

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

---

**Η νέα δημόσια υγεία ως εργαλείο ευεξίας στη τοπική  
κοινωνία.**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΧΡ. ΚΙΝΤΗ**

**ΑΘΗΝΑ 2024**

GREEK REPUBLIC

DIVISION

UNIVERSITY OF WEST ATTICA

OF SOCIAL POLICY



SCHOOL

MSc

MANAGEMENT OF ECONOMICS  
AND SOCIAL SCIENCES

MANAGEMENT ADMINISTRATION  
OF HEALTH SOCIAL CARE SERVICES

DEPARTMENT OF BUSINESS  
ADMINISTRATION

---

**The new public health as a tool of well-being in the local community**

**POSTGRADUATE DIPLOMATIC THESIS**

**ATHANASIA CH. KINTI**

**ATHENS 2023-2024**

## Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων  
Καθηγητής

Καθηγητής

Γεώργιος  
Πιερράκος

Μέλος

Καθηγήτρια

Ασπασία Γούλα

Μέλος

Επίκουρος  
Καθηγητής

Αναστάσιος  
Σεπετής

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη **ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΚΙΝΤΗ** του **ΧΡΗΣΤΟΥ** με αριθμό μητρώου **22013** 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

ΑΘΑΝΑΣΙΑ ΧΡ. ΚΙΝΤΗ



## Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5
1.1.Εισαγωγή.....	5
1.2.Σκοπός της εργασίας .....	6
1.3.Στόχοι της μελέτης .....	7
1.4. Μεθοδολογία της έρευνας.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	9
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	9
2.1. Ορισμός της Νέας Δημόσιας Υγείας.....	9
2.2. Η αποστολή και η εφαρμογή της Νέας Δημόσιας Υγείας .....	11
2.3.Δημόσια υγεία ως προς τις δράσεις που συνδέονται με τον ηλεκτρονικό φάκελο ..	13
2.4.Πώς συμβάλει στην εξατομίκευση.....	15
2.5.Πώς υπάρχει προστασία της υγείας με τη δημόσια υγεία .....	18
2.6.Προαγωγή της δημόσιας υγείας .....	21
2.7.Εκπαίδευση στην υγεία .....	23
2.8.Πρόληψη της υγείας.....	25
2.9. Δημόσια πληροφόρηση και δημόσια υγεία.....	30
2.10.Γιατί υπάρχει ανάγκη για την έννοια της νέας δημόσιας υγείας;.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	37
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	37
3.1.Μεθοδολογία της έρευνας.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	41
4.1.Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας .....	41
4.2. Η αποστολή του ελληνικού συστήματος υγείας .....	42
4.3. Οι διαδικασίες του ελληνικού δημοσίου συστήματος υγείας .....	45
4.4. Ο Ν. 4675/2020 .....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....	55
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ .....	55
5.1. Συμπεράσματα.....	55
5.2. Προτάσεις.....	58
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	61

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1.Εισαγωγή

Η θεμελιώδης πολιτική της Νέας Δημόσιας Υγείας (ΝΔΥ) δεν βασίζεται μόνο στην ευθύνη και τη λογοδοσία των εθνικών, περιφερειακών και τοπικών κυβερνήσεων για την υγεία και ευημερία της κοινωνίας, αλλά περιλαμβάνει και την αυτοφροντίδα από το άτομο και την κοινότητα. Περιλαμβάνει επίσης την εθελοντική οργάνωση και ιδιωτικούς τομείς, όπως τα τρόφιμα, ο ιατρικός εξοπλισμός, τα φαρμακευτικά προϊόντα και οι κατασκευαστές εμβολίων. Τα συστήματα προαγωγής της υγείας και ιατρικής περίθαλψης θα χρειαστεί να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, της πρόσβασης σε υπηρεσίες και της ποιότητας της περίθαλψης, και ορίζει τους στόχους υγείας που σχετίζονται με την επίτευξη στόχων για την έκβαση της υγείας. Η ίδια η κοινωνία πρέπει να εμπλακεί στην ανάπτυξη της υγείας για να μειώσει τους κινδύνους για την υγεία και υπεύθυνα να προσαρμόσουν τα επιτυχημένα μέτρα και να προωθήσουν την αποδοχή τους στην κοινότητα. Η παρακολούθηση και η υιοθέτηση εξελισσόμενης επιστημονικής γνώσης και αλλαγής στα συστήματα υγείας προσφέρουν νέες δυνατότητες για την καταπολέμηση των ασθενειών και την προώθηση της υγείας για τις σημερινές και τις μελλοντικές γενιές (π.χ. πρόληψη γενετικών ανωμαλιών).

Επιτυχή επιτεύγματα στον έλεγχο των λοιμώξεων και των επαγγελματικών ασθενειών στο πρώτο μισό του 20ου αιώνα αμφισβητούνται πλέον από την εμφάνιση της αντίστασης στα αντιβιοτικά και τα ανθελονοσιακά φάρμακα και των πρόσφατα εντοπισμένων μολυσματικών ασθενειών. Οι συνεχείς μάχες ενάντια σε γνωστές και διαχειρίσιμες ασθένειες όπως η ελονοσία, η φυματίωση και οι παρασιτικές λοιμώξεις, περιλαμβάνουν πλέον τις νέες προκλήσεις ταχείας μετάδοσης ασθενειών (π.χ. Πυρετός του Δυτικού Νείλου) σε νέες τοποθεσίες. Νέες διαστάσεις στη νέα δημόσια υγεία πρέπει επίσης να αντιμετωπίσουν τις αυξανόμενες προκλήσεις των ελλείψεων μικροθρεπτικών συστατικών και των χρόνιων ασθενειών, στις γηράσκουσες ανεπτυγμένες χώρες και στις αναπτυσσόμενες χώρες τώρα περνώντας από την επιδημιολογική μετάβαση. Οι προκλήσεις της νέας δημόσιας υγείας περιλαμβάνουν τα καρδιαγγειακά νοσήματα και

τον διαβήτη, τα καταναλωτικά πρότυπα υγιεινής διατροφής, την επαρκή σωματική δραστηριότητα, την πρόληψη τραυματισμών και βίας, την κατανάλωση αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και εθισμούς (καπνός, αλκοόλ και ναρκωτικά), βιοετοιμότητα και ετοιμότητα προσαρμογής σε νέες προόδους της έρευνας, στη γενετική και τη νανοτεχνολογία.

Η νέα δημόσια υγεία επιδιώκει να βελτιώσει την υγεία του πληθυσμού με την εφαρμογή των σωρευτικών στοιχείων από δημοσιευμένες και άλλες εκθέσεις για την επιδημιολογία, τη διατροφή, τα εμβόλια και πολλές άλλες σχετικές βιολογικές, σωματικές και κοινωνικές επιστήμες και τεχνολογικές εξελίξεις. Η νέα δημόσια υγεία απαιτεί συνεχή παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας ως αναπόσπαστο μέρος των κυβερνητικών προτεραιοτήτων, των πολιτικών και των συστημάτων χρηματοδότησης και την υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών για τη διοίκηση, την αξιολόγηση και τον προγραμματισμό. Μια αυξανόμενη βάση δεδομένων είναι διαθέσιμη για πολλά θέματα που έχουν γίνει τυπικές συνιστώμενες «βέλτιστες πρακτικές» σε κορυφαία συστήματα υγείας, αλλά που πολλές άλλες χώρες υιοθετούν μόνο μετά από μεγάλες καθυστερήσεις.

## **1.2.Σκοπός της εργασίας**

Η Νέα Δημόσια Υγεία είναι μια σύγχρονη εφαρμογή ενός ευρέος φάσματος αποδεικτικών στοιχείων- μέτρων εφαρμογής επιστημονικών, τεχνολογικών και διαχειριστικών συστημάτων για τη βελτίωση της υγείας ατόμων και πληθυσμών. Οι κύριοι στόχοι της είναι η πολιτική και πρακτική εφαρμογή διδαγμάτων από προηγούμενες επιτυχίες και αποτυχίες στον έλεγχο των ασθενειών και την προώθηση προληπτικών μέτρων για την καταπολέμηση των υφιστάμενων, των εξελισσόμενων και των επανεμφανιζόμενων απειλών και κινδύνων για την υγεία. Η ΝΔΥ είναι νέο στο ότι συνδέει την προαγωγή της υγείας με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, είναι μια ολοκλήρωση διεπιστημονικής και πολυοργανωτικής εργασίας. Είναι σημαντικό για όλες τις χώρες, ιδιαίτερα εκείνες με αδύναμη υποδομή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης η υιοθέτηση διαφορετικών τύπων συστημάτων διοίκησης και η τόνωση της. Οι αλλαγές συμπεριφοράς απαιτούν γνώση των κινδύνων και των δυνατοτήτων για την υγεία, την ατομική και κοινοτική ευθύνη, τη δημιουργία θετικών περιβαλλόντων με ρύθμιση

ζητημάτων υγείας του πληθυσμού (π.χ. χλωρίωση για την παροχή νερού, την οδική ασφάλεια και τον περιορισμό του καπνίσματος).

Σκοπός της μελέτης θα είναι να αναδείξει τα παρόντα και τα αναμενόμενα προβλήματα υγείας σε έναν πολύπλοκο κόσμο με μεγάλες ανισότητες με συγκεκριμένους στόχους που θα βοηθούσαν στην επίτευξη υψηλότερων προτύπων υγείας και πιο δίκαιης και κοινωνικά υπεύθυνης κατανομής των πόρων. Θα παρουσιαστούν μερικά παραδείγματα επιτευγμάτων στη δημόσια υγεία και την κλινική ιατρική, ιδιαίτερα από τον τελευταίο μισό αιώνα, που είχαν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση του ελέγχου των ασθενειών και την αυξημένη υγεία και μακροζωία για τους πληθυσμούς. Πολλά απομένουν όσον αφορά τις προκλήσεις πρέπει να ξεπεραστούν προκειμένου να μειωθεί ο αριθμός της νοσηρότητας που μπορεί να αποφευχθεί και της θνησιμότητας και για την επίτευξη βελτιωμένης και δίκαιης υγείας σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.

Η Νέα Δημόσια Υγεία είναι ένας κινούμενος στόχος, ως επιστήμη και πρακτική της δημόσιας υγείας μεγαλώνει σε δύναμη. Μια μεγαλύτερη κατανόηση αυτών των θεμάτων είναι ζωτικής σημασίας για ένα ευρύτερο κοινό υπευθύνων χάραξης πολιτικής, εκπαιδευτικών, φοιτητών, διαχειριστών συστημάτων υγείας και επαγγελματιών της δημόσιας υγείας για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις.

### **1.3.Στόχοι της μελέτης**

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Να αναδείξει τη σημασία της νέας δημόσιας υγείας.
2. Πώς η νέα δημόσια υγεία μπορεί να αποτελέσει εργαλείο ευεξίας για την τοπική κοινωνία;
3. Ποια μέτρα πρέπει να λαμβάνονται σε τοπικό επίπεδο για την προώθηση της νέας δημόσιας υγείας.



#### **1.4. Μεθοδολογία της έρευνας**

Η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί είναι η δευτερογενής έρευνα με τη μορφή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης σε προηγούμενες έρευνες και επιστημονικές δημοσιεύσεις αναφορικά με το αντικείμενο της έρευνας για να αναλυθούν οι απόψεις της τοπικής κοινωνίας αναφορικά με τη σημασία της νέας δημόσιας υγείας στην ευεξία της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

#### 2.1. Ορισμός της Νέας Δημόσιας Υγείας

Ο όρος «Νέα Δημόσια Υγεία» δεν είναι από μόνος του νέος. Χρησιμοποιήθηκε σε διεθνείς δημοσιεύσεις κατά τη δεκαετία του 1990 ως αναγνώριση της παρατήρησης ότι η πρόληψη ασθενειών και η οργάνωση υπηρεσιών προσωπικής φροντίδας ήταν αλληλένδετες και αλληλεξαρτώμενες με την προαγωγή της υγείας και τις κοινωνικές συνθήκες.

«Η Νέα Δημόσια Υγεία δεν είναι τόσο έννοια όσο είναι φιλοσοφία που προσπαθεί να διευρύνει την παλαιότερη κατανόηση της δημόσιας υγείας έτσι ότι, για παράδειγμα, περιλαμβάνει την υγεία του ατόμου επιπλέον την υγεία των πληθυσμών και επιδιώκει να αντιμετωπίσει τέτοιες σύγχρονα θέματα υγείας που αφορούν την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, το περιβάλλον, την πολιτική διακυβέρνηση και την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Επιδιώκει να βάλει την υγεία στο αναπτυξιακό πλαίσιο για να διασφαλίζει ότι η υγεία προστατεύεται στη δημόσια πολιτική. Πάνω απ' όλα η ΝΔΥ ασχολείται με τη δράση. Ασχολείται με την εύρεση ενός σχεδίου για την αντιμετώπιση πολλών από τα φλέγοντα ζητήματα της εποχής μας, αλλά και με τον εντοπισμό εφαρμόσιμων στρατηγικών στην προσπάθεια επίλυσής τους προβλήματα» (Ncayiyana et al., 1995).

Η πρόοδος της επιστήμης έχει συμβάλει τόσο στην αύξηση του κόστους των νέων τεχνολογιών, καθώς και στον περιορισμό του κόστους μέσω προόδων όπως π.χ εκρίζωση ή έλεγχος πολλών μολυσματικών ασθενειών (π.χ. ευλογιά, πολιομυελίτιδα, ιλαρά) και σημαντικές μειώσεις στις λοιμώδεις καταστάσεις που οδηγούν σε χρόνιες ασθένειες όπως ρευματικά καρδιακά και πεπτικά ασθένειες έλκους. Νέοι τρόποι πληρωμής και διαχείρισης στα συστήματα υγείας είναι επίσης ζωτικής σημασίας για τη διατήρηση και την προώθηση της υγείας στο πλαίσιο της βιώσιμης οικονομικής ικανότητας μιας χώρας.

Τα νέα εμβόλια που χρησιμοποιούνται ήδη και εφαρμόζονται πιο καθολικά, μειώνουν ακόμη την κοινή αναπνευστική και διαρροϊκή νοσηρότητα και θνησιμότητα των παιδιών. Ταυτόχρονα, πρέπει να υπάρχει επίγνωση του κινδύνου, δεδομένης της τρέχουσας εστίασης και προτεραιότητας που δίνεται στη νέα ιατρική τεχνολογία, η οποία μπορεί να εκτρέψει τους πόρους από τις βασικές ανάγκες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και συμβάλλει εκ νέου στον παραγκωνισμό της δημόσιας υγείας και της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Υπάρχει μια αυξανόμενη τάση για χρήση της προαγωγής της υγείας για την αντιμετώπιση προβλημάτων όπου ο τρόπος ζωής και οι κοινωνικές συνθήκες αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Στο συνέδριο της Άλμα-Άτα του 1978 και στην επανασύνδεσή του στην 30η επέτειό του το 2008, επανέφερε την πρωτοβάθμια περίθαλψη και την προαγωγή της υγείας στην κεντρική σκέψη της πολιτικής υγείας. Η ΝΔΥ είναι νέα σε πολλές χώρες που έχουν δώσει προτεραιότητα στη χρηματοδότηση για τα νοσοκομεία και την τριτοβάθμια περίθαλψη, ενώ οι ανάγκες υγείας και η πρωτοβάθμια περίθαλψη παραμένουν αδύναμες και υποχρηματοδοτούμενες. Ο μακροχρόνιος χωρισμός στη διοικητική, χρηματοδότηση και κατάρτιση μεταξύ της δημόσιας υγείας και της προσωπικής υγειονομικής περίθαλψης εμπόδισε την ανάπτυξη αποτελεσματικής προσωπικής φροντίδας και υγείας του πληθυσμού. Αυτό έχει τόσο καθημερινές όσο και μακροπρόθεσμες συνέπειες. Οι διευθυντές και οι επαγγελματίες δημόσιας υγείας πρέπει να έχουν κοινό πολιτιστικό προσανατολισμό, γλώσσα και βάση μάθησης. Απαιτείται βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, υπεράσπιση, πολιτική (π.χ. υγεία σε όλες τις πολιτικές) και εκπαιδευτικούς ρόλους που να παραδίδονται με οικονομικά αποδοτικό και οικονομικά αποτελεσματικό τρόπο. Ενώ αυτές οι πρακτικές βελτιώνονται σε πολλές χώρες, πολλά άλλα έθνη εξακολουθούν να χρειάζονται υπεράσπιση και συχνά υπάρχουν συγκρούσεις πολιτικής σχετικά με την κατανομή πόρων, για παράδειγμα, μεταξύ θεσμικής και κοινοτικής φροντίδας.

Η Νέα Δημόσια Υγεία ασχολείται με τη διαχείριση του συστήματος υγείας των εγκαταστάσεων τόσο για εσωτερικούς όσο και για εξωτερικούς ασθενείς και τις σχέσεις με την κατ' οίκον φροντίδα και ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Η οργάνωση των εκπαιδευτικών προσπαθειών της ΝΔΥ σε έναν οικονομικά αποδοτικό και οικονομικά αποτελεσματικό τρόπο είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη καλύτερης υγείας του πληθυσμού. Τα πρόσφατα αναδυόμενα προβλήματα

παρουσιάζονται με τη διεπαφή μεταξύ της παραδοσιακής υγείας ζητήματα όπως μεταδοτικές ασθένειες, χρόνιες ασθένειες και τραύματα ιδιαίτερα στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Αυτές οι ομάδες κινδύνου περιλαμβάνουν τους φτωχούς, νοσηλευόμενους ασθενείς σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας, κρατούμενοι, πρόσφυγες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν όλοι με την ευρύτερη κοινότητα. Επιτυχής διεθνής τεκμηριωμένη εμπειρία και βιβλιογραφία για το άτομο και την υγεία του πληθυσμού παρέχουν περιπτωσιολογικές μελέτες που βοηθούν να αποδειχθεί οι ευρείες πτυχές της δημόσιας υγείας σε τοπικό, εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο.

Η Νέα Δημόσια Υγεία ενσωματώνει την πολιτική υγείας, την προαγωγή της υγείας τα συστήματα πρωτοβάθμιας, δευτερογενούς και τριτοβάθμιας πρόληψης και διαχείρισης της υγείας. Η μείωση των ποσοστών καρδιαγγειακής θνησιμότητας παρατηρείται στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες δείχνουν επιτυχία τόσο στην πρωτογενή πρόληψη, όπως η μείωση του καπνίσματος και η μειωμένη πρόσληψη λίπους και σε δευτερογενή πρόληψη με τη μείωση των φαρμάκων και τη βελτιωμένη θεραπεία τόσο κατά τη διάρκεια όσο και μετά οξεία καρδιαγγειακά συμβάντα.

