύτη, σε 18% με φυσικοθεραπευτή και το υπόλοιπο 22% περιλάμβανε λοιπό προσωπικό, όπως τους ψυχολόγους. (Janlön, 2023)

Ο Sax και οι συνεργάτες τους (2023), εκπόνησαν μελέτη με σκοπό την αξιολόγηση της εμπειρίας ηλικιωμένων που παρακολούθησαν πρόγραμμα παρέμβασης σε εννέα μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας στη Σουηδία. Τα δεδομένα έδειξαν, πως η συνεχής και εύκολη πρόσβαση στην ΠΦΥ προσφέρει ικανοποίηση στους ηλικιωμένους. Η παροχή ενός τηλεφωνικού αριθμού, σε περίπτωση ανάγκης των ηλικιωμένων, τους δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας, επίσης υψηλή σημασία έχει να νιώσουν εμπιστοσύνη ως προς τον επαγγελματία υγείας. Οι παρεμβάσεις τέτοιου τύπου βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και μειώνει τις ανάγκες τους για κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. (Sax, 2023)

Η Δημόσια Υπηρεσία Υγείας της Σουηδίας, γνωστή και ως Folkhälsomyndigheten, είναι ο εθνικός οργανισμός υγείας που υπεύθυνος για την προώθηση της δημόσιας υγείας και την εφαρμογή των σχετικών πολιτικών στη Σουηδία. Οι περιφέρειες είναι υπεύθυνες εκτός από την πρωτοβάθμια περίθαλψη και για την παιδική και μητρική φροντίδα. Ενώ από την άλλη οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τις κοινωνικές υπηρεσίες και τις σχολικές υπηρεσίες υγείας, που επικεντρώνονται στην πρόληψη και υποστήριξη μαθητών που αντιμετωπίζουν ζητήματα κοινωνικής και ψυχικής υγείας. Επιπλέον, οι δήμοι ασχολούνται με τομείς εκτός της παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως ο έλεγχος τροφίμων, του νερού και του αποχετευτικού συστήματος. Υπάρχουν και τομείς της δημόσιας υγείας που απαιτούν συμμετοχή τόσο της περιφέρειας, όσο και των δήμων, με χαρακτηριστικό παράδειγμα τη γονική υποστήριξη και τα δικαιώματα του παιδιού.

Η Δημόσια Υπηρεσία Υγείας της Σουηδίας είναι αρμόδια για τον έλεγχο, περιορισμό και την ανάλυση των μεταδοτικών ασθενειών και παράλληλα την παρακολούθηση της επιδημιολογικής κατάστασης, καθώς και το σχεδιασμό έκτακτης ανάγκης για ενδεχόμενες εξάρσεις μολυσματικών ασθενειών.

Η Δημόσια Υπηρεσία Υγείας έχει ρόλο συντονιστή της κατάσταση σε εθνικό επίπεδο, με συνεργασία από τους Περιφερειακούς Ιατρούς για τον Έλεγχο των Μεταδοτικών Νοσημάτων. Υπάρχουν 21 μονάδες ελέγχου που πραγματοποιούν ελέγχους λοιμώξεων στις

περιοχές, υποστηρίζοντας και συμβουλευόντας τους επαγγελματίες και το κοινό, καθώς και επίσης παρακολουθώντας τα άτομα που έχουν έρθει σε επαφή με ένα άτομο που έχει διαγνωστεί θετικό για μια μεταδοτική ασθένεια.

Οι περιφέρειες επιλέγουν τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου που θα εφαρμόσουν, σύμφωνα πάντα με τις συστάσεις του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας της Σουηδίας (NBHW). Αυτό σημαίνει πως τα προγράμματα ελέγχου είναι διαφορετικά μεταξύ των περιφερειών. Ως προς τον καρκίνο, η οδηγία είναι να εξετάζεται ο καρκίνος του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου. Οι γυναίκες ηλικίας 40–74 ετών δύναται να παίρνουν μέρος σε προγράμματα ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού και 23–64 ετών για τον τράχηλο της μήτρας. Το πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του παχέος εντέρου για όσους είναι 60–74 ετών άρχισε να εφαρμόζεται σταδιακά σε όλες τις περιοχές κατά τη διάρκεια του 2021–2022, και αναμένεται πλήρης υλοποίηση μέχρι το 2026.

Η προληπτική φροντίδα που δεν χρήζει εξειδίκευσης αποτελεί μέρος της ΠΦΥ, όπως επίσης ο εμβολιασμός, η παροχή υγειονομικής φροντίδας σε παιδιά και τις μητέρες τους και οι εξετάσεις για τους αιτούντες άσυλο. Τα κέντρα υγείας θα πρέπει να προάγουν την υγεία και την πρόληψη. (Janlöv, 2023)

5.1.3. Δανία

Η **Δανία** χαρακτηρίζεται από αποκέντρωση και αποτελείται από πέντε περιφέρειες και ενενήντα οκτώ δήμους. Η πρωτοβάθμια φροντίδα είναι από κοινού ευθύνη των περιφερειών και των δήμων, ενώ η δευτεροβάθμια (νοσοκομεία) είναι αποκλειστική ευθύνη των περιφερειών. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τους εισοδηματικούς φόρους και τις κρατικές επιδοτήσεις. Παρέχεται δωρεάν στο σύνολο των κατοίκων, με εξαίρεση συγκεκριμένες υπηρεσίες που υπάρχει οικονομική συμμετοχή από τον πολίτη, όπως για παράδειγμα οδοντιατρικές ενέργειες και φυσικοθεραπείες. Το υπουργείο υγείας και το υπουργείο οικονομικών σε συνεργασία με τις περιφέρειες λαμβάνουν αποφάσεις για τον ετήσιο προϋπολογισμό κόστους στον τομέα της υγείας. (Larsen, Klausen and Højgaard, 2020) Ο ρόλος των γενικών ιατρών είναι καίριος, μιας και αυτοί ρυθμίζουν την εισαγωγή των ασθενών στα νοσοκομεία ή την επαφή με άλλους επαγγελματίες υγείας. Η Δανία χαρακτηρίζεται από ομοιόμορφη κατανομή γενικών ιατρών στις περιοχές, γεγονός που προσφέρει ισότητα στους πολίτες της χώρας και εύκολη πρόσβαση στο σύστημα υγείας. (Olejaz et all, 2012)

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας ενσωματώνονται στις υπηρεσίες θεραπείας και οργανώνονται ξεχωριστές δραστηριότητες που διαχειρίζονται από ειδικά ιδρύματα. Η διαρθρωτική μεταρρύθμιση του 2007 πήρε την ευθύνη από τις περιφέρειες για την πρωτοβάθμια πρόληψη και την προαγωγή προς τους δήμους. Οπότε οι δήμοι φροντίζουν για την πρόληψη, φροντίδα και αποκατάσταση που δεν καλύπτονται από τις εισαγωγές σε νοσοκομεία. Ανά χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών, οι δήμοι και οι περιφέρειες πρέπει να δημοσιεύσουν κοινό σχέδιο υγείας ως προς τα καθήκοντά τους στην πρόληψη των νόσων και την προώθηση της υγείας και πώς αυτά πρόκειται να συντονιστούν.

Το Δανέζικο Δίκτυο Υγιών Πόλεων αποτελείται από εξήντα πέντε δήμους και δύο από τις περιφέρειες, ιδρύθηκε το 1991, και είναι κομμάτι του Διεθνούς Δικτύου Υγιών Πόλεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO). Το Δίκτυο των Υγιών Πόλεων διευκολύνει τη συνεργασία μεταξύ των αρχών δημόσιας υγείας και παρέχει υποστήριξη στα μέλη τους στις προσπάθειές τους για πρόληψη των νόσων και προαγωγή της υγείας.

Η κύρια ευθύνη για τις μεταδοτικές ασθένειες βαραίνει το Εθνικό Ινστιτούτο Ορών (Statens Serum Institut) και τους ιατρούς που εργάζονται στην περιφέρεια και ανήκουν στο Εθνικό Συμβούλιο Υγείας

Οι γενικοί ιατροί και οι ιατροί που εργάζονται σε νοσοκομεία υποχρεούνται να γνωστοποιούν τα περιστατικά από κάποιες μεταδοτικές ασθένειες στους ιατρούς δημόσιας υγείας. Οι ιατροί δημόσιας υγείας ρυθμίζουν τις ατομικές και κοινοτικές παρεμβάσεις για τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών. Ενώ η λειτουργία τους είναι συμβουλευτική, έχουν τη δυνατότητα να μην επιτρέψουν στα μολυσμένα παιδιά να εισέρχονται σε ιδρύματα, ή ακόμη και να κλείνουν ιδρύματα για να αποτρέψουν τη διάδοση της.

Υπάρχει η Δανική Αρχή Εργασιακού Περιβάλλοντος, η οποία ανήκει στο Υπουργείο Εργασίας, είναι υπεύθυνη για την παρακολούθηση και τη διατήρηση της υγείας και ασφάλειας στον εργασιακό χώρο. Η Αρχή με ελέγχους των χώρων εργασίας, ρυθμίσεις και ενημερώσεις αποσκοπεί στη δημιουργία ενός ασφαλούς και υγιούς δανέζικου εργασιακού περιβάλλοντος. Επίσης ιδρύματα πραγματοποιούν συστηματικούς ελέγχους ασφάλειας, για παράδειγμα, σε χώρους εργασίας, υπηρεσίες παροχής τροφίμων και την κατάσταση των οδών και των καταλυμάτων. Τέτοια είναι η Δανική Διοίκηση Κτηνιατρικών και Τροφίμων, το Υπουργείο Απασχόλησης, το Υπουργείο Μεταφορών και το Υπουργείο Περιβάλλοντος.

Τα σπουδαιότερα εθνικά προγράμματα δημόσιας υγείας ήταν του 1999, με περιλάμβανε 17 στόχους που κάλυπταν διάφορους παράγοντες κινδύνου, όπως η χρήση καπνού, το αλκοόλ, η διατροφή και τα τροχαία. Επίσης, συμπεριλάμβανε όλες τις ηλικιακές ομάδες, τους χώρους που θα έλαβε χώρα και τον τρόπο που οργανώθηκε. Ακολούθησε το 2002 το τρίτο εθνικό πρόγραμμα "Υγιείς καθ' όλη τη Διάρκεια της Ζωής 2002–2010" που έφερε στο προσκήνιο τον περιορισμό των ασθενειών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, οι ορθοπαιδικές παθήσεις και οι ψυχικοί νόσοι. Επιπλέον, τόνισε την αξία της γνώσης στην προώθηση της υγείας του πληθυσμού και αποτέλεσε καινοτομία καθώς εστίασε σε συνήθειες που σχετίζονται με την υγεία και λιγότερο με κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες υγείας. Τέλος το Υγειονομικό Πακέτο 2009 εστιάζει στην πρόληψη, με στόχο την αύξηση κατά τρία έτη της διάρκειας ζωής των Δανών σε βάθος χρόνου μιας δεκαετίας. Η υλοποίηση του στόχου θα πραγματοποιηθεί μέσω την ενδυνάμωσης των δήμων, μέσω κρατικής παροχής οικονομικών πόρων που θα αξιοποιηθούν για την πρόληψη νόσων.

Από την άλλη η Δανία κατέχει δύο εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, το ένα αφορά τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας από το 1986 και του μαστού από το 2007. Ως τρίτο εθνικό πρόγραμμα προσυμπτωματικού ελέγχου ακολούθησε ο έλεγχος του παχέος εντέρου από το 2014. Τα τρία προγράμματα αυτά ρυθμίζονται από τις περιφέρειες.

Η πολιτικής για το AIDS στη Δανία περιλαμβάνει την οικειοθελή και ανώνυμη πρόληψη. Το πρόγραμμα πρόληψης του AIDS περιλαμβάνει στενή συνεργασία μεταξύ του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας, των περιφερειών, των δήμων και ιδιωτικών οργανώσεων. Πραγματοποιούνται καμπάνιες πληροφόρησης για την πραγματοποίηση ασφαλή σεξουαλική πράξη, ψυχολογική υποστήριξη σε όσους είναι θετικοί στον HIV και πληροφόρηση που στοχεύει σε συγκεκριμένες ομάδες κινδύνου. Από το 2005, εφαρμόστηκε το σύστημα επιτήρησης του HIV, με την ονομασία SOUNDEX.

Σε ένα γενικότερο πλαίσιο η αγωγή υγείας στη Δανία πραγματοποιείται σε συνεργασία μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων οργανισμών, με την μορφή εκστρατειών. (Olejaz et all, 2012)

5.1.4. Φινλανδία

Από την άλλη πλευρά στη **Φινλανδία**, όπου η περίθαλψη χωρίζεται πάλι σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια(νοσοκομεία), ανήκει στους 310 δήμους που συνεργάζονται με τις περιφέρειες των νοσοκομείων. Οι δήμοι παρουσιάζουν μεγάλη αυτονομία και χρηματοδοτούν τις υγειονομικές δομές, είτε εξολοκλήρου ο κάθε δήμος είτε σε σύμπραξη με άλλους δήμους. Η χρηματοδότηση προέρχεται τους δημοτικούς φόρους, τις κρατικές επιχορηγήσεις και τη συμμετοχή του λήπτη των υπηρεσιών. (Larsen, Klausen and Højgaard, 2020) Οι μικρότεροι δήμοι, λόγω αδυναμίας, τα τελευταία χρόνια για την παροχή υπηρεσιών τους συνεργάζονται με ιδιωτικές κερδοσκοπικές εταιρείες. Σήμερα, το 10% των γιατρών των κέντρων υγείας, είναι υπάλληλοι τέτοιων εργασιών. Το προσωπικό που τα στελεχώνει είναι γενικοί ιατροί, νοσηλευτές, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς, οδοντίατρους, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους, διαιτολόγους, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και διοικητικό προσωπικό. Σημαντικός για το σύστημα ΠΦΥ είναι ο ρόλος του νοσηλευτή, καθώς είναι σε θέση να παρακολουθεί περιστατικά μακροχρόνιας φροντίδας, να συνταγογραφεί και να παρέχει τηλεφωνική συμβουλευτική. Τα κέντρα υγείας παρέχουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, πρόληψη, οδοντιατρικές υπηρεσίες, αποκατάσταση και υποστήριξη των ψυχικά ασθενών. Οι κάτοικοι μιας περιοχής εγγράφονται όχι σε κάποιο γενικό ιατρό, αλλά στο κέντρο υγείας που επιθυμούν. (Keskimäki, 2019)

Θεμέλιος λίθος της δημόσιας υγείας στη Φινλανδία είναι η προαγωγή υγείας και η πρόληψη νοσημάτων. Η χρηματοδότηση προκύπτει από δημοτικούς προϋπολογισμούς. Επίσης οι δήμοι, ρυθμίζουν την εφαρμογή περιβαλλοντικής υγείας, δηλαδή τις επιπτώσεις που προκύπτουν από την διαμονή σε μια κατοικία, την ποιότητα του νερού που καταναλώνεται, τη διαχείριση των αποβλήτων και από χημικές ουσίες και ακτινοβολίες. Ενώ η πρόληψη των μεταδοτικών ασθενειών είναι αρμοδιότητα του Υπουργείου Κοινωνικών Υποθέσεων και Υγείας (MSAH) και του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Ευημερίας (THL). Το Εθνικό Ινστιτούτο παρακολουθεί την εμφάνιση τους, την επιδημιολογική πορεία τους και παρέχει ενημέρωση σε επαγγελματίες, ώστε το Υπουργείο να εκδώσει το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού. Το πρόγραμμα προς το παρόν περιλαμβάνει δωρεάν εμβολισμούς ενάντια σε 11 μεταδοτικές ασθένειες, συμπεριλαμβανομένου και του ιού των ανθρωπίνων θηλωμάτων για τα κορίτσια και εξετάζεται το ενδεχόμενο για τα αγόρια. Επιπλέον, τα παιδιά 6 μηνών έως 6 ετών εμβολιάζονται ετησίως κατά της γρίπη. Ως προς τις μη μεταδοτικές ασθένειες το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ευημερίας πραγματοποιεί προγράμματα για τον περιορισμό των χρόνιων παθήσεων και τον ψυχικών νόσων. Το κράτος προωθεί την υγεία μέσα στο χώρο εργασίας, υποχρεώνοντας τους εργοδότες να πραγματοποιούν τακτικές προληπτικές εξετάσεις των εργαζομένων τους, εάν η φύση της εργασίας αποτελεί κίνδυνο για την υγεία τους. Σε περίπτωση που κάποιοι εργοδότες επιθυμούν να δοθούν υπηρεσίες υγείας στο χώρο εργασίας τους, οι δήμοι οφείλουν να τις παρέχουν.

Η φροντίδα των παιδιών και των μητέρων στη χώρα, αποτελεί παράδοση στη χώρα και εξασφαλίζεται από τους δήμους και αφορά ολόκληρη την οικογένεια. Συγκεκριμένα, τα μαιευτήρια υποστηρίζουν την οικογένεια και εξετάζουν τις εγκυμονούσες και προσφέρουν συμβουλευτική όταν κρίνεται αναγκαίο. Ένας άλλος τομέας υγείας που παρέχεται δωρεάν είναι η παιδοοδοντιατρική μέχρι την ηλικία των 18 ετών. Το κομμάτι της σεξουαλικής διαπαιδαγώγησης αποτελεί σημαντικό κομμάτι του εθνικού σχεδίου δράσης. Οι μεγάλες πόλεις έχουν κλινικές θεραπείες των σεξουαλικώς μεταδιδόμενων νοσημάτων, ενώ

γενικότερα αποτελούν κομμάτι των παρεχόμενων υπηρεσιών των κέντρων υγείας της Φινλανδίας. Οι δήμοι παρέχουν προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο του μαστού, του τραχήλου της μήτρας και του παχέος εντέρου, αλλά και υπερηχογραφήματα σε εγκυμονούσες.

Τα επιβλαβή για την υγεία προϊόντα συνοδεύονται από υψηλή φορολογία. Τα αλκοολούχα ποτά που περιέχουν περισσότερο από 4,7% αλκοόλη πωλούνταν αποκλειστικά ως κρατικό μονοπώλιο για περίπου τέσσερις δεκαετίες, με μεταρρύθμιση όμως το 2017, το ποσοστό άλλαξε στο 5,5%. Τα προϊόντα καπνού σταμάτησαν να διαφημίζονται από τη δεκαετία του 70', ενώ από το 2007 απαγορεύτηκε το κάπνισμα στους χώρους εστίασης. (Keskimäki, 2019)

5.1.5. Νορβηγία

Στη **Νορβηγία** η λειτουργία της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας ρυθμίζεται από του 356 δήμους, όμως πάντα κάτω από τις κατευθυντήριες οδηγίες του κράτους. (Larsen, Klausen and Højgaard, 2020) Ειδικότερα, οι δήμοι ρυθμίζουν υπηρεσίες όπως η αποκατάσταση, οι φυσικοθεραπείες και η αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Επίσης, είναι αυτοί που εκδίδουν μέτρα δημόσιας υγείας και προστασίας. Οι δήμοι γενικότερα μπορούν ελεύθερα να οργανώνουν τις υπηρεσίες που παρέχουν, σε βαθμό που αποφασίζουν για την πρόσληψη γενικών ιατρών. Οι γενικοί ασχολούνται με τη διάγνωση παθήσεων, τη συνταγογράφηση, την έκδοση πιστοποιητικών υγείας και ταυτόχρονα εκτελούν χρέη εφημερεύοντα, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Οι γενικοί ιατροί είναι οι μόνοι που μπορούν να παραπέμψουν σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Το 2015 το Υπουργείο Υγείας της Νορβηγίας εξέδωσε την “ Λευκή Βίβλο“, η οποία προτείνει την θέσπιση διεπιστημονικών ομάδων στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι ομάδες αυτές χωρίστηκαν σε αυτές που παρέχουν υπηρεσίες στο γενικό πληθυσμό και αυτές που φροντίζουν χρόνιους ασθενείς με ιδιαίτερες ανάγκες. (Ingrid, 2020) Η χρηματοδότηση προκύπτει από τους δημόσιους φόρους και τις ασφαλιστικές εισφορές στο εθνικό σύστημα ασφάλισης.

Η Δημόσια Υγεία στη Νορβηγία ρυθμίζεται από το Υπουργείο Υγείας, οι 11 κομητείες εκτελούν κυρίως συντονιστικό ρόλο, με τους δήμους να είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή της δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο. Με τη θέσπιση του νόμου περί της Δημόσιας Υγείας το 2012 προσδιορίστηκαν οι πέντε βασικοί άξονες, που είναι η ισότητα, καθολικότητα, βιώσιμη ανάπτυξη, τα προληπτικά μέτρα και η λήψη αποφάσεων σε θέματα υγείας από τους πολίτες. Όλες αυτές οι αρχές περιέχονται στη Λευκή Βίβλο "Έκθεση Δημόσιας Υγείας: Καλή υγεία - μια κοινή ευθύνη", η οποία αποσκοπεί στην αύξηση της διάρκειας της ζωής, του καλού βιοτικού επιπέδου και στον περιορισμό των ανισοτήτων στην υγεία εξαιτίας κοινωνικών παραγόντων. Ακολούθησε η στρατηγική που ονομάστηκε "Δημόσια Υγεία Έκθεση - Επιτεύγματα και δυνατότητες", η οποία συνέχισε με τους ίδιους στόχους προσθέτοντας μέτρα για την ψυχική υγεία, την καλλιέργεια υγιεινού τρόπου ζωής, την γήρανση του πληθυσμού με τρόπο που να παραμένει δραστήριο και στην αυτονομία του ανήλικου πληθυσμού.

Ως προς τους εμβολιασμούς, οι δήμοι παρέχουν δωρεάν τα εμβόλια που ανήκουν στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού των παιδιών. Το πρόγραμμα ξεκίνησε από το 1952 και σήμερα παρέχει εμβολιασμό κατά δεκατριών διαφορετικών ασθενειών. Για τις ευπαθείς ομάδες, όπως οι έγκυες και τα άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών συνίσταται το εμβόλιο της γρίπης και του πνευμονιόκοκκου, που χορηγούνται από τους γενικούς γιατρούς και απαιτούν κάποια χρηματική συμμετοχή.

Στα κέντρα υγείας μητρότητας, παρέχονται υπηρεσίες για εγκυμονούσες και ολόκληρη την οικογένεια. Επιπλέον, υπάρχουν τα Healthy Life Centres, που προσφέρουν συμβουλευτική ώστε να υιοθετηθούν υγιεινές συνήθειες. Τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου είναι τρία και αφορούν: τον καρκίνο του μαστού (ηλικίες 50–59 ετών), τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας (ηλικίες 25–69 ετών) και τον καρκίνο του παχέος εντέρου (ηλικίες 50–74 ετών). Επίσης, η υγεία στο χώρο εργασίας προστατεύεται με νόμο από το 2005, όπου οι εργοδότες με έγγραφους στόχους δεσμεύονται για την διασφάλιση της. (Larsen, Klausen and Højgaard, 2020)

5.1.6. Ισλανδία

Εν αντιθέσει με τις υπόλοιπες Σκανδιναβικές χώρες, στην **Ισλανδία** υπάρχει ένα ενιαίο κεντρικό διοικητικό επίπεδο που ρυθμίζει ολόκληρο το σύστημα υγείας. Αν και το κράτος είναι αυτό που σχεδιάζει την ΠΦΥ και τη δημόσια υγεία, η χώρα διαιρείται σε επτά περιφέρειες, οι οποίες όμως δεν έχουν καμία αρμοδιότητα ή πηγή εσόδων. (Sigurgeirsdóttir, Waagfjörð and Maresso, 2014) Η χρηματοδότηση εξασφαλίζεται από φόρους και επιχορηγήσεις. Επίσης, ανά τακτά χρονικά διαστήματα γίνονται συσκέψεις ανάμεσα σε επικεφαλείς του υπουργείου υγείας και των εκάστοτε διευθυνόντων συμβούλων, οι οποίοι εκπροσωπούν τις δομές. (Larsen, Klausen and Højgaard, 2020) Όλα τα κέντρα υγείας έχουν γενικούς ιατρούς, νοσηλευτές, παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα, περίθαλψη σε μητέρες και παιδιά, προγράμματα προαγωγής και πρόληψης. Τα κέντρα υγείας αριθμητικά είναι 78 σε όλη τη χώρα, επιπλέον υπάρχουν δύο ιδιωτικά κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και 12 ιδιώτες γενικοί γιατροί στην πρωτεύουσα. Ο ρόλος του γενικού γιατρού είναι πάλι του θυρωρού, που θα παραπέμψει σε άλλες ειδικότητες. Οι νοσηλευτές έχουν ενεργό δράση στην ΠΦΥ, καθώς αυτοί κινούν την κατ' οίκον φροντίδα σε ηλικιωμένους, εγκυμονούσες και παιδιά.

Το 2003 με θέσπιση νόμου ιδρύθηκε το Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας, υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης. Στα ζητήματα δημόσιας υγείας που συμπεριλάμβαναν είναι η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ και χρήση ουσιών, η ψυχική υγεία, η διατροφή, η φυσική δραστηριότητα και την προαγωγή οδοντικής υγείας. Το ίδρυμα μέσω ερευνητικών και διδακτικών δραστηριοτήτων, ευνοεί την απόκτηση γνώσης και την ενημέρωση του πληθυσμού. Επιπλέον, θέτονται ως προτεραιότητες η φροντίδα παιδιών, των πασχόντων από καρδιαγγειακά, καρκίνο και την πρόληψη ατυχημάτων.