## **2.2. Η αποστολή και η εφαρμογή της Νέας Δημόσιας Υγείας**

Η αποστολή της ΝΔΥ είναι η μεγιστοποίηση της ανθρώπινης υγείας και της ευημερίας και να βοηθήσει στην αποκατάσταση των κοινωνικών και παγκόσμιων ανισοτήτων. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας σε όλη την Ευρώπη αποτελούν μέρος των προκλήσεων της Νέας Δημόσιας Υγείας. Υπάρχουν διακρατικά κενά στην κατάσταση της υγείας, ακόμη και σε χώρες με καθολικά σχέδια υγειονομικής περίθαλψης. Η ΝΔΥ είναι μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την προστασία και την προαγωγή της κατάστασης υγείας του ατόμου και της κοινωνίας με κοινωνική ισότητα και αποτελεσματική χρήση των πόρων. Η ΝΔΥ ενσωματώνει ένα πρόγραμμα προσέγγισης των υπηρεσιών υγείας με πολλαπλές παράλληλες παρεμβάσεις για μείωση της νόσου και τη συνεχή μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής, ειδικά για έναν γηράσκον πληθυσμό. Η συνεχιζόμενη πρόκληση είναι να μετατραπούν τα ευρήματα της έρευνας σε συγκεκριμένη δράση για το όφελος του πληθυσμού.

Η ισορροπία μεταξύ προληπτικών και θεραπευτικών προσανατολισμών και πόρων απαιτεί κατανομή και υψηλά επαγγελματικά πρότυπα στη χάραξη πολιτικής, στην αναγνώριση αντισταθμίσεων και την ιεράρχηση προτεραιοτήτων που είναι συχνά πολιτικά προκλητική. Ενώ οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας δεν μπορούν να εξαλείψουν τις υπάρχουσες ανισότητες στις κοινωνίες και παγκοσμίως, μπορούν να μειώσουν τα βάρη των φτωχών και την υποεξυπηρέτηση μέσω της υιοθέτησης των τεκμηριωμένων παρεμβάσεων δημόσιας υγείας. Υπάρχουν ανισότητες στην υγεία ακόμη και σε καθολικά συστήματα υγείας όπως π.χ το ΕΣΥ του Ηνωμένου Βασιλείου και τα επαρχιακά σχέδια υγείας του Καναδά. Το βρετανικό ΕΣΥ του Ηνωμένου Βασιλείου αναγνωρίζει τις μεγάλες διαφορές στην κατάσταση της υγείας μεταξύ των διαφόρων περιοχών της χώρας και των κοινωνικών τάξεων. Το ΕΣΥ δίνει έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την ισορροπία και το συντονισμό μεταξύ ενός ευρέος φάσματος προληπτικών, υπηρεσιών θεραπείας, αποκατάστασης και μακροχρόνιας φροντίδας. Το περιεχόμενο, η ποιότητα, η οργάνωση και η διαχείριση των υπηρεσιών και προγραμμάτων εξαρτημάτων είναι όλα ζωτικής σημασίας για την επιτυχή εφαρμογή (Frenk, 2009). Οι ΗΠΑ αντιμετωπίζουν πολλά κενά στον κοινωνικό ιστό μέσω των χρηματοδοτούμενων προγραμμάτων υποστήριξης της κυβέρνησης όπως Γυναίκες Βρέφη και Παιδιά (WIC), που παρέχει τροφή και υπηρεσίες υποστήριξης σε φτωχές έγκυες γυναίκες και τα παιδιά τους, Medicare (ασφάλιση υγείας για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες) και Medicaid (ασφάλιση υγείας για τους πολύ φτωχούς). Ωστόσο, περίπου 47 εκατ. Αμερικανοί υποφέρουν από έλλειψη ασφάλισης υγείας λόγω της απώλειας της απασχόλησης ή της παρουσίας προϋπαρχουσών συνθηκών υγείας (Tulchinsky and Varavikova, 2010).

Μια κοινωνία που φιλοδοξεί σε υψηλά πρότυπα υγείας πρέπει να απευθυνθεί κυβερνητική ηγεσία, ένα ευρύ σύμπλεγμα θεμάτων υγείας που εκτείνονται σε κοινωνικές και περιβαλλοντικές πολιτικές, όπως συντάξεις, συστήματα κοινωνικής πρόνοιας, απασχόληση και πολλά άλλα. Σχεδόν οτιδήποτε κάνει ή δεν κάνει μια κυβέρνηση επηρεάζει την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού, κυρίως στους τομείς της κατανομής των πόρων, το σχεδιασμό, την κοινωνική πρόνοια, τις πρωτοβουλίες και τη ρύθμιση για τη δημόσια υγεία, καθώς και στις πολιτικές φορολογίας, πολεοδομίας και δημοσίων έργων. Η υγεία βελτιώθηκε τον 19ο και τον 20ο αιώνα λόγω των αυξανόμενων προτύπων της ζωής και της διατροφής, όχι η ιατρική περίθαλψη, έχει κάποια αλήθεια (Stucker et al., 2010). Ωστόσο, τα επιτεύγματα στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής και

τη μείωση της θνησιμότητας του τελευταίου μισού του αιώνα τόσο από μολυσματικές όσο και από μη μολυσματικές ασθένειες για την επιτυχία τόσο των άμεσων όσο και των έμμεσων μέτρων δημόσιας υγείας.

### **2.3. Δημόσια υγεία ως προς τις δράσεις που συνδέονται με τον ηλεκτρονικό φάκελο**

Η εστίαση στον αντίκτυπο στη δημόσια υγεία είναι απαραίτητη κατά το σχεδιασμό και την υιοθέτηση ψηφιακών τεχνολογιών για τις παρεμβάσεις και τις προσεγγίσεις της δημόσιας υγείας. Οι τεχνολογίες και η ψηφιακή υποδομή είναι τα μέσα για την επίτευξη του αντίκτυπου της δημόσιας υγείας, αντί να έχουν αυτοσκοπό. Δεν απαιτείται μόνο η κατάλληλη υποδομή, αλλά και τη διασφάλιση ότι τα δεδομένα χρησιμοποιούνται για δράσεις δημόσιας υγείας. Για παράδειγμα, για να διασφαλιστούν αυτά τα δεδομένα και τεχνολογίες χρησιμοποιούνται για την παροχή επιπτώσεων στη δημόσια υγεία, διεπαφές μεταξύ συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και της δημόσιας υγείας θα πρέπει να αναπτυχθεί για να μεταφραστούν τα δεδομένα σε δράση για τη δημόσια υγεία. Προϋπόθεση είναι επίσης να υπάρχει μετατόπιση πέρα από το να βασίζονται σε τεχνολογικούς «κύκλους δημοσιότητας», όπου οι επενδύσεις ακολουθούν τεχνολογίες που θεωρούνται ιδιαίτερα καινοτόμες και πρωτοποριακές, σε πιο στρατηγικές επενδύσεις σε ψηφιακές τεχνολογίες με αντίκτυπο στη δημόσια υγεία.

Το σκεπτικό για την ανάπτυξη δεδομένων και τεχνολογιών θα πρέπει να επικεντρωθεί στην πρακτική εφαρμογή τους σε όρους της ανάπτυξης παρέμβασης για τη δημόσια υγεία και πώς τα δεδομένα που δημιουργούνται θα χρησιμοποιηθούν από τους ενδιαφερόμενους σύστημα δημόσιας υγείας και μπορεί να προσθέσει αξία. Για παράδειγμα, τα δεδομένα και οι τεχνολογίες μπορούν να γίνουν πιο αποτελεσματικά συμπεριλαμβανομένων εκείνων που διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην πρακτική εφαρμογή τους και που μπορούν να διασφαλίσουν τον αντίκτυπο στη δημόσια υγεία. Η έμφαση σε αυτές τις σκέψεις μπορεί να επικεντρωθεί εκ νέου η σημασία του αντίκτυπου στη δημόσια υγεία. Μολονότι η δημόσια υγεία πρέπει να αποτελεί κεντρικό στοιχείο, χρειάζεται μια συνεπής προσέγγιση για να διασφαλιστεί ότι θα είναι διαφορετικοί τομείς δεν λειτουργούν σε σιλό. Είναι χρήσιμο να υπάρχουν ρυθμιστικά πλαίσια να

προωθήσουν τις ανάγκες της δημόσιας υγείας και να κλιμακώσουν τις παρεμβάσεις. Η ανάγκη δημιουργίας της βάσης αποδεικτικών στοιχείων και δίνεται έμφαση στις ψηφιακές τεχνολογίες στη δημόσια υγεία, τόσο σε σχέση με το τι λειτουργεί όσο και τι δεν λειτουργεί καλά. Ένα παράδειγμα προσπαθειών για τη δημιουργία μιας βάσης στοιχείων είναι το πλαίσιο DPH που περιγράφεται από τον Ευρωπαϊκό Κοινό Σύλλογο Υγείας (EUPHA). Το πλαίσιο επικεντρώνεται στους τομείς της δημόσιας υγείας και στους πυλώνες της δημόσιας υγείας, που έχει αποτελέσει τη βάση για τον προσδιορισμό των ψηφιακών τεχνολογιών και των χαρακτηριστικών της ψηφιοποίησης ή της ψηφιακής υγείας που μπορεί να υποστηρίξει τη δημόσια υγεία. Σε άλλο παράδειγμα, η Ερευνητική Υποδομή Πληροφοριών για την Υγεία του πληθυσμού της ΕΕ έργο (PHIRI) εφαρμόζει το DPH στην πράξη και σε επίπεδο χώρας και χτίζει το Πλαίσιο 2.0 για την Ψηφιακή Δημόσια Υγεία, το οποίο συνδέει λειτουργίες δημόσιου κλειδιού και αρχιτεκτονική λεπτομέρειας.

Η εφαρμογή ψηφιακών τεχνολογιών για την παροχή βασικών λειτουργιών δημόσιας υγείας απαιτεί ολιστικές προσεγγίσεις. Μια ολιστική προσέγγιση περιλαμβάνει την ανάγκη συνδυασμού προσεγγίσεων και καθοδήγησης από πάνω προς τα κάτω (π.χ. ρύθμιση και ρόλος του κράτους) και από κάτω- πρωτοβουλίες από επαγγελματίες και ακαδημαϊκούς. Οι προσεγγίσεις από πάνω προς τα κάτω και από κάτω προς τα πάνω θα πρέπει ιδανικά να αλληλοενημερώνονται, ενώ παράλληλα είναι σύμφωνες με το τοπικό πλαίσιο και τις ανάγκες. Είναι απαραίτητο να ενσωματωθούν μεικτές προσεγγίσεις που μπορούν να αντιμετωπίσουν διαφορετικά εμπόδια και παράγοντες (και κοιτάζοντας το μέλλον, τις πιθανές ευκαιρίες καθώς και κινδύνους) όπως τεχνικοί, υποδομές, οικονομικοί παράγοντες και παράγοντες που σχετίζονται με τους ανθρώπινους πόρους. Για παράδειγμα, οι προσεγγίσεις θα μπορούσαν να επικεντρωθούν στην ολοκλήρωση της σκέψης συστημάτων που λαμβάνει ενεργά υπόψη τα συστατικά στοιχεία του ευρύτερου ψηφιακού οικοσυστήματος υγείας και του συστήματος δημόσιας υγείας. Στην ιδανική περίπτωση, όλοι οι ενδιαφερόμενοι που επηρεάζονται από, χρησιμοποιούν και θα μπορούσαν δυνητικά να επωφεληθούν από τις εν λόγω ψηφιακές τεχνολογίες θα πρέπει να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με αυτές τις προσεγγίσεις. Σημειώθηκε ότι ένας τρόπος για να επιτραπεί μια ολιστική προσέγγιση είναι να εξεταστεί πώς προέρχονται πολλαπλές πηγές δεδομένων μπορούσε να συνδυαστεί. Παραδείγματα πηγών δεδομένων που θα μπορούσαν να συνδυαστούν περιλαμβάνουν γονιδιωματικά δεδομένα, web scraping, eHealth, περιβαλλοντικά δεδομένα, έρευνες και δεδομένα

κινητικότητας (όπως ροές επιβατών και αναφορές κοινοτικής κινητικότητας) για καλύτερη κατανόηση των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων για τον COVID-19.

Επιπλέον, επισημάνθηκε ως σημαντική η ανάγκη να ληφθούν υπόψη περίπλοκες κοινωνικές και ηθικές εκτιμήσεις που διευκολύνουν ολιστικές προσεγγίσεις. Ειδικότερα, στη διαμόρφωση προγραμμάτων DPH και υγείας είναι σημαντικό για τη συμμετοχή του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, της κοινωνίας των πολιτών και εκείνων που αποτελούν στόχο του προγράμματος παρέμβασης/(δημόσιας) υγείας. Επιπλέον, οι προσεγγίσεις δεν θα πρέπει να επικεντρώνονται μόνο στην επιτήρηση, την πρόληψη και τον έλεγχο των μολυσματικών ασθενειών, αλλά θα μπορούσαν να ενσωματώνουν επίσης προοπτικές σε άλλους τομείς της δημόσιας υγείας. Ένα παράδειγμα ολιστικής προσέγγισης που παρουσιάζεται σε διαφορετικές προοπτικές είναι μια λευκή βίβλος που βρίσκεται επί του παρόντος υπό ανάπτυξη για την τεχνητή νοημοσύνη (AI) για τη δημόσια υγεία στην Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας του Καναδά (public Health Agency of Canada, 2020). Η Λευκή Βίβλος εστιάζει στον αντίκτυπο των πτυχών της τεχνητής νοημοσύνης όπως η υγεία του πληθυσμού και οι εφαρμογές στη δημόσια υγεία.

## **2.4.Πώς συμβάλει στην εξατομίκευση**

Η εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη και η δημόσια υγεία είναι απαραίτητες για την ευημερία και την κοινωνική ευημερία κάποιου. Η πρώτη εστιάζει στα συμπτώματα και την εξέλιξη της νόσου σε ατομικό επίπεδο, ενώ η δεύτερη εξετάζει θέματα υγείας σε επίπεδο πληθυσμού (από μια ομάδα ασθενών μέχρι όλους στον πλανήτη). Τα τελευταία χρόνια σημειώθηκε μια ψηφιακή επανάσταση στην εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη και τη δημόσια υγεία. Ως εκ τούτου, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί την κινητή υγεία (mHealth) ως ζωτικό πόρο για την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη δημόσια υγεία και παροτρύνει τα κράτη μέλη του να δώσουν προτεραιότητα στην ανάπτυξη και χρήση ψηφιακών τεχνολογιών στην υγεία για την προώθηση της Καθολικής κάλυψης υγείας και την προώθηση τους Στόχους Βιώσιμης Ανάπτυξης (WHO, 2018).



Οι παραδοσιακές αξιολογήσεις υγείας απαιτούν επισκέψεις εντός της κλινικής, με βιόσχημα που μετρώνται από επαγγελματίες που χρησιμοποιούν εξειδικευμένες συσκευές. Ωστόσο, η συχνή πρακτική τους σε έναν ευρύ πληθυσμό είναι άβολη και δαπανηρή.

Οι ψηφιακές συσκευές είναι κινητές (ή φορητές), με γρήγορη μετάδοση δεδομένων ασύρματα. Αυτό επιτρέπει απομακρυσμένες και μη επεμβατικές αξιολογήσεις υγείας και ενθαρρύνει τους χρήστες να φροντίζουν τον εαυτό τους για την υγεία τους. Οι συχνές αξιολογήσεις διευκολύνουν την πρόωμη ανακάλυψη της νόσου και τη διαχρονική παρακολούθηση. Η αυτοπαρακολούθηση ωφελεί εκείνους των οποίων οι ασθένειες μπορεί να εξελιχθούν μεταξύ των επισκέψεων στο νοσοκομείο και η σχετικά προσιτή τιμή (σε σύγκριση με το κόστος των νοσοκομείων) καθιστά τις υπηρεσίες υγείας προσβάσιμες σε πολλούς χωρίς ενδονοσοκομειακές προσβάσεις. Η αυτο-παρακολούθηση δεν αντιμετωπίζει ενδοκλινικές αξιολογήσεις. Το πρώτο δεν είναι προς το παρόν τόσο ακριβές ή ολοκληρωμένο, αλλά παρέχει συμπληρωματικές υπηρεσίες και είναι πιο οικολογικό για την καταγραφή των κυμαινόμενων συμπτωμάτων (Wagner et al., 2001).

Η ημιαυτόματη υπηρεσία υγείας μετριάξει την έλλειψη ιατρικών δεδομένων, προσωπικού και εξοπλισμού με διάφορους τρόπους. Πρώτον, αυτοματοποιεί τη συλλογή δεδομένων μεγάλης κλίμακας. Στη συνέχεια, η αυτοματοποιημένη απο-ταυτοποίηση δεδομένων, η κρυπτογράφηση και η μεταφορά επιτρέπουν τη σύγκριση προσωπικών δεδομένων με αντίστοιχα του πληθυσμού. Τρίτον, η αυτοματοποίηση υποστηρίζει την έγκαιρη ανίχνευση, παρέμβαση και θεραπεία ασθενειών. Για παράδειγμα, οι αλγόριθμοι παράγουν ειδοποιήσεις που υποδεικνύουν ιατρική συμβουλή ή παραδίδουν αναφορές, με συναίνεση, στους κλινικούς γιατρούς για την ανάθεση παρεμβάσεων (Chawla and Davis, 2013).