Η επιτήρηση μεταδοτικών νοσημάτων στην Ισλανδία ανήκει στη Διεύθυνση Υγείας, με εκτεταμένες αρμοδιότητες ενός Επικεφαλής Επιδημιολόγου που προστατεύει από κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων μολυσματικών νοσημάτων, τοξικών υλικών και ακτινοβολίας. Επίσης διατηρεί μητρώο επιδημιών, προειδοποιεί για σοβαρούς κινδύνους υγείας τον ΠΟΥ και να διεξάγει μελέτες για προέλευση και πρόληψη εξάπλωσης νοσημάτων. Σημαντικός είναι ο ρόλος την Ογκολογικής Εταιρείας για την πραγματοποίηση προσυμπτωματικών ελέγχων. Οι εμβολιασμοί των βρεφών και παιδιών και η φροντίδα της υγείας τους, πραγματοποιούνται στα περιφερειακά κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπροσθέτως, το Ινστιτούτο ασχολείται με την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στη χώρα Το πρόγραμμα σπουδών των παιδιών του δημοτικού περιλαμβάνει υποχρεωτικά την σεξουαλική αγωγή, ενώ παράλληλα υπάρχει αναρτημένο υλικό στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας για εφήβους και οι αμβλώσεις είναι ενέργειες που πραγματοποιούνται στα νοσοκομεία σχεδόν δωρεάν. (Sigurgeirsdóttir, Waagfjörð and Maresso, 2014)

5.2 Συστήματα υγείας άλλων χωρών Ευρωπαϊκής Ένωσης

5.2.1 Γερμανία

Στο σύστημα υγείας της **Γερμανίας** οι ασθενείς έχουν την ελευθερία να επιλέγουν τους γιατρούς τους, είτε αυτοί είναι γενικοί ιατροί, είτε άλλης ειδικότητας. Παρόλο που τα τελευταία χρόνια οι γενικοί γιατροί προτιμώνται για αρχική επαφή με το σύστημα υγείας, δεν αποτελούν επίσημο μεσάζοντα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα εντοπίζεται κυρίως σε ιδιωτικούς παρόχους, ενώ τα νοσοκομεία εμφανίζουν πολυδιάστατο χαρακτήρα δημοσίου, ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό ή κερδοσκοπικό. Η ασφάλιση υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί με δύο τρόπους: το Σύστημα Υποχρεωτικής Ασφάλισης (Statutory Health Insurance - SHI) και την Ιδιωτική Υγειονομική Ασφάλιση (Private Health Insurance - PHI). Ο μηχανισμός της Υποχρεωτικής Ασφάλισης αποτελεί τον κύριο τρόπο χρηματοδότησης της υγείας, με συντελεστή συνεισφοράς 15% του ακαθάριστου εισοδήματος. Οι συνεισφορές αυτές μοιράζονται εξίσου σε εργοδότες και εργαζόμενους. Ενώ στην ιδιωτική ασφάλιση οι πολίτες πληρώνουν ιδιωτικές εταιρείες ανεξαρτήτως εισοδήματος, αλλά συνήθως βάση ηλικίας, κατάστασης υγείας και των ατομικών αναγκών του ασφαλισμένου. Επίσης, ο κρατικός προϋπολογισμός συγχρηματοδοτεί το σύστημα υγείας με φόρους. Αξιοσημείωτο είναι ότι πάνω από το 10% του συνολικού εργατικού δυναμικού της χώρας, δηλαδή περίπου 5,7 εκατομμύρια εργαζόμενοι, απασχολείται στο σύστημα υγείας. Παρά τις ελλείψεις προσωπικού σε τομείς της υγείας που αναφέρει το υπουργείο εργασίας την τελευταία πενταετία, η αναλογία γιατρών ανά 1.000 κατοίκους είναι 4,53. (Blümel, 2021)

Το ομοσπονδιακό υπουργείο υγείας είναι υπεύθυνο για τις μολυσματικές ασθένειες, τους προληπτικούς ελέγχους, την πρόληψη από εξαρτήσεις και την καλύτερη ποιότητα ζωής πχ σε άτομα με αναπηρίες. Η δημόσια υγεία της Γερμανίας παρέχεται από δημόσιους φορείς και ελέγχει, προστατεύει την υγεία του πληθυσμού σε επίπεδο κρατικό, περιφερειών και δημοτικό. Μπορεί να υπάρχουν ομοσπονδιακές αρχές που ασχολούνται με τη δημόσια υγεία, όμως και οι δήμοι παρουσιάζουν μεγάλο επίπεδο αυτονομίας ως προς τις ενέργειες που πραγματοποιούν. (Blümel, 2021)

Η δημόσια υγείας της χώρας χαρακτηρισμένη από διάσπαση, ως προς το νομικό πλαίσιο και την έλλειψη εθνικά αντιπροσωπευτικού οργάνου. Προσπάθεια για την βελτίωση της αποτελεί ο Νόμος περί Ενίσχυσης της Προώθησης της Υγείας και της Πρόληψης του 2015, που αποσκοπεί στην πρόληψη και προαγωγή υγείας, μεταξύ άλλων μέσω της ρύθμισης πολιτικών εμβολιασμού και της επέκτασης των ελέγχων υγείας. Οι ενέργειες προώθησης της υγείας πραγματοποιούνται σε σχολεία, εργασιακά περιβάλλοντα και δομές μακροχρόνιας φροντίδας. (Rechel, et all 2018)

5.2.2. Ελβετία

Το **Ελβετικό** σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως περίπλοκο, καθώς είναι αποκεντρωμένο με ελεγχόμενη ανταγωνιστικότητα. Οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα τρία επίπεδα της κυβέρνησης(τον ομοσπονδιακό φορέα, τα καντόνια και τους δήμους), τις κορπορατιστικές οργανώσεις και το λαό, ο οποίος έχει το δικαίωμα να επηρεάζουν τις αποφάσεις για το σύστημα υγείας μέσω δημοψηφισμάτων. Ο Ομοσπονδιακός Κυβερνητικός Φορέας, σύμφωνα με το σύνταγμα, ρυθμίζει τη χρηματοδότηση, την εξασφάλιση ποιότητας υπηρεσιών και φαρμάκων, τη δημόσια υγεία και την πραγματοποίηση ερευνών. Διαφέρει πολύ από τα συστήματα των υπολοίπων ευρωπαϊκών χωρών, καθώς οι κάτοικοι της Ελβετίας υποχρεούνται να έχει ιδιωτική ασφάλιση την Υποχρεωτική Ασφάλιση Υγείας (Mandatory

Health Insurance - MHI). Σε περιπτώσεις που οι πολίτες αδυνατούν να αγοράσουν τέτοια προγράμματα ασφάλειας ιδιαίτερα όταν το ατομικό ή οικογενειακό τους εισόδημα βρίσκεται κάτω από συγκεκριμένα όρια, παρέχονται κρατικές επιδοτήσεις. Για την Π.Φ.Υ. οι γενικοί γιατροί είναι μείζονας σημασίας, αν και παρατηρείται ανομοιόμορφη κατανομή τους στα καντόνια. Η πλειοψηφία των ασθενών είναι εγγεγραμμένοι σε κάποιο γενικό ιατρό, ο οποίος όπου απαιτείται τους παραπέμπει σε άλλες ειδικότητες. Το έτος 2014 υπήρχαν 6800 γενικοί γιατροί, αριθμός που αποτελούσε το 38% του συνόλου των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η Δημόσια Υγεία αποτελεί αρμοδιότητα των καντονίων της Ελβετίας, τα οποία διαθέτουν γραφεία δημόσιας υγείας και διοικούνται από κύριο ιατρικό σύμβουλο. Οι τελευταίοι έχουν σπουδαίο ρόλο στον περιορισμό των λοιμώξεων και στη διαχείριση επειγουσών καταστάσεων. Τα περισσότερα προγράμματα του Ομοσπονδιακού Γραφείου Δημόσιας Υγείας αφορούν την ελάττωση της κατανάλωσης του αλκοόλ, του καπνού, των ναρκωτικών ουσιών, αλλά και την προώθηση σωστής διατροφής και άσκησης. Ιδιαιτερότητα της χώρας αποτελεί το γεγονός ότι δεν υπάρχει εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού, με τα προγράμματα των καντονίων να διαφέρουν, και η ευθύνη για τα προγράμματα ελέγχου ανήκει στις καντονίες.

Η κυβέρνηση συντονίζει τις δράσεις, καταγράφει τα μολυσματικά περιστατικά και πληροφορεί ως προς αυτά. Ενώ τα καντόνια είναι υπεύθυνα για την εφαρμογή μέτρων και δράσεων. Σημαντικό είναι και το εθελοντικό πρόγραμμα "Sentinella", το οποίο ασχολείται με μεταδοτικά νοσήματα που θα μπορούσαν να αποφευχθούν με την χρήση εμβολίων.

Ο Κανονισμός περί Πρόληψης Ατυχημάτων και Επαγγελματικών Νοσημάτων του 1983 καθορίζεται τις υπηρεσίες υγείας στον χώρο της εργασίας στην Ελβετία. Η εφαρμογή παρακολουθείται από την SUVA, με την ευθύνη υλοποίησης και χρηματοδότησης να ανήκει στους εργοδότες. Πρωτοβουλίες όπως το έργο Progrès συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας στον εργασιακό χώρο. (De Pietro, 2015)

5.3 Συστήματα υγείας χωρών εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης

5.3.1 Μεγάλη Βρετανία

Το σύστημα υγείας της **Μεγάλης Βρετανίας** είναι από τα παλαιότερα (1948), είναι δωρεάν για τους πολίτες και στηρίζεται κυρίως στην Π.Φ.Υ.. (Μαλαβάζος και λοιποί, 2019)

Το Βρετανικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελείται από τρεις πιθανούς παρόχους υγείας. Ο βασικότερος είναι ο γενικός ιατρός, ο οποίος λειτουργεί σαν οικογενειακός γιατρός, παραπέμπει τα περιστατικά που θα χρειαστεί σε δευτεροβάθμιες ή τριτοβάθμιες μονάδες και υπάγεται στο δημόσιο σύστημα υγείας. Το υπουργείο παραχωρεί σε όσους γενικούς γιατρούς επιθυμούν τη δυνατότητα να λάβουν τον ετήσιο μισθό τους προκαταβολικά, παρέχοντας όμως δωρεάν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς μιας περιοχής. Επίσης, οι γενικοί γιατροί που εργάζονται στο δημόσιο μπορούν να διαχειριστούν ένα κρατικό ποσό για αγορά νοσοκομειακών υπηρεσιών για ασθενείς τους, συνταγογράφηση και εξασφάλιση φαρμάκων τους, δαπάνες για υγειονομικό προσωπικό και για το μισθό τους. Δεύτερος πάροχος υγείας είναι οι ομάδες δημόσιων νοσοκομείων ανά περιοχή, όπου το υπουργείο υγείας θέτει και παρέχει το κεφάλαιο και οι διοικητές των νοσοκομείων διαχειρίζονται τους οικονομικούς,

αλλά και τους ανθρώπινους πόρους. Τέλος υπάρχουν και διάφοροι άλλοι φορείς παροχής υγείας, οι οποίοι δρουν σε μικρότερο βαθμό. (Πιερράκος, 2008)

Μέσα από τους δήμους προσφέρονται προγράμματα πρόληψης και προαγωγής, αναπτύσσουν τους φορείς που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη και εξασφαλίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που λαμβάνουν οι κάτοικοι. (Μαρίνη, 2020)

Στο βρετανικό σύστημα οι ιδιώτες γενικοί ιατροί ελέγχουν τη χρήση στις υπηρεσίες υγείας, παραπέμποντας τον ασθενή στην κατάλληλη βαθμίδα περίθαλψης. Οι ασθενείς επιλέγουν το γενικό ιατρό που θα προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς είναι είκοσι τέσσερις ώρες διαθέσιμος. Η αμοιβή των γιατρών είναι κατά κεφαλήν.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας είναι κυρίως δημόσια και συγκεντρώνεται από τη φορολογία, όπως το φόρο εισοδήματος, τις ασφαλιστικές εισφορές και το φόρο προστιθέμενης αξίας. Σε μικρότερο βαθμό υπάρχουν οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης, που περιλαμβάνουν τη συμμετοχή των ασθενών για ένα ποσοστό που δεν καλύπτει εξ ολοκλήρου το κράτος ή τις άμεσες πληρωμές υπηρεσιών που δεν παρέχονται καθόλου από το κράτος. Η συμμετοχή περιλαμβάνει υπηρεσίες όπως την οδοντιατρική φροντίδα, ενώ η άμεση πληρωμή πραγματοποιείται σε ιδιωτικές θεραπείες, οφθαλμολογικές υπηρεσίες ή φάρμακα που δεν χρήζουν συνταγογράφησης. (Anderson et all, 2022)

Το εθνικό σύστημα υγείας της Αγγλίας για το έτος 2020 θεωρήθηκε ο πέμπτος μεγαλύτερος εργοδότης παγκοσμίως, με 1,5 εκατομμύρια υγειονομικούς. Το ανθρώπινο δυναμικό της Σκωτίας αποτελείται από 178.000 υπαλλήλους, της Ουαλίας από 100.000, ενώ της Βόρειας Ιρλανδίας από 70.000. Τις τελευταίες δύο δεκαετίες το πλήθος των ιατρών ολοένα και αυξάνεται, πιο συγκεκριμένα από 1,98 που αντιστοιχούσε στα 1000 άτομα το 2000, έφτασε τους 2,95 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους για το έτος 2019. (Anderson et all, 2022)

Ο Π.Ο.Υ. υποστηρίζει ότι στην Ευρωπαϊκή ήπειρο τα κράτη καλούνται να αντιμετωπίσει και τις μη μεταδοτικές ασθένειες, που συχνά εξελίσσονται σε αναπηρίες ή σε θάνατο. Σε χώρες με αυξημένο εισόδημα, παρατηρούνται χρόνια νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, ο καρκίνος, το σάκχαρο, οι ψυχικές ασθένειες και η παχυσαρκία. Μέσω της Π.Φ.Υ. θα πρέπει να προωθηθούν η σωστή διατροφή, η ένταξη της σωματικής άσκησης σε τακτική βάση και η απομάκρυνση από κακές συνήθειες, όπως το κάπνισμα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι διαιτολόγοι αποτελούν θεμέλιο λίθο της Π.Φ.Υ., καθώς θεωρείται ότι βασικός παράγοντας για την εμφάνιση μη μεταδιδόμενων ασθενειών είναι η διατροφή. Με τη συμβολή διαιτολόγου μειώνεται η ανάγκη για παραπομπή σε δευτεροβάθμια περίθαλψη και επιτυγχάνεται πρόληψη διατροφικών διαταραχών. Δυστυχώς, στην Ελλάδα στην πρωτοβάθμια φροντίδα, δεν είναι θεσμοθετημένος ο διαιτολόγος, υπάρχουν μόνο σε νοσοκομειακό επίπεδο τα Συμβουλευτικά Γραφεία Διατροφής, τα οποία μάλιστα λόγω έλλειψης προσωπικού δεν λειτουργούν καθόλου. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε το έτος 2013-2014 σε έφηβους κάτω των 15 ετών, η Ελλάδα διαθέτει από τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας σε παγκόσμιο επίπεδο, εν αντιθέσει με τη Βρετανία που παρουσιάζει πολύ μικρότερα νούμερα. Ως προς τους θανάτους που οφείλονται στον παράγοντα διαβήτη η Ελλάδα παρουσιάζει αύξηση ποσοστών στο πέρασμα των χρόνων, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο στη δεκαεπενταετία που ερευνήθηκε διατήρησε σταθερά ποσοστά θανάτων. Είναι προφανής η ανεπάρκεια ή και απουσία των προγραμμάτων πρόληψης στην Ελλάδα. (Μαλαβάζος και λοιποί, 2019)

Η έννοια του οικογενειακού ιατρού εισήχθη πριν από 70 χρόνια στην Μεγάλη Βρετανία, ο ρόλος των οποίων ήταν να καθοδηγεί ως προς το σύστημα υγείας ενώ στην Ελλάδα έχει θεσμοθετηθεί η έννοια του από τη δημιουργία του Ε.Σ.Υ. πριν 40 χρόνια. Παρατηρείται το παράδοξο φαινόμενο ενώ η Ελλάδα για τη χρονιά 2017 είχε πολλούς ιατρούς, συγκεκριμένα 6,1 ανά 1.000 κατοίκους εν αντιθέσει με τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ που είχε 3,5, όμως ελάχιστοι από αυτούς επέλεξαν τη γενική ιατρική δηλαδή 5% έναντι των του μέσου όρου που ήταν 25%. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι για τη χώρα μας ακόμα και σήμερα δεν αποτελεί μια προτιμητέα ειδικότητα από τους γιατρούς. (Καρακόλιας, Μπαρτζώκας, Πολύζος, 2021)

Η προστασία της υγείας πραγματοποιείται σε επίπεδο χωρών, δηλαδή από το Γραφείο Προώθησης της Υγείας για την Αγγλία, Δημόσιας Υγείας για τη Σκωτία, Δημόσια Υγεία της Ουαλίας και τον Φορέας Δημόσιας Υγείας της Βόρειας Ιρλανδία. Σημείο σταθμός είναι το 2013, όπου τμήματα της δημόσιας υγείας μετατάχθηκαν από το ΕΣΥ στις τοπικές αρχές. Η δημόσια υγεία την Μεγάλης Βρετανίας στοχεύει στον περιορισμό του καπνίσματος, την σωστή διατροφή, την ψυχική υγεία και τις ανισότητες. Ο εμβολιασμός δεν είναι υποχρεωτικός, όμως προτείνεται έντονα. (Anderson et all, 2022)

5.3.2. Καναδάς

Η δεύτερη μεγαλύτερη ως προς την γεωγραφική επιφάνεια χώρα είναι ο Καναδάς, όπου και η χρηματοδότηση της προκύπτει κατά 70% από δημόσιους φόρους που συλλέγονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, τις επαρχίες και επικράτειες. Όπως το σύνταγμα ορίζει από το 1860, οι επαρχίες έχουν την ευθύνη των νοσοκομείων και των ψυχιατρικών ιδρυμάτων, ενώ η νομοθεσία δεν δεσμεύει ως προς την εξουσία των υπόλοιπων υπηρεσιών υγείας. Μέσα από διατάξεις του, προκύπτει ο ρόλος της ομοσπονδιακής κυβέρνησης ως καθοδηγητή του συστήματος υγείας. Η ΠΦΥ στηρίζεται κυρίως σε γενικούς γιατρούς ή μικρές ομάδες ιατρικών γενικών ιατρών, οι οποίοι παρακολουθούν μια σταθερή ομάδα ασθενών. Οι πολίτες απολαμβάνουν ελεύθερη πρόσβαση στο σύστημα και επίσης έχουν το δικαίωμα να αλλάξουν το γενικό γιατρό τους, αν και οι περισσότεροι διατηρούν μακροχρόνια σχέση. Ιδιαίτερα στις βόρειες περιοχές του Καναδά, η πρωτοβάθμια φροντίδα προσφέρεται και από υγειονομικούς που δεν είναι γιατροί, όπως κατά κύριο λόγο νοσηλευτές. Οι υγειονομικοί εκπαιδεύονται συνεχώς και εφαρμόζονται προληπτικές δράσεις. Η βασική παροχή υπηρεσιών υγείας είναι κρατική, ενώ υπάρχουν και ιδιωτικές, τις οποίες καλύπτουν οι ασθενείς. (Marchildon, Allin, Merkur, 2020)

Η δημόσια υγεία εστιάζει στην αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού, την προώθηση της, την πρόληψη νόσων, ατυχημάτων και την αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων. Η ομοσπονδιακή κυβέρνηση του Καναδά παρέχει εκτεταμένες υπηρεσίες δημόσιας υγείας μέσω του Καναδικού Υπηρεσιακού Κέντρου Δημόσιας Υγείας, το οποίο συντονίζει λειτουργίες όπως η επιτήρηση νοσημάτων, η αναφορά στον ΠΟΥ, και διαχειρίζεται δίκτυο ελέγχου νοσημάτων. Επιπλέον, δημοσιεύονται ετήσιες εκθέσεις για τη δημόσια υγεία σε τομείς όπως οι κοινωνικές ανισότητες, η χρήση αντιβιοτικών και η προβληματική χρήση ουσιών σε νέους. Οι επαρχίες ρυθμίζουν τα προγράμματα πρόωρου εντοπισμού του καρκίνου, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη και την παρακολούθηση του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. Οι εμβολιασμοί πραγματοποιούνται μέσω των οικογενειακών ιατρών και των τοπικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας. (Marchildon, Allin, Merkur, 2020)

5.3.3. Η.Π.Α.

Το σύστημα υγείας των **ΗΠΑ** είναι σύνθετο, αρχικά εξαιτίας του μεγάλου μεγέθους του πληθυσμού και της έκτασης της, αλλά κυρίως λόγω των πολλών τρόπων ασφάλισης και παροχών υπηρεσιών υγείας. Ο έλεγχος στον τομέα της υγείας είναι μοιρασμένος μεταξύ διαφόρων επιπέδων της κυβέρνησης (κεντρική, πολιτεία, τοπική) και ιδιωτικών οργανώσεων.

ΟΙ ΗΠΑ αποτελούν τη μοναδική χώρα με υψηλό εισόδημα, που το 10% του πληθυσμού της δεν έχει καμία ασφάλεια. Από το σύνολο των Αμερικάνων που ασφαλίζονται ιδιωτικά, η συντριπτική πλειοψηφία, πάνω από 87%, ασφαλίζονται από τον εργοδότη ενώ οι υπόλοιποι μεμονωμένα. Αυτό δημιουργεί εμπόδια στην πρόσβαση στην υγεία, καθώς το άτομο είτε πρέπει να εργάζεται είτε να ανήκει σε οικογένεια εργαζόμενου. Επίσης πολλές μικρές επιχειρήσεις ή σε περιπτώσεις μερικής απασχόλησης, οι εργοδότες αρνούνται να ασφαλίσουν τους υπαλλήλους τους. Η ΠΦΥ στελεχώνεται κυρίως από γενικούς γιατρούς και σε μικρότερο βαθμό από οικογενειακούς ιατρούς, παθολόγους, παιδίατρους, γυναικολόγους και μαιευτήρες. Οι χώροι που παρέχεται πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι στην πλειονότητα τους ιδιωτικές δομές, όμως υπάρχουν και δημόσιοι που παρέχουν υπηρεσίες σε υποομάδες όπως κάτοικοι με χαμηλό εισόδημα, ανασφάλιστοι, μετανάστες, άστεγοι κ.ά. Επιπλέον, στον εργασιακό χώρο παρέχοντας υπηρεσίες προαγωγής της υγείας και προσυμπτωματικού ελέγχου.(Rice, Rosenau, Unruh, and Barnes, 2020)

Η δημόσια υγεία στην Αμερική είναι υπεύθυνη για τον έλεγχο της υγείας του πληθυσμού και την αναγνώριση των κινδύνων. Επίσης, αναπτύσσει στρατηγικές, διοργανώνει εκπαιδευτικά προγράμματα για την ενδυνάμωση του πληθυσμού και τη δημιουργία πολιτικών για την υγεία του ατόμου και της κοινότητας. Η δημόσια υγεία, επιπλέον, διασφαλίζει την θέσπιση νόμων που προστατεύουν την υγεία, την εξασφάλιση επαρκούς υγειονομικού προσωπικού στη δημόσια υγεία και επιτυγχάνει προσβασιμότητα, ποιότητα και διαρκή έρευνα στις υπηρεσίες της. Οι πενήντα πολιτείες έχουν την ευθύνη για τις υπηρεσίες δημόσια υγείας που θα παρέχουν. Ο έλεγχος των μεταδοτικών ασθενειών στις πραγματοποιείται από τοπικούς και κρατικούς οργανισμούς υγείας σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων CDC, που ενημερώνεται για ασυνήθιστες εκδηλώσεις και εφαρμόζει μέτρα ελέγχου. Οι τοπικές υπηρεσίες υγείας προσφέρουν υπηρεσίες ελέγχου και θεραπείας για ενδημικές ασθένειες, όπως η φυματίωση. Οι οργανισμοί δημόσιας υγείας προσπαθούν να περιορίσουν τους περιβαλλοντικούς κινδύνους υγείας, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση κ.ά. Οι περισσότερες τοπικές δομές είναι σε θέση να παρέχουν εξέταση και θεραπεία για μεταδοτικές ασθένειες. Ιδιαίτερη μεταχείριση απολαμβάνουν οι μητέρες και τα παιδιά, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα ή άλλες ιδιαιτερότητες. Οι παροχές αυτές μπορεί να είναι κατ' οίκον φροντίδα, εμβολιασμοί, προγράμματα πρόληψης, αγωγής και ελέγχου της σωματικής και ψυχικής υγείας. (Rice, Rosenau, Unruh, and Barnes, 2020)

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΧΩΡΩΝ

Χώρα	οργάνωση	χρηματοδότηση	ανθρώπινο δυναμικό
Ολλανδία	οι δήμοι	Υποχρεωτική ιδιωτική ασφαλιστική	γενικοί ιατροί, οι οποίοι παραπέμπουν σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων
Σουηδία	από τις περιφέρειες και τους δήμους, με συνολική ευθύνη για την υγεία την έχει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων.	κρατικοί φόροι, με τις επιχορηγήσεις και τα τέλη χρήση	γενικοί ιατροί οι οποίοι παραπέμπουν σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων
Δανία	από κοινού ευθύνη των περιφερειών και των δήμων	εισοδηματικούς φόρους και τις κρατικές επιδοτήσεις	γενικοί ιατροί ρυθμίζουν την εισαγωγή των ασθενών στα νοσοκομεία ή την επαφή με άλλους επαγγελματίες υγείας.
Φινλανδία	Ανήκει στους δήμους	δημοτικούς φόρους, τις κρατικές επιχορηγήσεις και τη συμμετοχή του λήπτη των υπηρεσιών	Σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή
Νορβηγία	ρυθμίζεται από του δήμους, όμως πάντα κάτω από τις κατευθυντήριες οδηγίες του κράτους.	δημόσιους φόρους και τις ασφαλιστικές εισφορές	Οι γενικοί ιατροί είναι οι μόνοι που μπορούν να παραπέμψουν σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων

Ισλανδία	κεντρικό διοικητικό επίπεδο	φόρους και επιχορηγήσεις	Ο ρόλος του γενικού γιατρού είναι πάλι του θυρωρού, που θα παραπέμψει σε άλλες ειδικότητες. Οι νοσηλευτές έχουν ενεργό δράση
Γερμανία	κυρίως από ιδιωτικούς παρόχους	Το Σύστημα Υποχρεωτικής Ασφάλισης ή Ιδιωτική Υγειονομική Ασφάλιση Και οι φόροι	ελευθερία επιλογής γιατρού (είτε αυτοί είναι γενικοί, είτε άλλης ειδικότητας)
Ελβετία	τα τρία επίπεδα της κυβέρνησης τις κορπορατιστικές οργανώσεις και το λαό	Υποχρεωτική ιδιωτική ασφαλιστική	γενικό ιατρό, ο οποίος όπου απαιτείται τους παραπέμπει σε άλλες ειδικότητες
Μεγάλης Βρετανίας	γενικοί γιατροί μπορούν να διαχειριστούν ένα κρατικό ποσό	φορολογία	γενικός ιατρός
Καναδάς	η νομοθεσία δεν δεσμεύει ως προς την ρύθμιση της ΠΦΥ	70% από δημόσιους φόρους	γενικούς γιατρούς ή μικρές ομάδες ιατρείων γενικών ιατρών
ΗΠΑ	διαφόρων επιπέδων της κυβέρνησης και ιδιωτικών οργανώσεων	ιδιωτική	γενικούς γιατρούς και σε μικρότερο βαθμό από οικογενειακούς ιατρούς, παθολόγους, παιδίατρους, υναικολόγους και μαιευτήρες

εργατικό δυναμικό: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30169>

6. Παρεχόμενες υπηρεσίες/ τομείς δράσης

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το αρχικό σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και ασχολείται με την παροχή ολοκληρωμένης περίθαλψης, δηλαδή από την προαγωγή και πρόληψη μέχρι την διάγνωση και θεραπεία των προβλημάτων υγείας που εμφανίζονται στην κοινότητα. Η πρωτοβάθμια συνδέεται στενά με την προαγωγή υγείας, η οποία μπορεί να πραγματοποιήσει δράσεις σε οικογένειες, σε εργασιακούς χώρους, στο σπίτι, το σχολείο, το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Κάτω από την ομπρέλα της προαγωγής της υγείας βρίσκεται η αγωγή υγείας, η οποία αυξάνει την κατάσταση επίγνωσης του πληθυσμού με σκοπό την υιοθέτηση καλών συμπεριφορών. Η εκπαιδευτική αυτή διαδικασία μπορεί να ασχοληθεί με ένα ευρύ φάσμα που περιλαμβάνει: τη χρήση αλκοόλ, καπνού, τα ατυχήματα, τη σεξουαλική συμπεριφορά κ.α. Μέσω της παροχής υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας υγείας και κατ' οίκον νοσηλείας γίνεται μια προσπάθεια οι υπηρεσίες να δοθούν και σε πολίτες που για διάφορους λόγους αδυνατούν να μετακινηθούν, π.χ. η πρόληψη ελκών, μετεγχειρητική φροντίδα, συμβουλευτική, φροντίδα στομίας κ.ά. Όμως σημαντική είναι η Π.Φ.Υ. και για την θεραπεία επειγόντων περιστατικών και συνεχή φροντίδα χρόνιων παθήσεων. (Καλοκαιρινού, 2015)

6.1 6.1 Η προσφορά της προαγωγής υγείας

Η έννοια της προαγωγή υγείας εισήχθη στη δημόσια υγεία του Καναδά το 1974, όπου προτάθηκε μια νέα προσέγγιση στην υγεία που επικεντρώνεται στην πρόληψη των ασθενειών και την προώθηση της υγείας αντί να επικεντρώνεται αποκλειστικά στην αντιμετώπιση της νόσου.

Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας το 1986 στην Οττάβα, όρισε την Προαγωγή της Υγείας ως:” η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους” και ως προϋπόθεση για την εξασφάλιση της, την ειρήνη, τη γη, τη διατροφή, το εισόδημα κ.ά. (WHO, 2023)

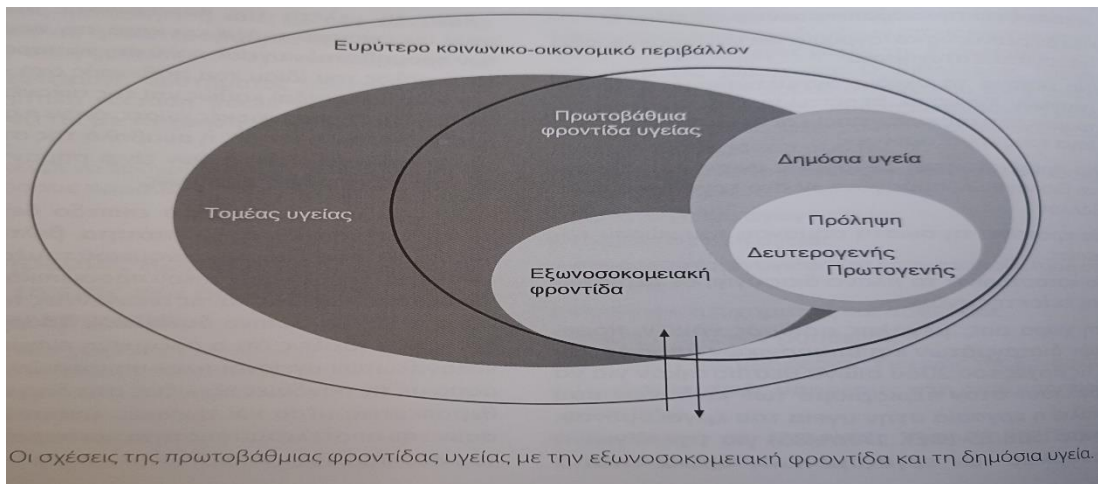
Από τις πρώτες προσπάθειες για ενιαία στρατηγική υγείας είναι το πρόγραμμα: « Υγεία για όλους μέχρι το 2000», η οποία έφερε στην επιφάνεια την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και προαγωγής υγείας. Οι άξονες που θεσπίστηκαν τότε αποτελούν ακόμα τις κύριες κατευθύνσεις της προαγωγής υγείας και είναι: το υποστηρικτικό περιβάλλον, η κοινωνική δράση, η ανάπτυξη των δεξιοτήτων και η ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας. Ακολούθησε το τέταρτο συνέδριο προαγωγής της υγείας της Jakarta: « Νέοι παίκτες σε μια νέα εποχή: οδηγώντας την Προαγωγή Υγείας στον 21ο αιώνα», η οποία υποστηρίζει πως μέσω της υγείας μπορεί να επιτευχθεί κοινωνική και οικονομική πρόοδος. Η προαγωγή της υγείας αποτελεί επένδυση, μιας και αυτή συμβάλλει στην αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Σημείο σταθμό αποτελεί το συγκεκριμένο συνέδριο, καθώς τόνισε το ρόλο που διαδραματίζει η φτώχεια και οι ανισότητες στην υγεία. Επίσης, έθεσε σαν προτεραιότητα την κοινωνική ευθύνη για την υγεία, την επένδυση στην υγεία, την εμπλοκή φορέων στην προαγωγή υγείας, την εξασφάλιση υποδομών για αυτή και την ενδυνάμωση των ατόμων. Το 1999 ο Π.Ο.Υ. εξέδωσε την στρατηγική « Υγεία 21, Υγεία για όλους τον 21ο αιώνα», η οποία αφορούσε 51 ευρωπαϊκά κράτη και είχε 21 στόχους που όφειλαν να επιτευχθούν μέχρι το 2020. Έμφαση για τις κοινωνικές ανισότητες δόθηκε και στο πέμπτο συνέδριο προαγωγής της υγείας: « Από τις ιδέες στη δράση» που πραγματοποιήθηκε στο

Μεξικό το 2000. Τελευταίο συνέδριο πραγματοποιήθηκε το 2005, ονομάστηκε « Πολιτική και συνεργασία: Αντιμετωπίζοντας τους παράγοντες υγείας » και περιλαμβάνει καταστατικό για την εποχή της υγείας στην παγκοσμιοποίηση. Ως μείζονος σημασίας κρίνει τις επενδυτικές δράσεις, τη δημιουργία υποδομών, την ύπαρξη θεσμικού πλαισίου και την συνεργασία των φορέων. (Δαρβίρη, 2007)

Μέσα από τα προγράμματα προαγωγής υγείας ωφελείται το άτομο, καθώς βελτιώνεται σωματικά και ψυχολογικά, ενώ παράλληλα μέσω της πρόληψης νόσων, της συμμόρφωσης των νοσούντων και της ευκολότερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας μειώνεται το κόστος περίθαλψης. Η προαγωγή της υγείας σε χώρες όπως η Αμερική έχει εφαρμογή εδώ και περίπου εκατό χρόνια, ιδιαίτερα τη δεκαετία του 1940 και έπειτα η προαγωγή έγινε δημοφιλής όχι μόνο στα σχολεία αλλά και στην κοινότητα. Πλέον η εκπαίδευση των πολιτών μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω εξατομικευμένων ή ομαδικών προγραμμάτων, με φυσική παρουσία ή ηλεκτρονικά. Η υγεία δεν αποτελείται μόνο από τύχης, αλλά και από άλλους πολλούς παράγοντες. Το να κληρονομήσει κάποιος τα “καλά” γονίδια ή το να έχει το πλεονέκτημα της εύκολης πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη, δεν του εγγυώνται μακροζωία αν ο τρόπος ζωής του είναι ανθυγιεινός. Οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως για παράδειγμα η εκπαίδευση, η διατροφή, η άσκηση και το κάπνισμα έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην υγεία. (Fertman and Allensworth, 2016) Ενώ ως πρόληψη, νοούνται τα όλα τα μέτρα που αποσκοπούν στην ελάττωση των ατυχημάτων και των νοσημάτων. (Παπαχατζή, Μεντής, 2021)

Με την πρόληψη αυξάνεται ο έλεγχος της υγείας και βελτιώνονται συμπεριφορές. Τα θέματα που ασχολείται είναι παράγοντες κινδύνου, όπως η χρήση καπνού, η παχυσαρκία, η απουσία σωματικής δραστηριότητας, τα ατυχήματα, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα. Τα προληπτικά μέτρα που παίρνονται χωρίζουν τα επίπεδα πρόληψης σε πρωτογενές, δευτερογενές και τριτογενές.

Ο νόμος 4675 του 2020 κάνει σαφή το διαχωρισμό των επιπέδων αυτών σύμφωνα με τις δραστηριότητες που τις απαρτίζουν και τους σκοπούς τους. Στην πρωτογενή πρόληψη ανήκουν οι δράσεις που αποσκοπούν στην αποφυγή της εμφάνισης μιας υγειονομικής προβληματικής κατάστασης σε όσους δεν την έχουν ακόμα. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι εμβολιασμοί του γενικού πληθυσμού, η ενημέρωση, ανάπτυξη δεξιοτήτων κ.ά. Στη δευτερογενή υπάγονται οι δράσεις προσυμπτωματικού ελέγχου για πρόωμη ανίχνευσης και αντιμετώπισης μιας υπάρχουσας νόσου προτού επιδεινωθεί π.χ. μητέρων και παιδιών για συγγενείς ανωμαλίες. Τέλος η τριτογενής πρόληψη, η οποία αποσκοπεί στην αποκατάσταση βλαβών μιας κλινικά ορατής νόσου για παράδειγμα φυσικοθεραπεία μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.(WHO, 2018). Τα τελευταία χρόνια, έχει δημιουργηθεί η τεταρτογενής, η οποία ασχολείται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ταυτόχρονα διαφορετικά προβλήματα. (Παπαχατζή, Μεντής, 2021)



Στην παραπάνω εικόνα αποδίδονται τα όρια διαφόρων εννοιών:

- Η Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, τη δημόσια υγεία και την πρόληψη.
- Η τομή των συνόλων της εξωνοσοκομειακή φροντίδα και της δημόσιας υγείας, αποτελεί την πρόληψη. Όπου η πρόληψη ως προς την δημόσια υγεία, οργανώνεται κεντρικά και αφορά το σύνολο του πληθυσμού. Ενώ, στο πλαίσιο της εξωνοσοκομειακής φροντίδας η πρόληψη αφορά υποομάδες του πληθυσμού και πραγματοποιούνται μέσω των δομών της π.χ. κέντρα υγείας.
- Επίσης, η δημόσια υγεία επεκτείνεται και πέραν του υγειονομικού τομέα π.χ. περιορισμός ατμοσφαιρικών ρύπων. (Λιαρόπουλος, 2015)

Η Αγωγή Υγείας έχει αποδοθεί από τον Τούντα ως «η διαδικασία εκείνη που βοηθά τα άτομα να παίρνουν αποφάσεις, να υιοθετούν συμπεριφορές και να δρουν σύμφωνα με τις ανάγκες που επιβάλλει η προάσπιση και προαγωγή της υγείας τους». (Τούντας, 2004)

Η προαγωγή υγείας περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δράσεων και δεν περιορίζεται στην εκπαίδευση πληθυσμού, αλλά επικεντρώνεται στην διατήρηση και προώθηση της υγείας του γενικού πληθυσμού, των οικογενειών και των κοινοτήτων. Ενώ η αγωγή, επιδιώκει την διδασκαλία των ατόμων και θεωρείται τμήμα της προαγωγής υγείας. (Κοτσαμπασάκη, 2016)

Βασικό κριτήριο για την αξιολόγηση μιας παρέμβασης είναι η οικονομική αποτελεσματικότητα, είναι βασική καθώς μελετά τις σπατάλες και αξιολογεί τα έξοδα που χρειάστηκαν για την παρέμβαση, τα αποτελέσματα και τις επιπτώσεις. Η λειτουργική αποτελεσματικότητα, με την καλύτερη χρήση των πόρων και η αποτελεσματικότητα ως προς το χρόνο, δηλαδή κατά πόσο επιτεύχθηκαν αποτελέσματα μέσα στο προβλεπόμενο χρονοδιάγραμμα. (OECD, 2021)

Οι ανάγκες ως προς την υγεία συνεχώς αλλάζουν, οπότε απαιτείται η εγρήγορση όσων συμμετέχουν στην ανάπτυξη στρατηγικών υγείας. Η διαρκής έρευνα συμβάλλει στην προσπάθεια για αντιμετώπιση των εξελίξεων στην υγεία. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, το φαινόμενο της αστικοποίησης, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής και τα χρόνια νοσήματα, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Οι εκτιμήσεις για το μέλλον εφιστούν την προσοχή στα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, όπως τα καρδιαγγειακά, τον καρκίνο, τα ψυχικά νοσήματα και τα ατυχήματα. (Δαρβίρη, 2007)

Ο σχεδιασμός μιας παρέμβασης αρχίζει από τον προσδιορισμό του προβλήματος υγείας, μέσω του οποίου καθορίζονται οι παράγοντες που απαιτούνται και προσδιορίζονται οι

ομάδες που αφορά και οι στόχοι της. Ακολουθεί η επιλογή της καταλληλότερης παρέμβασης, η υλοποίηση της και η αξιολόγηση της. Η αξιολόγηση είναι χρήσιμο να σχεδιάζεται πριν ξεκινήσει η παρέμβαση, ώστε να μπορεί να εκτιμάται όλη η διαδικασία.

Το γεγονός ότι αυξάνεται ο επαγγελματισμός στον τομέα της υγείας συνάμα με την ανάγκη για τεκμηρίωση της αναγκαιότητας της προαγωγή υγείας, οδηγούν στην εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας της προαγωγής της υγείας. Η συνθετότητα και ο διατομεακός χαρακτήρας των παρεμβάσεων, καθιστούν απαραίτητη την διεύρυνση και επανεστίαση των υπαρχόντων εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας στην προαγωγή υγείας. Με βάση τα υπάρχοντα εργαλεία αναπτύχθηκε το ευρωπαϊκό εργαλείο ποιότητας για την προαγωγή υγείας με τίτλο European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP). Η ανάπτυξη αυτού του εργαλείου προήλθε από το πρόγραμμα « Getting evidence into practice (GEP)», το οποίο επισημαίνει την αξία της έρευνας στην ανάπτυξη της προαγωγής και επισύρει την προσοχή στα αποτελέσματα της έρευνας που θα πρέπει να αναδεικνύουν τι λειτουργεί, πως λειτουργεί και σε ποια κατάσταση. Το EQUIHP διασφαλίζει την ποιότητα και μπορεί να αξιοποιηθεί ως λίστα ελέγχου, για αυτοαξιολόγηση και προώθηση ενδεχόμενων βελτιώσεων και αξιολόγηση από ανωτέρους ή εξωτερικούς χρηματοδότες για τη λήψη αποφάσεων. Το εργαλείο αυτό μπορεί να εφαρμοστεί από όλους τους εμπλεκόμενους ενός προγράμματος προαγωγής και καθόλη την διάρκεια σχεδιασμού, εφαρμογής και εκτίμησης του. Η εξασφάλιση ποιότητας στην προαγωγή υγείας προσφέρει την χρήση ερευνητικά αποδεδειγμένων τεχνικών, την καλύτερη διαχείριση των πόρων, την ένταξη των αναγκών της ομάδας στόχου του προγράμματος και αποτρέπει την χρήση ανεπιτυχών στρατηγικών. Μειονέκτημα για το EQUIHP είναι ότι δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε παρεμβάσεις προληπτικής ιατρικής, όπως ο εμβολιασμός. (Τούντας, Δημητρακάκης και άλλοι, 2007)

6.1.1 Η προσφορά της αγωγής υγείας

Κυρίαρχη θέση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κατέχουν τα κέντρα υγείας, με βασικό τους ρόλο σήμερα την παροχή περίθαλψης και δυστυχώς σε μικρότερο βαθμό την προαγωγή υγείας σε συγκεκριμένες ομάδες, αλλά και στο γενικό πληθυσμό. Η παρούσα κατάσταση οφείλει να αλλάξει μεταθέτοντας το βάρος των κέντρων υγείας στην πρόληψη, προαγωγή και αγωγή υγείας.

Μέσω της μάθησης πραγματοποιούνται αλλαγές στις ενέργειες, τις σκέψεις και τα συναισθήματα του μαθητευόμενου και αποτελεί μια δυναμική απόκτηση γνώσεων. Οι αλλαγές έρχονται μέσω την παροχής πληροφοριών, της κατανόησης τους, την ανάπτυξης δεξιοτήτων, στάσεων και συμπεριφορών.

Η μάθηση έχει ατομικό χαρακτήρα, καθώς κάθε άτομο μαθαίνει με το δικό του τρόπο και κατηγοριοποιείται σύμφωνα με τη συμπεριφορική θεωρία, τη γνωστική θεωρία και την ανθρωπιστική θεωρία. Στη συμπεριφορική θεωρία το περιβάλλον διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο, καθώς μαθαίνουμε δεχόμενοι ερεθίσματα του και δρούμε σύμφωνα με αυτά. Ο εκπαιδευτής επιβραβεύει τις ενδεδειγμένες αντιδράσεις και αποθαρρύνει τις λανθασμένες. Στη γνωστική θεωρία, η γνώση είναι πάνω από τον εκπαιδευτή και τον εκπαιδευόμενο και στην οποία οφείλουν να προσαρμόζονται. Ενώ στις ανθρωπιστικές θεωρίες ενισχύεται η ενεργητική φύση της μάθησης, με τον μαθητή να δρα, ενισχύοντας την αυτονομία του και εκπληρώνοντας στόχους.

Η μάθηση δεν θα πρέπει απλώς να αποκτάται, θα πρέπει να αλλάζει τις αξίες με τις οποίες το άτομο ενεργεί, ωθώντας το σε θετικές προσωπικές αλλαγές και στην κριτική της σκέψης. (Τσάπαλος, Πρεζεράκος, Κοτρώτσιου, Παπαθανασίου, Γκούβα, 2011)

Υπάρχουν τρεις τρόποι με τους οποίους τα άτομα μαθαίνουν: η θεωρητική, η επιδρασιακή και η ψυχοκινητική μάθηση. Στη θεωρητική γίνεται προσπάθεια το άτομο να απομνημονεύσει γνώσεις, ενώ στην ψυχοκινητική αποκτούνται δεξιότητες. Όσον αφορά την επιδρασιακή μάθηση, αλλάζουν οι αξίες και η συμπεριφορά. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Τα σχολεία είναι κύριος χώρος για την υγιή εξέλιξη των παιδιών, εφήβων και νέων ενηλίκων, καθώς περνούν πολλές ώρες της καθημερινότητας τους. Σε ανασκόπηση της Αλεξανδροπούλου, εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν σε σχολεία με θέμα την προαγωγή υγείας. Ως αποτελεσματικότητα έθεσε το ενδεχόμενο το άτομο να ωφεληθεί, δηλαδή ο βαθμός σύμφωνα με τον οποίο εκπλήρωσε το στόχο του. Το σχολείο κατέχει σημαντική θέση στην ζωή του ανήλικου, καθώς μετά την οικογένεια του, καλλιεργεί την ανάπτυξη καλών για την υγεία συνηθειών, βοηθώντας στην μετάδοση πληροφοριών και συμπεριφορών. Η πορεία των ερευνών δείχνει ότι τα προγράμματα αγωγής υγείας παλαιότερα δεν άσκησαν επιρροή στις συνήθειες των μαθητών, όμως αυτό έχει αλλάξει και τελευταία προτείνεται η σχολική προαγωγή υγείας ως αποτελεσματική. Επισημαίνεται ότι οι ερευνητές προτείνουν την εφαρμογή καταλληλότερων και πιο συγκεκριμένων ως προς την αξιολόγηση κριτηρίων. Θέτετε ο προβληματισμός ως προς το γεγονός πως αν πραγματοποιούντουσαν πειραματικές έρευνες στα σχολεία, τα αποτελέσματα θα ήταν πιο έγκυρα και θα γινόταν φανερή η σχέση αιτίας και αποτελέσματος, όμως κάτι τέτοιο δημιουργεί ηθικούς προβληματισμούς. Η πλειονότητα των ερευνών αφορούσαν την αγωγή υγείας και πρόληψης, ενώ ελάχιστες σε προστασία της υγείας και περιβαλλοντικό έλεγχο. (Αλεξανδροπούλου, 2013)

Από έρευνες προκύπτει πως μια κακή συνήθεια αλλάζει πιο εύκολα σε μικρότερες ηλικίες, από ότι στην ενήλικη ζωή. Το σχολείο αποτελεί ιδανικό χώρο για την διεξαγωγή προγραμμάτων προαγωγής και αγωγής υγείας. Η υποχρεωτική φοίτηση μέχρι την ηλικία των δώδεκα ισχύει στα περισσότερα ανεπτυγμένα κράτη, οι μαθητές περνούν σχεδόν τη μισή μέρα τους στο σχολείο, όπου δημιουργούν την προσωπική τους εικόνα. (Παπαχατζή, Μεντής, 2021) Η εκπαίδευση μπορεί να είναι είτε προγραμματισμένη, είτε περιστασιακή. Στην προγραμματισμένη ακολουθείται ωρολόγιο πρόγραμμα, που ορίζει ο διευθυντής του σχολείου. Ενώ η περιστασιακή, ασχολείται με έκτακτες ανάγκες, όπως ένα ατύχημα ή η εξάπλωση μια επιδημίας. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Στα ζητήματα που δημιουργούν πρόβλημα στην δημόσια υγεία είναι το κάπνισμα και η χρήση ουσιών. Στο συγκεκριμένο θέμα ωφέλιμη είναι η παρακολούθηση διαδραστικών προγραμμάτων από τους ανήλικους, η οποία θα καλλιεργήσει την προσωπικότητα τους και θα προσφέρει δεξιότητες, ώστε να είναι θέση να αρνηθούν πιθανή προσφορά τους. (Παπαχατζή, Μεντής, 2021)

Το “Life skills training” (εκπαίδευση δεξιοτήτων ζωής) είναι ένα από τα προγράμματα πρόληψης ουσιών, αφορά μαθητές 12-18 ετών, συντίθεται από τρία επίπεδα: τις «δεξιότητες αντίστασης στη χρήση ουσιών» μέσω της οποίας κατανοούν τον κίνδυνο ώστε να μην υποκύπτουν σε πιέσεις, τις «προσωπικές δεξιότητες αυτο-διαχείρισης» που σχετίζονται με την εικόνα του εαυτού και τις «κοινωνικές δεξιότητες» που διδάσκουν την επικοινωνία. Ένα άλλο

πρόβλημα από ατυχήματα, καθώς αποτελούν αιτία θανάτου για περισσότερα από 2.000 παιδιά παγκοσμίως. Στα ατυχήματα περιλαμβάνονται τροχαία, πνιγμός, εγκαύματα, πτώσεις και δηλητηριάσεις. Χαρακτηριστικό πρόγραμμα είναι το “safety rules OK!”, το οποίο έχει διάρκεια επτά ημερών και επαναλαμβάνεται σε ετήσια βάση. Η μετάδοση του HIV και οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες χρήζουν αναγκαία την παρέμβαση με σκοπό τη σεξουαλική διαπαιδαγώγηση, μια από αυτές είναι η “safer choice” η οποία αποτελείται από είκοσι συνεδρίες και αφορά εκπαιδευτικούς, γονείς και παιδιά. Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα προγράμματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, το συναισθηματικό κόσμο, τη διαχείριση του άγχους, των ανασφαλειών, της ενδεχόμενης ενδοσχολικής βίας και της αυτονομίας. Ένα αποτελεσματικό σχολικό πρόγραμμα αποτελεί επένδυση για το κράτος. (Παπαχατζή, Μεντής, 2021)

Ένα άλλο πρόβλημα θέμα που απασχολεί τη νέα δημόσια υγεία είναι η παχυσαρκία. Τα παχύσαρκα παιδιά συνήθως διατηρούν τα παραπάνω κιλά μετά την ενηλικίωση του και εμφανίζουν συχνότερα σάκχαρο, δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακές παθήσεις και ψυχιατρικές διαταραχές. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να προωθούν την σωστή διατροφή και άσκηση. Χαρακτηριστικό είναι το πρόγραμμα «Coordinated Approach to Child Health (CATCH)» που επενδύει στην καθημερινή άσκηση και η ενημέρωση παιδιών και κηδεμόνων για την διατροφή. Επίσης υπάρχει το Πρόγραμμα TAKE 10!, το οποίο περιέχει τουλάχιστον 10 λεπτά καθημερινής άσκησης, το πρόγραμμα SPARK που παρέχει ενημέρωση για πάνω από 20 χρόνια και το Πρόγραμμα «EY ZHN», που προάγει την άσκηση και υγιεινή διατροφή στο σχολείο.(Παπαχατζή, Μεντής, 2021)

Ιδιαίτερα αποτελεσματικό είναι το πρόγραμμα: « Program Obesity Zero (POZ)» για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Αυτό περιλάμβανε την κατανάλωση 400 γραμμαρίων καθημερινά φυτικών ινών, δηλαδή φρούτων και λαχανικών. Τα παιδιά που συμμετείχαν στο πρόγραμμα εμφάνισαν μείωση της περιφέρειας της μέσης και του δείκτη μάζας σώματος, μέσα σε διάρκεια έξι μόνο μηνών. Ενώ, υπάρχουν και προγράμματα που χρησιμοποιούν καταγραφή ημερήσιας πρόσληψης ή ταχύτητας λήψης τροφής παιδιών σε ηλεκτρονικό υπολογιστή. (Γεωργίου, Αργυριάδης, Μπέλλου – Μυλωνά, 2016)

Ο ΕΟΔΥ αναφέρει ως παχυσαρκία την περίσσεια συσσώρευση σωματικού λίπους, η οποία δυνητικά επιβαρύνει την υγεία παιδιών και ενηλίκων. Η παχυσαρκία είναι συνυφασμένη με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καρδιαγγειακά νοσήματα, δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, το άσθμα και καρκίνο στο παχύ έντερο. Επίσης, έρευνες παρουσιάζουν σύνδεση της παχυσαρκίας με την εμφάνιση ψυχικών νόσων. Αντιμετωπίζεται σα νόσος και επιβαρύνει οικονομικά την κοινωνία, εξαιτίας της σπατάλης πόρων μέσω της υγειονομικής περίθαλψης που συχνά προκαλεί.

Σήμερα παρουσιάζει διαστάσεις επιδημίας, με 1 δισεκατομμύριο άτομα να είναι παχύσαρκα. Ο Π.Ο.Υ. εκτιμά ότι μέχρι το 2035 το νούμερο αυτό θα έχει διπλασιαστεί, δηλαδή ένας στους τέσσερις θα είναι παχύσαρκος. Μέσω της διατροφικής εκπαίδευσης και της άσκησης μπορεί να προληφθεί και καταπολεμηθεί η παχυσαρκία.(ΕΟΔΥ, 2022)

Σύμφωνα με τη σύμβαση για τα δικαιώματα των παιδιών, αυτά θα πρέπει να απολαμβάνουν το δικαίωμα της προαγωγής της υγείας, να συμμετέχουν τα ίδια στη φροντίδα τους και να έχουν ίση πρόσβαση σε αυτή. Η Ευρώπη τις τελευταίες δεκαετίες δέχεται μεγάλο κύμα από μεταναστευτικό ή προσφυγικό πληθυσμό, με αποτέλεσμα την δημιουργία νέων προκλήσεων και στο σχολικό χώρο. Οι επαγγελματίες υγείας της κοινότητας καλούνται να

ανακαλύψουν τις νέες ανάγκες υγείας που προκύπτουν, να βρουν τον κατάλληλο τρόπο ώστε να επικοινωνήσουν διαπολιτισμικά και να προσφέρουν εξατομικευμένη ολιστική φροντίδα. Οι υγειονομικοί θα πρέπει να έχουν πολιτισμική επίγνωση, να περιορίζουν τις προσωπικές πεποιθήσεις τους, να επεκτείνουν τις γνώσεις τους γύρω από τις διάφορες κουλτούρες, αλλά και δεξιότητες ώστε να προσεγγίζουν τα παιδιά. Η ιδιαιτερότητα αυτών των πληθυσμών εστιάζεται στην επικοινωνία, τις διατροφικές προτιμήσεις, τις οικογενειακές σχέσεις και τις πεποιθήσεις τους για την υγεία και την ασθένεια. Σε πολυπολιτισμικά σχολεία η προαγωγή υγείας περιλαμβάνει τον έλεγχο για μεταδοτικά νοσήματα, εμβολιασμούς, ψυχικά τραύματα, εκπαιδεύει για καλές πρακτικές υγιεινής και διατροφής. (Πρασίνου, Αποστολάρα, Δρακοπούλου, Φασόη, 2023)

Στα προβλήματα που εμφανίζονται στην αγωγή υγείας στα σχολεία, είναι η αμφισβήτηση της αξίας τους, η απουσία έρευνας στο ζήτημα, έλλειψη τάξεων και υλικών διδασκαλίας. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Τα χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα είναι τα καρδιαγγειακά, ο καρκίνος, οι χρόνιες πνευμονοπάθειες και ο διαβήτης τύπου 2. Αυτά οφείλονται για μη αναστρέψιμες βλάβες ή που είναι δύσκολο να καλυτερέψουν και που μειώνουν την ποιότητα ζωής του. Οι συνήθειες ζωής του ασθενούς, όπως η σωματική άσκηση, η φύση του επαγγέλματος, αλλά και η ποιότητα και ποσότητα των τροφίμων που καταναλώνει προκαλούν την αύξηση των χρόνιων νόσων.