Φυσικά, θα ρωτούσε κανείς, η ψηφιοποίηση και η αυτοματοποίηση των υπηρεσιών υγείας θα οδηγήσει σε απώλεια θέσεων εργασίας, για παράδειγμα, στην απόλυση του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης, των νοσηλευτών και των γιατρών; Μάλλον όχι. Πρώτον, τέτοιες θέσεις είναι ελλιπείς. Αν και μεγάλο μέρος της παρακολούθησης και της αξιολόγησης μπορεί να γίνει ψηφιακά, η πλειονότητα των ιατρικών παρεμβάσεων υψηλής αξίας δεν μπορεί να αυτοματοποιηθεί επί του παρόντος ή στο εγγύς μέλλον. Η επέκταση της συνολικής κάλυψης, επομένως, έχει ως αποτέλεσμα την αυξανόμενη ανάγκη για υπηρεσία για την αντιμετώπιση των εργασιών που δεν μπορούν να αυτοματοποιηθούν. Δεύτερον, ο ψηφιακός μετασχηματισμός και η επανάσταση

αναπτύσσουν την αγορά εργασίας δημιουργώντας νέες θέσεις εργασίας, όπως η επισήμανση δεδομένων, οι ιατρικές δοκιμές και αναλύσεις και η εξ αποστάσεως ιατρική υπηρεσία (π.χ. τηλεϊατρική). Επίσης, δημιουργεί και επεκτείνει θέσεις σε συγκεκριμένους τομείς, όπως προγραμματισμό, θέσεις που απαιτούν διεπιστημονική γνώση και εκπαιδευτικές θέσεις εργασίας που εκπαιδεύει το εργατικό δυναμικό της επόμενης γενιάς στον τομέα της ψηφιακής υγείας (Chawla and Davis, 2013).

Η ψηφιακή υγεία συνδέει και διευκολύνει την εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη και τη δημόσια υγεία. Πρώτον, η συσσώρευση μεμονωμένων δεδομένων διευρύνει το ρεπερτόριο δεδομένων πληθυσμού. Η ευκολία της συλλογής ψηφιακών δεδομένων επιτρέπει τη συμπερίληψη αντιπροσωπευτικών δειγμάτων με ισορροπημένα μεγέθη ομάδων. Αυτό είναι χρήσιμο για τη διάκριση ασθενειών με υποκατηγορίες. Ας υποθέσουμε ότι ένα σύνολο δεδομένων έχει κυρίαρχους ασθενείς με διαβήτη τύπου 1. Η εξαγόμενη γνώση θα αντικατοπτρίζει ειδικά χαρακτηριστικά για τον διαβήτη Τύπου 1 και τα ειδικά χαρακτηριστικά του διαβήτη Τύπου 2 μπορεί να παραβλεφθούν ή να αντιμετωπίζονται ως θόρυβος. Επί του παρόντος, η πλειονότητα των φαινοτυπικών δεδομένων υγείας παράγονται στην κλινική από ασθενείς με σχετικά προχωρημένες ασθένειες, όπου τα συμπτώματα είναι σαφώς παρόντα και οι διαγνωστικές διαδικασίες πραγματοποιούνται ή έχουν πραγματοποιηθεί. Υπάρχει έλλειψη συγκρίσιμων δεδομένων σε κλίμακα από τον υγιή πληθυσμό και από εκείνους που βρίσκονται στα πολύ πρώιμα στάδια ανάπτυξης της νόσου. Με αντιπροσωπευτικά δείγματα και ισορροπημένα μεγέθη ομάδων, τα ψηφιακά δεδομένα υποστηρίζουν τη δημιουργία πιο ισχυρών μοντέλων πρόβλεψης (Fadahunsi et al., 2019).

Δεύτερον, οι πληροφορίες που αντλούνται από δεδομένα πληθυσμού βελτιώνουν την εξατομικευμένη μεταχείριση. Οι ψηφιακές συσκευές είναι ευαίσθητες, αντικειμενικές και συλλέγουν δεδομένα ημισυνεχώς, την ακριβέστερη κατηγοριοποίηση της νόσου και την έγκαιρη θεραπεία. Εάν ένας ασθενής εμφανίζει χαρακτηριστικά παρόμοια με εκείνα ενός πληθυσμού, μπορεί κανείς να ορίσει θεραπείες που δείχνουν ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στον πληθυσμό. Συγκρίνοντας τις συγκεκριμένες θεραπευτικές αποκρίσεις, τις παρενέργειες και τα συμπτώματα με αντίστοιχους πληθυσμούς, μπορεί κανείς να βελτιώσει τις εξατομικευμένες θεραπείες (Lupton, 2013).

## 2.5. Πώς υπάρχει προστασία της υγείας με τη δημόσια υγεία

Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα για την Υγεία (WHO, 1978) για Όλους και η Χάρτα της Οτάβα (WHO, 1986) δίνουν έμφαση στην ευημερία, όχι απλώς στην απουσία ασθένειας, ως βάση της δημόσιας υγείας. Τόνισε ότι δεν είναι μόνο ο αντίκτυπος των ατομικών συμπεριφορών που επηρεάζουν την υγεία αλλά και κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες στην υγεία των πληθυσμών.

Για να είναι αποτελεσματική, η δημόσια υγεία χρειάζεται:

- να βασίζεται στον πληθυσμό·
- να τονίζει τη συλλογική ευθύνη για την υγεία, την προστασία της και την πρόληψη ασθενειών·
- να αναγνωρίζει τον βασικό ρόλο του κράτους, που συνδέεται με την ανησυχία για τους υποκείμενους κοινωνικοοικονομικούς και ευρύτερους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, καθώς και των ασθενειών·
- να έχει πολυεπιστημονική βάση, η οποία ενσωματώνει ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους·
- να τονίζει τις συνεργασίες με όλους εκείνους που συμβάλλουν στην υγεία του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων, των κοινοτήτων, των εθελοντικών ομάδων και του επιχειρηματικού τομέα.

Η δημόσια υγεία στοχεύει στην προαγωγή της υγείας, στην προστασία της υγείας του πληθυσμού και στην πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών μέσω των βασικών λειτουργιών της αξιολόγησης, της ανάπτυξης πολιτικής και της διασφάλισης. Συγκεκριμένα, η προαγωγή της υγείας είναι μια συλλογική στρατηγική που δημιουργεί τις κατάλληλες κοινωνικές και φυσικές συνθήκες ατομικά, θεσμικά και κοινωνικά για να βελτιώσει τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας και να ενδυναμώσει τα άτομα να βελτιώσουν την υγεία τους αυξάνοντας τον έλεγχό τους στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και δεν εστιάζουν τους πόρους, αποκλειστικά στη θεραπεία. Η ανάπτυξη θετικών πολιτικών για την υγεία, η επέκταση της συλλογικής

αποτελεσματικότητας στην κοινότητα και η πρόοδος ενός πολίτη με εγγράμματα υγείας είναι ενέργειες με τις οποίες εφαρμόζεται η προαγωγή της υγείας. Η προστασία της υγείας βασίζεται στην τεχνογνωσία και τη συνεργασία των κυβερνητικών φορέων καθώς και τα συστήματα δημόσιας υγείας και υγειονομικής περίθαλψης για τον εντοπισμό, τον μετριασμό και την πρόληψη των απειλών για την υγεία των πληθυσμών. Η πρόληψη ασθενειών έχει επίσης το επιθυμητό αποτέλεσμα της επίτευξης υγιούς πληθυσμού, αλλά οι προσπάθειες επικεντρώνονται στην αποτροπή συγκεκριμένων νοσηροτήτων. Η προαγωγή της υγείας, η προστασία της υγείας και η πρόληψη ασθενειών χρησιμεύουν ως αλληλένδετες δομές για την εκπλήρωση της αποστολής της δημόσιας υγείας, η οποία είναι τελικά να διασφαλίσει ότι οι πληθυσμοί είναι υγιείς και επιτυγχάνουν θετικές καταστάσεις ευημερίας (Gurdasani et al., 2021).

Η προστασία της υγείας επικεντρώνεται στη διαφύλαξη της υγείας των πληθυσμών από εξωτερικές απειλές μέσω κυβερνητικών πολιτικών, κανονισμών και νόμων. Είναι ευθύνη των δημοτικών, πολιτειακών και ομοσπονδιακών κυβερνητικών υπηρεσιών να διασφαλίζουν την πρόσβαση σε ποιοτική, προσβάσιμη και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη. Οι κυβερνήσεις κατέχουν μοναδική θέση στη διαχείριση της υγείας μέσω πολιτικών και αποφάσεων που διαμορφώνουν όχι μόνο την παροχή υγείας άμεσα αλλά και προάγουν την υγεία και την ευημερία μέσω οικονομικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών πλαισίων. Ένας από τους βασικούς παράγοντες που θα μπορούσαν ενδεχομένως να επηρεάσουν την προστασία της υγείας θα είναι πώς το εκλογικό σώμα και οι κυβερνήσεις εξελίσσονται στην κατεύθυνση των στόχων δημόσιας υγείας που βασίζονται σε κοινωνικές και ηθικές αξίες, καθώς και στη διαχείριση αντικρουόμενων καθοδήγησης και επικοινωνίας για τη δημόσια υγεία (Hunt, 2012).

Η προστασία της υγείας είναι η προστασία ατόμων, ομάδων και πληθυσμών μέσω της αποτελεσματικής συνεργασίας ειδικών στον εντοπισμό, την πρόληψη και τον μετριασμό των επιπτώσεων των μολυσματικών ασθενειών και των περιβαλλοντικών, χημικών και ραδιολογικών απειλών. Είναι ένα υποσύνολο της δημόσιας υγείας—η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης ασθενειών, της παράτασης της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω των οργανωμένων προσπαθειών της κοινωνίας (Ghebrehewet et al., 2016).

Ταυτόχρονα με τον περίπλοκο ρόλο της κυβέρνησης στη διαχείριση της δημόσιας υγείας είναι η εξελισσόμενη πρόκληση της παραπληροφόρησης και της παραπληροφόρησης. Σε απάντηση, οι ηγέτες της δημόσιας υγείας έδωσαν προτεραιότητα

στις νέες συνεργασίες με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και τις πλατφόρμες μηχανών αναζήτησης για να καταπολεμήσουν μια πληροφορική παραπληροφόρηση που ενέχει σημαντικό κίνδυνο για την αποτελεσματική επικοινωνία για τη δημόσια υγεία. δεδομένα συμβάλλουν σε σοβαρά προβλήματα επικοινωνίας στα κυβερνητικά συστήματα (Ghebrehewet et al., 2016).

Μια άλλη πρόκληση είναι η ανόμοια πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Εμπόδια όπως η έλλειψη μεταφοράς, οι απαιτήσεις απασχόλησης και η γεωγραφική απόσταση μπορούν να περιορίσουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Hojat, 2022). Ο COVID-19 βάθυνε το ήδη διάχυτο ψηφιακό χάσμα, με αποτέλεσμα ανισοροπίες στην εφαρμογή τεχνολογιών που σχετίζονται με την υγεία, όπου όσοι έχουν πρόσβαση στην τηλε-υγεία επωφελούνται σημαντικά στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών.

Υπάρχουν ευκαιρίες για την ενίσχυση της ανταπόκρισης της δημόσιας υγείας στην προαγωγή της υγείας, την προστασία της υγείας και την πρόληψη ασθενειών. Πρώτον, με τη συνεργασία και την ενδυνάμωση των πιο ευάλωτων και υποεξυπηρετούμενων κοινοτήτων μας, αυτές οι κατασκευές μπορούν να προωθήσουν την ισότητα στην υγεία και να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας σε μια ποικιλία μέτρων. Για παράδειγμα, εστιάζοντας τις προσπάθειες στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. ενσωμάτωση της εκπαίδευσης για την ισότητα στην υγεία στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών· και αυξάνοντας τις προσπάθειες συνεργασίας μεταξύ των κοινοτήτων, του τομέα της δημόσιας υγείας και των ιατρικών επαγγελματιών, μπορούμε να προωθήσουμε την υγεία ενδυναμώνοντας τις κοινότητες να ζουν πιο υγιείς, να προλαμβάνουν τις ασθένειες μέσω ολιστικής φροντίδας και να αντιμετωπίζουν τις υποκείμενες αιτίες και να προστατεύουν την υγεία ασκώντας διαθέσιμα κυβερνητικά εργαλεία (Braveman and Gottlieb, 2014).

Δεύτερον, υπήρξε μια ατυχής διάβρωση της δημόσιας εμπιστοσύνης και εμπιστοσύνης μεταξύ των υγειονομικών αρχών λόγω της πανδημίας COVID-19. Η προαγωγή της υγείας, η προστασία της υγείας και η εφαρμογή πρόληψης ασθενειών προσφέρουν δραστικούς τρόπους μέσω των οποίων οι υγειονομικές αρχές μπορούν να κερδίσουν ξανά την εμπιστοσύνη των κοινοτήτων τους . Με την ενσωμάτωση των ενδιαφερομένων της κοινότητας, τη δέσμευση σε διαφανή και γνήσια οικοδόμηση σχέσεων και τη δημιουργία βιώσιμων σχεδίων με γνώμονα την κοινότητα, οι υγειονομικές αρχές μπορούν να συγκεντρώσουν την εμπιστοσύνη και την εμπιστοσύνη της κοινότητας, καθώς και να

επιδείξουν τη δύναμη της πρόληψης και της δημόσιας υγείας σε όσους είναι δύσπιστοι. Η προαγωγή της υγείας, η προστασία της υγείας και η πρόληψη ασθενειών καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα εννοιών δημόσιας υγείας που μπορούν να εφαρμοστούν κλινικά, σε οργανισμούς, εντός κοινοτήτων και από κυβερνητικούς φορείς. Όταν χρησιμοποιούνται σε καθένα από αυτά τα στρώματα, μπορούν να αποτελέσουν ισχυρά εργαλεία για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των ατόμων και του συνολικού πληθυσμού (Henderson et al., 2020).

## **2.6. Προαγωγή της δημόσιας υγείας**

Η προαγωγή της υγείας είναι μια συμπεριφορική κοινωνική επιστήμη που αντλείται από τις βιολογικές, περιβαλλοντικές, ψυχολογικές, φυσικές και ιατρικές επιστήμες για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών, αναπηριών και πρόωρων θανάτων μέσω δραστηριοτήτων εθελοντικής αλλαγής συμπεριφοράς με γνώμονα την εκπαίδευση. Η προαγωγή της υγείας είναι η ανάπτυξη ατομικών, ομαδικών, θεσμικών, κοινοτικών και συστημικών στρατηγικών για τη βελτίωση των γνώσεων, των στάσεων, των δεξιοτήτων και της συμπεριφοράς για την υγεία. Ο σκοπός της προαγωγής της υγείας είναι να επηρεάσει θετικά τη συμπεριφορά υγείας των ατόμων και των κοινοτήτων καθώς και τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας που επηρεάζουν την υγεία τους.

Γιατί είναι σημαντική η προαγωγή της υγείας:

Η προαγωγή της υγείας βελτιώνει την κατάσταση της υγείας των ατόμων, των οικογενειών, των κοινοτήτων, των κρατών και του έθνους.

Η προαγωγή της υγείας βελτιώνει την ποιότητα ζωής όλων των ανθρώπων.

Η προαγωγή της υγείας μειώνει τους πρόωρους θανάτους.

Εστιάζοντας στην πρόληψη, η προαγωγή της υγείας μειώνει το κόστος (οικονομικό και ανθρώπινο) που θα δαπανούσαν άτομα, εργοδότες, οικογένειες, ασφαλιστικές εταιρείες, ιατρικές εγκαταστάσεις, κοινότητες, το κράτος και το έθνος για ιατρική περίθαλψη.

Πολλές από τις πρωτοβουλίες που εμπíπτουν στην ομπρέλα της προαγωγής της υγείας έχουν εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Αυτές οι εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες αφορούν τη γνώση του ατόμου για συγκεκριμένα θέματα κινδύνου όπως: διατροφή, φυσική κατάσταση, σεξουαλικές πρακτικές, ναρκωτικά και αλκοόλ, καπνός, ψυχική υγεία, οικογενειακός προγραμματισμός και πολλαπλές μορφές κακοποίησης. Σε πολλές περιπτώσεις, οι πρωτοβουλίες προαγωγής της υγείας μπορούν να γίνουν μέρος μιας ευρύτερης δημόσιας πολιτικής.

Στις εταιρείες, οι εκπαιδευτές υγείας εκτελούν ή συντονίζουν την παροχή συμβουλών σε εργαζομένους, καθώς και υπηρεσίες εκπαίδευσης, εκτιμήσεις κινδύνου για την υγεία των εργαζομένων και ελέγχους υγείας. Σχεδιάζουν, προωθούν, καθοδηγούν και/ή αξιολογούν προγράμματα σχετικά με τον έλεγχο του βάρους, την υπέρταση, τη διατροφή, την πρόληψη κατάχρησης ουσιών, τη φυσική κατάσταση, τη διαχείριση του άγχους και τη διακοπή του καπνίσματος. ανάπτυξη εκπαιδευτικού υλικού. και να γράψουν επιχορηγήσεις για χρήματα για την υποστήριξη αυτών των έργων. Βοηθούν τις εταιρείες να τηρούν τους κανονισμούς για την υγεία και την ασφάλεια στην εργασία, να συνεργάζονται με τα μέσα ενημέρωσης και να προσδιορίζουν τους πόρους της κοινότητας για την υγεία των εργαζομένων.

Σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης, οι εκπαιδευτές υγείας εκπαιδεύουν τους ασθενείς σχετικά με ιατρικές διαδικασίες, επεμβάσεις, υπηρεσίες και θεραπευτικά σχήματα, δημιουργούν δραστηριότητες και κίνητρα για να ενθαρρύνουν τη χρήση των υπηρεσιών από ασθενείς υψηλού κινδύνου. διεξαγωγή εκπαίδευσης προσωπικού και διαβούλευση με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με συμπεριφορικά, πολιτιστικά ή κοινωνικά εμπόδια στην υγεία· προώθηση της αυτοφροντίδας? ανάπτυξη δραστηριοτήτων για τη βελτίωση της συμμετοχής των ασθενών στις κλινικές διαδικασίες· να εκπαιδεύσει τα άτομα να προστατεύουν, να προάγουν ή να διατηρούν την υγεία τους και να μειώνουν τις επικίνδυνες συμπεριφορές· να κάνετε κατάλληλες παραπομπές με βάση την κοινότητα και να γράψετε επιχορηγήσεις.