Η νέα στρατηγική υγείας, δεν απευθύνεται μόνο στη νοσοκομειακή φροντίδα, αλλά διευρύνεται στην πρόληψη, τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Η χρήση της σύγχρονης τεχνολογία, πιο συγκεκριμένα της τηλεϊατρική, έχει ωφελήσει σε ασθένειες που απαιτούν μακροχρόνια παρακολούθηση. Η τηλεϊατρική συμβάλει στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας, την πρόληψη και θεραπεία του ατόμου, της οικογένειας και γενικότερα την κοινότητα. Τα προνόμια που προκύπτουν σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων, αφορούν εξοικονόμηση κόστους θεραπείας, την καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών, την άμεση ενημέρωση τους και τον περιορισμό των μετακινήσεων τους. Μειώνονται οι ανισότητες της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, μιας και μπορούν να συνδέονται από απομακρυσμένες περιοχές, συνάμα καθίσταται πιο προσιτή η επικοινωνία ασθενών με ιατρούς του εξωτερικού και δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας σε ειδικές περιπτώσεις, όπως οι πανδημίες. Η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων, ιδιαίτερα στην Π.Φ.Υ., μπορεί να συμβάλει στην προαγωγή υγείας και της έρευνας μέσω της συνεχούς ανατροφοδότησης. Η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, που προκύπτουν από την τηλεϊατρική με προγράμματα διδασκαλίας για τους χρόνια πάσχοντες και η συλλογή επιδημιολογικών δεδομένων, ενισχύουν τη δημόσια υγεία. (Πετροπούλου, 2023)

Η διδασκαλία των χρονίως νοσούντων, έχει ύψιστη σημασία στην ορθή αντιμετώπιση τους. Αποτελεσματικότερη εμφανίζεται η εκπαίδευση στο σπίτι τους, όπου δεν υπάρχει η ένταση του νοσοκομείου, αναβαθμίζοντας την ποιότητα της ζωής τους και ελαττώνοντας τις εισαγωγές τους στο νοσοκομείο. Η κατ' οίκον διδασκαλία ταυτόχρονα με την νοσηλευτική φροντίδα, συγκροτούν την νοσηλεία κατ' οίκον. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

Σε περιπτώσεις χρόνιας ασθένειας η αγωγή υγείας εστιάζει στην στις αλλαγές του τρόπου ζωής του ατόμου και της οικογένειας του. Κύριος στόχος είναι το άτομο να έχει υψηλότερη αυτονομία, αλλάζοντας συνήθειες. Για να παρουσιάσει αποτελέσματα η παρέμβαση θα πρέπει το άτομο να είναι σε θέση να αφιερώσει ενέργεια, δηλαδή να είναι φυσικά και ψυχολογικά διαθέσιμο. Σε φυσικό επίπεδο το άτομο να έχει τη διανοητική

ικανότητα και να μην υπάρχουν περιορισμοί που οφείλονται σε ασθένειες ή τραυματισμούς. Σε ψυχολογικό επίπεδο οποιοδήποτε αίσθημα απογοήτευσης, αρνητικά ριζωμένα στερεότυπα και εμπειρίες επιδρούν στην ικανότητα του ατόμου να μαθαίνει. Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την αποδοτικότητα των παρεμβάσεων είναι η οικογένεια, με την συμμετοχή της οποίας δημιουργείται ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, παρέχεται βοήθεια στους ασθενείς και θα του υπενθυμίζουν ορθά ενέργειες που πρέπει να κάνουν. (Σαπουντζή- Κρεπία , 2010)

Ο επαγγελματίας υγείας, σε ρόλο εκπαιδευτικού, συναντά πολλά εμπόδια στη διαδικασία της αγωγής υγείας που καλείται να ξεπεράσει. Κάποια από αυτά αφορούν την αδυναμία από τον εκπαιδευτικό κατανόησης των αναγκών των πελατών και των οικογενειών τους. Συχνά οι εκπαιδευτικοί δεν δίνουν την ευκαιρία να διατυπωθούν ερωτήσεις ή αν αυτό γίνει δεν γνωρίζουν πως να τις διαχειριστούν, παρέχουν ανεπαρκείς πληροφορίες, δεν ενισχύουν την συμμετοχή των πελατών στην παρέμβαση, ξεφεύγουν από τα χρονικά πλαίσια και νιώθουν ανασφάλεια ως προς το ρόλο τους. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν εμπόδια που σχετίζονται με την δυσκολία των πελατών να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Αυτό συνήθως αφορά την συστολή τους στην διατύπωση ερωτήσεων, την έλλειψη γνώσης ορολογίας προκειμένου να μοιραστούν τις σκέψεις τους, το φόβο πως δε θα γίνουν αποδεκτοί, το γεγονός ότι οι άνθρωποι υιοθετούν εύκολα παθητικό ρόλο όταν γίνονται δέκτες κάποιας εκπαιδευτικής παρέμβασης και απουσιάζουν τα κίνητρα για αυτούς.

Προκειμένου να διευκολυνθεί η διαδικασία της μάθησης πρέπει αρχικά να δημιουργηθεί το αντίστοιχο ψυχολογικό και φυσικό περιβάλλον. Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να εκτιμήσει το επίπεδο των πελατών και να εργαστεί με τρόπο που να διεγείρει πολλές αισθήσεις ταυτόχρονα. Η αγωγή υγείας γίνεται πολύ πιο ευχάριστο βίωμα όταν ο ίδιος ο δέκτης συμμετέχει στο πρόγραμμα. Ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να έχει υπόψη του για τις γνώσεις που έχει ο πελάτης, ώστε να μην αναλωθεί στις ίδιες και να προχωρήσει κατευθείαν σε νέες. Είναι σημαντικό η παρέμβαση να ξεκινήσει με τις πληροφορίες που έχουν περισσότερη βαρύτητα και να ελέγχει καθόλη τη διάρκεια το κατά πόσο κατανοεί ο δέκτης. Καλό είναι να μην χρησιμοποιηθεί πολύ ορολογία, αλλά απλή γλώσσα, με πολλές επαναλήψεις. Με τον τρόπο αυτό θα υπάρξει κατανόηση και θα αποφευχθεί το άγχος. Τελειώνοντας τη διαδικασία ο ίδιος ο πελάτης θα πρέπει να είναι σε θέση να επαναλάβει περιληπτικά και με δικά του λόγια τα όσα παρακολούθησε. (Κοτζαμπασάκη, 2016)

Σημαντικά χαρακτηριστικά του εκπαιδευτή είναι η υπομονή, η παιδαγωγική κατάρτιση, η ενεργητικότητα και η μη λεκτική επικοινωνία. η οποία μπορεί να περάσει υποστηρικτικά μηνύματα. Παρουσιάζεται μεγάλη ποικιλία ως προς τις μεθόδους αγωγής υγείας. Παλαιότερα η διάλεξη αποτελούσε μονοπώλιο, αποτελεί μια εύκολη λύση καθώς απευθύνεται σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού και είναι οικονομική. Η ατομική διδασκαλία, μπορεί να λάβει χώρα σε νοσοκομειακές μονάδες, οικίες και την κοινότητα. Έχει μεγάλα ποσοστά αποτελεσματικότητας και μπορεί να περιλαμβάνει πολλές τεχνικές διδασκαλίας. Εξαιτίας της προσωπικής φύσης της, περιλαμβάνει έναν εκπαιδευόμενο, δεν είναι αποτελεσματική ως προς το κοινό καλό. Τα τελευταία χρόνια επιτυγχάνεται επαγρύπνηση και παροχή γνώσεων μέσα από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (ΜΜΕ) και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Σπανιότεροι μέθοδοι είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων μέσα από τα παιχνίδια ρόλων, επιτραπέζια παιχνίδια, την παρατήρηση και τη χρήση προτύπων.

Η εκπαίδευση της κοινότητας αφορά τη διδασκαλία των αναγκών των πολιτών, της οικογένεια τους και ομάδων στο φυσικό τους περιβάλλον. Η υλοποίηση ενός διδακτικού

προγράμματος στην κοινότητα, απαιτεί την ανάλυση του πληθυσμού, τον προσδιορισμό των στόχων, των πόρων και τις μεθόδους αξιολόγησης του. (Φουντούκη, Θεοφανίδης, 2012)

6.1.2 Εμβολιασμός

Ο Π.Ο.Υ αναφέρει τον εμβολιασμό ως την πιο αποδοτική παρέμβαση δημόσιας υγείας, μετά την παροχή πόσιμου νερού. Ο εμβολιασμός είναι δημόσιο αγαθό, στο οποίο με το πέρασμα των χρόνων έχουν ελαχιστοποιηθεί οι παρενέργειες. Η εξάλειψη αρχικά της ευλογιάς, στη συνέχεια της πολιομυελίτιδας και τα τελευταία χρόνια του κορονοϊού, γλίτωσαν από θάνατο εκατομμύρια ανθρώπους. Σε παγκόσμιο επίπεδο κάθε ένα λεπτό της ώρας σώζονται πέντε ανθρώπινες ζωές και προλαμβάνονται ετήσια 2-3 εκατομμύρια θάνατοι, λόγω εμβολιασμού. Ο εμβολιασμός ωφελεί τόσο τον εμβολιαζόμενο, όσο και ολόκληρη την κοινότητα. Με το μαζικό εμβολιασμό, δημιουργείται ανοσία αγέλης και ελαττώνεται η πιθανότητα μετάδοσης νοσημάτων, επίσης προστατεύονται επίνοσα άτομα που αντενδίδκνται να εμβολιαστούν. Με τον τρόπο αυτό δεν δημιουργείται μικροβιακή ανοχή και αποφεύγεται η κατάχρηση φαρμάκων, όπως τα αντιβιοτικά. (ΕΟΔΥ)

Για την χρησιμοποίηση ενός εμβολίου, προηγούνται αυστηρές και συνεχείς δοκιμές και πραγματοποιείται αξιολόγηση τους, ως προς την ποιότητα και αποτελεσματικότητά τους, στην οποία θα πρέπει τα πλεονεκτήματα για την προστασία του πληθυσμού να υπερβαίνουν τους πιθανούς κινδύνους. (vaccination-info.europa.eu, 2020) Οι εμβολιασμοί αποτελούν θεμέλιο λίθο για τη δημόσια υγεία. Μέσω των προγραμμάτων εμβολιασμού προλαμβάνεται η μετάδοση νοσημάτων και μειώνονται οι κρατικές δαπάνες από την θεραπεία τους. (Μπροτζάκη, 2019)

6.2 ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Σύμφωνα με τον εθνικό σύλλογο κατ' οίκον και ανακουφιστικής φροντίδας: « οι υπηρεσίες για την αποθεραπεία αναπήρων ή χρόνια πασχόντων που χρειάζονται θεραπεία ή υποστήριξη, προκειμένου να αποκτήσουν τη λειτουργικότητα τους στο σπίτι». Η φροντίδα αυτή παρέχεται αποκλειστικά στην οικία του ατόμου, σκοπός της είναι η βελτίωση της αυτονομίας του και ο περιορισμός των επακόλουθων που προκύπτουν από την ασθένεια. Προσφέρει υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες και απευθύνονται σε άτομα που έχουν ανάγκες, τις οποίες δεν μπορεί να καλύψουν τα ίδια, το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον τους. Τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να είναι ηλικιωμένοι, άτομα με χρόνιες ασθένειες, ασθενείς τελικού σταδίου ή κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Τις υπηρεσίες δέχεται το ίδιο το άτομο, αλλά και η οικογένεια του, η οποία περιλαμβάνει από συντρόφους χωρίς γάμο, φίλους, μέχρι και κατοικίδια.

Με την έναρξη ενός προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας ο ασθενής και το περιβάλλον του θα πρέπει να ενημερώνονται για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους. Ο ασθενής θα πρέπει να απολαμβάνει το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες χωρίς διακρίσεις, στη συναίνεση, στη συμμετοχή για λήψη αποφάσεων, στο απόρρητο, στην ιδιωτικότητα και στην προστασία των προσωπικών δεδομένων, στην έγγραφη ενημέρωση, στην αναφορά

παραπόνων, πληροφόρηση για τις υπηρεσίες υγείας, το σχέδιο δράσης και τις πιθανές επιλογές του. Επίσης, το δικαίωμα για συνέχεια της φροντίδας υγείας, του σεβασμού της παρουσίας του και της λήψης αναλυτικού λογαριασμού, να μάθει τον φορέα παροχής φροντίδας και τα ονόματα του προσωπικού που τον φροντίζει. (Lemone, Burke, Bauldoff, 2014)

Η κατ' οίκον φροντίδα παρουσιάζει δύο πολύ σημαντικά οφέλη. Αρχικά, διευκολύνεται η ταχύτερη αποδέσμευση κλινών, λόγω της γρηγορότερης έκδοσης εξιτηρίων για μεταφορά στο σπίτι και επιπροσθέτως μειώνονται οι εισαγωγές στα νοσοκομεία. Το δεύτερο οφείλεται στην πρόληψη και την θεραπεία στο σπίτι, παραδείγματος χάριν σε περιστατικό με υποτροπή της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Η κατάσταση της κατοικίας, το αίσθημα ελέγχου του ασθενή και της οικογένειάς του, το κοινωνικό του δίκτυο και η πιθανή ύπαρξη προηγούμενης εμπειρίας, επηρεάζουν την απόφαση του για φροντίδα στο σπίτι. Τα περισσότερα προγράμματα λειτουργούν πρωινές ή απογευματινές ώρες, οπότε συχνά αναγκαία είναι η ύπαρξη άτυπου φροντιστή για τις νυχτερινές ώρες.

Οι δέκτες των προγραμμάτων αποκατάστασης παρουσιάζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και αυξημένο αίσθημα ελέγχου στο περιβάλλον τους, η ανάρρωση είναι ταχύτερη λόγω της πιο ποιοτικής θεραπείας που λαμβάνει το άτομο με τον επαγγελματία υγείας και μειώνεται η πιθανότητα απόκτησης ενδονοσοκομειακής λοίμωξης. Από την άλλη πλευρά, μειώνονται οι μετακινήσεις των άτυπων φροντιστών στα νοσοκομεία, δεν αισθάνονται ότι είναι μακριά τους, συμμετέχουν στην φροντίδα του και σε πολλές περιπτώσεις παρέχεται επίδομα και βοηθήματα προς αυτούς. (Jester, 2017)

Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι, εισβάλουν σε αυτό σαν επισκέπτες οπότε πρέπει να τους εμπιστεύονται όσοι κατοικούν σε αυτό. Η είσοδος των υγειονομικών διαταράσσει την ιδιωτικότητα των μελών του σπιτιού και δημιουργεί μεγαλύτερη αμφισβήτηση για την επάρκεια των ικανοτήτων τους. Για να είναι αποτελεσματικές οι υπηρεσίες, πρέπει οι επαγγελματίες να παρατηρήσουν το δυναμικό της οικογένειας, τον τρόπο ζωής και επικοινωνίας, τις αντιλήψεις τους γύρω από την υγεία και την οικονομική και κοινωνική κατάσταση τους. Συχνά απαραίτητες κρίνονται οι χωροταξικές αλλαγές, προκειμένου να τοποθετηθεί ενδεχόμενος ιατρικός εξοπλισμός. Ως σπίτι μπορούν να νοηθούν πολλά διαφορετικά μέρη, από ένα διαμέρισμα, ένα ξενώνα, ένα τροχόσπιτο μέχρι και ένα χαρτόκουτο.

Η κατ' οίκον φροντίδα περιλαμβάνει την άμεση και έμμεση φροντίδα. Στην άμεση ανήκουν ενέργειες που χρήζουν φυσική επαφή υγειονομικού και ασθενή. Ενώ στην έμμεση υπάγονται οι ενέργειες που κάνει ο υγειονομικός εκπροσωπώντας τον ασθενή, όπως η παραλαβή των αποτελεσμάτων των διαγνωστικών εξετάσεων του. Οι υγειονομικοί καλούνται να διαδραματίσουν ρόλο κλινικού νοσηλευτή, εκπαιδευτή, ερευνητή και συμβούλου. (Stanhope, 2016)

Το πρόγραμμα « Healthy People» του 2010 τόνιζε την πρόληψη των τραυματισμών, με σκοπό την ελάττωση θανάτων από πτώση. Το πρόγραμμα προσπαθεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του ατόμου, να το οδηγήσει σε μακροζωία και να εξαφανίσει τις ανισότητες. Οι υγειονομικοί καλούνται να αξιολογήσουν τον ασθενή και το σπίτι του για κινδύνους. Ανάλογα με το περιστατικό, θα πρέπει να λαμβάνονται αντίστοιχα μέτρα, για παράδειγμα ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη είναι επίφοβοι για πτώση εξαιτίας νευροπάθειας.

Η ομάδα που θα δώσει παροχές , από την πρώτη συνάντηση θα εκτιμήσει πολιτισμικά τον ασθενή, ώστε να επιλεγεί ο κατάλληλος τρόπος περίθαλψης σύμφωνα με τις αξίες του. Θα

πρέπει να εκτιμηθούν πολιτισμικές πρακτικές υψηλού κινδύνου, όπως το κάψιμο του λιβανιού σε σπίτια ασθενών που κάνουν οξυγονοθεραπεία ή το τρίψιμο με νόμισμα, τεχνική η οποία θεωρείται ότι προλαμβάνει την νόσηση αλλά συνδέεται με τη δημιουργία εκδορών. Ασθενείς με αυστηρές πολιτισμικές πεποιθήσεις παρουσιάζουν δυσκολία να ακούσουν διαφορετικές ιδέες, οπότε θα προσεγγίζονται με ευγενικό και καθόλου επικριτικό τρόπο. Σημαντική είναι η εκτίμηση της διατροφής του ασθενή και η βοήθεια του στην προετοιμασία γευμάτων. Η ομάδα των επαγγελματιών υγείας διευκολύνει την πρόσβαση του ασθενή σε υπηρεσίες και καλλιεργεί έναν τρόπο επικοινωνίας γεμάτο σεβασμό. (Perry, Potter, 2012)

Η έννοια της νοσηλείας στο σπίτι εντάσσεται με το νόμο Νόμος 2071/1992, ο οποίος αναφέρει ότι η Π.Φ.Υ. πρέπει να στοχεύει και στην νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών στο σπίτι τους. Οι γιατροί της επίσκεψης είναι γενικοί γιατροί των κέντρων υγείας ή σε συγκεκριμένες ανάγκες καλούνται γιατροί ειδικοτήτων. Ενώ ο Νόμος 2519/1997 στο άρθρο 21 γίνεται εισαγωγή του όρου κατ' οίκον νοσηλεία, η οποία παρέχεται από τα κέντρα υγείας. Ακολούθησε το άρθρο 13 του Νόμο 3106/2003, με την δημιουργία προγραμμάτων με το όνομα "Βοήθεια στο Σπίτι". Τα εν λόγω προγράμματα αφορούν ηλικιωμένους που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν, πολίτες με κοινωνικά ή θέματα υγείας και ανάπηρους.

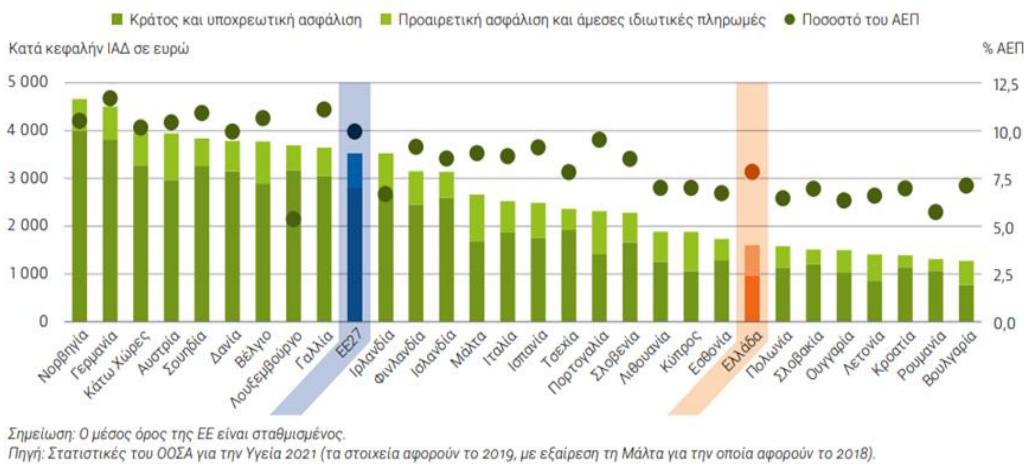
Η διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζει το πρόγραμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και τον οικογενειακό βοηθό. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι του βασικού συντονιστή, διασφαλίζει την ασφαλή φύλαξη των αρχείων και αποτελεί μέσο επικοινωνίας του πολίτη με την ομάδα κοινωνικής μέριμνας. Στα αρχεία καταγραφής εμπεριέχονται τα προσωπικά και οικογενειακά στοιχεία του ατόμου, της κατάστασης υγείας του, του εισοδήματος του και οι συνθήκες διαμονής. Οι νοσηλευτές ασχολούνται κυρίως με την λήψη ζωτικών σημείων και νοσηλευτικών παρεμβάσεων, όπως η αλλαγή τραύματος και η χορήγηση φαρμάκων π.χ. ενέσεις. Τέλος ο οικογενειακός φροντιστής εξασφαλίζει την πρόσβαση του ατόμου σε φάρμακα, προϊόντα όταν οι ίδιοι δυσκολεύονται να έχουν πρόσβαση σε αυτά και συντροφιά. (Κοινωφελής επιχείρηση Δήμου Πρεσπών, 2018)

7.ΕΣΠΑ και ΠΔΠ 2021-2027 ως ευκαιρία

7.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ελλάδα ανέκαθεν διέθετε δαπάνες για την υγεία μικρότερες από ότι ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Το έτος 2019 η Ελλάδα διέθεσε 7,8% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), εν αντιθέσει με την ΕΕ που προσέφερε 9,9%. Ομοίως, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υπολογίζονται στα 1603€, ποσό χαμηλότερο από το μισό του μέσου όρου της ΕΕ, δηλαδή τα 3523€. Μετά την κρίση του 2009, πραγματοποιήθηκαν ραγδαίες μειώσεις και στον τομέα της υγείας. Αυξήσεις άρχισαν να συμβαίνουν μετά το 2015 και ιδιαίτερα από την πανδημία του κορονοϊού. Η έκτακτη αυτή κατάσταση αντιμετωπίστηκε με την χορήγηση πρόσθετης χρηματοδότησης των δαπανών της υγείας. Το έτος 2020 η χρηματοδότηση αυτή που είχε ύψος 785 εκατομμύρια ευρώ, από τα οποία τα 640 εκατ. αξιοποιήθηκαν για την συνολική αντιμετώπιση της νόσου, τα 85 εκατ. ευρώ για πληρωμή του υγειονομικού προσωπικού και τα υπόλοιπα 60 εκατ. ευρώ για εξοπλισμό και στελέχωση μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Οι υπηρεσίες υγείας, για την ίδια χρονιά καλύφθηκαν κατά 60% από το δημόσιο και κατά 40% από άμεσες ιδιωτικές δαπάνες, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν τη συμμετοχή για φάρμακα, υπηρεσίες που δεν καλύπτονται (π.χ. οδοντιατρική περίθαλψη) και επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς. Η Ελλάδα κάλυπτε το 60% των δαπανών, ποσοστό δεύτερο χαμηλότερο μετά την Κύπρο, ενώ ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 80%. (EOCD, 2021)

Σχήμα 6. Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο ήμισυ περίπου του μέσου όρου της ΕΕ

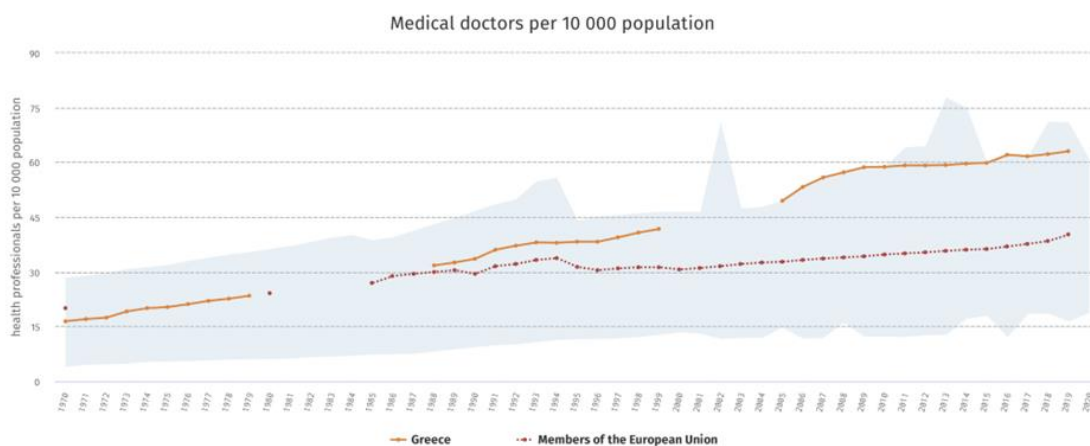


Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι δαπάνες για την ενδονοσοκομειακή φροντίδα κατείχαν το 44%, δηλαδή περισσότερο από τα δύο πέμπτα, των συνολικών δαπανών υγείας της χώρας. Το ποσοστό αυτό αποτελεί το δεύτερο μεγαλύτερο μετά τη Ρουμανία, με τον μέσο όρο της ΕΕ να είναι στο 29%. Ενώ παρατηρείται μεγάλη σπατάλη των κονδυλίων για τη νοσοκομειακή φροντίδα, στην εξωνοσοκομειακή δαπανήθηκε μόνο το 23% των κονδυλίων, για μακροχρόνια φροντίδα το 1,7% με μέσο όρο ΕΕ στα 16,3% και τέλος για την πρόληψη 1,4%, ενώ στην ΕΕ 2,9%. (EOCD, 2021)

Η αναβάθμιση της ΠΦΥ θα έρθει με μεταρρυθμίσεις, όπως η εξασφάλιση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που αποσκοπεί στην ενδυνάμωση των τοπικών μονάδων υγείας (ΤΟΜΥ) και των κέντρων υγείας. Στην χώρα μας παρατηρείται το παράδοξο να έχουμε τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών κατά πολίτη, ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ. Αυτό βέβαια δεν αντιπροσωπεύει την πραγματικότητα, καθώς το παρακάτω γράφημα περιλαμβάνει όσους κατέχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος και όχι τους εργαζόμενους ιατρούς. Από την άλλη πλευρά οι νοσηλευτές κατέχουν το χαμηλότερο αριθμό στην ΕΕ αναλογικά με τους κατοίκους, όμως υπάρχει αδυναμία καθώς δεν περιλαμβάνει τους εξωνοσοκομειακούς νοσηλευτές.

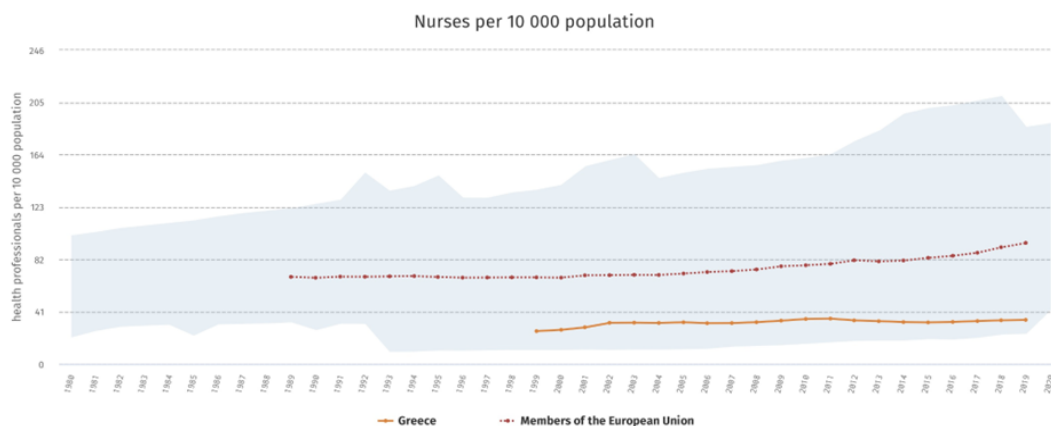
Medical doctors per 10 000 population

https://gateway.euro.who.int/en/indicators/epw_30-medical-doctors-per-10-000-population/?id=36871

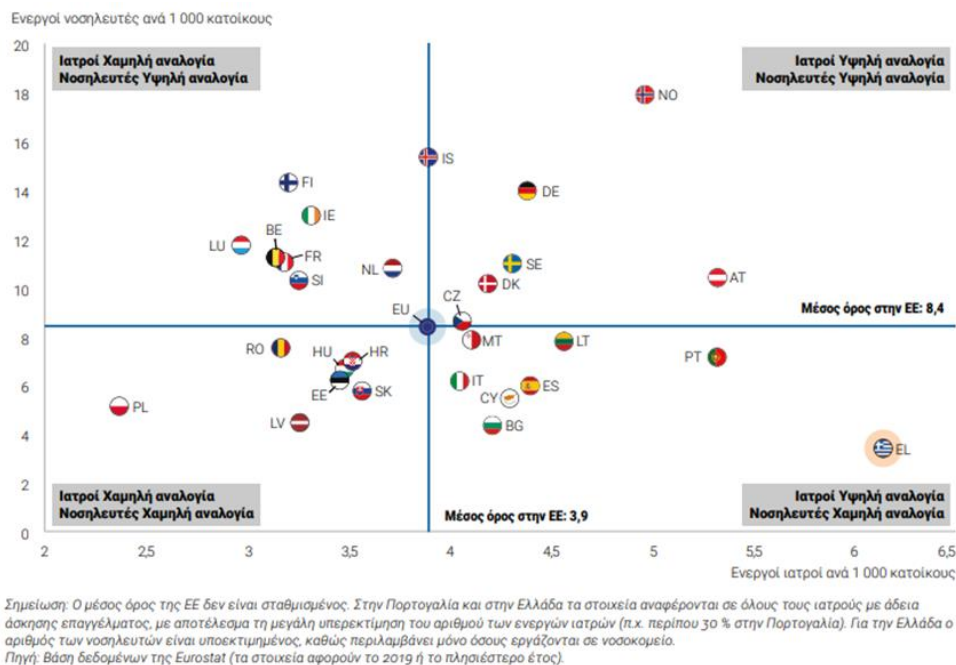


Nurses per 10 000 population

https://gateway.euro.who.int/en/indicators/epw_31-nurses-per-10-000-population/?id=36872

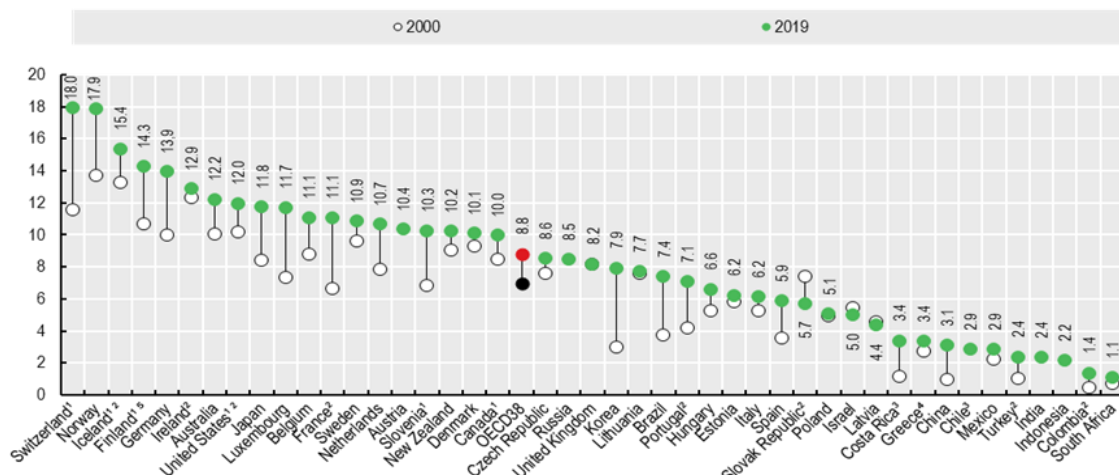


Παρατηρείται έντονη ανισορροπία όσον αφορά τους διαθέσιμους ιατρούς σε σύγκριση με τους νοσηλευτές



Practising nurses per 1 000 population, 2000 and 2019 (or nearest year)

<https://www.oecdilibrary.org/sites/015d1834en/index.html?itemId=/content/component/015d1834-en#figure-d1e12387>

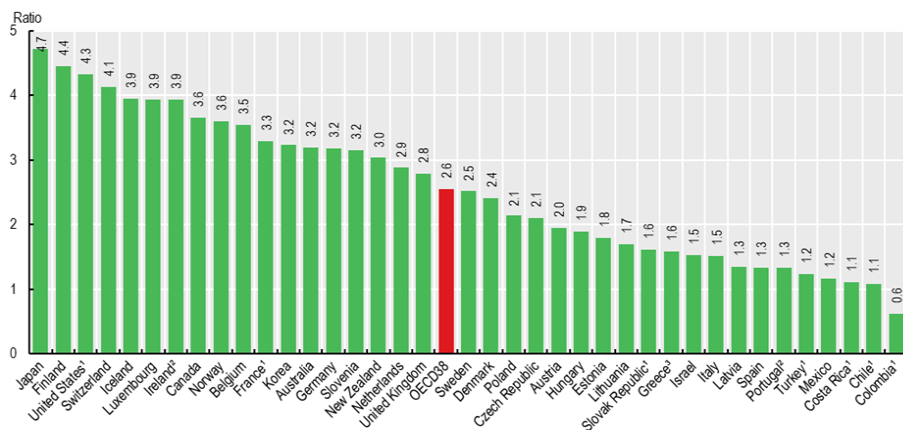


1.

Associate professional nurses with a lower level of qualifications make up about two-thirds of nurses in Slovenia; about one-third in Switzerland, Iceland, Finland and Canada; and about 18% in the United States. In Switzerland, most of the growth in the number of nurses since 2000 has been in this category. 2. Data include nurses working in the health sector as managers, educators, researchers and similar. 3. Data include all nurses licensed to practise. 4. Data only refer to nurses employed in hospitals. 5. Latest data is from 2014. Source: OECD Health Statistics 2021.

Ratio of nurses to doctors, 2019 (or nearest year)

<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/015d1834en/index.html?itemId=/content/component/015d1834-en#figure-d1e12404>



1. For countries that have not provided data for practising nurses and/or practising doctors, the numbers relate to the "professionally active" concept for both nurses and doctors (except Chile and Costa Rica, where numbers include all nurses and doctors licensed to practise). 2. The ratio for Ireland is overestimated (professionally active nurses / practising doctors) while the ratio for Portugal is underestimated (professionally active nurses / all doctors licensed to practise). 3. For Greece, the data refer to nurses and doctors employed in hospitals. Source: OECD Health Statistics 2021.

7.2 ΕΣΠΑ 2014-2020

7.2.1. Η αναγκαιότητα της μεταρρύθμιση

Το έτος 2013, περισσότερο από το 20% των πολιτών της Ελλάδας δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη. Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολη την επαφή με το σύστημα υγείας, οδηγεί τους ανασφάλιστους σε υψηλές δαπάνες και δημιουργεί αρρυθμιστά χρέη. Το σύστημα υγείας παρέχει χαμηλής ποιότητας φροντίδα και η διακυβέρνηση του φαίνεται αναποτελεσματική, εξαιτίας της ανεπαίσθητη συμμετοχής των πολιτών στις λήψεις αποφάσεων. Όλα αυτά οδήγησαν το έτος 2015 στην ανάπτυξη του Εθνικού σχεδίου: «100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη», το οποίο βασίστηκε σε τρεις άξονες: την καθολική πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας, την συντονισμένη δράση από το Υπουργείο Υγείας και την προστασία των χρηστών στον τομέα των οικονομικών .

1ος Άξονας: Καθολική πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί, το Υπουργείο Υγείας είχε να επιτύχει δέκα στόχους και 55 δράσεις σε διάρκεια πέντε ετών. Από το μεταρρυθμιστικό αυτό πακέτο, υπήρχε η προσδοκία η κάθε περιφέρεια να έχει επενδύσει σε πάνω από τρεις στόχους. Αξιοπρόσεκτοι είναι ο δεύτερος στόχος, που κάνει αναφορά στην ανάπτυξη της ΠΦΥ, μέσω μονάδων οικογενειακής φροντίδας. Ο στόχος αυτός αποτελείται από επτά δράσεις, οι τρεις από τις οποίες αφορούν την ανάπτυξη των ΤοΜΥ, ενώ οι υπόλοιπες τη δημιουργία Ενιαίου Ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, τους γενικούς ιατρούς και την εξασφάλιση πόρων μέσω των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων και των Διαρθρωτικών Ταμείων. Επίσης, ο τρίτος που περιλαμβάνει την αναβάθμιση των μονάδων ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ, με έξι δράσεις για τη στελέχωση και των μονάδων ΠΦΥ/ΤοΜΥ, της εκπαίδευσης του προσωπικού των μονάδων ΠΦΥ κ.ά.. Τέλος ο έβδομος στόχος που επιδιώκει την χρήση παρεμβάσεων σε τοπικό επίπεδο, για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας. Αυτός έχει μόνο δύο δράσεις, την δημιουργία λογοδοσίας στην ΠΦΥ και τις Υ.ΠΕ και την εφαρμογή μέτρων δημόσιας υγείας από τις μονάδες ΠΦΥ.

2ος Άξονας: Διαφανής διακυβέρνηση του Υπουργείου Υγείας μέσω της δημόσιας διοίκησης

Μέσω της ανάπτυξης μηχανισμών που προωθούν σύγχρονη διοίκηση από το υπουργείο, τις Υ.ΠΕ. και τους φορείς που συμμετέχουν στην υγεία. Οι υγειονομικοί, αλλά και οι πολίτες θα έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τη γνώμη τους. Οι πέντε στόχοι και 25 δράσεις του δεύτερου άξονα, δίνουν έμφαση στη διαφάνεια των πράξεων, στην καινοτομία, στην εκπαίδευση των ιατρών και στον αναλυτικό σχεδιασμό πολιτικών, με προϋπολογισμό δαπανών και χρονικής διάρκειας, για καθολική κάλυψη αναγκών.

3ος Άξονας: Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Θα δημιουργηθούν οι κατάλληλοι μηχανισμοί για τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας. Οι άτυπες πληρωμές θα εξαφανιστούν και τα οι ίδιες πληρωμές από τους χρήστες υγείας θα υποδιπλασιαστούν. Οι πέντε στόχοι εμπεριέχουν επίσης, την διαφανή χρηματοδότηση της υγείας, τη διαπραγμάτευση με τους προμηθευτές και τις μεταρρυθμίσεις του ΕΟΠΥΥ. Οι δράσεις είναι είκοσι και στις σημαντικότερες ήταν η ρύθμιση των δαπανών υγείας μέχρι το 2019 στο 6,4% του ΑΕΠ και η αναθεώρηση του ΕΟΠΥΥ.

7.2.2. Ως προς την Πρωτοβάθμια

Η απουσία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, προϋπήρχε της οικονομικής κρίσης όμως ανατροφοδοτήθηκε από αυτήν. Η χώρα μας παρουσίαζε απόκλιση

από του υγειονομικούς δείκτες της Ευρώπης. Οι αιτίες αυτής της ανεπαρκούς προόδου στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα περιλαμβάνουν τον τρόπο ζωής, την έλλειψη εθνικής πολιτικής πρόληψης και προαγωγής της υγείας, καθώς και ανεξέλεγκτη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτό έχει οδηγήσει σε αύξηση του κόστους υγείας στους πολίτες, ενώ η ποιότητα των υπηρεσιών δεν αντιστοιχεί πάντα στα έξοδα.

Επίσης, σημαντική είναι η έλλειψη στον αριθμό των γενικών ιατρών σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Απαιτούνται δεκάδες χρόνια για να καλυφθεί αυτή η έλλειψη, γεγονός που δυσκολεύει την ανάπτυξη της ΠΦΥ και τη βελτίωση των δεικτών δημόσιας υγείας. Οι γενικοί ιατροί παίζουν κρίσιμο ρόλο στην παροχή ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και είναι απαραίτητοι για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης.

Η κύρια στρατηγική για την αντιμετώπιση όλων αυτών των προκλήσεων περιλαμβάνει την αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας με βάση ένα σύγχρονο μοντέλο πρωτοβάθμιας φροντίδας και επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς άξονες:

1. καθολική πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες
2. διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση από ένα αναπροσαρμοσμένο Υπουργείο Υγείας.
3. βιώσιμη χρηματοδότηση, με ολοκληρωτική χρηματοδότηση από το δημόσιο και κατάργηση των ιδιωτικών πληρωμών.

Στην πρώτη βαθμίδα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η στρατηγική αναφέρεται στη δημιουργία ενός εθνικού δικτύου Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.). Αυτές οι μονάδες θα αποτελούνται από διεπιστημονικές ομάδες, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και άλλους επαγγελματίες υγείας. Είναι αποκεντρωμένες δομές, που στοχεύουν στην άμεση πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα, καταπολεμώντας τις ανισότητες και τις επιπτώσεις του κοινωνικού αποκλεισμού, δρώντας ενεργά στην κοινότητα και τις γειτονίες. Οι Το.Μ.Υ. είναι κύρια μονάδα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε οικογενειακό, και εστιάζουν στην εγγύτητα και τη δικτύωση. Η εγγύτητα παίζει σημαντικό ρόλο, διότι επηρεάζει την συνοχή και την ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, η δικτύωση είναι απαραίτητη, διότι οι οικογένειες δεν πρέπει να λειτουργούν περιθωριοποιημένα. Αντίθετα, πρέπει να συνεργάζονται και να υποστηρίζονται από άλλα στοιχεία του συστήματος υγείας. Οι μονάδες, αυτές, παρέχουν υποστήριξη εκτός ωραρίου λειτουργίας μέσω τηλεφωνικής διαλογής και διεξάγουν αυτοαξιολόγηση. Επιπλέον, περιλαμβάνουν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, εκτίμηση κινδύνων, παρεμβάσεις και συνεργασία με υπηρεσίες δημόσιας υγείας για την προαγωγή της υγείας.

Ενώ, στη δεύτερη βαθμίδα θα δρουν οι υπάρχουσες δομές ΠΦΥ, δηλαδή το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ-ΚΥ), οι οποίες θα παρέχουν πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Οι συμπληρωματικές υπηρεσίες που θεωρούνται απαραίτητες θα χρηματοδοτούνται και μπορεί να είναι η υγεία: στα σχολεία, η στοματική, η εργασιακή, ότι περιλαμβάνει την υγεία χρηστών ναρκωτικών.

Η ενδυνάμωση της ΠΦΥ απαιτεί την παροχή συνεχόμενης και ολοκληρωμένης ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Αυτό το μοντέλο φροντίδας παρέχει πολλά οφέλη, όπως τον περιορισμό των ασθενειών, εξαιτίας της πρόληψης και την ελάττωση των περιστατικών στα επείγοντα και επομένως αυτών που θα χρειαστούν νοσηλεία. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται

καλύτερη αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας και βελτιώνεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

7.2.3. Ως προς την Προαγωγή Υγείας

Η Ευρωπαϊκή Ένωση από την ίδρυση της προωθεί την βελτίωση της δημόσιας υγείας, μέσω της πρόληψης ασθένειας και του περιορισμού των παραγόντων που διαταράσσουν την υγεία.

Οι παρεμβάσεις για τη Δημόσια υγεία οργανώνονται στα εξής:

1. διαμόρφωση εθνικών πολιτικών Δημόσιας Υγείας
2. Ενθάρρυνση συνεργασίας ανάμεσα στους διάφορους τομείς για τη Δημόσια Υγεία
3. Οργάνωση και εκτέλεση περιφερειακών δράσεων.
4. Ανάπτυξη συστημάτων παρακολούθησης της υγείας.
5. Δημιουργία επιστημονικών οργανισμών για τη Δημόσια Υγεία.
6. Θέσπιση πολιτικών ποιότητας σχετικά με τη Δημόσια Υγεία.
7. Ανάπτυξη συστημάτων επιστημονικής τεκμηρίωσης και υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών.
8. Εγκαθίδρυση μηχανισμών για γρήγορη αντίδραση και αντιμετώπιση απειλών στη Δημόσια Υγεία.

Οι παραπάνω τομείς οργάνωσης οι πολιτικές της δημόσιας υγείας εστιάζουν: στην παρακολούθηση της υγείας και των παραγόντων που την επηρεάζουν, την πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων, του καρκίνου, των αγγειακών παθήσεων και των ατυχημάτων. Επίσης, τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου για χρόνιες ασθένειες και την αντιμετώπιση εκτάκτων απειλών. Τέλος τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας και των εθισμών.

7.2.4. Δείκτες Πολιτικής Υγείας που συνδέονται με το ΕΣΠΑ 2014-2020

Σύμφωνα με την ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα υπάρχει η εξής πρόταση δεικτών αξιολόγησης.

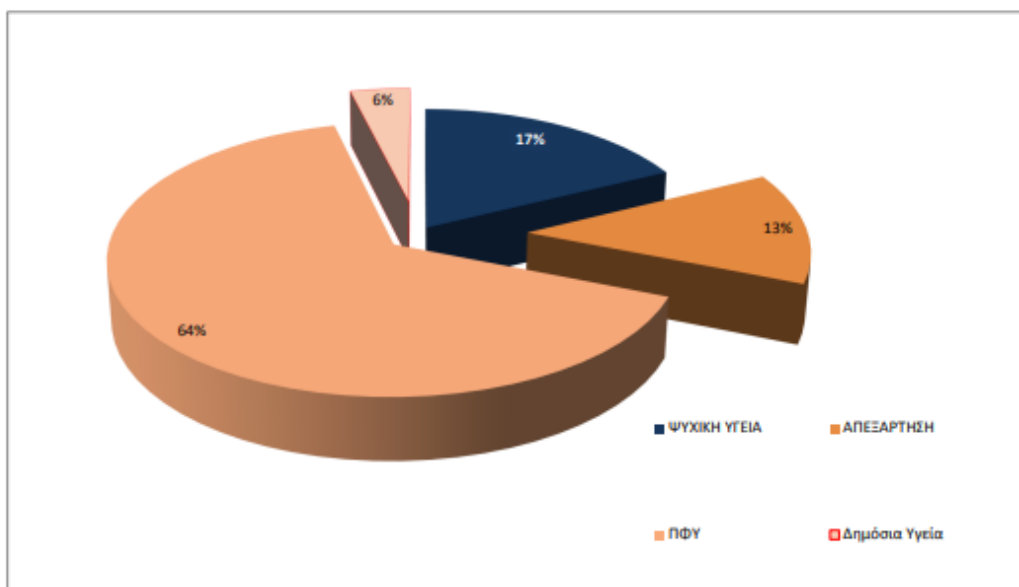
	Αποτελεσματικότητα	Ισότητα	Αποδοτικότητα (βιωσιμότητα)
Δείκτες διαδικασιών	Πρόσβαση	Καθολική πρόσβαση	ικανοποίηση από την ποσότητα των πόρων
	Ποιότητα	Ποιότητα υπηρεσιών που δέχονται οι ανασφάλιστοι	δαπάνες και αποδοτικότητα
		Συμμετοχή	Διοικητική αποδοτικότητα
Επίδραση	Αναβάθμιση υγείας	Αναβάθμιση υγείας	καλύτερη αξιοποίηση των πόρων
	Ικανοποίηση	ισότητα στη χρηματοδότηση	
		έλεγχος αλόγιστων δαπανών	

7.2.5. Ως προς την Ψυχική υγεία

Με κρατικούς πόρους και τη στήριξη της Ε.Ε. χρηματοδοτήθηκαν δύο σύμφωνα συνεργασίας: το «SpidlaΑβραμόπουλου» και το «Andor – Λυκουρέντζου», που στοχεύουν στην ανάδειξη της κοινοτικής ψυχιατρικής και στην ταυτόχρονη αποδυνάμωση των ψυχιατρικών νοσοκομείων. Η υλοποίηση των παραπάνω, απαιτεί αναβάθμιση των τομέων ψυχικής υγείας, αλλαγές στη διοίκηση σύμφωνα με την έκδοση καινούργιου νομοσχεδίου και διεξαγωγή ενεργειών ώστε κάποια στιγμή να αδειάσουν τα ψυχιατρικά νοσοκομεία και να οδηγηθούν σε κλείσιμο.

Χρηματοδότηση της πολιτικής από το ΕΣΠΑ 2014-2020:

Γράφημα 1 : Μίγμα Πολιτικής του Υπουργείου Υγείας στην Επενδυτική Προτεραιότητα 9ίν των ΠΕΠ



7.3 ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΈΡΓΟΥ 2019 – 2020

Το σχέδιο δράσης περιλαμβάνει και το Νομοθετικό Έργο της Γενικής Γραμματείας της Δημόσιας Διοίκησης, πιο συγκεκριμένα το νόμο 4638/2019 που αφορά το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕ.Θ.Ε.Α.), το Νόμο 4633/2019 για την Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) που ρυθμίζει τα προϊόντα καπνού και το νόμο 4633/2019 για σύσταση της Δ/σης Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας (ΕΕΕΚΔΥ). Επίσης, θεσπίστηκε ο Νόμος 4647/2019, ο οποίος ερμηνεύει το Νόμο 4633/2019 που αναφέρεται στην υγειονομική φροντίδα των μεταναστών και προσφύγων. Ο Νόμος 4675/2020 για την εξέλιξη των υπηρεσιών της δημόσιας υγείας και ο Νόμος 4675/2020 για την οργάνωση του Τμήματος Κινητοποίησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου. Τέλος υπήρξε η σύσταση για Εθνικού Μητρώου Ασθενών από τον κορωνοϊό COVID-19. (ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021 - 2025)

Ενέργειες για την αντιμετώπιση της Πανδημίας COVID-19

Η Πανδημία του κορωνοϊού που ξέσπασε το 2019 και προκάλεσε μια επείγουσα κρίση δημόσιας υγείας. Στη χώρα μας, η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας (ΓΓΔΥ) ανταποκρίθηκε γρήγορα για να προστατεύσει τους πολίτες της Ελλάδας. Αρχικά η ίδια η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας ίδρυσε την Διεύθυνση Επιχειρησιακών Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας (ΕΚΔΥ), με σκοπό την καταπολέμηση έκτακτων καταστάσεων. Η ΕΚΔΥ έβαλε σε λειτουργία το Επιχειρησιακό Σχέδιο Πανδημίας (ARTEMIS) και όσα σχέδια στόχευαν στον περιορισμό του SARS-CoV-2. Ίδρυσε ένα Συντονιστικό κέντρο με εικοσιτετράωρη δράση, για την επίλυση ζητημάτων που προκύπτουν από τον SARS-CoV-2. Αντάλλαξε γνώση και τεχνογνωσία με το European Centre of Disease Control (ECDC). Ο Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Διοίκησης, χωρίς τη συμμετοχή του Υπουργού, σχημάτισε επιτροπές όπως η «Επιτροπή Αντιμετώπισης Εκτάκτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας από Λοιμογόνους Παράγοντες» και την «Εθνική Επιτροπή προστασίας της Δημόσιας Υγείας έναντι του κορωνοϊού COVID-19». Πολλά ήταν και τα εθελοντικά προγράμματα, όπως το Ειδικού Εθελοντικού Προγράμματος απασχόλησης ενήλικων, με περισσότερες από 10.000 αιτήσεις συμμετοχής. Αξιοσημείωτη είναι η τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη, όπου 250 υγειονομικοί προσέφεραν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους σε πάνω από 79.751 πολίτες. Τηλεφωνική γραμμή για ενημέρωση λειτούργησε και ο ΕΟΔΥ, ο οποίος εξέδωσε και κατευθυντήριες οδηγίες. (ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021 - 2025)

Δράσεις στον τομέα της Δημόσιας Υγείας

Το 63% των θανάτων παγκοσμίως προέρχεται από μη μεταδιδόμενες παθήσεις, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι καρκίνοι, οι πνευμονοπάθειες και ο σακχαρώδης διαβήτης. Παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση αυτών των νοσημάτων είναι η χρήση προϊόντων καπνού, η έλλειψη άσκησης και η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ.

Κάπνισμα

Η στρατηγική «Η υγεία μας ενώνει» χρησιμοποιεί μετρήσιμους δείκτες αποτελεσματικότητας και εστιάζει στην προαγωγή και πρόληψη του καπνίσματος. Οργανώθηκε Επιτροπή Εμπειρογνομόνων, η οποία νουθετούσε τη στρατηγική και έγιναν παρεμβάσεις ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης του πληθυσμού. Εκδόθηκε νέος

αντικαπνιστικός νόμος, που απαγορεύει τη χρήση καπνού σε εσωτερικούς κοινόχρηστους χώρους και κυρώθηκε το πρωτόκολλο FCTC για το παραεμπόριο καπνού. Δόθηκε η δυνατότητα στην αστυνομία και τα ελεγκτικά όργανα, να πραγματοποιούν ελέγχους. Εκδόθηκε Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ 80727/15.11.2019), η οποία έφερε νέους τρόπους επιβολής προστίμων και αποπληρωμής τους. Σημαντική ήταν η χρήση της τηλεφωνικής γραμμής από τους πολίτες, η οποία μέχρι το τέλος το 2020 είχε περισσότερες από 4.200 κλήσεις.

Διατροφή

Η δεκαετία 2016-2025 θεωρείται μείζονος σημασίας για δράσεις γύρω από τη διατροφή και εφαρμογή των Παγκόσμιων Στόχων Διατροφής 2025, οι οποίοι διορθώνουν τις διατροφικές συνήθειες. Το έτος 2019 η Εθνική Επιτροπή Διατροφικής Πολιτικής προκειμένου να αναβαθμίσει τις διατροφικές συνήθειες αποχώρησε στο «Σχέδιο Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής» που αφορούσε ολόκληρο τον πληθυσμό. Επίσης, η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας προμόταρε διατροφικές συμβουλές τόσο για τον υγιή πληθυσμό, όσο και για τις ειδικές ομάδες όπως παραδείγματος χάριν τα μωρά, οι έφηβοι, οι εγκυμονούσες και τα άτομα τρίτης ηλικίας. Μία ακόμη σπουδαία ενέργεια της ΓΓΔΥ ήταν η συνεργασία της με την Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛ.ΣΤΑΤ.), ώστε να πραγματοποιηθεί έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου για τη Μεσογειακή Διατροφή.

Κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους 2019-2020, πραγματοποιήθηκαν δράσεις σε σχολεία με στόχο την ενημέρωση και εκπαίδευση των νέων παιδιών σχετικά με θέματα διατροφής. Επιπλέον, δόθηκαν ενημερωτικά έντυπα για την κατανάλωση υγιεινού δεκατιανού στο σχολείο. Το πρόγραμμα για τα σχολικά γεύματα, που βασίστηκε σε συγκεκριμένα μεσογειακά πρότυπα, εισήγαγε τις προδιαγραφές για τα διαιτολόγια των μαθητών. Τέλος, με αφορμή την πανδημίας COVID-19, εκδόθηκε εγκύκλιος που στάλθηκε στα σχολεία και συμβούλευε για ισορροπημένη διατροφή και φυσική δραστηριότητα.

Κατανάλωση αλκοόλ

Σε Υπουργική Απόφαση που εκδόθηκε το 2020 εμπεριέχετε ο στρατηγικός στόχος: « Υγεία και ευημερία για όλους, σε όλες τις ηλικίες», ο οποίος περιλαμβάνει την προσπάθεια για να προλάβουμε εκ των προτέρων εξαρτήσεις όπως το αλκοόλ, το Internet και τον τζόγο. Εφαρμόστηκαν 14 θεραπευτικά προγράμματα, για αλκοολικούς σε διάφορα κεντρικά νοσοκομεία και ιατρεία σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Κρήτη κ.ά. Επιπλέον, σημαντική ήταν η χρηματοδότηση που δόθηκε μέσω των πόρων του ΕΣΠΑ 2014 – 2020, σε φορείς για την σωματική αποτοξίνωση και η ενδυνάμωση του Εθνικού Προγράμματος Αντιμετώπισης Αλκοόλ (ΕΠΑΑ), μέσω σχολικών παρεμβάσεων, ελέγχων για την παράνομη πώληση σε ανήλικους και την ενίσχυση τηλεφωνικών κέντρων υποστήριξης.

Πρόληψη Μειζόνων Παραγόντων

Εκτός από όλες τις παραπάνω δράσεις, πραγματοποιήθηκαν και άλλες για την πρόληψη και ρύθμιση των καρδιαγγειακών παθήσεων και των καρκίνων. Με καθιέρωση των προληπτικών εξετάσεων, αλλά και προσυμπτωματικού ελέγχου, ιδιαίτερα σε γυναίκες 45-55 χρόνων. Ο έλεγχος των προγραμμάτων αυτών γίνεται από την .ΓΓΔΥ και τις επιστημονικές εταιρείες.

Προστασία από μεταδοτικά νοσήματα

Όσον αφορά τον περιορισμό των μεταδιδόμενων νοσημάτων εκδόθηκε εθνικό πρόγραμμα ανοσοποίησης, το οποίο περιλαμβάνει πρόγραμμα εμβολιασμού ατόμων άνω των

18 ετών, εγκύκλιους για τη προφύλαξη από την εποχική γρίπη και τον κορονοϊό. Ακολούθησε εξέλιξη και αναβάθμιση του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών (ΕΠΕΜΒ), το οποίο στοχεύει στις ειδικές και ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων παιδιών, ανηλίκων και ενηλίκων, καθώς και ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο. Πραγματοποιήθηκε «Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2020» και το κράτος εξασφάλισε 4 εκατομμύρια αντιγριπικά εμβόλια για το χειμώνα 2020-2021. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών (ΕΕΕ) τύπωσε εγχειρίδια με σύγχρονα δεδομένα για τα εμβολιαστικά κέντρα. Επιπλέον, εκδόθηκαν εγκύκλιοι για επιδημίες όπως ο δάγκειος πυρετός, ο ιός Chikungunya που στην Ελλάδα είναι γνωστός ως κουνούπι τίγρης και ο ιός του Δυτικού Νείλου. Αναπροσαρμόστηκε η τιμή του εμβολίου της πολιομυελίτιδας και της λύσσας και έγινε καταμέτρηση του αποθέματος. Η Εθνικής Επιτροπής Προστασίας της Δημόσιας Υγείας υποστηρίζει πως από την έναρξη της πανδημίας του κορονοϊού, έχουν εκδοθεί 603 Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις (ΚΥΑ) με σκοπό τον περιορισμό του ιού και την προστασία της δημόσιας υγείας.