Σε κοινοτικούς οργανισμούς και κυβερνητικούς φορείς, οι εκπαιδευτές υγείας βοηθούν μια κοινότητα να αναγνωρίσει τις ανάγκες της, να αξιοποιήσει τις ικανότητές της επίλυσης προβλημάτων και να κινητοποιήσει τους πόρους της για να αναπτύξει, να προωθήσει, να εφαρμόσει και να αξιολογήσει στρατηγικές για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας της. Οι εκπαιδευτές υγείας κάνουν οργάνωση και ενημέρωση της

κοινότητας, συγγραφή επιχορηγήσεων, δημιουργία συνασπισμών, συνηγορούν και αναπτύσσουν, παράγουν και αξιολογούν εκστρατείες για την υγεία στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

## **2.7.Εκπαίδευση στην υγεία**

Τα προγράμματα κατάρτισης για τη δημόσια υγεία διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ΝΔΥ. Το εργατικό δυναμικό της δημόσιας υγείας είναι διεπιστημονικό, με εργαζόμενους από πολλά επαγγελματικά υπόβαθρα. Είναι εξίσου σημαντικό να εκπαιδευτούν οικονομολόγοι, κτηνίατροι, νοσηλευτές, ψυχολόγοι και άλλοι από τις βιολογικές και κοινωνικές επιστήμες στη δημόσια υγεία όπως είναι η εκπαίδευση γιατρών. Η Νέα Δημόσια Υγεία είναι διεπιστημονική. Οι διευθυντές συστημάτων ιατρικής και νοσοκομειακής περίθαλψης χρειάζονται να γνωρίζουν την επιδημιολογία καθώς και τα οικονομικά και τη διαχείριση των δεξιοτήτων, όπως ακριβώς πρέπει να γνωρίζουν οι επιδημιολόγοι για τους οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες στην κατάσταση της υγείας (Shortell et al., 2010). Έτσι το αναλυτικό πρόγραμμα μπορεί να διδαχθεί καλύτερα σε ακαδημαϊκά περιβάλλοντα και όχι να περιορίζεται μόνο στις ιατρικές σχολές.

Σε χώρες με άλλες ακαδημαϊκές παραδόσεις, όπως ο Καναδάς, η δημόσια υγεία γενικά διδάσκεται στα τμήματα της ιατρικής κοινότητας ή της κοινωνικής ιατρικής. Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό συνεπάγεται λίγους πόρους, χαμηλό κύρος και τάση προς μια προσέγγιση μαθητείας στην κατάρτιση διδακτορικού. Από τη δεκαετία του 1990, νέες κατευθύνσεις στην ανάπτυξη των σχολών δημόσιας υγείας έχουν αναδυθεί στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια και στη Νοτιοανατολική Ασία.

Η εκπαίδευση στους κλάδους της επιδημιολογίας, της οικονομίας και άλλα θεμελιώδη στοιχεία της δημόσιας υγείας είναι σημαντικά για τους διευθυντές πολιτικών και κλινικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης καθώς και για κλινικούς παρόχους στην πρωτοβάθμια και επίπεδα ειδικής φροντίδας. Οι διευθυντές των συστημάτων υγείας ασφάλισης και στα νοσοκομεία χρειάζονται μια ευρεία κατανόηση της δημόσιας υγείας και των μεθόδων καθώς και για την κατανόηση των λειτουργιών ενός συστήματος υγείας.



Ομοίως, οι πάροχοι κλινικών σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και ειδικής φροντίδας πρέπει επίσης να έχουν βασική κατανόηση αυτών των κλάδων. Η εκπαίδευση σε θέματα δημόσιας υγείας στις ιατρικές σχολές έχουν συνήθως μια πολύ μέτρια θέση στη διδακτέα ύλη. Χρειάζονται σχολεία δημόσιας υγείας για την παροχή της κατάρτισης και η ερευνητική τεχνογνωσία που απαιτείται για τους διευθυντές και τους επαγγελματίες του συστήματος υγείας για να κατανοούν την πολιτική, τα στρατηγικά ζητήματα και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των υπηρεσιών θεραπείας και δημόσιας υγείας.

Οι διευθυντές υγείας χρειάζονται εκπαίδευση στη χρήση εθνικών και διεθνών συστημάτων πληροφοριών υγείας όπως η Ευρωπαϊκή Βάση Δεδομένων Υγεία για Όλους (Health for All Data Base, 2009). Αυτή η βάση δεδομένων είναι ένας εξαιρετικός πόρος για εθνικούς και διεθνείς τάσεις και συγκρίσεις εκατοντάδων δεικτών για την κατάσταση της υγείας, τους πόρους, τη χρήση και τους κινδύνους για την υγεία. Αυτό θα πρέπει να είναι ένα από τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται από τους εργαζομένους στον τομέα της υγείας σε όλα τα επίπεδα, ιδιαίτερα εκείνων που ασχολούνται με τη διδασκαλία και την έρευνα, καθώς και εκείνων στους τομείς δημόσιας πολιτικής και ανάπτυξης προγραμμάτων στους κυβερνητικούς τομείς υγείας. Μηχανογραφημένες πληροφορίες των συστημάτων υγείας είναι σημαντικά για μεμονωμένους ασθενείς και για συστήματα υγείας όπως π.χ νοσοκομεία, για την παρακολούθηση της χρήσης των μέτρων φροντίδας στον τομέα της υγείας, την εμφάνιση ιατρικών λαθών, καθώς και συμμόρφωση με τα πρότυπα πρακτικής και κλινικές κατευθυντήριες γραμμές, οι οποίες ενσωματώνονται όλο και περισσότερο στο επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Τα πρότυπα πρακτικής και οι κλινικές κατευθυντήριες γραμμές γίνονται όλο και περισσότερο μέρος της σύγχρονης ιατρικής περίθαλψης, ειδικά σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης εντός του πεδίου της προληπτικής φροντίδας. Τα συστήματα πληροφοριών νοσοκομείων χρησιμοποιούνται για την προώθηση της ασφάλειας και τη μείωση των περιστατικών ιατρικών σφαλμάτων. Είναι επίσης σημαντικά για τη μετάδοση των πληροφοριών που απαιτούνται για τη φροντίδα κατά τη διάρκεια και μετά τη νοσηλεία στη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών και τη μείωση των περιττών νοσηλειών επιστροφής. Τα πληροφοριακά συστήματα παρέχουν τη βάση για αξιολόγηση και προγραμματισμό από στόχους ή στόχους υγείας που είναι απαραίτητοι για τα εθνικά συστήματα υγείας. Η προσανατολισμένη πρακτική είναι μια διαρκής εκπαιδευτική

λειτουργία σε όλα τα επίπεδα της ιατρικής φροντίδας, καθώς και στην προαγωγή της υγείας και στοχευμένα προγράμματα που ασχολούνται με ειδικές ομάδες κινδύνου.

Η συνεχής αξιολόγηση της κατάστασης της τέχνης είναι μια πρόκληση για αυτούς οι οποίοι λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη χρηματοδότηση και τις προτεραιότητες καθώς και την εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Έρευνα και στοιχεία από δημοσιευμένες μελέτες, κυβερνητικές υπηρεσίες και άλλες εκθέσεις και οι «βέλτιστες πρακτικές» από επαγγελματικούς οργανισμούς πρέπει να θεωρηθεί ότι θα βοηθήσουν στη γνώση και τη λήψη πιο ορθών αποφάσεων. Όλα αυτά πρέπει να αξιολογηθούν σε όρους του κόστους και της αποτελεσματικότητας των νέων τεχνολογιών, και υπό το φως του γεγονότος ότι οι προτεραιότητες είναι ολοένα και πιο ανοιχτές σε δημόσιο έλεγχο και συζήτηση. Η έρευνα για την απόκτηση νέων γνώσεων σχετικά με την υγεία και τους παράγοντες κινδύνου για τις ασθένειες αποτελούν ουσιαστικό μέρος της εξέλιξης του τομέα.

## **2.8. Πρόληψη της υγείας**

Η πρόληψη και η εξέλιξη της προαγωγής της υγείας είναι πολύπλοκες και κανένας οδηγός δεν είναι εκ νέου υπεύθυνος. Η κυρίαρχη πεποίθηση (και κατανόηση) περιστρέφεται κυρίως γύρω από το γεγονός ότι η πρόληψη της υγείας ως συστατικό της δημόσιας υγείας εισήχθη το 1986 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) στην Οτάβα, ανοίγοντας το δρόμο για το επόμενο κίνημα προαγωγής της υγείας. Ωστόσο, η προώθηση της υγείας, ως εννοιολογικό πλαίσιο, κατέστη μια αλλαγή στη σκέψη άρχισε γύρω στο 1978 όταν υιοθετήθηκε η «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» στη διάσκεψη της Άλμα-Άτα ως κύριος μηχανισμός παροχής υγειονομικής περίθαλψης .

Πριν από εκατό χρόνια, οι μεγαλύτερες προκλήσεις για την υγεία ήταν η πρόληψη των μολυσματικών ασθενειών, τη βελτίωση της υγείας της μητέρας και του παιδιού και τη δημιουργία ασφαλέστερου σπιτιού, εργασίας και φυσικής κατάστασης των περιβάλλοντων. Η υγιεινή, η επιτήρηση μεταδοτικών ασθενειών, η ανοσοποίηση, η καραντίνα, η υγιεινή στο χώρο εργασίας και η ασφάλεια, οι ασφαλείς πρακτικές τοκετού, η προώθηση του θηλασμού και η εξασφάλιση καλύτερης τροφής και η παροχή νερού

είναι βασικές στρατηγικές πρόληψης παλαιότερα και παραμένουν μέχρι σήμερα. Πιο πρόσφατα, αλλαγές που επηρεάζουν το κλίμα, το νερό, τον αέρα και άλλες πτυχές του φυσικού περιβάλλοντος παρουσιάζει νέους κινδύνους για την υγεία του πληθυσμού που θα απαιτήσουν νέες στρατηγικές πρόληψης (McMichael et al. 2008).

Οι δραστηριότητες πρόληψης κατηγοριοποιούνται συνήθως από τους ακόλουθους ορισμούς:

1. Πρωτογενής πρόληψη—παρέμβαση πριν από την εμφάνιση επιπτώσεων στην υγεία, μέσω μέτρων όπως οι εμβολιασμοί, η αλλαγή επικίνδυνων συμπεριφορών (συνήθειες κακής διατροφής, κάπνισμα) και απαγορευτικές ουσίες που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με την ασθένεια ή την κατάσταση υγείας.

2. Δευτερογενής πρόληψη—προληπτικός έλεγχος για τον εντοπισμό ασθενειών σε ωριότερα στάδια, πριν από την εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων, μέσω μέτρων όπως μαστογραφία και τακτικός έλεγχος αρτηριακής πίεσης.

3. Τριτογενής πρόληψη — διαχείριση της νόσου μετά τη διάγνωση για επιβράδυνση ή διακοπή της εξέλιξης της νόσου μέσω μέτρων όπως η χημειοθεραπεία, η αποκατάσταση και ο έλεγχος για επιπλοκές.

Οι περισσότερες προτάσεις πρόληψης είναι πρωτογενείς ή δευτερογενείς προσπάθειες πρόληψης για τα άτομα. Ωστόσο, στο πλαίσιο της περιβαλλοντικής υγείας, η πρόληψη είναι πολύ ευρύτερη, γιατί η έκθεση σε πολλούς ρύπους είναι πέρα από τον έλεγχο των ατόμων και ιστορικά μειώνεται αποτελεσματικότερα από κυβερνητικά προγράμματα και τους κανονισμούς (π.χ., νόμος για την πρόληψη της ρύπανσης, νόμος για τον καθαρό αέρα κλπ.). Παραδοσιακά, η υγεία έχει επικεντρωθεί στη μείωση της έκθεσης στους ψυχικούς κινδύνους από το περιβάλλον που είναι γνωστό ότι σχετίζονται με ασθένειες (Cohen et al, 2007).

Η συνεχιζόμενη ανάγκη για πρόληψη έχει επίσης τεθεί στο επίκεντρο από την αύξηση των χρόνιων ασθενειών, με τις μεγάλες σχετιζόμενες με την υγεία, κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις. Αυτό το «ξεπέρασμα» του βάρους της ασθένειας από τη χρόνια νόσο οφείλεται στη μείωση της θνησιμότητας από μολυσματικές ασθένειες σε συνδυασμό με δυσμενείς τάσεις σε ορισμένους παράγοντες κινδύνου για την υγεία, καθώς και από τη γήρανση του πληθυσμού.

Πολλοί από τους 14 εκατομμύρια ετήσιους πρόωρους θανάτους παγκοσμίως που οφείλονται σε καρδιαγγειακά νοσήματα, στον καρκίνο, τη χρόνια αναπνευστική νόσο, το διαβήτη και άλλες χρόνιες ασθένειες θα μπορούσαν να προληφθούν με την εξάλειψη ή μείωση κοινών παραγόντων κινδύνου—κυρίως κάπνισμα, ανθυγιεινή διατροφή, σωματική αδράνεια και επιβλαβής χρήση αλκοόλ. Με τη σειρά τους, αυτές οι συμπεριφορές υγείας και οι παράγοντες κινδύνου επηρεάζονται από τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας - τις συνθήκες στις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και την ηλικία. Η μείωση αυτών των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και η αντιμετώπιση δυσμενών κοινωνικών παραγόντων όπου είναι εφικτό μπορεί να μειώσει την ασθένεια και τον κίνδυνο εμφάνισης πρόωρου θανάτου με τη δυνατότητα για μεγάλα οφέλη για την υγεία στον πληθυσμό. Η πρόληψη ή καθυστέρηση μιας χρόνιας νόσου είναι μία από τις σημαντικότερες προτεραιότητες για το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης σήμερα (WHO, 2013).

Οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν παγκόσμια ανησυχία, με την πρόληψη των χρόνιων ασθενειών να θεωρείται βασική προσέγγιση που θα διασφαλίσει ότι οι μελλοντικές γενιές δεν κινδυνεύουν με πρόωρο θάνατο από αυτές τις ασθένειες (Beaglehole et al. 2011). Το 1977, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τόνισε την σημασία της προαγωγής της υγείας ώστε όλοι οι άνθρωποι να έχουν ένα οικονομικά παραγωγικό επίπεδο υγείας.

Η παρακολούθηση και η αξιολόγηση διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην αξιολόγηση της απόδοσης της πρόληψης ασθενειών και τα προγράμματα προαγωγής της υγείας και παρέχουν τα στοιχεία που οι ερευνητές, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής και οι πάροχοι των υπηρεσιών χρειάζονται για να λειτουργούν. Η επιτυχής παρακολούθηση και αξιολόγηση εξετάζει τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των αποτελεσμάτων για τον στόχο του πληθυσμού. Γίνεται ολοένα και μεγαλύτερη αναγνώριση της σημασίας της αξιολόγησης των δραστηριοτήτων που εστιάζουν σχετικά με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, ιδίως μεταξύ των μειονεκτούντων πληθυσμών. Η παρακολούθηση βασίζεται σε διαθέσιμα δεδομένα για να προσδιορίσει ποιος επηρεάζεται περισσότερο από ένα πρόβλημα υγείας και εάν η κατάσταση αλλάζει μετά από παρέμβαση. Συγκεκριμένες δραστηριότητες πρόληψης απαιτούν αυστηρή αξιολόγηση, ώστε να μπορεί να μετρηθεί η επιτυχία ή η αποτυχία τους και να μπορούν να αντληθούν μαθήματα. Η επιτυχής αξιολόγηση εξαρτάται από τον καθορισμό των πλεονεκτημάτων

που θα επιλεγθεί, το κόστος τους και την αξία που αποδίδεται σε αυτά τα οφέλη. Τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και άλλες πληροφορίες μπορούν να καθοδηγούν μελλοντικές δραστηριότητες πρόληψης χρόνιων ασθενειών. Για να μεγιστοποιηθούν τα αποτελέσματα, η ικανότητα και η μέθοδος αξιολόγησης με κατάλληλους πόρους θα πρέπει να αναπτυχθεί ως πρόληψη που σχεδιάζονται προτάσεις, με βασικά δεδομένα, στόχους και αναμενόμενα αποτελέσματα να τεκμηριώνονται πριν από μια εκστρατεία ή όταν ένα πρόγραμμα ξεκινά. Οι κρατικοί φορείς έχουν βασικούς ρόλους στην παρακολούθηση των δεδομένων υγείας και στην αξιολόγηση της προβολής της υγείας (Suhrccke et al., 2007).

Οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων στον τομέα της υγείας ενδιαφέρονται εδώ και πολύ καιρό για στρατηγικές που μπορούν να μειώσουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα με λογικό κόστος για το κοινό (Tengs et al. 1995). Οι δραστηριότητες πρόληψης μπορεί να είναι δαπανηρές, ειδικά εκείνες που απευθύνονται μάλλον σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες από, για παράδειγμα, συγκεκριμένους πληθυσμούς-στόχους ή άτομα με συγκεκριμένα προφίλ παραγόντων κινδύνου. Υπάρχει ανάγκη για μια καλή επιχειρηματική υπόθεση για την αξιολόγηση των αποδεικτικών στοιχείων για τις κατάλληλες παρεμβάσεις και την απόδειξη αξίας για χρήματα, καθώς και οικονομικές αξιολογήσεις αυτών των δραστηριοτήτων. Αυτό θα ενημερώσει καλύτερα τη λήψη αποφάσεων για το ποια προγράμματα είναι πιο πιθανό να είναι επιτυχημένα και πού μπορεί να στοχεύσουν καλύτερα λαμβάνοντας υπόψη τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος (Crowle and Turner, 2010).

Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά για τη σύγκριση προγραμμάτων και πολιτικών βάσει του εκτιμώμενου κόστους και των δυνατοτήτων τους να βελτιώσουν την υγεία. Είναι, όμως, και ένας τομέας όπου το κόστος της υλοποίησης και της αξίας της αποδιδόμενης εξοικονόμησης κόστους ή οφέλους αμφισβητούνται έντονα και συχνά δύσκολο να αποδειχθεί με την πάροδο του χρόνου. Αυτό καθιστά την υπόθεση για επενδύσεις πιο δύσκολη για τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων (Beaglehole et al., 2011).

Μια αυστραλιανή μελέτη, για παράδειγμα, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η φορολόγηση των φτωχών διατροφικών τροφίμων και η χρήση γενόσημων φαρμάκων για τη στόχευση συνδυασμένων παραγόντων κινδύνου για την υγεία ήταν δυο ενέργειες που εξοικονομούσαν κόστος στην πρόληψη της παχυσαρκίας, ενώ έχει υψηλό αντίκτυπο στην

υγεία (Vos et al. 2010). Ωστόσο, μια άλλη μελέτη έδειξε ότι υπήρχε έλλειψη μακροπρόθεσμης αξιολόγησης για να ελεγχθεί η ακρίβεια των ισχυρισμών ως προς τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, και ότι στην περίπτωση της παιδικής παχυσαρκίας, περαιτέρω στοιχεία για ενέργειες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά την παιδική ηλικία. Χρειάζονταν διατροφικές συμπεριφορές και επίπεδα σωματικής δραστηριότητας για να αναπτυχθούν μακροπρόθεσμα οι παρεμβάσεις στην κοινότητα (Crowle and Turner, 2010).