Από την άλλη πλευρά για τις λοιμώξεις χρειάστηκε σύμπραξη τριών διαφορετικών τομέων: της υγείας, της κτηνιατρικής - γεωργίας και του περιβάλλοντος. Πιο συγκεκριμένα, το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης & Τροφίμων μαζί με το Υπουργείο Περιβάλλοντος & Ενέργειας, εξέδωσαν σχέδιο δράσης για την παρεμπόδιση της μικροβιακής αντοχής. Το νομικό πλαίσιο που αφορά τον έλεγχο των λοιμώξεων ενημερώθηκε σε σχέση με τη φιλοξενία ασθενών σε νοσοκομειακές εγκαταστάσεις και χώρους υγείας. Πραγματοποιήθηκαν δράσεις που σχετίζονται με την πρόληψη και τη θεραπεία του Ιού της Ανοσοανεπάρκειας του Ανθρώπου (HIV) και άλλων ιογενών ηπατιτίδων, από τον ΕΟΔΥ, Πανεπιστημιακά Ιδρύματα και Ενώσεις Πολιτών. Τέλος, για την καταπολέμηση των λοιμώξεων υπήρξε η υπόδειξη για βελτίωση της λειτουργίας των Μονάδων Λοιμώξεων (ΜΕΛ) προκειμένου να παρέχουν πρότυπη φροντίδα στα άτομα που ζουν με HIV στην Ελλάδα και πρότυπες υπηρεσίες για τη διαχείριση των λοιμώξεων στα νοσοκομεία της χώρας

Ως προς το περιβάλλον

Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, ανέλαβε τη συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων για την ποιότητα του πόσιμου νερού, του εμφιαλωμένου, αυτού στο οποίο κολυμπάμε, αλλά και την προστασία της υγείας από ατμοσφαιρική ρύπανση και ακτινοβολίες. Συντάχθηκαν εγκύκλιοι και οδηγίες για καταστάσεις όπως: πυρκαγιές, όπως στο εργοστάσιο πλαστικών στη Μεταμόρφωση Αττικής, την αντιμετώπιση των επιπτώσεων του σεισμού της 29/10/2020 στην Περιφερειακή Ενότητα Σάμου και των λυμάτων και ρυπογόνων ουσιών μετά από βροχόπτωση, όπως στο Δήμο Χαλκιδαιών και του Ηρακλείου Κρήτης. Άλλες εγκύκλιοι για τον περιορισμό του ιού SARS CoV-2 με μέτρα που αφορούν τα κολυμβητήρια, τις υδραυλικές εγκαταστάσεις(ύδρευση, το δίκτυο αποχέτευσης υγρών, και το σύστημα διαχείρισης στερεών αποβλήτων) εντός των υγειονομικών μονάδων, τα αστικά λύματα, τις λοιμώξεις από τις μονάδες των Air Condition και τον εξαερισμό των χώρων. Επιπρόσθετα, με την Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας εφαρμόστηκε πρόγραμμα δράσης για την εξάλειψη της χρήσης οδοντιατρικών αμαλγαμάτων.

Ως προς τις δράσεις για τον περιορισμό των εξαρτήσεων

Με την Υπουργική Απόφαση ΓΠ/οικ.146/29.12.2020 στηρίχθηκε η καθολική υγεία, η οποία συμπεριλάμβανε και την υποομάδα των εξαρτημένων από ουσίες. Δημιουργήθηκαν Χώροι Εποπτευόμενης Χρήσης(ΧΕΧ), Μονάδες Σωματικής Αποτοξίνωσης (Detox) και

προγράμματα επανένταξης των ατόμων και εύρεσης τους εργασία. Σχηματίστηκε Εθνική Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού για την Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών, η οποία με το Ν. 4139/2016 επιβλέπει φορείς κατά των εξαρτήσεων και διοργανώνει συναντήσεις για την εύρεση λύσεων στα προβλήματα που υπάρχουν. Η υπηρεσία διατηρεί ενεργή επικοινωνία με τον Εθνικό Συντονιστή για τα Ναρκωτικά, ο οποίος ενημερώνει άμεσα τον Πρωθυπουργό και τη διοικητική υποστήριξη της λειτουργίας του Γραφείου μέσω προσωπικού από τη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας. Το Στρατηγικό Πρόγραμμα για τα Ναρκωτικά και τις ψυχότροπες ουσίες για τη χρονική περίοδο 2021 έως 2026 έφτασε στο τέλος του και εστιάζει σε διάφορους τομείς, όπως την πρόληψη, τη θεραπεία, την εξάλειψη των βλαπτικών επιπτώσεων, την πρόληψη υποτροπιάζουσών καταστάσεων, την κοινωνική επανένταξη και το σωφρονιστικό σύστημα.

Υγεία προσφύγων μεταναστών

Το μεταναστευτικό ζήτημα έχει απασχολήσει πολύ τη χώρα μας τα τελευταία έτη, οπότε κρίθηκε αναγκαία η διερεύνηση της ικανότητας του συστήματος υγείας να ανταπεξέλθει στην μεγάλη αυτή έλευση πληθυσμού. Υπήρξε συστηματικός έλεγχος των υπηρεσιών που παρέχεται στα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης και στα Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων Και Μεταναστών, από τη Διεύθυνση Επιχειρησιακής Ετοιμότητα Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας (ΔΕΕΕΚΔΥ). Διασφαλίστηκε η παροχή οικονομικών πόρων μέσω του ΕΣΠΑ 2014 – 2020 και μάλιστα με προϋπολογισμό στα 31.088.149,67 € για το πρόγραμμα με όνομα: ο «Δράση για την θωράκιση της Δημόσιας Υγείας και αντιμετώπιση της επιδημίας Covid 19 σε χώρους μεταναστών/προσφύγων». Επιπροσθέτως, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή με τον Μηχανισμό Επείγουσας Απόκρισης (Emergency Support Instrument- ESI) χορήγησε για τη στελέχωση μονάδων υγείας προσφύγων το ποσό των 25.300.000 €, ενώ και ο Διεθνής Ερυθρός Σταυρός προσέφερε 5.000.000 € για την πραγματοποίηση test.

Οργανωτικές παρεμβάσεις

Στην Ελλάδα, όλες οι δράσεις οργανώνονται από τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας, όπου από τον Αύγουστο του 2020 λειτουργούν σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες. Τα Εθνικά Συμβούλια Εκπαίδευσης όρισαν τις ειδικότητες της Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής και της Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινωνικής Νοσηλευτικής. Σε διαδικασία αξιολόγησης βρίσκεται η «Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας με έμφαση στους Λοιμογόνους Παράγοντες», για τις δαπάνες της οποίας δόθηκε από το ΕΣΠΑ 2014 - 2020 ποσό 5.000.000 €. Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας πρότεινε την «Εφαρμογή Μεταρρύθμισης του Συστήματος Δημόσιας Υγείας», η οποία έγινε αποδεκτή και χρηματοδοτήθηκε από τη Γενικής Διεύθυνσης Στήριξης Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων (DG REFORM) με 1.100.000 €. Το πρόγραμμα EU4Health στο οποίο προσφέρονται υπηρεσίες από τη Γενική Διεύθυνση Υγείας και Προστασίας του Καταναλωτή (DG SANCO), την Μόνιμη Εθνική Αντιπροσωπεία (MEA) και τη Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας, δόθηκε χρηματοδότηση 5,1 δις ευρώ και αφορά δράσεις δημόσιας υγείας των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το χρονικό διάστημα 2021-2027. (ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021 - 2025)

7.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΣΠΑ 2014-2020

<http://www.edespa-ygeia.gr/el-gr/projects-list/projects-projects-list?d=§or=2238&completed=>

ΥΠΕ	ΟΝΟΜΑ	Προϋπολογισμός
7η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 7ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Κρήτης, κωδ. ΟΠΣ 5037464	15.523.242,00 €
6η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 6ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Ηπείρου, κωδ. ΟΠΣ 5041551	10.098.713,59 €
6η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 6ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, κωδ. ΟΠΣ 5041461	16.525.167,70 €
6η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 6ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Ιονίων Νήσων, κωδ. ΟΠΣ 5041851	4.590.324,36 €
6η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 6ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Πελοποννήσου, κωδ. ΟΠΣ 5038203	20.809.470,03 €
5η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 5ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Θεσσαλίας , κωδ. ΟΠΣ 5038017	11.654.323,51 €
5η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 5ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Στερεάς Ελλάδας, κωδ. ΟΠΣ 5038359	6.281.661,06 €
4η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 4ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης, κωδ. ΟΠΣ 5038171	15.607.103,00 €
4η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 4ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, κωδ. ΟΠΣ 5035311	9.605.000,00 €
3η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 3ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, κωδ. ΟΠΣ 5035307	14.650.000,00 €
3η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 3ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Δυτικής Μακεδονίας, κωδ. ΟΠΣ 5042903	4.286.016,00 €
2η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 2ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Αττικής , κωδ. ΟΠΣ 5041639	27.541.946,16 €
2η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 2ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου, κωδ. ΟΠΣ 5047935	12.852.000,00 €
2η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 2ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου, κωδ. ΟΠΣ 5052696	7.344.519,00 €
1η	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY) 1ης ΥΠΕ στην Περιφέρεια Αττικής, κωδ. ΟΠΣ 5041776	22.033.556,93 €

	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας για την αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις λιγότερο αναπτυγμένες περιφέρειες του Α.Π. 1, κωδ. ΟΠΣ 5008035	14.645.688,49 €
	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας για την αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις λιγότερο αναπτυγμένες περιφέρειες του Α.Π. 1, κωδ. ΟΠΣ 5008036	9.588.978,97 €
	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας για την αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις λιγότερο αναπτυγμένες περιφέρειες του Α.Π. 1, κωδ. ΟΠΣ 5008037	7.831.068,79 €
	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας για την αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις λιγότερο αναπτυγμένες περιφέρειες του Α.Π. 2, κωδ. ΟΠΣ 5008038	1.282.662,63 €
	Λειτουργία Τοπικών Ομάδων Υγείας για την αναδιάρθρωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις λιγότερο αναπτυγμένες περιφέρειες του Α.Π. 3, κωδ. ΟΠΣ 5008039	1.161.601,12 €
	Δράσεις Οριζόντιου χαρακτήρα για τη λειτουργία των Τοπικών Ομάδων Υγείας, κωδ. ΟΠΣ 5008040	452.800,00 €
	Επιμόρφωση Επαγγελματιών Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στις Δύο Περιφέρειες Σταδιακής Εξόδου	70.580,00 €
	Επιμόρφωση Επαγγελματιών Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στις Τρεις Περιφέρειες Σταδιακής Εξόδου	230.545,00 €
	Επιμόρφωση Επαγγελματιών Υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Προαγωγή και Αγωγή Υγείας στις Οκτώ Περιφέρειες Σύγκλισης	231.685,00 €
	Αγωγή Στοματικής Υγείας σε 800 Ολοήμερα Σχολεία και 150 Σχολεία Απομακρυσμένων Περιοχών	1.265.834,00 €
	Μηχανισμός Υποστήριξης της Υλοποίησης και Παρακολούθησης Δράσεων της Δ' Προγραμματικής Περιόδου 2007-2013 που Αφορούν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	4.500.000,00 €
	Μελέτη Εκτίμησης Αναγκών και Εφαρμογής Ανοικτών Κέντρων Προστασίας της Υγείας για την Τοπική Αυτοδιοίκηση	350.000,00 €
	Υποστήριξη και Συμβουλευτική των Φορέων του Δημόσιου, Ιδιωτικού και Κοινωνικού Τομέα Υπηρεσιών Υγείας που θα Προχωρήσουν σε Πιστοποίηση και Διαπίστευση των Διαδικασιών τους και τη Στήριξη της Διεύθυνσης Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υ.Υ.Κ.Α., Καθώς και των Επτά (7) ΥΠΕ της Χώρας, για την Εφαρμογή του Έργου της Ανάπτυξης Συστημάτων Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	960.000,00 €
	Ανάπτυξη Προτύπου Μοντέλου Ποιότητας στην Αγωγή Υγείας, Αυτοφροντίδα και Αποκατάσταση Ασθενών με Νεοπλασίες	750.000,00 €
	Θέσπιση Προδιαγραφών Ποιότητας και Ανάπτυξη Προτύπων Λειτουργίας Υπηρεσιών Υγείας	4.000.000,00 €

7.5. ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021-2025

Τον Απρίλιο του 2021, δημοσιεύθηκε στη βουλή το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2021-2025. Το σχέδιο αυτό έχει πενταετή διάρκεια, αποτελείται από μετρήσιμους στόχους, ακολουθεί χρονοδιαγράμματα, χρηματοδοτείται με διαφάνεια και προβλέπει τη συνεργασία φορέων του δημοσίου και υπολοίπων. Βασική φιλοσοφία του σχεδίου είναι η αρχή του ΠΟΥ: «δεν αφήνουμε κανέναν πίσω» (leave no one behind) και η πρόληψη-έγκαιρη διάγνωση-θεραπεία. Η βασική ιδεολογία της στρατηγικής ταυτίζεται με αυτή του Υπουργείου Υγείας, δηλαδή της καταπολέμησης των κινδύνων για την υγεία. Κίνδυνοι που περιλαμβάνουν κοινωνικο-οικονομικά, συμπεριφορά και περιβαλλοντικά ζητήματα. Πρωταρχικός στόχος του σχεδίου είναι η αναβάθμιση της υγείας και του βιοτικού επιπέδου και των υπολοίπων πλευρών της ανθρώπινης ζωής.

Ορίζονται οι οκτώ υπευθυνότητες του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας, στις οποίες είναι η καθοδήγηση, ο έλεγχος των φορέων δημόσιας υγείας, για τη συνεργασία των μονάδων ΠΦΥ και νοσοκομειακής φροντίδας, τη συνεργασία διαφόρων υπουργείων και δημοσίων πολιτικών, την παροχή βοήθειας σε εθελοντικές οργανώσεις που ασχολούνται με τη Δημόσια Υγεία και το σχηματισμό μιας Επιτροπής Εμπειρογνομόνων που θα τον βοηθά στο έργο του. Τέλος, ο γενικός γραμματέας θέτει προς συζήτηση στον Υπουργό Υγείας ζητήματα που έχουν να κάνουν με την ανάπτυξη του σχεδίου, την αξιολόγηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, τις δραστηριότητες που αφορούν επείγουσες καταστάσεις, τις παρεμβάσεις για τους συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου της υγείας(π.χ. διατροφή) και τις διατομεακές παρεμβάσεις κοινωνικών παραγόντων κινδύνου(π.χ. κοινωνικός αποκλεισμός).

Οι αρχές σύμφωνα με τις οποίες διαμορφώθηκε η Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας είναι επτά και πιο συγκεκριμένα αφορούν:

1. Η καταγραφή των στοιχείων που σχετίζονται με τους κινδύνους για την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.
2. Η συνεχής παρακολούθηση και ανάλυση των δεδομένων και των δεικτών υγείας του πληθυσμού.
3. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή αποτελεσματικών προγραμμάτων για τη διαχείριση των κινδύνων για την υγεία των πολιτών, καθώς και των κινδύνων που προκύπτουν από την κλιματική αλλαγή και τη μετακίνηση μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων.
4. Οι προληπτικές, προστατευτικές και βελτιωτικές δράσεις για την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, ειδικά των ευπαθών ομάδων.
5. Ο έλεγχος και η αντιμετώπιση των νοσημάτων υψηλού κινδύνου, όπως ο καρκίνος, καθώς και η πρόληψη, η διαχείριση και η αντιμετώπιση σπάνιων νοσημάτων.
6. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή πολιτικών που προάγουν την υγεία, την ευημερία και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και της ποιότητας της ζωής.
7. Η αναγνώριση και η υποστήριξη των "άτυπων φροντιστών" που παρέχουν φροντίδα σε χρόνια ασθενή στο σπίτι, σε συνεργασία με επαγγελματίες υγείας.

Οι αρχές που διέπουν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τις ενέργειες προς όφελος των πολιτών είναι οι εξής:

1. Η συμμόρφωση προς τις οδηγίες των διεθνών οργανισμών και η ενίσχυση της διπλωματίας για την υγεία σε διεθνές επίπεδο μέσω της συνεργασίας με παρόμοιες χώρες και με την Ευρωπαϊκή Ένωση.

2. Η εδραίωση των δράσεων δημόσιας υγείας σε επιστημονικά τεκμηριωμένες θέσεις, συμπεριλαμβάνοντας τους κανόνες της βιοηθικής και της δεοντολογίας, ενώ ταυτόχρονα διασφαλίζονται τα δικαιώματα των πολιτών.
3. Η μείωση των επιπτώσεων των ανισοτήτων σε θέματα υγείας που σχετίζονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το γήρας, η αναπηρία, το φύλο και η εθνικότητα.
4. Η παρακολούθηση των συμπεριφορικών κινδύνων που σχετίζονται άμεσα με τον σύγχρονο τρόπο ζωής, όπως για παράδειγμα το κάπνισμα, η διατροφή, η καθιστική ζωή, η ανεπαρκής ατομική και στοματική υγιεινή, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και η χρήση ναρκωτικών.
5. Η εφαρμογή πολιτικών πρόληψης κινδύνων δημόσιας υγείας με σκοπό την προστασία των παιδιών, των εφήβων και των ενηλίκων.
6. Η εφαρμογή του Εθνικού Προγράμματος Συστηματικού Προσυμπτωματικού Ελέγχου ως μέσο για την υιοθέτηση πολιτικών πρόληψης κινδύνων δημόσιας υγείας για τους πολίτες.
7. Η προώθηση πολιτικών που στοχεύουν στον περιορισμό των επιβλαβών επιπτώσεων στην υγεία του πληθυσμού από συμπεριφορικούς κινδύνους
8. Η παρακίνηση του ανθρώπινου δυναμικού μέσω της δημιουργίας ομάδων παρότρυνσης για την προώθηση και την υιοθέτηση πολιτικών υγείας που επικεντρώνονται σε θετικές επιλογές και υγιείς συμπεριφορές από τους πολίτες.
9. Η εφαρμογή οριζόντιων διατομεακών πολιτικών που στοχεύουν στη βελτίωση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία, με βαρύτητα στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, εργασίας και της έκθεσης σε πιο υγιείς συνθήκες στο τεχνητό και φυσικό περιβάλλον.
10. Ο σχηματισμός πολιτικών προώθησης δημόσιας υγείας για όλες τις φάσεις της ζωής, με στόχο την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και τη βελτίωση της ποιότητας της, καθώς και των όρων υγείας των πολιτών σε κάθε στάδιο της ζωής τους

Οι Βασικές Αξίες του Επιχειρησιακού Σχεδιασμού του Σχεδίου Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025 :

1. Συνδέεται στενά με το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο για την Υγεία και πηγάζει από αυτό.
2. Σχετίζεται με έναν ξεκάθαρα διατυπωμένο πίνακα στόχων για τη δημόσια υγεία.
3. Οι βασικοί πυλώνες επιλέχθηκαν σύμφωνα με τις αντίστοιχες εθνικές πολιτικές δημόσιας υγείας.
4. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν την προσπάθεια βελτίωσης των γενικών δεικτών δημόσιας υγείας.
5. Η χρηματοδότηση του συνόλου των δράσεων έχει διασφαλιστεί και είναι πραγματοποιήσιμη.
6. Είναι ευέλικτο σε πρωτοβουλίες και πολιτικές που υιοθετούν άλλοι φορείς, εκτός από τα συγκεκριμένα πλαίσια του τομέα της υγείας

Το Λογικό Πλαίσιο του Σχεδιασμού (logical framework)

Το Λογικό Πλαίσιο για το Πενταετές Σχέδιο Δράσης 2021-2025 περιλαμβάνει τις στρατηγικές του Υπουργείου Υγείας, καθώς και τους στόχους και τις δραστηριότητες που έχουν καθοριστεί στα Μεμονωμένα Σχέδια Δράσης για τον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Οι άξονες στρατηγικής είναι έξι και αποτελούνται:

Ο πρώτος άξονας στρατηγικής αποσκοπεί στην Πρωτογενή Πρόληψη του γενικού πληθυσμού, στοχεύει στην αλλαγή συνηθειών και τη μείωση παραγόντων που προκαλούν νοσήματα, όπως το κάπνισμα, η διατροφή, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας και το άγχος. Οι παρεμβάσεις αυτές

Πεδίο	Δείκτης	Πρόγραμμα	Χρηματοδότηση
Διατροφή και Φυσική Άσκηση	Ελάττωση του ποσοστού παιδικής παχυσαρκίας από το 25% στο ελάχιστο 10%, που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ	Α) ΣΧΕΔΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ Β) Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης"	ΕΣΠΑ 2021-2027 και "Σπύρος Δοξιάδης" - ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ 2021-2025
Κάπνισμα	Πτώση του ποσοστού καπνιστών από το 24% στο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που ανέρχεται στο 17%	ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	ΕΣΠΑ 2021-2027
Καρκίνος	Ενημέρωση σχετικά με τους Παράγοντες Κινδύνου, κυρίως σε μαθητές	ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ	ΕΣΠΑ 2021-2027
	Περιορισμός του ποσοστού ασθενών που πάσχουν από καρκίνο	Εθνικό Πρόγραμμα Προ συμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ)	
Εξαρτήσεις	Ελάττωση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών κυρίως σε μαθητές	ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ 2021-2026	—
Αλκοόλ	Μικρότερα ποσοστά	ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ	Εθνικό Πρόγραμμα

	πρόσφατης κατανάλωσης αλκοόλ από άτομα κάτω των 16 ετών από 66,2% σε χαμηλότερα από 48% που είναι ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ	Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης"
Εμβόλια	Αύξηση των εμβολιασμών ετησίως, ιδιαίτερα στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και τους επαγγελματίες της υγείας.	ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ "ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ" και Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕΜΒ)	Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΛΚΑΜΨΗΣ 2021-2025 και ΕΣΠΑ 2021-2027
Ψυχική υγεία	Περιορισμός του του ποσοστού ενδοσχολικής βίας και του επιπέδου στρες που αντιμετωπίζουν οι μαθητές.	ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ "ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ"	Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΛΚΑΜΨΗΣ 2021-2025

Ο δεύτερος άξονας στρατηγικής αποσκοπεί στη Δευτερογενή Πρόληψη μέσω της δωρεάν διενέργειας εξετάσεων για τη γρήγορη ανίχνευση των ασθενειών που δεν έχουν εκδηλωθεί κλινικά.

Πεδίο	Δείκτης	Πρόγραμμα	Χρηματοδότηση
Κάπνισμα	Αύξηση της επίσκεψη ασθενών στα Ιατρεία Διακοπής του Καπνίσματος	ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ	—
Καρκίνος	Περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις για καρκίνο τραχήλου της μήτρας, του μαστού και του παχέος εντέρου	ΕΘΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΛΗΨΗΣ "ΣΠΥΡΟΣ ΔΟΞΙΑΔΗΣ" και Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ)	Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ 2021-2025

<p>Προγεννητική και Περιγεννητική Πρόληψη</p>	<p>Μείωση της βρεφικής θνησιμότητας , σε λιγότερες από 3,5/1000 γεννήσεις</p> <p>-----</p> <p>Μέχρι το 2030, εξάλειψη των θανάτων νεογνών και παιδιών κάτω των πέντε ετών που μπορούν να αποφευχθούν . Με 12 νεογνικούς θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις και της παιδικής θνησιμότητας κάτω των πέντε ετών στους 25 θανάτους ανά 1,000 γεννήσεις.</p> <p>-----</p> <p>Μέχρι το 2030, μείωση της παγκόσμιας μητρικής θνησιμότητας σε λιγότερους από 70 θανάτους ανά 100,000 γεννήσεις.</p>	<p>Εθνικό Πρόγραμμα Συστηματικού Προγεννητικού και Περιγεννητικού Ελέγχου (ΕΠΠΓΕ)</p>	<p>Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ 2021-2025</p>
<p>Εξαρτήσεις</p>	<p>---</p>	<p>ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΑ ΝΑΡΚΩΤΙΚΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΨΥΧΟΤΡΟΠΕΣ ΟΥΣΙΕΣ 2021-2026</p>	<p>ΕΣΠΑ 2021-2027</p>
<p>Αλκοόλ</p>	<p>Εξασφάλιση της παροχής υπηρεσιών αντιμετώπισης της εξάρτησης από το αλκοόλ σε ολόκληρη τη χώρα.</p>	<p>ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΑΛΚΟΟΛ</p>	<p>Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" - ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ 2021-2025</p>

Ο τρίτος άξονας στρατηγικής με Τριτογενή Πρόληψη των επιπλοκών και ανακούφιση για όσους έχουν ήδη πληγεί από νόσο. Οι παρεμβάσεις της αφορούν τον καρκίνο μέσω της βελτίωση των υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας ασθενών με καρκίνο, με το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" και το Σχέδιο δράσης πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και ανακουφιστικής φροντίδας του Καρκίνου. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης "Σπύρος Δοξιάδης" - ΤΑΜΕΙΟ ΑΝΑΚΑΜΨΗΣ 2021-2025 και το ΕΣΠΑ 2021-2027 .

Ο τέταρτος άξονας στρατηγικής με Προστασία του Πληθυσμού σε Έκτακτες Υγειονομικές Καταστάσεις, ιδιαίτερα όπως η Πανδημία COVID 19 .

Πεδίο	Πρόγραμμα	Χρηματοδότηση
Λήψη αποφάσεων που βασίζεται σε αποδεδιγμένα δεδομένα	Επιτροπή Αντιμετώπισης Εκτάκτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας από Λοιμογόνους Παράγοντες ----- Εθνική Επιτροπή προστασίας της Δημόσιας Υγείας έναντι του κορωνοϊού COVID-19	Τακτικός Προϋπολογισμός
Επιχειρησιακός Σχεδιασμός	Επικαιροποίηση του Σχεδίου "ARTEMIS" ----- Οργάνωση της Διεύθυνσης Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας (ΕΚΔΥ) ----- Συνεργασία με εμπλεκόμενους στη διαχείριση της κρίσης δημόσιους Εθνικούς και Διεθνείς φορείς ----- Συντονιστικό Κέντρο Κρίσεων εντός του Υπουργείου Υγείας	Τακτικός Προϋπολογισμός
Πληροφόρηση και πρόληψη για την πανδημία του COVID-19	Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη των Πολιτών για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της	Τακτικός Προϋπολογισμός

	Πανδημίας	
Δράσεις Πρόληψης της Πανδημίας προς τον γενικό Πληθυσμό.	Έλεγχοι Φορέας (testing)- Διενέργεια Rapid Tests στον γενικό Πληθυσμό ----- Μητρώο Ασθενών COVID 19	Τακτικός Προϋπολογισμός

Ο **πέμπτος άξονας στρατηγικής** αφορά την Εγγυημένη Χρηματοδότηση της Δημόσιας Υγείας με διασφάλιση σταθερής χρηματοδοτικής ροής για την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε ολόκληρο τον πληθυσμό της χώρας. Ο άξονας αυτός στοχεύει στην αύξηση της χρηματοδότησης στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Πεδίο	Δείκτης	Πρόγραμμα
Εθνική Χρηματοδότηση	Περισσότερο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν που επιδιώκει την πραγματοποίηση προτεινόμενων προγραμμάτων παρεμβάσεων για την πρόληψη της δημόσιας υγείας.	Εκμετάλλευση των πόρων από τις φορολογίες σχετικές με τον καπνό, τις παραβάσεις που συνδέονται με την εφαρμογή του Νόμου, και τα πρόστιμα που επιβάλλονται κατά τους ελέγχους για την τήρηση των μέτρων που αφορούν την πανδημία COVID-19.
ΣΥΓΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥ ΜΕΝΟΙ ΠΟΡΟΙ ΕΣΠΑ 2021-2027	Περισσότερος Προϋπολογισμός παρεμβάσεων για τη Δημόσια Υγείας συγκριτικά με το ΕΣΠΑ 2014-2020	Εξασφάλιση της υλοποίησης των προτεινόμενων έργων του παρόντος Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγείας με πόρους από τα ΠΕΠ & ΕΠ του ΕΣΠΑ 2021-2027
Ταμείο Ανάκαμψης	Πλήρης κατανάλωση των εγκεκριμένων πόρων του Ταμείου Ανάκαμψης (254 εκατομμύρια ευρώ) μέσα στο έτος 2025.	—
ΠΔΕ	Πλήρης απορρόφηση εντός του 2025 των εγκεκριμένων πόρων από το Ταμείο Ανάκαμψης (61 εκατομμύρια ευρώ).	—
Ευρωπαϊκοί Πόροι	Συμμετοχή του Υπουργείου	Ανάπτυξη πλαισίου

	Υγείας και της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας ως συντονιστικού εταίρου σε επεκταμένα πλαίσια υλοποίησης έργων με ευρωπαϊκή προστιθέμενη αξία.	συνεργασίας με εθνικούς και διεθνείς φορείς Δημόσιας Υγείας για την από κοινού υλοποίηση Δράσεων Ευρωπαϊκής Προστιθέμενης Αξίας στους τομείς αρμοδιότητας της Δημόσιας Υγείας.
--	--	--

Ο έκτος άξονας στρατηγικής περιλαμβάνει την αναβάθμιση του Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, με την αναδιοργάνωση του και τη βελτίωση των υπηρεσιών ας προς όφελος των πολιτών της χώρας. Η στρατηγική αυτή στοχεύει στην καλύτερη διοίκηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας με την εφαρμογή νέων μοντέλων διοίκησης τόσο σε εθνικό όπως και τοπικό επίπεδο.

Στα πεδία παρέμβασης ανήκει η αναδιοργάνωση του συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού για τη βελτίωση της λειτουργίας του, η οποία περιλαμβάνει έξι δείκτες:

1. Μεταρρύθμιση του εθνικού μηχανισμού συγκέντρωσης και επεξεργασίας πληροφοριών σχετικά με την υγεία.
2. Δημιουργία ενός συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης για την παρακολούθηση των νοσημάτων.
3. Ενδυνάμωση των μέτρων για την επιβλεπόμενη παρακολούθηση, πρόληψη και αντιμετώπιση των λοιμώξεων που εμφανίζονται στα νοσοκομεία, είτε πρόκειται για δημόσιες είτε ιδιωτικές υγειονομικές μονάδες
4. Οργάνωση ενός περιφερειακού μηχανισμού για τον έλεγχο του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.
5. Έλεγχος της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε εθνικό επίπεδο.
6. Επιτήρηση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε επίπεδο περιφέρειας.

Επίσης, η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της Δημόσιας Υγείας που αποσκοπεί:

1. Ανάπτυξη ενός προγράμματος εκπαίδευσης για τα στελέχη του Υπουργείου Υγείας και των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
2. Εκπαίδευση του προσωπικού των δημόσιων υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
3. Εκπαίδευση του προσωπικού των μονάδων υγείας σχετικά με τη διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας εντός των μονάδων τους.
4. Προγράμματα ευαισθητοποίησης και επιμόρφωσης του προσωπικού σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
5. Εξειδίκευση των νοσηλευτών που δεν έχουν εργασία στον τομέα της Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

Ένα ακόμα πεδίο παρέμβασης ανήκει η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της απόδοσης της δημόσιας υγείας.

1. Βελτίωση της υποδομής και του εξοπλισμού στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

2. Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, τόσο στον τομέα της δομής όσο και της λειτουργίας τους.
3. Αναδιοργάνωση των φορέων που είναι υπεύθυνοι για την εποπτεία στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.
4. Βελτίωση και ενημέρωση των υποδομών των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.

Ο τρόπος που λειτουργούν οι μηχανισμοί που εφαρμόζονται για να ανταποκριθούμε αποτελεσματικά και γρήγορα σε απρόβλεπτους κινδύνους και απειλές. Οι δείκτες είναι οι εξής:

1. Δημιουργία και εξοπλισμός επιδημιολογικών φραγμών σε πύλες εισόδου της χώρας και στα διεθνή αεροδρόμια. Ομοίως, η δημιουργία φραγμών στα λιμάνια.
2. Ενίσχυση της υγειονομικής προστασίας σε περιοχές με υψηλές προσφυγικές ροές.
3. Παροχή ιατρικής φροντίδας και εξυπηρέτηση των υγειονομικών αναγκών των προσφύγων και μεταναστών.

Στα πεδία παρέμβασης ανήκει η προσαρμογή για αύξηση της αποδοτικότητας των περιβαλλοντικών υγειονομικών μέσων. Στους δείκτες ανήκουν:

1. Προώθηση πρωτοβουλιών και δημιουργία δικτύων για την ορθή μεταχείριση επικίνδυνων αποβλήτων στις υγειονομικές δομές.
2. Βελτίωση των υποδομών και των εγκαταστάσεων για τη διαχείριση των αποβλήτων στις υγειονομικές μονάδες.
3. Δημιουργία κατευθυντηρίων οδηγιών και ενσωμάτωση πιστοποιημένων διαδικασιών για τη διαχείριση των αποβλήτων που περιέχουν μολυσματικό υλικό στις ιδιωτικές δομές υγείας.
4. Εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών και μεθόδων ελέγχου της ποιότητας του πόσιμου νερού.
5. Δημιουργία Εθνικών Οδηγιών για την προστασία της περιβαλλοντικής υγείας.
6. Ενίσχυση του εξοπλισμού των περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας για την παρακολούθηση παραγόντων περιβαλλοντικής υγείας.
7. Υιοθέτηση μέτρων για την προστασία της χλωρίδας και πανίδας με ειδική εστίαση στο αστικό περιβάλλον.

Άλλο ένα πεδίο που περιλαμβάνει ο έκτος άξονας είναι η αναβάθμιση της ποιότητας και της επιστημονικής αξιοπιστίας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Τρεις είναι οι δείκτες που αφορούν :

1. Πιστοποίηση των εργαστηρίων της Δημόσιας Υγείας.
2. Δημιουργία οδηγιών για τον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
3. Διαμόρφωση κανονισμών και οδηγιών προστασίας της Δημόσιας Υγείας, τόσο σε δημόσιες όσο και σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Από την άλλη υπάρχει ως προς τη δημόσια υγεία η Πληροφορική οργάνωση, η οποία περιλαμβάνει:

1. Ενδυνάμωση της πληροφορικής υποδομής των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας.
2. Βελτίωση της πληροφορικής υποδομής των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
3. Λειτουργική διασύνδεσης μεταξύ των κεντρικών, περιφερειακών, δημοτικών

υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας και των κεντρικών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας.

4. Δημιουργία Εθνικής Βάσης Δεδομένων για την καταγραφή και διαχείριση των υγειονομικών δεδομένων.
5. Θέσπιση Εθνικών Αρχείων για τα Νοσήματα με σκοπό την καλύτερη παρακολούθηση της δημόσιας υγείας.
6. Ανάπτυξη λογισμικών εργαλείων για την παροχή υπηρεσιών από απόσταση
7. Ψηφιοποίηση των Εθνικών Οδηγών, Κατευθυντηρίων Οδηγιών και Πρωτοκόλλων Θεραπείας και Φροντίδας προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση

Το πεδίο παρέμβασης της υποχρέωση για τη διαφάνεια και την προώθηση του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, καθώς και τη βελτίωση της επικοινωνιακής προσέγγισης του. Οι στόχοι του είναι:

1. Προώθηση της διαφάνειας και της ευθύνης των παρεχόμενων υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
2. Δημιουργία ενός εθνικού διαδραστικού πύργου για την προώθηση της Δημόσιας Υγείας.
3. Αύξηση της ενημέρωσης και της ευαισθητοποίησης του κοινού.

Οι ενέργειες που επιδιώκουν την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας με έμφαση στην εξωστρέφεια, αποτελούν ένα άλλο πεδίο παρέμβασης του έκτου άξονα. Οι ενέργειες αυτές περιλαμβάνουν:

1. Πραγματοποίηση ερευνών ως προς τα φάρμακα για την προώθηση της παραγωγής προηγμένων προϊόντων και εφαρμογών, όπως η ιατρική κάνναβη.
2. Ενίσχυση της στενότερης συνεργασίας ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.
3. Αναβάθμιση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά υγείας, με την επέκταση της στον Τουρισμό Υγείας και επομένως την δημιουργία νέων πηγών εσόδων.
4. Ενίσχυση των Διασυνοριακών Κέντρων Υγείας σε όλες τις βαθμίδες.
5. Απλοποίηση της προσφοράς υπηρεσιών υγείας μεταξύ των κρατών.

Ο Άξονα τελειώνει με τη δήλωση για "Δημόσια Υγεία σε όλες τις Πολιτικές" που στοχεύει:

1. Ανασχεδίαση της οργάνωσης και της λειτουργίας των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας για να επιτευχθεί αποτελεσματική υλοποίηση της Εθνικής Πολιτικής Δημόσιας Υγείας και να καθοριστούν οι Εθνικοί Στόχοι.
2. Στη συνεργασία σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
3. Δημιουργία ενός συστήματος ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση των βαθμίδων α' και β'.
4. Κωδικοποίηση των νομοθετικών διατάξεων που αφορούν τη Δημόσια Υγεία.

7.5.1. Το Εθνικό Πρόγραμμα Πρόληψης «Σπύρος Δοξιάδης» 2021-2025

Η βελτίωση της υγείας συνδέεται με την πρόληψη, τη διαχείριση των υγειονομικών προβλημάτων και την ελάττωση των παραγόντων κινδύνου για τη δημόσια υγεία, όπως οι περιβαλλοντικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία. Παρά το γεγονός ότι τα τελευταία είκοσι χρόνια το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στη χώρα μας αυξάνεται και βρίσκεται ελαφρώς πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ (81,1 έτη έναντι 80,6 έτη), η χώρα αντιμετωπίζει αρκετές δυσκολίες. Αυτές περιλαμβάνουν μακροχρόνιες κοινωνικο-οικονομικές ανισοτιμίες στην υγεία, συμπεριφορικούς παράγοντες που αυξάνουν τη νοσηρότητα και τον τρόπο ζωής. Στην Ελλάδα το 42% των θανάτων οφείλονται σε

συμπεριφορικούς παράγοντες, ενώ στην ΕΕ το 39%. Παραδείγματα περιλαμβάνουν το υψηλό ποσοστό καπνίσματος και την αύξηση του σωματικού βάρους, που επιδρούν αρνητικά στην υγεία και ασκούν πίεση στο σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα ο συνδυασμός απουσίας φυσικής δραστηριότητας και κακής διατροφής ευθύνεται για το 21% των θανάτων, ενώ το αλκοόλ για 4%. Στους παράγοντες κινδύνου εντοπίζεται η επιδείνωση της ψυχικής υγείας των πολιτών, οι υγειονομικές ανάγκες των μεταναστών και των προσφύγων και η αύξηση της επίπτωσης μεταδοτικών ασθενειών.

Οι συνθήκες τη σήμερον ημέρα, με την πολυπλοκότητα των νοσημάτων και τις προκλήσεις της υγειονομικής πολιτικής καθιστούν ακόμα πιο αναγκαίο το ρόλο της δημόσιας υγείας. Ειδικότερα, η πανδημία του κορωνοϊού φανέρωσε την ανάγκη για ένα σύγχρονο σύστημα υγείας.

Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, οφείλει να παρακολουθήσει και εκτιμήσει τις ανάγκες του πληθυσμού. Να προλάβει και ελέγξει λοιμώδη νοσήματα, αλλά και παρακολουθήσει τους φυσικούς πόρους, τα λύματα και την ατμοσφαιρική ρύπανση ώστε να επιτευχθεί η διατήρηση ενός υγιούς περιβάλλοντος κυρίως στα σημεία εισόδου της χώρας.

Στο πρόγραμμα «Σπύρος Δοξιάδης», πρόκειται να δαπανηθεί το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του Πενταετούς Σχεδίου Δράσης Δημόσιας Υγείας 2021-2025. Στο εν λόγω πρόγραμμα περιλαμβάνονται παρεμβάσεις και δράσεις, σύμφωνα με το επίπεδο του επιθυμητού αποτελέσματος στον τομέα ιδίως όταν αφορούν ευάλωτες ομάδες πληθυσμού.

Στρατηγικοί Στόχοι

7.5.1.1. Στον τομέα της πρωτογενούς πρόληψης, πραγματοποιούνται παρεμβάσεις και ενέργειες που αποσκοπούν στην ελάττωση της εμφάνισης νοσημάτων, αναπηριών ή βλαβών πριν ακόμα εμφανιστούν.

Χρηματοδότηση: 381.2 εκατ. ευρώ

Επιχειρησιακοί Στόχοι:

α) Εθνικό Πρόγραμμα Προαγωγής της Σωματικής Άσκησης και της Υγιεινής Διατροφής (ΕΠΠΣΑΥΔ)

Δείκτες Επιχειρησιακού Σχεδιασμού

1. Δράσεις Αγωγής και Προαγωγής στο 10% (1455) των σχολείων
2. Εκπαίδευση σε πάνω από 10.000 δάσκαλους και καθηγητές
3. συμμετοχή των συλλόγων Γονέων και Κηδεμόνων σε πρωτοβουλίες εκπαίδευσης σχετικά με τα πλεονεκτήματα της υγιεινής διατροφής
4. συμμετοχή 2.000 συλλόγων Γονέων και Κηδεμόνων σε πρωτοβουλίες εκπαίδευσης σχετικά με τα πλεονεκτήματα την άσκηση
5. Βελτίωση του 10% των χώρων και του εξοπλισμού που απαιτείται για την σχολική άθληση
6. Πραγματοποίηση 13 Περιφερειακών Προγραμμάτων Άθλησης Γενικού Πληθυσμού
7. Το 15% του πληθυσμού των μαθητών, να πάρει μέρος σε αθλητικές δραστηριότητες πέραν σχολικού προγράμματος
8. Το 50% του πληθυσμού των μαθητών, να ενημερωθεί ως προς την άσκηση και την σωστή διατροφή

9. Πραγματοποίηση 1455 δράσεων Αγωγής και Προαγωγής σε σχολεία

Περιγραφή:

Αποτελεί τη μεγαλύτερη παρέμβαση του συγκεκριμένου προγράμματος, με ενέργειες στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια βαθμίδα της εκπαίδευσης και κυρίως σε ανήλικους με υψηλά επίπεδα φτώχειας. Οι ενέργειες αυτές αναγράφονται στο Εθνικό Σχέδιο Διατροφικής Πολιτικής.

Αντικείμενο:

Επιθεώρηση και ρύθμιση των κινδύνων που συνδέονται με την κακή διατροφή και την απουσία φυσικής δραστηριότητας.

Αναμενόμενο κόστος: 132.915.485,30 €

Ωριμότητα Παρέμβασης: Νόμος 4675/2020

β) Εθνικού Προγράμματος Αντιμετώπισης του Αλκοόλ (ΕΠΑΑ)

Δείκτες Επιχειρησιακού Σχεδιασμού

1. Επένδυση και λειτουργία 7 εγκαταστάσεων αποτοξίνωσης
2. Συμμετοχή 2.000 Συλλόγων Γονέων και Κηδεμόνων σε προγράμματα κατά της χρήσης αλκοόλ και άλλων νόμιμων εξαρτήσεων
3. Εγκατάσταση και λειτουργία γραμμής υποστήριξης για την αντιμετώπιση της εξάρτησης από το αλκοόλ.
4. Πραγματοποίηση 13 Περιφερειακών Προγραμμάτων στον πληθυσμό-στόχο, με επεμβάσεις που αφορούν περισσότερα από 200.000 άτομα.

Περιγραφή:

Η υπέρμετρη κατανάλωση αλκοόλ επιδρά αρνητικά στη δημόσια υγεία καθώς σχετίζεται με ελάττωση της αποδοτικότητας του ατόμου στην εργασία του, με αύξηση ανεργίας, αλλά και των δαπανών του συστήματος υγείας για τη φροντίδα τους. Οι επιπτώσεις του αλκοόλ είναι ορατές και στους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης του ΟΗΕ, ιδίως ως προς την υγεία των μητέρων και των παιδιών, αλλά και την εμφάνιση ψυχικών νόσων και τραυματισμών. Δεδομένα της πανευρωπαϊκής έρευνας RARHA –SEAS του 2015, δείχνουν πως ένας στους δύο ανθρώπους 18-64 χρονών πίνει σε εβδομαδιαία βάση, ενώ ένας στους δέκα καθημερινά. Τα ποσοστά αυτά φαίνονται μεγαλύτερα σε άνδρες, αντί για γυναίκες.

Αντικείμενο:

Δράσεις που προλαμβάνουν κινδύνους που προκύπτουν από την κατανάλωση αλκοόλ, κυρίως σε μαθητές και εγκύους. Οι κατευθύνσεις του προγράμματος είναι:

1. Η πραγματοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα σχολεία για την αντιμετώπιση των δυσμενών επιπτώσεων της χρήσης αλκοόλ, η οποία συντονίζεται από το Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής (ΙΕΠ).
2. Έντονοι έλεγχοι στους χώρους πώλησης του αλκοόλ, κυρίως ως προς την παράνομη πώληση σε ανήλικους
3. Η διαμόρφωση ενημερωτικών προτάσεων και η ενίσχυσης των κυρώσεων για τις παραβάσεις που καλύπτονται από την ισχύουσα νομοθεσία.
4. ενδυνάμωση των κέντρων απεξάρτησης και των εκστρατειών που στοχεύουν στην πληροφόρηση, ιδίως ανήλικων, εγκύων και οδηγών.

5. Η δημιουργία τηλεφωνικών κέντρων για τη στήριξη των αλκοολικών
6. Εφαρμογή προγραμμάτων που απευθύνονται σε παιδιά, εγκύους και άτομα με προβλήματα συμπεριφοράς.

Αναμενόμενο κόστος: 28.260.000,00 €

γ) Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕΜΒ)

Δείκτες Επιχειρησιακού Σχεδιασμού

1. Προμήθεια 4 εκατομμυρίων αντιγριπικών εμβολίων για να καλυφθούν οι ανάγκες, με αύξηση της ποσότητας κατά 2,0% σε σύγκριση με το 2018-2019.
2. Αύξηση κατά 8,1% στους εμβολιαζόμενους κατά της γρίπης μεταξύ του επαγγελματικού προσωπικού των νοσοκομείων και αύξηση κατά 12,2% του ποσοστού εμβολιασμού μεταξύ του επαγγελματικού προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Περιγραφή:

Καλύπτει συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, περιλαμβάνοντας ανήλικους, ενήλικες, μετακινούμενους πληθυσμούς και όσους κινδυνεύουν. Το πρόγραμμα εμπεριέχει επίσης προγράμματα εμβολιασμών για όλες αυτές τις ομάδες.

Αντικείμενο: Το πρόγραμμα στηρίζεται σε δύο άξονες:

1. Η χρήση Ψηφιακού Βιβλιαρίου Εμβολιασμών για παιδιά και εφήβους.
2. Εφαρμογή του Ετήσιου Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμών.

Αναμενόμενο κόστος: 126.994.900,00 €

δ) Πρόληψη σε παιδιά και εφήβους ως προς ψυχοκοινωνικά ζητήματα

Περιγραφή:

Η παρέμβαση αποσκοπεί στην πρωτογενή πρόληψη των καινούριων παραγόντων της ψυχοκοινωνικής υγείας των παιδιών και των εφήβων.

Αντικείμενο:

1. Παροχή πληροφοριών σχετικά με την ενδοσχολική και ηλεκτρονική βία και εκπαίδευση σχετικά με τη διαχείριση και επίλυση προβλημάτων στο πλαίσιο του σχολείου.
2. Πληροφόρηση σχετικά με τις συναισθηματικές δυσκολίες, όπως το άγχος και η κατάθλιψη.
3. Η ορθή σεξουαλική αγωγή των παιδιών.
4. Παροχή πληροφοριών σχετικά με την επίδραση των ψηφιακών μέσων στα παιδιά και τους τρόπους πρόληψης από την ηλεκτρονική εξάρτηση.

Αναμενόμενο κόστος: 52.135.000,00€

ε) Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας, εστιάζοντας ιδιαίτερος στην πρόληψη , σε ηλικίες 6-18 ετών.

Περιγραφή:

Αποτελεί επιστημονικά αποδεδειγμένο γεγονός ότι η παρέμβαση στην παιδική και εφηβική ηλικία έχει κρίσιμη σημασία για την ανάπτυξη των παιδιών και τη μετέπειτα υγεία τους. Με τον τρόπο αυτό όχι μόνο βοηθά στην πρόληψη προβλημάτων υγείας, αλλά και στη διάρθωση ανισοτήτων και αποκλεισμών στην οδοντιατρική φροντίδα. Επιπλέον, συμβάλλει στη

δημιουργία πολιτών που αντιλαμβάνονται τη σημασία της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας τους, προωθώντας έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Η εστίαση του Συστήματος Υγείας προς την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας είναι κρίσιμη, διασφαλίζοντας την ισότιμη πρόσβαση σε όλους στις υπηρεσίες υγείας. Αυτή η παρέμβαση έχει σπουδαία οφέλη για την υγεία και την ποιότητα ζωής των πολιτών, ενώ ταυτόχρονα μπορεί να ελαττώσει το οικονομικό βάρος που αναλαμβάνουν τόσο τα νοικοκυριά όσο και τα συστήματα υγείας και ασφάλισης. Αυτό είναι σημαντικό, διότι ανακουφίζει από το οικονομικό βάρος που προκύπτει από την περίθαλψη των συνεπειών της κακής στοματικής υγείας και των οδοντιατρικών νόσων που συνδέονται με γενικές παθήσεις.

Αντικείμενο: Ενδεικτικές δράσεις που θα χρηματοδοτούνται από το Πρόγραμμα «Σπύρος Δοξιάδης» είναι:

1. Επιδημιολογική έρευνα για την εκτίμηση της στοματικής υγείας.
2. Δημιουργία κινητών μονάδων στοματικής υγείας προκειμένου να προσφερθεί προληπτική και θεραπευτική φροντίδα σε ιδιαίτερες ομάδες του πληθυσμού, όπως πρόσφυγες, Ρομά, άπορους, εξαρτημένους, ψυχικά νοσούντες και άλλους.
3. Παροχή οδοντιατρικής φροντίδας, ιδίως σε ηλικίες 6-18 ετών

Αναμενόμενο κόστος: 40.960.626,84 €

7.5.1.2. Στον τομέα της πρόληψης, γίνονται παρεμβάσεις για την πρόωρη ανίχνευση υπαρκτών αλλά όχι ακόμα κλινικά ορατών νοσημάτων.

Χρηματοδότηση: 150.7 εκατ ευρώ

Επιχειρησιακοί Στόχοι

α) Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου (ΕΠΠΕ), στον γενικό πληθυσμό

Δείκτες Επιχειρησιακού Σχεδιασμού

1. Παροχή δωρεάν προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας σε ποσοστό 50% των γυναικών ηλικίας 21-65 ετών, σε χρονικό διάστημα 3 ετών.
2. Πραγματοποίηση δωρεάν προληπτικών εξετάσεων για Ca μαστού στο 85% των γυναικών (50-69 ετών) σε βάθος 3 ετών
3. Παροχή δωρεάν προληπτικών εξετάσεων για καρκίνο παχέος εντέρου στο 10% του ενεργού πληθυσμού σε βάθος 2 ετών (50-69 ετών) σε βάθος 3 ετών
4. Διενέργεια δωρεάν προληπτικών εξετάσεων για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής στο 20% του ενεργού πληθυσμού της Χώρας σε βάθος 3 ετών (50-69 ετών)
5. Διενέργεια δωρεάν προληπτικών εξετάσεων για καρδιαγγειακό κίνδυνο στο 20% του ενεργού πληθυσμού της Χώρας σε βάθος 3 ετών (50-69 ετών)

Περιγραφή:

Παρατηρείται μια ανησυχητική αύξηση των θανάτων από καρκίνο και στα δύο φύλα, στην Ελλάδα συγκριτικά με τις άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Πιο συγκεκριμένα, στους άνδρες ο καρκίνος του πνεύμονα είναι η πρώτη αιτία θανάτου, έπεται ο καρκίνος του προστάτη και του παχέος εντέρου. Ομοίως στις γυναίκες, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι επίσης η πρώτη αιτία θανάτου, ακολουθεί ο καρκίνος του μαστού και του παχέος εντέρου.

Ωστόσο, θετικά νέα είναι ότι μια πρόσφατη έρευνα έδειξε μείωση της θνησιμότητας, που μπορούμε να προλάβουμε κατά 30,5%. Αυτή η μείωση αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην παροχή καλύτερων υπηρεσιών υγείας και στην ενίσχυση της πρόληψης και της γρήγορης διάγνωσης. Είναι σημαντικό να συνεχίσουν οι προσπάθειες για την πρόληψη και την πρόωρη ανίχνευση του καρκίνου, καθώς αυτές οι πρακτικές έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση των θανάτων από αυτήν την ασθένεια.

Επιστημονικά στοιχεία υποδεικνύουν τη σημασία της περιοδικής γυναικολογικής εξέτασης σε συνδυασμό με το τεστ Παπανικολάου για τη μείωση της θνησιμότητας από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Σύμφωνα με τα δεδομένα, αυτή η πρακτική μπορεί να μειώσει τους θανάτους κατά 70%. Ωστόσο, αν και αυτή η εξέταση είναι σημαντική, στην Ελλάδα παρατηρείται χαμηλό ποσοστό γυναικών που την υποβάλλονται. Σύμφωνα με ανεπίσημα δεδομένα, μόνο το 25-30% των επιλέξιμων γυναικών υποβάλλονται σε έλεγχο, και αυτό συχνά γίνεται μόνο κάθε 2-3 χρόνια.

Επίσης, ο μαστογραφικός έλεγχος είναι σημαντικός για τη μείωση της θνησιμότητας λόγω καρκίνου του μαστού, καθώς μπορεί να τη μειώσει κατά 35%. Ωστόσο, και σε αυτήν την περίπτωση, παρατηρείται χαμηλό ποσοστό γυναικών που υποβάλλονται σε αυτόν τον έλεγχο. Σύμφωνα, πάλι με ανεπίσημα στοιχεία μόνο το 40-50% των γυναικών που πρέπει να υποβάλλονται σε έλεγχο για καρκίνο του μαστού τον διεκπεραιώνουν. Είναι σημαντικό να

ευαισθητοποιηθεί η κοινότητα και οι γυναίκες για τη σημασία αυτών των εξετάσεων για τη διατήρηση της υγείας τους. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα στοχεύει στο γενικό πληθυσμό

Αντικείμενο: Περιλαμβάνει την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων, χωρίς χρέωση για:

1. τον τράχηλο της μήτρας
2. τον καρκίνο του μαστού
3. το παχύ έντερο
4. το ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής
5. καρδιακούς κινδύνους
6. Τέλος περιλαμβάνει ενέργειες πληροφόρησης

Αναμενόμενο κόστος: 124.233.948,65 €

β) Εθνικό Πρόγραμμα Συστηματικού Προγεννητικού και Περιγεννητικού Ελέγχου (ΕΠΠΓΕ)

Δείκτες Επιχειρησιακού Σχεδιασμού

1. Προγεννητικός έλεγχος για το 33% των γυναικών που υλοποιείται ετησίως, ιδιαίτερα όσων είναι κάτω από το όριο της φτώχειας.
2. Περιγεννητικός έλεγχος μετά τη γέννηση για το 33% των νεογνών, με διάστημα 3 ετών υλοποίησης του προγράμματος.

Περιγραφή:

Το πρόγραμμα αυτό στοχεύει στην προστασία και τη βελτίωση της υγείας κατά την προγεννητική και περιγεννητική περίοδο. Αποτελείται από ένα σύνολο εργαστηριακών ελέγχων κατά την προγεννητική περίοδο, καθώς επίσης διευρύνει το Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών (ΕΠΠΝ) για την έγκαιρη διάγνωση σπάνιων αλλά σοβαρών νοσημάτων. Συγκεκριμένα, το πρόγραμμα προβλέπει την εξέταση τριάντα δύο (32) συγγενών ανωμαλιών από τις τέσσερις (4) που εξετάζονται από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού. Επιπλέον, έχει παρεμβάσεις για την πρόληψη της Νωτιαίας Μυϊκής Ατροφίας (SMA) με την πραγματοποίηση ειδικής εξέτασης DNA σε όλες τις εγκύους.

Αναμενόμενο κόστος: 26.515.096,00 €

7.5.1.3. Στον τομέα της **τριτογενούς πρόληψης**, οι παρεμβάσεις γίνονται για την πρόληψη της ανικανότητας, την αποκατάσταση και την πρόληψη των υποτροπών σε νόσο που είναι κλινικά ορατή, καθώς και την υποστήριξη όσων αντιμετωπίζουν μακροχρόνια και πολύπλοκα προβλήματα υγείας, με στόχο την αύξηση της λειτουργικότητας τους, της ποιότητας ζωής και του προσδόκιμου ζωής.