Ένα άλλο παράδειγμα είναι διεθνής μελέτη που εξέτασε τα οικονομικά στοιχεία της πρόληψης της χρόνιας νόσου. Χρησιμοποίησε την ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας για να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι οι παρεμβάσεις στόχευαν στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με τη βελτίωση της διατροφής και την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας σε τομείς όπως η εκπαίδευση και η προώθηση της υγείας, ρυθμιστικά και φορολογικά μέτρα, καθώς και την παροχή συμβουλών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, είναι όλα αποτελεσματικά για τη βελτίωση της υγείας και τη μακροζωία, και είναι πιο οικονομικά αποδοτικά από τη θεραπεία χρόνιων ασθενειών μόλις εμφανιστούν. Η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι όταν πραγματοποιήθηκαν πολλαπλές παρεμβάσεις που στόχευαν σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες και καθοριστικούς παράγοντες ταυτόχρονα, τα συνολικά κέρδη υγείας αυξήθηκαν, προσθέτοντας χρόνια υγιούς ζωής στο προσδόκιμο της υγείας των ανθρώπων, χωρίς καμία απώλεια σε σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας (Sassi, 2010).

Με βάση τα τρέχοντα στοιχεία, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει προτείνει μια σειρά από πολιτικές «καλύτερης αγοράς» παρεμβάσεις καθώς και μεμονωμένες παρεμβάσεις που μπορεί να βοηθήσουν στην πρόληψη της χρόνιας νόσου. Ο ΠΟΥ προτείνει αυτές οι «καλύτερες αγορές» να εφαρμόζονται σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε όλες τις χώρες παράγουν γρήγορα αποτελέσματα όσον αφορά τη διάσωση ζωών, την πρόληψη ασθενειών και την αποφυγή μεγάλου κόστους (WHO, 2013).

Οι προκλήσεις που παρουσιάζει η γήρανση του πληθυσμού και ο επιπολασμός του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας, μαζί με τις χρόνιες ασθένειες που ξεκινούν, αποτελούν εύφορες περιοχές για την προσοχή της έρευνας για την πρόληψη, την πολιτική και τη δράση για το άμεσο μέλλον. Εκτός από την παχυσαρκία, η προαγωγή της υγείας αναμένεται να συνεχίσει να στοχεύει παράγοντες κινδύνου όπως η σωματική αδράνεια, η κακή διατροφή, η επιβλαβής χρήση του αλκοόλ και το κάπνισμα, και επίσης θα επιδιώξει

να αποτρέψει καρκίνους και άλλες χρόνιες ασθένειες. Η έρευνα για την ψυχική υγεία υποδηλώνει ότι υπάρχει αυξανόμενη ανάγκη για προώθηση της ψυχολογικής ευεξίας. Η διαχείριση βιολογικών και η μείωση των παραγόντων ψυχοκοινωνικού κινδύνου θα βοηθήσει στην πρόληψη της εξουθενωτικής κατάθλιψης και το άγχος, μειώνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας και αποφεύγουν τις επιβλαβείς συμπεριφορές (Jorm and Reavley, 2013).

Ένα άλλο ζήτημα είναι ο δυνητικός ρόλος της προληπτικής δράσης στην αποκατάσταση των μειονεκτημάτων για την υγεία σε ολόκληρο τον κόσμο. Οι χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες έχουν γενικά υψηλότερο επιπολασμό παραγόντων κινδύνου και μεγαλύτερες ανάγκες υγείας και μπορεί να επωφεληθεί από στοχευμένες δραστηριότητες πρόληψης. Όπως και με άλλες παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας, οι προληπτικές στρατηγικές υγείας χρειάζονται αξιολόγηση όσον αφορά την καταλληλότητα, κόστος και αποτελεσματικότητα, ώστε να αποφευχθεί το μελλοντικό κόστος θεραπείας που σχετίζεται με την κακή υγεία και σπατάλη δαπανών για κακοσχεδιασμένες, αναποτελεσματικές προσεγγίσεις πρόληψης (Beaglehole et al., 2011).

## **2.9. Δημόσια πληροφόρηση και δημόσια υγεία**

Πολλές βιομηχανίες χρησιμοποιούν στρατηγικές συλλογής δεδομένων για να κατανοήσουν τους πελάτες, τους πελάτες και τους υπαλλήλους τους. Στη δημόσια υγεία, η συλλογή δεδομένων μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία και στη βελτίωση των στρατηγικών πρόληψης ασθενειών και τραυματισμών. Τα δεδομένα σε αυτόν τον συγκεκριμένο τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μπορούν επίσης να περιλαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με τις πεποιθήσεις και συμπεριφορές σε ολόκληρη την κοινότητα, τους τοπικούς πόρους και άλλα θέματα που αφορούν τα συμφραζόμενα (Chawla and Davis, 2013).

Μπορεί να συλλέγονται μη δομημένα δεδομένα, αλλά η έλλειψη οργάνωσης καθιστά δύσκολη την ανάλυση και την εφαρμογή. Ένα βασικό συστατικό της συλλογής δεδομένων στη δημόσια υγεία είναι η ύπαρξη ενός σαφούς συστήματος οργάνωσης που επιτρέπει την εύκολη κοινή χρήση των δεδομένων ασθενών με τους σχετικούς

επαγγελματίες υγείας. Η λήψη αποφάσεων βάσει δεδομένων είναι ουσιαστικά αδύνατη χωρίς σχετικές, ενημερωμένες πληροφορίες. Είτε παρακολουθούν την εξάπλωση της νόσου, ενημερώνουν το κοινό για τις πιο πρόσφατες στρατηγικές πρόληψης είτε προάγουν τη δημόσια υγεία σε ολόκληρο τον πληθυσμό, οι επαγγελματίες πρέπει να κατανοούν τη σημασία της συλλογής δεδομένων καθώς συνεργάζονται με άλλους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας από διάφορους κλάδους (Fadahunsi et al., 2019).

Ορισμένες μεμονωμένες ασθένειες και κρούσματα σε ολόκληρη την κοινότητα μπορούν να προληφθούν με έγκαιρες απαντήσεις από επαγγελματίες υγείας. Τα ποιοτικά δεδομένα μπορούν να βελτιώσουν δραματικά τις ικανότητες των ηγετών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην ανάλυση των τάσεων που δείχνουν πρώιμα προειδοποιητικά σημάδια ασθένειας ή εστίας. Οι αποφάσεις που βασίζονται σε δεδομένα είναι ζωτικής σημασίας για την προστασία των ασθενών και τη διερεύνηση στρατηγικών υγείας σε ολόκληρη την κοινότητα (Chawla and Davis, 2013).

Η σημασία της συλλογής δεδομένων για τη μόχλευση των γνώσεων που βασίζονται σε δεδομένα είναι ζωτικής σημασίας. Μπορεί να μειώσει τόσο το χρόνο όσο και το κόστος των πρωτοβουλιών για τη δημόσια υγεία. Μαθαίνοντας πρώτα περισσότερα για την τρέχουσα δυναμική της δημόσιας υγείας, οι ηγέτες υγείας μπορούν να εστιάσουν τον χρόνο και τους πόρους τους στην παροχή βασικών υπηρεσιών που στοχεύουν τις ανάγκες της κοινότητας που επιβεβαιώνονται από δεδομένα.

Τα καλά οργανωμένα δεδομένα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στη μείωση του κόστους, επειδή μπορούν να μειώσουν τον χρόνο που απαιτείται για την επικοινωνία μεταξύ των εγκαταστάσεων και των επαγγελματιών και να εξορθολογίσουν τη διαδικασία κατανομής των κατάλληλων πόρων υγείας. Τα δεδομένα υψηλής ποιότητας που αποθηκεύονται σε μια αποτελεσματική βάση δεδομένων μπορούν επίσης να μειώσουν την πιθανότητα σφαλμάτων στην εισαγωγή δεδομένων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε δαπανηρά λάθη σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης (Beaglehole et al., 2011).

Η δημόσια υγεία, η πρόληψη, η αγωγή υγείας και η προαγωγή της υγείας είναι αδιαχώριστα από τις έννοιες της ενημέρωσης και της επικοινωνίας. Οι πληροφορίες πρέπει να ανταποκρίνονται όσο το δυνατόν περισσότερο στις ανάγκες των επαγγελματιών, των υπευθύνων λήψης αποφάσεων και των καταναλωτών που ανησυχούν



όλο και περισσότερο και συνειδητοποιούν τη σημασία τους υπό το πρίσμα της «υπερφόρτωσης πληροφοριών», των διαφόρων καναλιών διάδοσης και της πολλαπλότητας των πηγών της. Σε μια κρίση δημόσιας υγείας, η συλλογή, η ανάλυση και η διάδοση ακριβών και έγκαιρων δεδομένων είναι κρίσιμης σημασίας για τον εντοπισμό και την κατανόηση της φύσης της απειλής, τον προσδιορισμό της καταλληλότερης απάντησης και την παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Η πρόσφατη σειρά καταστάσεων έκτακτης ανάγκης για τη δημόσια υγεία -η παγκόσμια πανδημία COVID-19, που ακολουθήθηκε αμέσως από ένα ξέσπασμα και ταχεία μετάδοση της ευλογιάς των πιθήκων και μια αναζωπύρωση του ιού της πολιομυελίτιδας σε ανεπτυγμένες πόλεις (που από καιρό πιστευόταν ότι είχε εξαλειφθεί ή ελεγχθεί) - τόνισε τις ελλείψεις σε υφιστάμενες υποδομές και πρακτικές δημόσιας υγείας (Hofmarcher et al., 2007). Τα ψηφιακά εργαλεία και οι συσκευές Internet of Things (IoT), όπως οι αισθητήρες, παρέχουν ευκαιρίες για ταχεία συλλογή δεδομένων. Ωστόσο, τα ζητήματα της ικανότητας και της ικανότητας περιορίζουν την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να υιοθετούν αποτελεσματικά ψηφιακές λύσεις για να ενισχύσουν τις υπάρχουσες διαδικασίες. Επιπλέον, τα χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης μεταξύ του κοινού και της ομοσπονδιακής κυβέρνησης συμβάλλουν στη μη συμμόρφωση με τις οδηγίες που εκδίδονται από υγειονομικές αρχές, όπως τα Κέντρα Ελέγχου Νοσημάτων. Τέλος, οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας συμβάλλουν σε σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στις κοινότητες χαμηλού εισοδήματος και σε άλλους περιθωριοποιημένους και ευάλωτους πληθυσμούς (Lasser et al., 2006) .

Τα δεδομένα επιτήρησης –είναι κρίσιμα εργαλεία για την αντιμετώπιση κρίσεων δημόσιας υγείας. Η συλλογή και η χρήση δεδομένων επιτήρησης θα μπορούσε να σημαίνει τη διαφορά μεταξύ του αποτελεσματικού περιορισμού μιας ασθένειας και μιας εκτεταμένης επιδημίας. Υπάρχουν πολλά ζητήματα που διακυβεύονται που κυμαίνονται από την κατανόηση, μέχρι την επικύρωση των πληροφοριών για την υγεία, την εκπαίδευση για την υγεία, την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη, τη λήψη αποφάσεων, καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με τη γνώση και την εξουσία. Ανεξάρτητα από το είδος της επιλογής που πρέπει να γίνει, η ανάγκη για πληροφορίες, γνώση και τεχνογνωσία είναι αδιαχώριστη από εκείνη άλλων εργαλείων ή κανονιστικών μέτρων που απαιτούνται για τη λήψη αποφάσεων. Οι πληροφορίες είναι οι ίδιες με τις ικανότητες, τα επιδημιολογικά και πληθυσμιακά δεδομένα, τα δεδομένα για την υγεία, τις επιστημονικές απόψεις και τις διασκέψεις εμπειρογνομόνων -- όλα απαιτούνται για να βοηθήσουν στη

λήψη αποφάσεων. Βάσει της αρχής της προφύλαξης, οι πληροφορίες πρέπει να λαμβάνουν όλο και περισσότερο υπόψη την απόρριψη μιας κοινωνίας που συχνά αιτιολογεί με βάση το τεκμήριο μηδενικού κινδύνου, με ιδεαλιστικό τρόπο, και η οποία επίσης αποκλείει την πιθανότητα νέων κινδύνων. Ο καταναλωτής τοποθετεί τον εαυτό του ως τον ρυθμιστή των αποφάσεων, ειδικά εκείνων που αφορούν την έννοια του αποδεκτού επιπέδου κινδύνου. Όλοι οι φορείς που εμπλέκονται στο σύστημα υγείας είναι ή γίνονται τη μια ή την άλλη στιγμή υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων για τη δημόσια υγεία. Η απόφασή τους μπορεί να βασίζεται είτε σε μια αναλυτική προσέγγιση, είτε σε μια διαισθητική προσέγγιση (Hunt, 2012).

Αν και η πράξη λήψης αποφάσεων είναι το λιγότερο ορατό μέρος της πολιτικής για τη δημόσια υγεία, είναι σίγουρα η κινητήρια δύναμη. Αυτή η διαδικασία θα πρέπει να ενσωματώσει την προοπτική όλων των σχετικών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των καταναλωτών, οι οποίοι σήμερα βρίσκονται όλο και πιο συχνά στην καρδιά του συστήματος υγείας. Η λήψη αποφάσεων για τη δημόσια υγεία διεξάγεται ως συνάρτηση πολιτικών, στρατηγικών και περιβαλλοντικών θεμάτων. των λόμπι και της δύναμής τους· και της κοινωνικής ωρίμανσης. Η λήψη αποφάσεων είναι αναγκαιότητα. Η σωστή επιλογή τη σωστή στιγμή απαιτεί πληροφορίες υψηλής ποιότητας και συχνά είναι απαραίτητο να τηρηθεί ένας ορισμένος χρόνος για προβληματισμό και ωρίμανση ενός θέματος προκειμένου να ληφθεί η καλύτερη δυνατή απόφαση. Τα μέσα ενημέρωσης και οι καταναλωτές διαδραματίζουν ολοένα και πιο σημαντικό ρόλο στη λήψη αποφάσεων για τη δημόσια υγεία και στις επακόλουθες νομοθετικές συνέπειες και συζητήσεις που προκύπτουν ως αποτέλεσμα. Η πρόσβαση στις πληροφορίες αλλάζει, ειδικά χάρη στο Διαδίκτυο που τροποποιεί πλήρως το παγκόσμιο σκηνικό της γνώσης και της τεχνολογίας. Οι πληροφορίες υποστηρίζουν τη λήψη αποφάσεων με υπολογισμένο ρίσκο και προσφέρουν την ευκαιρία να κάνετε επιλογές και αποφάσεις, αναγνωρίζοντας ότι «το να επιλέγεις, μερικές φορές σημαίνει να παραιτείσαι» (Ncayiyana et al., 1995).

Πολλές από τις τεχνολογίες που αναπτύχθηκαν για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων των εφαρμογών τηλεϊατρικής και υγείας, απαιτούν συνεχή ανταλλαγή δεδομένων. Αυτό μπορεί να είναι δύσκολο για τις υποομάδες του πληθυσμού που έχουν περιορισμένους πόρους και που δεν έχουν απεριόριστα προγράμματα δεδομένων κινητής τηλεφωνίας. Οι πόλεις ή οι κυβερνήσεις που ενδιαφέρονται να εφαρμόσουν αυτά τα εργαλεία μπορεί να θελήσουν να εξετάσουν το

ενδεχόμενο συνεργασιών με εταιρείες τηλεπικοινωνιών που μπορούν να μηδενίσουν τις εφαρμογές - μια διαδικασία με την οποία ένας πάροχος δεδομένων αφαιρεί το κόστος της διακίνησης δεδομένων με μια συγκεκριμένη εφαρμογή. Με αυτόν τον τρόπο, το οικονομικό κόστος της πρόσβασης στην τεχνολογία μειώνεται ή εξαλείφεται σημαντικά, δημιουργώντας ένα πιο δίκαιο σύστημα χρήσης (Suhrccke et al., 2007).

Η κοινή χρήση δεδομένων εγκυμονεί κινδύνους για μέλη ορισμένων δημογραφικών στοιχείων. Η κοινή χρήση ευαίσθητων δεδομένων που προορίζονται για την υγεία μπορεί στην πραγματικότητα να μην είναι ο τρόπος με τον οποίο οι κυβερνήσεις και οι ομοσπονδιακές υπηρεσίες χρησιμοποιούν αυτά τα δεδομένα (Tulchinsky and Varavikova, 2010).

## **2.10.Γιατί υπάρχει ανάγκη για την έννοια της νέας δημόσιας υγείας;**

Τα μέτρα δημόσιας υγείας δεν εφαρμόζονται μεμονωμένα. Αν και η δημόσια υγεία έχει τη δική της οργανωτική δομή και περιεχόμενο, λειτουργεί επίσης σε ένα ευρύτερο εθνικό και διεθνές δίκτυο κυβερνητικών και μη κυβερνητικών φορέων, ορισμένοι με ανταγωνιστικά συμφέροντα. Διαφορές στην προσέγγιση μεταξύ χωρών, ή ακόμη και σε μικρότερη κλίμακα εντός των χωρών, μπορεί να οδηγήσει σε δράση ή αδράνεια που μπορεί να ωφελήσει ή να βλάψει την υγεία του δημοσίου. Η παρακολούθηση της ποιότητας του νερού και του αέρα είναι τοπικά ζητήματα με ευρύτερες, ακόμη παγκόσμιες, επιπτώσεις. Οι πρώτες ενδείξεις για τις βλαβερές συνέπειες των τοξικών χημικών εκθέσεων μπορεί να εμφανιστούν σε αίθουσες επειγόντων περιστατικών ή σε πρωτοβάθμια νοσοκομεία κλινικής φροντίδας και η επιδημιολογική έρευνα μπορεί αργότερα να αποκαλύψει μακροπρόθεσμα θέματα υγείας από τέτοιες εκθέσεις. Η υπερθέρμανση του πλανήτη απαιτεί στενή παρακολούθηση όπως η διεθνής κοινότητα, τα έθνη, οι εταιρείες και τα άτομα προσπαθούν να προσαρμοστούν σε μια νέα απειλή για την ανθρωπότητα μαζί με την τρομοκρατία, απειλείται και πραγματική γενοκτονία και η εξάπλωση των πυρηνικών όπλων (Laaser and Epstein, 2010).

Η πρακτική της υγείας είναι ένα σημαντικό ζήτημα για την παγκόσμια υγεία. Τέτοιες καθυστερήσεις συνεπάγονται πολιτικές, οικονομικές, διαχειριστικές και επιστημονικές

πτυχές. Υπάρχουν τεράστιες προκλήσεις που απαιτούν ισχυρότερο συντονισμό και τη εφαρμογή της ήδη διαθέσιμης τεχνολογίας στην ανάπτυξη. Η εφαρμογή της ΝΔΥ πρέπει να αντιμετωπίσει την ανισορροπία της κατανομής των πόρων που προκύπτει από υπερβολική έμφαση στον καθορισμό προτεραιοτήτων και τη χρηματοδότηση που παρέχεται σε βιοϊατρικές πτυχές της υγείας. Αυτό συνδέεται με τη σχετική υπανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και προαγωγής της υγείας, αμφότερα που έχουν παίξει τόσο σημαντικούς ρόλους στη μείωση των καρδιαγγειακών ασθενειών, του HIV, τη διακοπή του καπνίσματος και πολλούς άλλους τομείς της δημόσιας υγείας (Laaser and Epstein, 2010).

Η αξιολόγηση των οργανισμών δημόσιας υγείας, του περιεχομένου των προγραμμάτων και η αποτελεσματικότητά τους γίνεται σταδιακά σημαντικό στοιχείο της διαχείρισης των συστημάτων υγείας. Τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας διευκολύνουν την κλινική φροντίδα αλλά και παρέχουν τη δυνατότητα επιδημιολογικής και ποιοτικής ανάλυσης της διασφάλισης των θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης. Πολλές διαδικασίες και αποτελέσματα απαιτούν μέτρα για την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού σε όλες τις υπηρεσίες υγείας. Με προσπάθειες για τον έλεγχο του αυξανόμενου κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και την αντιμετώπιση των αναγκών της γήρανσης του πληθυσμού, παράλληλα με τις υψηλές και αυξανόμενες προσδοκίες του πληθυσμού και των πολιτικών ηγετών, τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο χρειάζονται για την αντιμετώπιση της ιεράρχησης και του εξορθολογισμού στην υγεία. Η υιοθέτηση πολιτικών μέτρων κόστους- αποτελεσματικότητας και μεθόδων προαγωγής της υγείας προς όφελος της κοινωνίας είναι μια πρόκληση που αντιμετωπίζουν όλες οι χώρες. Για παράδειγμα η μείωση του καπνίσματος είναι πιθανώς το μοναδικό μέτρο για το μεγαλύτερο όφελος για την υγεία, στο οποίο οι μεμονωμένοι πάροχοι φροντίδας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο, όπως και η κυβέρνηση.

Τα θέματα της Νέας Δημόσιας Υγείας τίθενται σε πολλά εθνικά έγγραφα και διεθνούς πολιτικής. Ωστόσο, η χρηματοδότηση εξακολουθεί να κατευθύνεται συχνότερα συγκεκριμένα, για σημαντικές ασθένειες όπως ο HIV και ο καρκίνος. Απαιτείται ανάπτυξη και διατήρηση της εθνικής και τοπικής ικανότητας για να αλλάξει αυτή η στενή εστίαση (Allin et al., 2004). Υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης των υποδομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε βιομηχανικές και αναπτυσσόμενες χώρες με έμφαση σε παρεμβάσεις πολλαπλών παραλληλισμών για τη μείωση της επιβάρυνσης των ασθενειών και της

αποτρεπόμενης θνησιμότητας, π.χ. τη διαχείριση της συννοσηρότητας του HIV, της φυματίωσης και της κακής διατροφής. Οι βιομηχανοποιημένες χώρες χρειάζονται επίσης μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών και της γήρανσης του πληθυσμού με ενσωμάτωση μεταξύ επαγγελματιών και παρόχων ομάδων από διάφορους τομείς που εργάζονται για την υγειονομική περίθαλψη με επίκεντρο τον ασθενή. Αυτές οι προκλήσεις και οι δυνατότητες που αντιμετωπίζει η παγκόσμια υγεία και η πολιτική κοινότητα (Baum et al., 2009). Η καινοτομία στα συστήματα χρηματοδότησης θα είναι απαραίτητη για την προώθηση μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης για την υγεία. Αυτά είναι ζωτικής σημασίας ζητήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη στη διαμόρφωση στρατηγικών που θα βοηθήσουν τη διαχείριση του πολιτικού συστήματος και των επιπέδων του συστήματος υγείας για να σχεδιάζουν, εφαρμόζουν, αξιολογούν και προωθούν τέτοιες προσεγγίσεις σε χαμηλά επίπεδα και μεσαίου εισοδήματος καθώς και σε βιομηχανικές χώρες σημαντικό ρόλο θα διαδραματίσει μέσω της νομοθεσίας, της φορολογίας και άλλων μορφών ρύθμιση και επιβολή.

Η επιστροφή στην Άλμα-Άτα 30 χρόνια μετά το περίφημο συνέδριο του 1978 έφερε ανανεωμένες εκκλήσεις για επιστροφή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ως βασικό στοιχείο που απαιτούνται για τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας εντός και μεταξύ των χωρών. Η πολιτική και η δημόσια ευαισθητοποίηση για την υγεία συνεχίζει να επικεντρώνεται πρωτίστως σε ιατρικά και νοσοκομειακά ζητήματα ενώ η πρωτοβάθμια υγεία, η κοινοτική φροντίδα και η δημόσια υγεία γενικά παρακολουθείται κυρίως σε περιόδους συστημάτων αποτυχίας και κρίσεων, όπως μια πραγματική ή πιθανή πανδημία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 3.1.Μεθοδολογία της έρευνας

Ο συγγραφέας ξεκίνησε περιγράφοντας προηγούμενη έρευνα για να χαρτογραφήσει και να αξιολογήσει την περιοχή έρευνας για να παρακινήσει τον στόχο της μελέτης και να αιτιολογήσει το ερευνητικό ερώτημα και τις υποθέσεις. Αυτό αναφέρεται γενικά ως «ανασκόπηση βιβλιογραφίας», «θεωρητικό πλαίσιο» ή «ερευνητικό υπόβαθρο». Ωστόσο, για να γίνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση μια σωστή μεθοδολογία έρευνας, όπως και με κάθε άλλη έρευνα, πρέπει να ακολουθηθούν τα κατάλληλα βήματα και να ληφθούν μέτρα για να διασφαλιστεί ότι η ανασκόπηση είναι ακριβής και αξιόπιστη. Όπως συμβαίνει με όλες τις έρευνες, η αξία μιας ακαδημαϊκής ανασκόπησης εξαρτάται από το τι έγινε, τι βρέθηκε και τη σαφήνεια της αναφοράς (Moher et al., 2009). Ανάλογα με τον σκοπό της ανασκόπησης, ο ερευνητής μπορεί να χρησιμοποιήσει μια σειρά από στρατηγικές, πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές που έχουν αναπτυχθεί ειδικά για τη διεξαγωγή βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι το καλύτερο μεθοδολογικό εργαλείο για την παροχή απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας έρευνας. Η ανασκόπηση είναι χρήσιμη από τη στιγμή που ο ερευνητής θέλει να αξιολογήσει τη θεωρία ή τα στοιχεία στην περιοχή της επίδρασης της νέας δημόσιας υγείας στην ευεξία των ατόμων της τοπικής κοινωνίας (Tranfield et al., 2003). Αυτή η προσέγγιση είναι ευρύτερη, όπως η διερεύνηση των συλλογικών στοιχείων σε μια συγκεκριμένη ερευνητική περιοχή. Επιπλέον, η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι χρήσιμη για την παρούσα έρευνα αφού στόχος είναι να δοθεί μια επισκόπηση του συγκεκριμένου ζητήματος (Torraco, 2005).

Στη συνέχεια, τα βασικά βήματα και οι σημαντικές επιλογές που περιλαμβάνονται στη διεξαγωγή μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης θα προταθούν και θα συζητηθούν χρησιμοποιώντας τέσσερις φάσεις. (1) το σχεδιασμό της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, (2) τη διεξαγωγή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, (3) την ανάλυση και (4) τη σύνταξη

της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Αυτή η διαδικασία αναπτύχθηκε από πρακτική εμπειρία και είναι μια σύνθεση και επηρεάζεται από διάφορα πρότυπα και οδηγίες που προτείνονται για ανασκοπήσεις βιβλιογραφίας (Wong et al., 2013).

### **1.Σχεδιασμός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης**

Το πρώτο ερώτημα που τέθηκε είναι γιατί έπρεπε να διεξαχθεί αυτή η βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αυτή είναι μια σχετική ερώτηση γιατί καθορίζει την πιθανότητα δημοσίευσης της ανασκόπησης και τον αντίκτυπο που θα έχει στην ερευνητική κοινότητα. Χρησιμοποιήθηκε μια αφηγηματική ή ολοκληρωμένη προσέγγιση ανασκόπησης. Ο αναφερόμενος σκοπός θα πρέπει στη συνέχεια καθοδήγησε την υπόλοιπη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Μόλις προσδιορίστηκε το ερευνητικό ερώτημα και εξετάστηκε μια συνολική προσέγγιση ανασκόπησης, πρέπει να αναπτυχθεί μια στρατηγική αναζήτησης για τον εντοπισμό της σχετικής βιβλιογραφίας. Αυτό περιλαμβάνει την επιλογή όρων αναζήτησης και κατάλληλων βάσεων δεδομένων και τη λήψη απόφασης σχετικά με τα κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού. Οι όροι αναζήτησης ήταν λέξεις ή φράσεις που χρησιμοποιούνται για πρόσβαση σε κατάλληλα άρθρα, βιβλία και αναφορές. Αυτοί οι όροι θα πρέπει να βασίζονται σε λέξεις και έννοιες που σχετίζονται άμεσα με το ερευνητικό ερώτημα, όπως «νέα δημόσια υγεία», «ευεξία», «νέα δημόσια υγεία και επιπτώσεις στην τοπική κοινωνία».

Επειδή στην αναζήτηση της βιβλιογραφίας συγκεντρώθηκαν πολλά άρθρα, ακολουθήθηκε μια στρατηγική για τον προσδιορισμό των άρθρων που είναι πραγματικά σχετικά. Τα κριτήρια ένταξης για την ανασκόπηση καθοδηγήθηκαν από τα επιλεγμένα ερευνητικά ερωτήματα. Τα κριτήρια που λήφθηκαν υπόψη και χρησιμοποιήθηκαν ήταν το έτος δημοσίευσης (μετά το 2005), η γλώσσα του άρθρου (ελληνική και αγγλική) και ο τύπος του άρθρου.

### **2.Διενέργεια της έρευνας**

Αφού αποφασίστηκε ο σκοπός, τα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα και το είδος της προσέγγισης, διεξήχθη η πραγματική ανασκόπηση. Κατά τη διεξαγωγή της επανεξέτασης, δοκιμάστηκαν οι όροι αναζήτησης και τα κριτήρια συμπερίληψης σε ένα μικρότερο δείγμα, η διαδικασία προσαρμόστηκε πριν από την εκτέλεση της κύριας

βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Προτιμήθηκε η χρήση δύο κριτικών για την επιλογή άρθρων ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα και η αξιοπιστία του πρωτοκόλλου αναζήτησης.

Η πραγματική επιλογή του δείγματος μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους, ανάλογα με τη φύση και το εύρος της συγκεκριμένης αναθεώρησης. Ανάλογα με τον αριθμό των άρθρων που προέκυψαν, είναι κατάλληλες διαφορετικές προσεγγίσεις. Μια άλλη επιλογή είναι η εστίαση στη μέθοδο ή τα ευρήματα της έρευνας και μια τρίτη επιλογή είναι η διεξαγωγή της ανασκόπησης σταδιακά διαβάζοντας πρώτα περιλήψεις και κάνοντας επιλογές και στη συνέχεια διαβάζοντας άρθρα πλήρους κειμένου αργότερα, πριν κάνετε την τελική επιλογή. Μόλις έγινε αυτό και συγκεντρώθηκαν τα αρχικά άρθρα (ή άλλη σχετική βιβλιογραφία), τα κείμενα ελέγχθηκαν πλήρως για να διασφαλιστεί ότι πληρούν τα κριτήρια συμπερίληψης. Ως πρόσθετη στρατηγική, οι αναφορές στα επιλεγμένα άρθρα σαρώθηκαν για τον εντοπισμό άλλων άρθρων που είναι σχετικά (ωστόσο, αυτό δεν είναι κατάλληλο όταν χρησιμοποιείται η μέθοδος συστηματικής αναθεώρησης, καθώς απαιτεί πιο αυστηρό πρωτόκολλο). Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, η διαδικασία συμπερίληψης και εξαίρεσης συγκεκριμένων άρθρων τεκμηριώθηκε προσεκτικά.

### **3. Ανάλυση**

Μετά τη διεξαγωγή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και την απόφαση για ένα τελικό δείγμα, εξετάστηκε ο τρόπος με τον οποίο χρησιμοποιήθηκαν τα άρθρα για τη διεξαγωγή της κατάλληλης ανάλυσης. Δηλαδή, μετά την επιλογή ενός τελικού δείγματος, χρησιμοποιήθηκε ένα τυποποιημένο μέσο για την αφαίρεση κατάλληλων πληροφοριών από κάθε άρθρο. Τα δεδομένα που αφαιρέθηκαν ήταν με τη μορφή περιγραφικών πληροφοριών, όπως συγγραφείς, έτη δημοσιευμένων, θέμα ή τύπος μελέτης ή με τη μορφή επιδράσεων και ευρημάτων. Είναι σημαντικό ότι αυτό έγινε σύμφωνα με το σκοπό και το ερευνητικό ερώτημα της συγκεκριμένης ανασκόπησης.

Ανάλογα με την ανασκόπηση, μπορούν να χρησιμοποιηθούν διαφορετικές μέθοδοι ανάλυσης και είναι περισσότερο ή λιγότερο κατάλληλες. Ωστόσο, ανεξάρτητα από τη μέθοδο ανάλυσης, είναι σημαντικό να διασφαλιστεί ότι είναι κατάλληλο να απαντηθεί το επιλεγμένο ερευνητικό ερώτημα.



#### **4.Συγγραφή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης**

Πρώτον, κατά τη σύνταξη της κριτικής, τα κίνητρα και η ανάγκη για την αναθεώρηση πρέπει να κοινοποιούνται με σαφήνεια. Ανάλογα με την προσέγγιση, το τελικό άρθρο ανασκόπησης μπορεί να δομηθεί με διαφορετικούς τρόπους και θα απαιτήσει διαφορετικούς τύπους πληροφοριών και διαφορετικά επίπεδα λεπτομέρειας. Μια σειρά από πρότυπα και κατευθυντήριες γραμμές εξετάζουν ρητά τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αναφέρονται και να δομούνται οι βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (Liberati et al., 2009). Αν και τα άρθρα κριτικής μπορούν να οργανωθούν με διάφορους τρόπους, μπορούν να γίνουν ορισμένες γενικεύσεις. Η συμβολή της συγκεκριμένης βιβλιογραφικής ανασκόπησης μπορεί να λάβει διάφορες μορφές και θα πρέπει να κριθεί σε σχέση με τον τομέα στον οποίο θέλει να συνεισφέρει.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

#### 4.1. Η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας

Ενσωματώνοντας την αρχή της Νέας Δημόσιας Υγείας και αναγνωρίζοντας τον αντίκτυπο των «κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων» της υγείας καθιστά τη χάραξη πολιτικής πολυδιάστατη, με κανάλια προς εκροές δημόσιας υγείας που κυμαίνονται από «κοινωνικές και οικονομικές πολιτικές» και «θεσμούς» σε «παθοψυχολογικές οδούς» (Smedley and Syme, 2000). Τελικά, για την καλύτερη αξιοποίηση των πόρων και αυξάνουν την πιθανότητα ευνοϊκών αποτελεσμάτων, γίνεται επιτακτική ανάγκη για τα συστήματα δημόσιας υγείας για τη διαχείριση των κοινωνικοοικονομικών, περιβαλλοντικών και πολιτιστικών συνθηκών, των κοινωνικών και κοινοτικών δικτύων, των ατομικών παραγόντων του τρόπου ζωής και των δημογραφικών παραμέτρων (Dahlgren and Whitehead, 1991).

Η αξιολόγηση των συστημάτων δημόσιας υγείας σήμερα απαιτεί εξέταση πέρα από την απλή ανάγνωση μονοδιάστατων επιδημιολογικών δεικτών και αντίθετα ζητά την εξέταση των συνεξαρτήσεων μεταξύ των διαφόρων στόχων, μέσων και αποτελεσμάτων του συστήματος. Ήδη από το 1980, ο Donabedian (1980) έθεσε το σχέδιο για μια τέτοια προσέγγιση, θεωρώντας την ποιότητα της φροντίδας ως προϊόν μιας αλληλεπίδρασης μεταξύ τριών εξίσου κρίσιμων μερών: των συστημικών δομών (προσωπικό, εξοπλισμός, κατευθυντήριες γραμμές, προμήθειες), διαδικασιών (αλληλεπίδραση, διερεύνηση, εξέταση/θεραπεία, συμβουλευτική) και των αποτελεσμάτων (νοσηρότητα, θνησιμότητα, ικανοποίηση). Οι Handler και Turnock (2001) παρουσίασαν ένα νέο πλαίσιο για την αξιολόγηση της απόδοσης του δημόσιου συστήματος υγείας, με βάση τις γνώσεις του Donabedian. Επαναπροσδιόρισαν τις διαδικασίες για να περιλαμβάνουν τις «10 βασικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας», προσδιόρισαν ομάδες των πόρων που συνθέτουν τη διαρθρωτική ικανότητα, επανεξέτασε κατάλληλα τα αποτελέσματα και πρόσθεσαν την αποστολή του συστήματος και τη μακροεντολή του πλαισίου ως βασικά στοιχεία. Το πρώτο περιγράφει τους στόχους ενός συστήματος δημόσιας υγείας και την εννοιολογική λειτουργικοποίησή τους, ενώ το τελευταίο αποτυπώνει το υπερσυστημικό κοινωνικό,

πολιτικό, και οικονομικές δυνάμεις που επηρεάζουν τη λειτουργία του. Αλλαγές στο μακροοικονομικό πλαίσιο μπορεί να διαμορφώσει όλες τις πτυχές του δημόσιου συστήματος υγείας, ενώ η αποστολή του καθοδηγεί την ανάπτυξη των διαδικασιών και την δημιουργία διαρθρωτικής ικανότητας. Με αυτόν τον τρόπο, το πλαίσιο βρίσκεται πιο κοντά στην πραγματική φύση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας ως χάραξης πολιτικής σε οποιονδήποτε τομέα μπορεί να καθορίσει τα αποτελέσματα της δημόσιας υγείας.