Χρηματοδότηση: 50.9εκατ ευρώ

Επιχειρησιακοί Στόχοι

α) Εθνικό Πρόγραμμα Ψυχοκοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης για άτομα με σοβαρά Ψυχοκοινωνικά Προβλήματα (ΕΠΨΕΑΑΨΥΠ)

Δείκτες Επιχειρησιακού Σχεδιασμού

1. Επανένταξη και αποκατάσταση 600 ατόμων.
2. 27 Κοινωνικές Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Πρόνοιας (ΚΟΙΣΠΕ)
3. Προσφέρεται εργασία με μηνιαίο εισόδημα 694,44€ για διάρκεια 2 ετών.

Περιγραφή:

Αυτή η πρωτοβουλία αφορά όσους αντιμετωπίζουν ψυχοκοινωνικά προβλήματα (ΕΠΨΕΑΑΨΥΠ), και στοχεύει στη βελτίωση της ενσωμάτωσής τους στον κοινωνικό και εργασιακό βίο. Σκοπός της είναι η μείωση του βάρους των ψυχικών διαταραχών που αντιμετωπίζουν αυτά τα άτομα, καθώς και των επιπτώσεών τους στους ίδιους, τις οικογένειές τους και τη γενική κοινότητα. Το Πρόγραμμα χρηματοδοτεί δράσεις που αποσκοπούν στην κοινωνική ένταξη και την επανένταξη ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Αυτές οι δράσεις θα υλοποιηθούν σε συνεργασία με τα δίκτυα των ΚΟΙΣΠΕ και θα παρέχουν μηνιαίο εισόδημα σε περίπου 600 ωφελούμενους κατά τη διάρκεια της περιόδου χρηματοδότησης.

Αναμενόμενο κόστος: 10.000.000,00 €

β) Ανακουφιστική Φροντίδα Για Ασθενείς με Καρκίνο

Επιχειρησιακοί Στόχοι

1. Ανακουφιστική φροντίδα 2.000 ατόμων.
2. Δημιουργία ανακουφιστικών υποδομών σε τουλάχιστον 20 μεγάλα γενικά νοσοκομεία

Περιγραφή:

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναφέρεται σε αυτή την πρακτική, δηλώνοντας ότι έχει ως στόχο την καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων που αντιμετωπίζουν χρόνιες ασθένειες, ιδίως τον καρκίνο, καθώς και των οικογενειών τους. Η κεντρική προσπάθειά της είναι η πρόληψη και η ανακούφιση μέσω της γρήγορης αναγνώρισης, της σωστής εκτίμησης

και της αποτελεσματικής θεραπείας του χρόνιου πόνου και άλλων αναγκών, είτε αυτές είναι σωματικές, ψυχοκοινωνικές ή πνευματικές.

Στην Ελλάδα, οι περισσότεροι ασθενείς που χρειάζονται Ανακουφιστική Φροντίδα καλύπτονται κυρίως από την παροχή φροντίδας στο σπίτι τους. Σε χώρες όπου η Ανακουφιστική Φροντίδα είναι καλά ανεπτυγμένη, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Αυστραλία και πολλές ευρωπαϊκές χώρες, η παροχή Ανακουφιστικής Κατ' Οίκον Φροντίδας επιτρέπει στους ασθενείς να αποφύγουν την εισαγωγή στο νοσοκομείο και τα συνακόλουθα υψηλά έξοδα. Πολλοί ασθενείς επιλέγουν να παραμένουν στο ίδιο το σπίτι τους όταν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας αντί σε κάποια δομή. Η Ανακουφιστική Φροντίδα παρέχει αυτή τη δυνατότητα, δίνοντας πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας 24/7, και υποστηρίζοντας τους οικογενειακούς φροντιστές, οι οποίοι αναλαμβάνουν πάνω από το 90% της φροντίδας. Υπολογίζεται πως 600 ασθενείς κάθε ημέρα από διαθέσιμους παρόχους ξενώνων και υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχεί σε λιγότερο από 1% των αναγκών σε Ανακουφιστική Φροντίδα για θανόντες ασθενείς (62.000) και ακόμη λιγότερο αν συνυπολογίσουμε τις ανάγκες των μη θανόντων ασθενών (135.000) σύμφωνα με την επιτροπή Lancet. Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτή η εκτίμηση δεν περιέχει υπηρεσίες που παρέχονται σε κλινικές πόνου και άλλα θεραπευτικά κέντρα, και ότι το ποσοστό κάλυψης των αναγκών θα παραμένει χαμηλότερο του 10%.

Αντικείμενο: Παρεμβάσεις όπως:

1. Δημιουργία μιας Εθνικής Στρατηγικής για την Ανακουφιστική Φροντίδα του Καρκίνου.
2. Πρόταση θεσμοθέτησης για τη ρύθμιση την ανακουφιστική φροντίδα.
3. Δημιουργία Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ανακουφιστική Φροντίδα.
4. Ενισχύει τις υποδομές Ανακουφιστικής Φροντίδας εντός των δομών υγείας.
5. Οργάνωση υπηρεσιών Ανακουφιστικής Φροντίδας.

Αναμενόμενο κόστος: 50.939.496,00 €

7.5.1.4. Ο λειτουργικός εκσυγχρονισμός του συστήματος Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει παρεμβάσεις για την οργανωτική και διοικητική αναδιοργάνωση του ίδιου του συστήματος Δημόσιας Υγείας.

Τελευταία το δημόσιο σύστημα υγείας δοκιμάστηκε από μεγάλες περικοπές στον προϋπολογισμό, που είχαν σημαντικές επιπτώσεις στη χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Αυτό συνέβη την ίδια περίοδο που οι δείκτες φτώχειας αυξήθηκαν. Ταυτόχρονα, υπήρξε μια μεγάλη είσοδος προσφύγων και μεταναστών, που αύξησε τις υγειονομικές ανάγκες αλλά και παρουσίασε πολιτισμικές ιδιαιτερότητες που απαιτούσαν ειδική προσέγγιση. Είναι ένα πρόγραμμα μεταρρύθμισης που είναι συμμετοχικό και συνεργατικό, με στόχο να επιτευχθεί συμπερίληψη, ισότητα και υψηλής ποιότητας παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Χρηματοδότηση: 75.8 εκατ. ευρώ

α) Αναδιοργάνωση του Συστήματος Παρακολούθησης της Υγείας του Πληθυσμού

Επιχειρησιακοί Στόχοι

1. Συλλογή και ανάλυση πληροφοριών
2. Δημιουργία ενός συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης νοσημάτων.
3. πρωτοβουλίες για την επιδημιολογική παρακολούθηση, πρόληψη και αντιμετώπιση των νοσοκομειακών λοιμώξεων σε δημόσιες είτε για ιδιωτικές δομές

β) Προώθηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Επιχειρησιακοί Στόχοι

1. Βελτίωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας
2. αναδιάρθρωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας
3. Αναδιάρθρωση της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας
4. Βελτίωση των υποδομών των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.

γ) Σε επείγουσες καταστάσεις προτίμηση μηχανισμών ταχείας αντίδρασης

Επιχειρησιακοί Στόχοι

1. Δημιουργία επιδημιολογικών φραγμών στις πύλες εισόδου της χώρας και στα αεροδρόμια
2. Ομοίως, στα λιμάνια.
3. Ενίσχυση της υγειονομικής προστασίας σε περιοχές που επηρεάζονται από τις προσφυγικές ροές.
4. Παροχή υγειονομικής φροντίδας για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες

δ) Αύξηση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών περιβαλλοντικής υγείας

Επιχειρησιακοί Στόχοι

1. Δημιουργία πρωτοβουλιών για την ασφαλή διαχείριση επικίνδυνων αποβλήτων από υγειονομικές μονάδες.
2. Εμπλουτισμός του εξοπλισμού των περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας προκειμένου να είναι δυνατός ο έλεγχος παραγόντων περιβαλλοντικής υγείας.
3. Εφαρμογή δράσεων προστασίας της χλωρίδας και πανίδας, ιδιαίτερα στις πόλεις.

ε) Προώθηση της ποιότητας και της επιστημονικής εγκυρότητας στις υπάρχουσες υπηρεσίες

Επιχειρησιακοί Στόχοι

1. Αναγνώριση, ύστερα από αξιολόγηση των εργαστηρίων της Δημόσιας Υγείας.
2. Ανάπτυξη οδηγιών για τη λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
3. Διαμόρφωση κανονισμών και οδηγιών για τη διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας, περιλαμβανομένων των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

στ) Εφαρμογή της πληροφορικής στη Διαχείριση της Δημόσιας Υγείας

Επιχειρησιακοί Στόχοι

1. Διασυνδέσεις σε λειτουργικό επίπεδο μεταξύ κεντρικών, περιφερειακών, δημοτικών υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας με τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας.
2. Δημιουργία Εθνικής Βάσης Δεδομένων για τη συγκέντρωση και ανάλυση δεδομένων υγείας.
3. Δημιουργία Εθνικών Αρχείων για τα νοσήματα, προκειμένου να διευκολυνθεί η επιστημονική έρευνα και η αντιμετώπιση των ασθενειών.
4. Ανάπτυξη λογισμικών εργαλείων για την παροχή υπηρεσιών υγείας από απόσταση (τηλεϊατρική και φροντίδα στο σπίτι)
5. Ψηφιοποίηση των Εθνικών Οδηγών, Κατευθυντηρίων Οδηγιών και Πρωτοκόλλων Θεραπείας και Φροντίδας.
6. Δημιουργία εθνικού διαδραστικού portal για τη Δημόσια Υγεία, προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση σε πληροφορίες και υπηρεσίες υγείας.

ζ) Οριζόντιες Δράσεις για την Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας.

Επιχειρησιακοί Στόχοι

1. Προώθηση της έρευνας και της καινοτομίας στις φαρμακευτικές ουσίες, ώστε να αυξηθεί η χρήση προηγμένων προϊόντων και εφαρμογών, όπως η ιατρική κάνναβη.
2. Διάδοση της συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένου του εθελοντικού τομέα με το υγειονομικό σύστημα και της δημιουργίας δράσεων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης.
3. Ενδυνάμωση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά υγείας, με σκοπό την ανάπτυξη Τουρισμού Υγείας και τη δημιουργία νέων πηγών χρηματοδότησης.
4. Έμφαση σε όλες τις βαθμίδες των Διασυνοριακών Κέντρων Υγείας.
5. Βοήθεια στη διακρατική παροχή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.

Κεφάλαιο 8^ο: Συμπεράσματα

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται η σημασία της αναβάθμισης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της δημόσιας υγείας για τον πληθυσμό. Για να επιτευχθεί αυτό, αρχικά διασαφηνίστηκαν βασικές έννοιες και πραγματοποιήθηκε εκτενής αναφορά στο θεσμικό πλαίσιο που τις περιβάλλει. Αφού έγινε κατανοητό το θέμα της εργασίας, παρουσιάστηκαν οι τρέχουσες δυσχέρειες που αντιμετωπίζει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και ακολούθησε αναφορά σε αξιοσημείωτα σημεία συστημάτων υγείας διαφόρων χωρών. Με τον τρόπο αυτό έγιναν ορατές καλές πρακτικές που εφαρμόζουν άλλες χώρες και θα μπορούσαμε να εντάξουμε και εμείς.

Στην παράθεση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται, τονίστηκε η πρόληψη των ασθενειών, η προαγωγή και αγωγή υγείας ως κρίσιμοι παράγοντες για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την αναβάθμιση του υγειονομικού συστήματος. Μέσω της πρόληψης λαμβάνονται μέτρα για την αποτροπή της εμφάνισης ασθενειών ή την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεών τους και μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της νοσηρότητας και των δαπανών στον τομέα της υγείας. Η προαγωγή υγείας αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας και του ευ ζην, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ασθενειών ή αναγκών ιατρικής περίθαλψης. Περιλαμβάνει ενέργειες που στοχεύουν στην ενίσχυση των δεξιοτήτων του ατόμου για να διατηρήσει ή να βελτιώσει την υγεία του, όπως η προώθηση της ψυχικής ευεξίας, η εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής, η προώθηση της κοινωνικής συνοχής και η ανάπτυξη των δεξιοτήτων αντιμετώπισης του στρες. Ενώ η αγωγή υγείας αφορά την ενεργό συμμετοχή του ατόμου στη διαχείριση της υγείας του και τη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν την υγεία του. Στοχεύει στην ενίσχυση των δεξιοτήτων αυτοδιαχείρισης της υγείας, την προώθηση της ενημέρωσης και της επίγνωσης για τα θέματα υγείας και την ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ ατόμου και επαγγελματία υγείας για την επίτευξη κοινών στόχων υγείας. Επιπλέον, η κατ' οίκον φροντίδα αποτελεί μια σημαντική πτυχή του σύγχρονου υγειονομικού συστήματος και προσφέρει πολλά οφέλη για τους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ανάμεσα στα κύρια οφέλη της κατ' οίκον φροντίδας περιλαμβάνονται η προσαρμοσμένη περίθαλψη, η οικογενειακή υποστήριξη, η άνεση του ατόμου και η οικονομική αποτελεσματικότητα, αφού στερείται νοσοκομειακής φροντίδας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την ανάλυση του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Στήριξης Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΣΠΑ) για την περίοδο 2014-2020 και πώς αυτό συνέβαλε στην ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα. Αναλύονται τα έργα και οι πρωτοβουλίες που υλοποιήθηκαν με χρηματοδότηση από το ΕΣΠΑ και πώς αυτά επηρέασαν την πρωτοβάθμια και δημόσια υγεία. Στη συνέχεια, εξετάζεται η Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας για την περίοδο 2021-2025 και οι κύριοι στόχοι που έχουν τεθεί για τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της δημόσιας υγείας στη χώρα. Αναλύονται οι προτεραιότητες, οι δράσεις και οι προβλέψεις για την υλοποίησή της και πώς αυτές θα συμβάλουν στην αντιμετώπιση των τρεχουσών προκλήσεων στον τομέα της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αδαμακίδου, Θ, Καλοκαιρινού, Α,. (2008) Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 47(3):320–333
- Αθανασοπούλου, Μ., Αθανασοπούλου, Α., Διομήδους Μ,. (2013) Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 5(4): 162-167
- Αλεξανδροπούλου,Μ., (2013) Αξιολόγηση Προγραμμάτων Προαγωγής Υγείας: Η Περίπτωση του Σχολείου ως Φορέα Προαγωγής Υγείας. Νοσηλευτική, 52 (1): 43-56
- Αναγνωστοπούλου, Ι., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. (2012). Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το κέντρο υγείας Αταλάντης. Νοσηλευτική, 51:216-226.
- Βαλσάμος, Π. (2018) Συστήματα Πληροφορικής Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.σελ:8
- Γαβρίλη,Α., Καπάκη,Β,.(2022). Αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών από υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Αττική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 39(3):366-373
- Γεωργίου,Θ., Αργυριάδης,Α., Μπέλλου – Μυλωνά, Π. (2016) Αναζήτηση παρεμβατικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση της προεφηβικής και εφηβικής παχυσαρκίας. Ο ρόλος τους στον έλεγχο της αύξησης βάρους. Το βήμα του Ασκληπιού. 15(3): 290-309
- Γιανασμίδης, Α., Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1):106-115.
- Γκουλιαβέρας, Β., Νιάκας, Δ., (2022). Μέθοδοι αποζημίωσης ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας-Πρόταση τροποποίησης των μεθόδων πληρωμής βάσει κινήτρων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 39(4):500-507
- Δαρβίρη, Χ. (2007). Προαγωγή της Υγείας, BROKEN HILL PUBLISHERS LTD. σελ 326-328
- Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020
- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (2019). Κάπνισμα και Δημόσια Υγεία – Έλεγχος του καπνίσματος. [online] Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας Available at: <https://eody.gov.gr/themata-ygeias/kapnisma-kai-dimosia-ygeia-elegchos-toy-kapnismatos/>
- Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. Εμβολιασμοί. [online] Available at: <https://eody.gov.gr/disease/emvoliasmoi/>
- ΕΟΔΥ (2022). Παγκόσμια Ημέρα κατά της Παχυσαρκίας - Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. [online] Eody.gov.gr. Available at: <https://eody.gov.gr/pagkosmia-imera-kata-tis-pachysarkias/?print=print>.
- ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ 2021 – 2025

Ηλιάδης, Χ., Ουζουνάκης, Π., (2021). Συστήματα αποζημίωσης των οικογενειακών ιατρών και των γενικών ιατρών. Ευρώπη vs Ελλάδα. *Perioperative nursing* , 10(1): 4-10

Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Α., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.

Καρακόλιας, Σ., Μπαρτζώκας, Δ., Πολύζος, Ν. (2021) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας- Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρύθμισης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(4):524-530

Κοινοφελής επιχείρηση Δήμου Πρεσπών. (2018). Κατάρτιση και ψήφιση Κανονισμού λειτουργίας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» της Κοινοφελούς Επιχείρησης του Δήμου Πρεσπών. Πρεσπες: Δήμος Πρεσπών.

Κοτζαμπασάκη, Σ., Διδασκαλία και Μάθηση στη Νοσηλευτική και άλλες Επιστήμες Υγείας, 1η έκδοση. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα: 2016.

Λιαρόπουλος, Α. (2015). Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας (πρώτος τόμος). Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Μαλαβάζος, Θ., Μαρκασιώτη, Β., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2019). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα από την Alma-Ata στην Astana- Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 11(3):39-56.

Μαλάμου, Θ. (2015). "Κοινωνικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες Υγείας". *Νοσηλευτική*, 54(3), pp. 231-240.

Μαρίνη, Φ. (2022). Οι τυπικές πολιτικές κοινωνικής φροντίδας των δήμων στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Μπροτζάκη, Ε., Λάμπρου, Γ.Ι., Κουτσούρης, Δ. (2019). Εμβολιασμοί και πολιτικές δημόσιας υγείας- Η ελληνική πραγματικότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(6):734-743.

Παπαχατζή, Ε., Μεντής, Α.Φ.Α. (2021). Προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον -Προς μια εφαρμογή στα ελληνικά σχολεία. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(3):313-320.

Πέγιου, Φ. (2023). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η δυναμική της στη Δημόσια Υγεία. Το βήμα του Ασκληπιού, 22(2): 333-347.

Πετρέλης, Μ., Δομάγερ, Φ.Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το βήμα του Ασκληπιού, 15(4):365- 379.

Πετροπούλου, Π. (2023) Προαγωγή υγείας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Το βήμα του Ασκληπιού. 22(2): 318- 332

Περράκος, Γ. (2008). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.

Πράπα, Π., Φακή, Μ. (2008). Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία». *Info respiratory*, 51(1), 40-42.

Πρασίνου, Κ., Αποστολάρα, Π., Δρακοπούλου, Μ., Φασόη, Γ. (2023). Προαγωγή υγείας στο πολυπολιτισμικό σχολείο- Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 40(4):462-466.

Σαπουντζή- Κρεπία, Δ. (2010). Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα- Μια ολιστική προσέγγιση. Αθήνα: εκδόσεις Έλλην σελ 113-115.

Σταχτέας, Π., Σταχτέας, Χ. (2021). Καταγραφή και Αξιολόγηση των Δομικών Αλλαγών του Ελληνικού Συστήματος Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Επιστημονικά Χρονικά, 26(1): 88-101.

Τούντας,Γ., Δημητρακάκης, Χ., Bollars, C., Van Den Broucke, S., Kok, H., Molleman, G. (2007) Αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας- Το ευρωπαϊκό εργαλείο EQUIHP. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(1):79-88

Τσάπαλος,Γ., Πρεζεράκος,Π., Κοτρώτσιου, Ε., Παπαθανασίου, Ι., Γκούβα,Μ. (2011). Μέθοδοι της Μετασχηματίζουσας μάθησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Νοσηλευτική, 50(2): 194–202.

Τσίγκου, Β., Αποστολάκης, Ι., Σαράφης, Π. (2021) Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα-Η διακήρυξη της Αστάνα και οι σύγχρονες προκλήσεις για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού 20 (3): 273- 289

Υπουργείο Υγείας (n.d.). *Ενταγμένα Έργα*. [online] www.edespa-ygeia.gr. Available at:<https://www.edespa-ygeia.gr/erga/entagmena-erga?page=1&or=%CE%A0%CF%81%CF%89%CF%84%CE%BF%CE%B2%CE%AC%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1%20%CE%A6%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%AF%CE%B4%CE%B1%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82&state=inprogress> [Accessed 9 Feb. 2024].

Φιλαλήθης, Α. (2021) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- Χαμένη στον λαβύρινθο, 38(4):548-556

Φιλαλήθης, Α.(2021) Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχαία ελληνική ιατρική, 38(5):675-682

Φιλαλήθης, Α., Φωτόπουλος, Α., Τρομπούκης, Κ., (2020) Δημόσια Υγεία – Κοινωνική Ιατρική Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 37(3):395-405

Φουντούκη,Α., Θεοφανίδης,Δ. (2012) Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. Το Βήμα του Ασκληπιού. 11(1): 503- 522

Φρεγγίδου,Ε, Γαλάνης,Π, Ζαφειροπούλου,Μ, Διακουμής,Γ, Παπαδόπουλος, Ρ, Παπαγιάννη, Α, Θεοδώρου,Μ, (2017) Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(2):236-243

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A. and Mossialos, E. (2022). United Kingdom: Health System Review. Health Systems in Transition, [online] 24(1), pp.1–194. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35579557/>.

Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. and Busse, R. (2021). Germany: health system review 2020. [online] eurohealthobservatory.who.int. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/germany-health-system-review-2020>.

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F. and Quentin, W. (2015). Switzerland health system information. [online] eurohealthobservatory.who.int. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/switzerland/>

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M. and Maresso, A. (2017). Greece health system information. [online] eurohealthobservatory.who.int. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/greece/>.

Fertman, C.I. and Allensworth, D.D. (2016) Health promotion programs: from theory to practice. John Wiley & Sons.

Hixon, A. and Maskarinec, G.G. (2008). The Declaration of Alma Ata on its 30th anniversary: relevance for family medicine today. Family Medicine, 40(8), p.585-588.

Ingrid, S.S., Karanikolos, M. and Sagan, A. (2020). Norway: health system review 2020. [online] eurohealthobservatory.who.int. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/norway-health-system-review-20>.

Janlöv, N., Blume, S., Glengård, A., Hanspers, K., Anell, A. and Merkur, S. (2023). Sweden: health system review 2023. [online] eurohealthobservatory.who.int. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/sweden-health-system-review-2023>.

Jester, R. (2017) Προαγωγή της Πρακτικής στη Νοσηλευτική Αποκατάσταση. Broken Hill publishers. σελ 55-71.

Keskimäki, I., Tynkkynen, L.-K., Reissell, E., Koivusalo, M., Syrjä, V., Vuorenkoski, L., Rechel, B. and Karanikolos, M. (2019). Finland: health system review 2019. [online] eurohealthobservatory.who.int. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-review-2019>.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. and van Ginneken, E. (2016). Netherlands health system information. [online] eurohealthobservatory.who.int. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/netherlands/>.

Larsen, A., Klausen, M. and Højgaard, B. (2020). Primary Health Care in the Nordic Countries Comparative Analysis and Identification of Challenges. [online] Available at: https://sst.dk/-/media/Udgivelser/2020/Nordic-health/Primary-Health-Care-in-the-Nordic-Countries.ashx?sc_lang=en&hash=2F246D8F5DE6E9E9C0EDC21BD788C8C9.

Lemone, P., Burke, K., Bauldoff, G. (2014) Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς, Α' τόμος.σελ 43-46.

Marchildon, G., Allin, S. and Merkur, S. (2020). Canada: health system review 2020. [online] [eurohealthobservatory.who.int](https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/canada-health-system-review-2020). Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/canada-health-system-review-2020>.

Myloneros, T. and Sakellariou, D. (2021). The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 21(1). doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06678-9>.

Olejaz, M., Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A. and Hernández-Quevedo, C. (2012). Denmark: health system review 2012. [online] [eurohealthobservatory.who.int](https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2012). Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/denmark-health-system-review-2012>.

Perry, G., Potter, P. (2012) Βασική νοσηλευτική και κλινικές δεξιότητες. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, σελ 974.

Rechel, B.E.O., Maresso, A., Sagan, A., Hernández-Quevedo, C., Williams, G., Richardson, E., Jakubowski, E. and Nolte, E. (2018). Organization and financing of public health services in Europe: country reports. *European Observatory*.

Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. and Barnes, A. (2020). United States of America health system information. [online] [eurohealthobservatory.who.int](https://eurohealthobservatory.who.int/countries/united-states-of-america/). Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/countries/united-states-of-america/>.

Sax Å, Nord M, Cedersund E, Olaison A, Sverker A, Kastbom L. (2023) Trustful conversations: a qualitative interview study on older patients' experiences of the intervention Proactive healthcare in a Swedish primary care setting. *Primary Health Care Research & Development* 24(e53): 1–8. doi: 10.1017/ S1463423623000427.

Sigurgeirsdóttir, S., Waagfjörð, J. and Maresso, A. (2014). Iceland: health system review 2014. [online] [eurohealthobservatory.who.int](https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/iceland-health-system-review-2014). Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/iceland-health-system-review-2014>.

Stanhope, M. (2016) Κοινωνική νοσηλευτική. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα σελ 765- 794.

vaccination-info.europa.eu. (2020). Στοιχεία σχετικά με τα εμβόλια. [online] Available at: <https://vaccination-info.europa.eu/el/stoiheia-shetika-me-ta-embolia> [Accessed 19 Oct. 2023].

World Health Organization (2022). Primary health care. [online] World Health Organization. Available at: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1.

World Health Organization (2023). Constitution of the World Health Organization. [online] World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

World Health Organization (2023). First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986. [online] World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>.

WHO (2018). WHO EMRO | health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity | public

health functions | about WHO. [online] Who.int. Available at: <http://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>.

OECD (2021), Applying Evaluation Criteria Thoughtfully, OECD Publishing, Paris. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/543e84ed-en.pdf?expires=1670753722&id=id&accname=guest&checksum=A1662FE3E51F6CC85F0CC1A4818D5883> pg 59.

EOCD (2021). State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021. [online] Available at: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf.

OECD (2023). Home. [online] www.oecd-ilibrary.org. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/015d1834-en/index.html?itemId=/content/component/015d1834-en#figure-d1e12404> [Accessed 12 Nov. 2023].

OECD (2023b). Home. [online] www.oecd-ilibrary.org. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/015d1834-en/index.html?itemId=/content/component/015d1834-en#figure-d1e12387> [Accessed 12 Nov. 2023].

OECD (2023c). WHO European health information at your fingertips. [online] gateway.euro.who.int. Available at: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/epw_31-nurses-per-10-000-population/?id=36872 [Accessed 12 Nov. 2023].

OECD (2023d). WHO European health information at your fingertips. [online] gateway.euro.who.int. Available at: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/epw_30-medical-doctors-per-10-000-population/?id=36871 [Accessed 12 Nov. 2023].

NOMOI

Νόμος 3370/2005, άρθρο 1, Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄ 176/11.7.2005)

Νόμος 3366/ 1955, Περί ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικών ειδικοτήτων και άλλων τινών διατάξεων. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄ 258/ 23.9.1955)

UNICEF, World Health Organization, International Conference on Primary Health Declaration of Alma-Ata International Conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978: 159– 161.

Νόμος 1397/ 1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄ 143/7.10.1983)

Νόμος 1579/ 1985, Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄ 217/ 23.12.1985)

Νόμος 2071/1992, Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 123/15.07.1992)

Νόμος 2194/1994, Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. . Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 34/16.03.1994)

Νόμος 2519/1997, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄ 165/21.8.1997)

Νόμος 2889/2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 37/Α/2.3.2001)

Νόμος 3106/2003, Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 30/Α/10.2.2003)

Νόμος 3172/2003, Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄ 197/6.8.2003)

Νόμος 3235/2004, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄ 53/18.2.2004)

Νόμος 3329/2005, Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις . Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 81/Α/4.4.2005)

Νόμος 3527/2007, Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 25/Α/9.2.2007)

Νόμος 3918/2011, Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α΄ 31/2.3.2011)

Νόμος 4052/2012, Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 41/Α/1.3.2012)

Νόμος 4238/2014, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α' 38/17.2.2014)

Νόμος 4368/2016, Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 21/Α/21.2.2016)

Νόμος 4461/2017, Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 38/28.3.2017)

Νόμος 4486/2017, Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017)

Διόρθωση σφάλματος στην Γ5α/Γ.Ποικ.42965/5-6-2019 υπουργική απόφαση. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (ΦΕΚ 3065/Β/31.7.2019)

Νόμος 4675/2020, Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (ΦΕΚ Α 54/11.03.2020)

Νόμος 5007/2022, Ολοκληρωμένο Σύστημα Παροχής Ανακουφιστικής Φροντίδας - Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και την προστασία της δημόσιας υγείας και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. (ΦΕΚ Α 83/03.04.2023)