#### **4.2. Η αποστολή του ελληνικού συστήματος υγείας**

Η αποστολή και ο σκοπός του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας συντίθεται μέσω των σχετικών διατάξεων των τριών ειδικών λογαριασμών δημόσιας υγείας που εισήχθησαν το 2003, το 2005 και το 2020. Συγκεκριμένα, προσδιορίζονται εννέα βασικοί στόχοι που έχουν τεθεί να διέπουν τη λειτουργία του συστήματος. Οι προσδιορισμένοι συστημικοί στόχοι περιγράφουν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα που η αλληλεπίδραση των διαδικασιών, οι πόροι και οι μακρο-πλαισιακές εξελίξεις πρέπει να αποδώσουν (Handler and Turnock, 2001). Πρώτον, είναι στόχοι για την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, τη διαχείριση των μολυσματικών ασθενειών, την εφαρμογή των επιστημονικών προόδων στην ιατρική για την προστασία της δημόσιας υγείας, τη μέτρηση και την παρακολούθηση της ποιότητας υγείας του πληθυσμού και τη μέτρηση και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της υγείας. Επιπλέον, αντικατοπτρίζοντας την ολιστική προοπτική για την υγεία, υπάρχουν στόχοι για την αντιμετώπιση έκτακτων περιστάσεων (φυσικές καταστροφές/επιδημίες), θέτοντας στόχους για την ποιότητα της υγείας του πληθυσμού, αξιολογώντας τους κοινωνικοοικονομικούς καθοριστικούς παράγοντες και περιλαμβάνονται επίσης οι ανισότητες στην υγεία. Οι προσδιορισμένοι στόχοι εμπίπτουν σύμφωνα με τις θεωρητικές και πολιτικές εξελίξεις των δύο πρώτων δεκαετιών του 21ου αιώνα σχετικά με τους τομείς ευθύνης ή τα συστήματα δημόσιας υγείας και ακόμη και να δανειστούν πολλά από υψηλά αναγνωρισμένα πρότυπα. Ωστόσο, οι γνώσεις από την αξιολόγηση θα καθορίσουν το βαθμό της εκπλήρωσης καθώς και προτεραιότητες για αναπροσαρμογή δεδομένης των έκτακτων συνθηκών, όπως της πανδημίας COVID-19.

Εκτός από τους καθορισμένους στόχους, το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο παρέχει μια εννοιολόγηση της δημόσιας υγείας ως μια έννοια και ένα πεδίο πολιτικής. Συγκεκριμένα προτείνει ότι η δημόσια υγεία πρέπει να είναι πιο στενά συνώνυμη με την αξιολόγηση των αναγκών για την υγεία και την εξάλειψη των απειλών για την υγεία και περιλαμβάνουν αλλά σημαντικό, υπερβαίνει ως έννοια τα πεδία πρόληψης ή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας, μετανοσοκομειακής, φαρμακευτικής και μακροχρόνιας θητείας φροντίδα. Δεδομένου ότι ο ορισμός της έννοιας της δημόσιας υγείας θέτει το ιδεατικό θεμέλιο του παραδείγματος του συστήματος, αυτό είναι ζωτικής σημασίας να διερευνηθεί η σύγκλιση ή η απόκλιση μεταξύ των νομοθετικών διατάξεων και των προοπτικών των συμμετεχόντων παραγόντων κατά τον προσδιορισμό της φιλοσοφίας του συστήματος.

Ένα ισχυρό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) είναι κρίσιμο για την αντιμετώπιση των προκλήσεων υγείας της εποχής μας και η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση. Η γήρανση του πληθυσμού, η παγκόσμια επιδημιολογική στροφή προς χρόνιες μη μεταδοτικές ασθένειες, η συνεχιζόμενη πανδημική κρίση COVID-19, η όξυνση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ των χωρών και εντός των χωρών και η πρόοδος στην τεχνολογία, τη γνώση και την ιατρική επιστήμη, όλα απαιτούν οι κυβερνήσεις να δράσουν για την υπεράσπιση της υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού (Tsiachristas et al., 2015).

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα μικτό εθνικό και κοινωνικό σύστημα ασφάλισης, που χρηματοδοτείται από φόρους και κοινωνική ασφάλιση. Η δημόσια ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από τον δημόσιο τομέα μέσω αγροτικών και αστικών κέντρων υγείας, καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα, συμπεριλαμβανομένων ιδιωτικών κλινικών σε αστικές και ημιαστικές περιοχές. Με τα χρόνια, διάφορες κυβερνήσεις έχουν κάνει προσπάθειες για την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού συστήματος υγείας (Emmanouilidou, 2021).

Το 2017, θεσπίστηκε νόμος για τον καθορισμό των γενικών αρχών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), όπως ορίζονται στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (Myloneros and Sakellariou, 2021). Ο νόμος αυτός αποσκοπούσε στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης ασθενειών, της διάγνωσης, της θεραπείας, της αποκατάστασης και της παρηγορητικής φροντίδας, με ποιοτικό και ασφαλή τρόπο, διασφαλίζοντας ίση πρόσβαση, καθολική

κάλυψη και συνέχεια της περίθαλψης, σεβόμενη τη μοναδικότητα, τις ανάγκες, και τις επιθυμίες του κάθε ατόμου και της κοινότητας στο σύνολό της. Ο νόμος θέσπισε επίσης δύο επίπεδα μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ΜΠΦΥ). Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει της ΠΦΥ και διάφορες περιφερειακές κλινικές που παρέχουν οικογενειακή και συστηματική παρακολούθηση της υγείας, κατ' οίκον φροντίδα, συμβουλευτική, εκπαίδευση ασθενών, παραπομπή σε νοσοκομεία εάν χρειάζεται και ανάπτυξη παρεμβάσεων και δράσεων στην κοινότητα. Το δεύτερο επίπεδο αποτελείται από κέντρα υγείας, αστικά ή μη, τα οποία παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες όπως περιπατητική φροντίδα, εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις, υπηρεσίες επείγουσας και επείγουσας φροντίδας, μητρική φροντίδα, παιδική φροντίδα, εξειδικευμένη πρόληψη, κοινωνικές ιατρικές υπηρεσίες και δημόσια υγεία (Myloneros and Sakellariou, 2021).

Το 2019 ψηφίστηκε άλλος νόμος με στόχο την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ για την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης του ελληνικού πληθυσμού. Ο νόμος αυτός δημιούργησε μια επιτροπή σχεδιασμού και συντονισμού για την ΠΦΥ εντός του Υπουργείου Υγείας, με ευθύνη τον κεντρικό σχεδιασμό των στόχων των ΠΦΥ και την παρακολούθηση της υλοποίησης των δράσεων σε εθνικό επίπεδο. Υπάρχει επίσης μια διοικούσα επιτροπή για τις τοπικές μονάδες ΠΦΥ, η οποία είναι μια αποκεντρωμένη διοίκηση που υλοποιεί και αξιολογεί δράσεις σε τοπικό επίπεδο (Myloneros and Sakellariou, 2021).

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα αποτελεί θέμα πολιτικής συζήτησης εδώ και πολλά χρόνια. Ενώ η χώρα έχει κάνει σημαντικά βήματα στη βελτίωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης τις τελευταίες δεκαετίες, εξακολουθούν να υπάρχουν αρκετοί τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας είναι η έλλειψη χρηματοδότησης. Η χώρα έχει πληγεί σκληρά από την οικονομική κρίση και η κυβέρνηση χρειάστηκε να περικόψει τις δαπάνες της σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την έλλειψη πόρων, συμπεριλαμβανομένου ιατρικού εξοπλισμού, προσωπικού και εγκαταστάσεων, γεγονός που είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της περίθαλψης (Milas et al., 2023). Ένα άλλο ζήτημα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας είναι η πρόσβαση στην περίθαλψη. Πολλοί Έλληνες, ιδιαίτερα όσοι ζουν σε αγροτικές περιοχές ή με χαμηλά εισοδήματα, αγωνίζονται να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα που χρειάζονται. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη εγκαταστάσεων

υγειονομικής περίθαλψης σε αυτές τις περιοχές, καθώς και στο κόστος της περίθαλψης. Ενώ η ελληνική κυβέρνηση παρέχει ορισμένες επιδοτήσεις σε οικογένειες με χαμηλό εισόδημα, αυτές είναι συχνά ανεπαρκείς για να καλύψουν το κόστος της ιατρικής περίθαλψης (Emmanouilidou, 2021). Εκτός από αυτές τις προκλήσεις, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζει επίσης προβλήματα γραφειοκρατίας και αναποτελεσματικότητας. Οι ασθενείς συχνά πρέπει να περιμένουν μήνες για ραντεβού με ειδικούς και συχνά υπάρχουν μεγάλοι χρόνοι αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες διαδικασίες θεραπείας. Αυτό μπορεί να είναι απογοητευτικό και αγχωτικό για τους ασθενείς και μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στα αποτελέσματα της υγείας τους.

Παρά τις προκλήσεις αυτές, υπάρχουν και ορισμένες θετικές πτυχές του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα, η χώρα έχει μια ισχυρή παράδοση στην οικογενειακή ιατρική και πολλοί Έλληνες έχουν πρόσβαση σε ιατρό πρωτοβάθμιας περίθαλψης που τους παρέχει συνεχή φροντίδα και υποστήριξη. Επιπλέον, η χώρα έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο στη μείωση των ποσοστών του καπνίσματος και της κατανάλωσης αλκοόλ, γεγονός που συνέβαλε στη βελτίωση των συνολικών αποτελεσμάτων υγείας (Myloneros and Skaellariou, 2021).

Για να βελτιωθεί το ελληνικό σύστημα υγείας, υπάρχουν πολλά βήματα που πρέπει να γίνουν. Πρώτον, η κυβέρνηση πρέπει να επενδύσει περισσότερο στην υγειονομική περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης της χρηματοδότησης για ιατρικό εξοπλισμό, προσωπικό και εγκαταστάσεις. Αυτό θα βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και στη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών. Δεύτερον, η κυβέρνηση πρέπει να επικεντρωθεί στη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές και για οικογένειες με χαμηλό εισόδημα. Αυτό θα μπορούσε να περιλαμβάνει την κατασκευή νέων εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης σε αυτές τις περιοχές, καθώς και την αύξηση των επιδοτήσεων για αυτούς (Tsiachristas et al., 2015).

### **4.3. Οι διαδικασίες του ελληνικού δημοσίου συστήματος υγείας**

Μέσω της σύνθεσης των σχετικών νομοθετικών διατάξεων, εννέα βασικές λειτουργίες εντοπίζονται στο ελληνικό σύστημα δημόσιας υγείας. Σε αντίθεση με τους στόχους, οι συναρτήσεις παρουσιάζουν την ομαδοποίηση των διαδικασιών που μεμονωμένα όργανα

ή ομάδες (σε ένα υποσύστημα) έχουν εντολή να εκτελούν προκειμένου να εκπληρώσουν την αποστολή του συστήματος. Η εξάλειψη των ανισοτήτων υγείας, ο ποιοτικός έλεγχος τα τρόφιμα και ποτά, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού η και διαχείριση έκτακτων περιστάσεων (φυσικές καταστροφές/επιδημίες) συνδέονται με τις παραδοσιακές υποδομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης της χώρας, πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, υγιεινής και διαχείρισης κρίσεων. Επιπλέον, η προώθηση της υιοθέτησης υγιών προτύπων συμπεριφοράς είναι μια λειτουργία που αποδόθηκε αυξημένη σημασία στη νομοθετική ρύθμιση της αναθεώρησης του 2020. Οι υπόλοιπες τέσσερις λειτουργίες—περιορισμός της φτώχειας και κοινωνικός αποκλεισμός, αύξηση της απασχόλησης, προστασία του φυσικού περιβάλλοντος και η βελτίωση των συνθηκών εργασίας—συνδέονται με στόχους για την αξιολόγηση και τη διαχείριση του αντίκτυπου κοινωνικοοικονομικών καθοριστικών παραγόντων για την ποιότητα της υγείας του πληθυσμού και να εμπλέκουν φορείς και ιδρύματα πολύ πέρα από τα όρια του τομέα της υγείας. Πρώτον, το ελληνικό σύστημα φαίνεται να προσεγγίζει μόνο ένα ειδικευμένο εργατικό δυναμικό μέσω της συνιστώσας πόρων του συστήματος, της έλλειψης ειδικών διαδικασιών για συνεχή βελτίωση και ειδικεύονται ειδικοί στη δημόσια υγεία. Από την άλλη, όπως η δημόσια υγεία στο ελληνικό νομικό πλαίσιο αποδίδεται ένα επίπεδο που συλλαμβάνει σχεδόν όλες τις πτυχές της χάραξης δημόσιας πολιτικής, η «χρήση νομικών και κανονιστικών δράσεων» ή «η δημιουργία, η υπεράσπιση και η υλοποίηση πολιτικών, σχεδίων και νόμου» χρησιμεύουν ως θεμελιώδεις αρχές παρά διεργασίες στο σύστημα. Αντίθετα, λειτουργίες οι οποίες αναμφισβήτητα παρέχουν πιο ποικιλόμορφη και ολιστική δημόσια υγεία στη χάραξη πολιτικής και να λάβουν υπόψη το φυσικό περιβάλλον, τη φτώχεια και περιλαμβάνονται οι συνθήκες εργασίας. Ενώ και οι δύο ταξινομήσεις αποπνέουν παρόμοια προοπτική στη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας, οι μη τετριμμένες διαφορές καθιστούν τον προσδιορισμό των ιδιοτήτων των διαδικασιών σε βάση συγκεκριμένη περίπτωση αναπόσπαστο για μια στοχευμένη αξιολόγηση (Milas et al., 2022).

Σύμφωνα με τις γνώσεις σχετικά με την εννοιολόγηση της δημόσιας υγείας ως έννοια και πεδίο πολιτικής, το ολιστικό παράδειγμα που αντανάκλουν οι λογαριασμοί δημόσιας υγείας της Ελλάδας δεν εσωτερικεύονται από μεγάλα τμήματα της κοινότητας πολιτικής. Τα ενδιαφερόμενα μέρη της ελληνικής πολιτικής για το σύστημα της δημόσιας υγείας διατηρεί μια πιο περιορισμένη προοπτική, προσανατολισμένη προς παραδοσιακές λειτουργίες και επικεντρώνεται στην πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών

φροντίδας και υγιεινής. Η απουσία εντολών για την ανάπτυξη εξειδίκευσης στη δημόσια υγεία πιθανώς ενισχύει αυτή την αντίληψη. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει αποτυχημένη αλλαγή πολιτικής στην πράξη, καθώς οι προβλεπόμενες διαδικασίες είτε δεν έχουν γίνει είτε καθιερώνονται ή δεν προωθούνται ενεργά από τη χάραξη της πολιτικής των πρακτόρων. Απόκλιση στον προσδιορισμό συστημικών λειτουργιών πιθανώς επηρεάζει τα αποτελέσματα δημιουργώντας ελλείψεις στην επιδίωξη των στόχων. Στο συνολικό επίπεδο, το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας αναγνωρίζει μια σειρά δημοσιονομικών, ανθρώπινων, διαχειριστικών και πληροφοριακών πόρων που θα πρέπει να συνεισφέρουν στη λειτουργία του συστήματος και την ολοκλήρωση των σκοπών του. Μεταξύ των ενδιαφερομένων της κοινότητας πολιτικής, οι δημοσιονομικοί πόροι αναγνωρίζονται ως οι πιο πολύτιμοι (Mavridoglou et al., 2022).

Ενώ πριν από τις μεταρρυθμίσεις ένα μέρος του αγροτικού πληθυσμού μπορούσε να έχει πρόσβαση σε κέντρα υγείας και ιατρεία, στις αστικές περιοχές η ΠΦΥ χορηγούνταν κυρίως από περιπατητικές κλινικές και ιδιωτικούς ειδικούς και όχι από γενικούς ιατρούς, από τους οποίους ένα μικρό ποσοστό συμμετείχε με τα προγράμματα. Παρόλο που η συνολική ικανοποίηση για τις υπηρεσίες ΠΦΥ ήταν σχετικά υψηλή και οι χρήστες κατανοούσαν τον σημαντικό ρόλο του γιατρού πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι γιατροί, τουλάχιστον στις αγροτικές περιοχές, εντόπισαν σημαντικά κενά στην παροχή ΠΦΥ, μεταξύ των οποίων και την έλλειψη κοινοτικών νοσηλευτών (Sbarouni et al., 2012). Ωστόσο, τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι υπάρχει μια αντικρουόμενη αντίληψη για το τι συνεπάγεται η ΠΦΥ, με περαιτέρω αποκλίσεις όσον αφορά την αποτελεσματικότητά της, ειδικά μεταξύ χρηστών και παρόχων.

Μέχρι την ολοκλήρωση της συγχώνευσης του ΙΚΑ στον ΕΟΠΥΥ το 2014, η πληθυσμιακή κάλυψη και η πρόσβαση σε περίθαλψη μειώθηκαν σημαντικά, ειδικά στις αστικές περιοχές, για τρεις βασικούς λόγους: απώλεια ασφαλιστικών δικαιωμάτων λόγω αυξημένης ανεργίας (έως 27,4%) (ΕΛΣΑΤ, 2011), Υπερβολική μείωση του ανθρώπινου δυναμικού λόγω μετακίνησης γιατρών στον ιδιωτικό τομέα ή στο εξωτερικό και μείωση των υπηρεσιών (Karakolias and Polyzos, 2014). Η συρρίκνωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία προκάλεσε μείωση των ανθρώπινων πόρων, των προμηθειών και των υπηρεσιών (Kaitelidou et al., 2018) επιβαρύνοντας περαιτέρω τους ήδη περιορισμένους πόρους, μειώνοντας έτσι την πληθυσμιακή κάλυψη και οδηγώντας τους χρήστες υπηρεσιών προς τον ιδιωτικό τομέα. Μια συνέπεια και ισχυρή ένδειξη των επακόλουθων



κενών στην παροχή υπηρεσιών, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές, ήταν η ίδρυση κλινικών ΠΦΥ αλληλεγγύης από τους πολίτες ως απάντηση στην αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Αυτές οι κλινικές παρείχαν βασική πρωτοβάθμια και επείγουσα περίθαλψη, κυρίως σε άτομα χωρίς ασφάλιση υγείας, συμπεριλαμβανομένων των προσφύγων και των μεταναστών. Μια έρευνα μεταξύ 92 κλινικών αλληλεγγύης, ανέφερε αύξηση 10% ή περισσότερο στον αριθμό των ασθενών που παρακολουθούσαν από το 2013 έως το 2014 (Evlapidou and Kogevinas, 2019).

Στην κορύφωση της ανεργίας ακολουθούμενη από σταθερή αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγειονομικής περίθαλψης, ο νόμος 4238/2014 επιχείρησε την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ. Παρόλο που προσπάθησε να επιλύσει διαρθρωτικές στρεβλώσεις, αντιμετωπίστηκαν σημαντικές δυσκολίες κατά την εφαρμογή κυρίως επειδή ήταν μάλλον δημοσιονομικά προσανατολισμένη στο πλαίσιο της γενικής νοοτροπίας των οικονομικών μεταρρυθμίσεων. Ενώ η ενσωμάτωση των πρώην πολυϊατρείων του ΙΚΑ στο νεοσύστατο δίκτυο ΠΕΔΥ στο πλαίσιο του ΕΣΥ στόχευε στην ανασυγκρότηση των υπηρεσιών, αντίθετα οδήγησε σε σύνδεση της ΠΦΥ με την περιπατητική εξειδικευμένη φροντίδα Lionis et al., 2019). Περαιτέρω, συνάντησε αντίσταση από τους συμβεβλημένους γιατρούς που εργάζονταν στα πολυϊατρεία SHI ενώ παράλληλα είχαν τα ιδιωτικά τους ιατρεία. Αυτοί οι γιατροί κλήθηκαν να αποφασίσουν εάν θα εργαστούν για το δημόσιο ή για τον ιδιωτικό τομέα, με αποτέλεσμα πολλοί να εξαιρεθούν από τις συμβάσεις τους στον δημόσιο τομέα, επηρεάζοντας έτσι την κάλυψη του πληθυσμού (Karakiolas and Polyzos, 2014). Επιπλέον, η ενοποίηση των υπηρεσιών δεν αντιμετώπισε το ζήτημα της άνισης κατανομής των επαγγελματιών υγείας μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών και απέτυχε να εισαγάγει τον οικογενειακό γιατρό ως υποχρεωτικό πρώτο σημείο επαφής (ibid). Μεταγενέστερες μελέτες αποκάλυψαν ότι ο αριθμός των ιατρών ειδικότητας και η σχετική κατανομή τους μεταξύ των ειδικοτήτων παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητος μεταξύ 2010 και 2015 (Kaitelidou et al., 2018).

Το 2015, 1 έτος μετά τη δεύτερη μεταρρύθμιση, η συνολική ικανοποίηση στην ΠΦΥ ήταν σχετικά χαμηλή (48,6%) και οι περισσότεροι συμμετέχοντες επανέλαβαν την ανάγκη για μια νέα προσέγγιση, ενώ η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (81,8%) ανέφερε ότι προτιμούσε έναν οικογενειακό γιατρό που θα τους καθοδηγούσε σε εξειδικευμένες υπηρεσίες (Frengidou and Galanis, 2020). Το τελευταίο υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες, οι οποίες αναφέρουν ότι οι χρήστες υπηρεσιών, και ειδικά όσοι έχουν χαμηλό

αλφαριθμητισμό στον τομέα της υγείας, αναμένουν να καθοδηγούνται από γιατρούς (De Wit et al., 2020).

Επιπλέον, η αυξανόμενη άφιξη προσφύγων και μεταναστών από εκείνη τη χρονιά και μετά, προκάλεσε πρόσθετη πίεση στο σύστημα υγείας και αύξησε την επιβάρυνση των ασθενειών μεταξύ των περιθωριοποιημένων ομάδων. Ο στιγματισμός, ο αποκλεισμός και η αδυναμία έχουν εντοπιστεί ως τα κύρια εμπόδια για την κακή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για αυτόν τον πληθυσμό (Papadakaki et al., 2017). Τα διοικητικά και διαρθρωτικά εμπόδια, ειδικά με τη διαδικασία ασύλου προκάλεσαν περαιτέρω αποκλεισμό (Lionis et al., 2019). Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι οι μετανάστες αντιμετωπίζουν σημαντικά περισσότερα εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας από τους μη μετανάστες (Kaitelidou et al., 2020), ειδικά εκείνοι με χρόνιες ασθένειες και χρειάζονται φάρμακα.

Το 2016, ο νόμος 4368/2016 παραχώρησε πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στον ανασφάλιστο πληθυσμό και το επόμενο έτος, ο νόμος 4486/2017 εισήγαγε νέο μοντέλο ΠΦΥ. Αυτό είχε ως στόχο να κατευθύνει τη φροντίδα πίσω στην κοινότητα, με έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την ολοκληρωμένη φροντίδα, παρέχοντας επίσης δωρεάν περίθαλψη σε άτομα χωρίς ασφάλιση (Platis and Kyritsi, 2019). Η αρχική φάση της νέας μεταρρύθμισης περιλάμβανε την προγραμματισμένη ανάπτυξη 239 διεπιστημονικών μονάδων, των TOMY, εντός χρονικού πλαισίου 2 ετών, αλλά από τον Ιούνιο του 2019 η ανάπτυξη είχε σταματήσει περίπου στο ήμισυ του αρχικού στόχου, με 127 TOMY (Εκτελεστικός Οργανισμός ΕΣΠΑ, 2020). Επιπλέον, η δυνητική ικανότητα εγγραφής των TOMY με βάση τη στελέχωση τους στο τέλος του 2019 ήταν 650.250 πολίτες. Ωστόσο, εκείνη την εποχή υπήρχαν μόλις πάνω από 400.000 εγγεγραμμένοι πολίτες. Από την άλλη πλευρά, υπήρξε μια αυξανόμενη τάση εγγραφής σε οικογενειακούς γιατρούς και ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, σε αντίθεση με την προηγούμενη κατάσταση μη εγγραφής, η οποία είναι μια ελαφρά βελτίωση στην κάλυψη του πληθυσμού όσον αφορά τις πραγματικές υπηρεσίες ΠΦΥ (ibid). Η μη διαθεσιμότητα γιατρών και οι ανεπαρκείς εγκαταστάσεις θεωρούνται σε μεγάλο βαθμό οι κύριοι λόγοι που δεν άρχισαν να λειτουργούν όλες οι προγραμματισμένες TOMY (Εκτελεστικός Οργανισμός ΕΣΠΑ, 2020). Τα στοιχεία αποκαλύπτουν ότι υπήρξε μόνο μια μικρή αύξηση στους γενικούς ιατρούς εν μέσω της μεταρρύθμισης, από 3,4 ανά 10.000 κατοίκους το 2017 σε 3,6 το

2018, το οποίο εξακολουθεί να είναι το χαμηλότερο στην Ευρώπη (Statista, 2020). Αυτό μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στη δυσανεξία με το επίπεδο εισοδήματός τους (Karakolias et al., 2017), ειδικά σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές.

Οι περιπατητικές υπηρεσίες και οι υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι προσβάσιμες για ένα ευρύ φάσμα προληπτικών διαδικασιών, συμπεριλαμβανομένων αιματολογικών εξετάσεων, έγκαιρης διάγνωσης χρόνιων παθήσεων και ανοσοποίησης στο πλαίσιο ενός εθνικού προγράμματος εμβολιασμού, αλλά η χορήγηση αναμνηστικών δόσεων συχνά καθυστερεί. Αυτό μπορεί να υποδηλώνει διακοπή των υπηρεσιών και δυσκολία παρακολούθησης, για διάφορους λόγους, όπως η έλλειψη ιατρικών αρχείων. Παρά την ικανότητα της ΠΦΥ να πραγματοποιεί προληπτικές παρεμβάσεις και παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, η Ελλάδα αναφέρει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά χρόνιων νοσημάτων μεταξύ της ΕΕ-27, με τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο του πνεύμονα να αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου, ενώ η θνησιμότητα από διαβήτη και χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις έχει αυξηθεί τις τελευταίες δύο δεκαετίες (WHO, 2016). Οι χρόνιες παθήσεις δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς και η ολοκληρωμένη φροντίδα βρίσκεται σε εμβρυϊκό στάδιο (Tsiachristas et al., 2016). Παρόλο που περίπου το 25% των θανάτων αποδίδονται σε παράγοντες κινδύνου συμπεριφοράς και τρόπου ζωής (συμπεριλαμβανομένης της χρήσης καπνού και της παχυσαρκίας), οι οποίοι θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, υπάρχει ακόμη πολύς δρόμος για την πραγματική ενσωμάτωση και τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών. Παρά τις μεταρρυθμίσεις, τα επίπεδα ένταξης εξακολουθούν να είναι αρκετά χαμηλά ειδικά με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και έχουν εντοπιστεί σημαντικά κενά στην προαγωγή της υγείας και στις υπηρεσίες πρόληψης (Sifaki-Pistolla et al., 2017).

Πριν από το 2011, τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης κάλυπταν σχεδόν ολόκληρο τον πληθυσμό, αλλά μέχρι το 2016 το 25% του πληθυσμού έχασε το δικαίωμά του να χρησιμοποιεί υπηρεσίες υγείας που χρηματοδοτούνται από τον ΕΟΠΥΥ. Όταν τα ασφαλιστικά ταμεία συγχωνεύτηκαν στον ΕΟΠΥΥ το 2011, το πακέτο των υπηρεσιών εξορθολογίστηκε και τυποποιήθηκε. Ωστόσο, αντί να επενδύεται στην ίση πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και οικογενειακούς γιατρούς, μεγάλο μέρος των δαπανών του ταμείου δόθηκε αναδρομικά σε νοσοκομεία, διαγνωστικές υπηρεσίες και φαρμακευτικά προϊόντα. Μια έρευνα του 2015 έδειξε ότι οι πιο συνηθισμένοι λόγοι για τη χρήση της ΠΦΥ ήταν τα οξέα προβλήματα, η συνταγογράφηση φαρμάκων και οι

συνήθεις έλεγχοι, με μόνο τους μισούς συμμετέχοντες να αναφέρουν επαρκή χρόνο διαβούλευσης με τον γιατρό. Η πλειονότητα των διαβουλεύσεων έγιναν εντός 10 λεπτών, που είναι ένα πολύ σύντομο χρονικό διάστημα για την εκτέλεση προληπτικής ιατρικής και την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου συμπεριφοράς. Στην ίδια μελέτη, το 25% των συμμετεχόντων ανέφερε χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Frengidou and Galanis, 2020). Αργότερα στοιχεία αποκάλυψαν ότι οι υπηρεσίες περιορίστηκαν στο ελάχιστο, με ανεπαρκή χρόνο διαβούλευσης και τονίστηκε ότι η παιδεία υγείας και η υποστήριξη για αυτοδιαχείριση δεν μπορούσαν να επιτευχθούν με τόσο σύντομους χρόνους διαβούλευσης (De Wit et al., 2020).

Σε πληθυσμούς όπου υπάρχει χαμηλή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και ακόμη περισσότερο μεταξύ ευάλωτων ομάδων όπως οι ηλικιωμένοι με πολυνοσηρότητα, η αυτοδιαχείριση φαίνεται να είναι η πιο σχετική μέθοδος και βασικό στοιχείο των ολοκληρωμένων μοντέλων. Η χρόνια και η παρηγορητική φροντίδα συχνά παρέχονται είτε από συγγενείς είτε από άτυπους φροντιστές, όταν ταυτόχρονα ο αλφαριθμητισμός υγείας που θα μπορούσε να υποστηρίξει τους φροντιστές ή την αυτοδιαχείριση βρίσκεται σε σημαντικά υποανάπτυκτο στάδιο (De Wit et al., 2020). Ο χρόνος διαβούλευσης για τα άτομα με πολυνοσηρότητα δεν είναι επαρκής, οι ηλικιωμένοι βρίσκουν το σύστημα πολύ περίπλοκο και η επαφή ενός σημείου που θα μπορούσε να είναι ένας οικογενειακός γιατρός ή άλλος επαγγελματίας, συχνά λείπει (ibid). Η ανθρωποκεντρικότητα και η ενσωμάτωση είναι ζητήματα που αναδεικνύονται εκ νέου από τους ίδιους τους χρήστες πολύ πριν από την έναρξη της κρίσης. Οι ευάλωτες και περιθωριοποιημένες ομάδες συνήθως δεν λάμβαναν υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα πιο συχνά αιτήματα των χρηστών ΠΦΥ τα τελευταία χρόνια ήταν η αύξηση του αριθμού των μονάδων δημόσιας υγείας (Kousoulis et al., 2013). Οι χρήστες των υπηρεσιών αναφέρουν ότι η οικογενειακή ιατρική είναι απαραίτητη, υποδεικνύοντας ότι οι πολίτες δεν αντιτίθενται στον κεντρικό ρόλο της ΠΦΥ.

#### **4.4. Ο Ν. 4675/2020**

Με το Ν. 4675/2020 για την πρόληψη, την προστασία και την προαγωγή της υγείας – ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας εισήχθησαν νέες διατάξεις για την εφαρμογή

της πολιτικής της δημόσιας υγείας. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται πως στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας περιλαμβάνεται ο έλεγχος και η διαχείριση από τους μείζονες παράγοντες κινδύνου για την υγεία των πολιτών, γίνεται με ευθύνη του Κράτους. Οι βασικές αρχές που διέπουν τις πολιτικές για τη δημόσια υγεία είναι να αποτυπώνεται η συμπεριφορά, οι κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου για την υγεία, να παρακολουθούνται διαχρονικά και να επεξεργάζονται τα δεδομένα και οι δείκτες υγείας πληθυσμού, να επεξεργάζονται διαχρονικά και να παρακολουθούνται δείκτες υγείας για τον πληθυσμό, να διαχειρίζονται αποτελεσματικά οι κίνδυνοι για την υγεία των πολιτών και τους κινδύνους λόγω της κλιματικής αλλαγής και μετακινώντας μεγάλα μέρη του πληθυσμού, να σχεδιάζονται και να προγραμματίζονται πολιτικές για να προάγεται η υγεία, να αναγνωρίζεται και να ελέγχονται τα νοσήματα υψηλού φορτίου νοσηρότητας για να εφαρμόζονται τα Εθνικά Σχέδια Δράσης ανάμεσα στα άλλα.

Επίσης στο Ν. 4675/2020 περιλαμβάνεται το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία με το οποίο καθορίζονται οι επιμέρους δράσεις. Αναφέρεται πως θα εκπονηθεί 5ετές Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία με το οποίο θα προωθηθούν δράσεις για τη Δημόσια Υγεία και προγράμματα για να προαχθεί η υγεία για τους πολίτες και το να εφαρμοστούν είναι απαραίτητο για όλους τους φορείς που παρέχουν υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Στο Σχέδιο Δράσης προσδιορίζονται οι στόχοι της δράσης σε μετρήσιμους δείκτες και τα μέσα που θα χρησιμοποιηθούν για να επιτευχθούν, ενώ προσδιορίζεται ο προϋπολογισμός των δράσεων, προσδιορίζονται οι βασικοί φορείς υλοποίησής του και υποδεικνύονται συγκεκριμένοι δημόσιοι φορείς που θα το υλοποιήσουν.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία αναπτύσσεται σε πέντε κάθετους και πέντε οριζόντιους άξονες παρέμβασης:

### **Κάθετοι άξονες**

Ολοκλήρωση κατάργησης ιδρυματικής περίθαλψης, κατάργηση τμημάτων χρόνιων ασθενών στα υπόλοιπα ψυχιατρικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, με παράλληλη ανάπτυξη υπηρεσιών για άτομα με νόσο Αλτσχάιμερ και συναφείς διαταραχές καθώς και ανάπτυξη ψυχογηριατρικής.

Περαιτέρω ανάπτυξη και ένταξη του κοινοτικού δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με έμφαση στην πρόληψη με ταυτόχρονη ένταξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αξιοποιώντας σύγχρονες ψηφιακές τεχνολογίες.

Ολοκλήρωση του δικτύου υπηρεσιών ψυχικής υγείας για παιδιά και εφήβους, με έμφαση στην πρόληψη, συμπεριλαμβανομένης ειδικής πρόβλεψης για άτομα με Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές (διαταραχές του φάσματος του αυτισμού).

Μεταρρύθμιση των ιατροδικαστικών ψυχιατρικών υπηρεσιών από ιδρυματικές σε κοινοτικές υπηρεσίες και ανάπτυξη Μονάδων Εντατικής Ψυχιατρικής Θεραπείας.

Ολοκλήρωση και ενίσχυση του πανελλαδικού δικτύου Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης, που είναι κοινωνικές επιχειρήσεις με στόχο την κοινωνικοοικονομική ένταξη και επαγγελματική (επαν)ένταξη ατόμων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, συμβάλλοντας στη θεραπευτική τους αποκατάσταση και, στο μέτρο του δυνατού, στην αυτάρκειά τους.

### **Οριζόντιοι άξονες**

Επίτευξη «τομεακοποίησης» σε ολόκληρη τη χώρα (δηλαδή δημιουργία μικρών γεωγραφικών λεκανών απορροής με αφοσιωμένο προσωπικό ψυχικής υγείας που παρέχει υπηρεσίες σε όλους τους ασθενείς που ζουν στην περιοχή), λαμβάνοντας υπόψη όλους τους πυλώνες παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (δημόσιος και ιδιωτικός τομέας, μη - συμπράξεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα), διασφαλίζοντας την ποιότητα και ασφάλεια των αποδεκτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και προωθώντας την έρευνα και την κατάρτιση στον τομέα της ψυχικής υγείας. Στόχος είναι η αποκέντρωση της λήψης αποφάσεων και η ανάπτυξη τοπικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας με μεγαλύτερη αυτονομία και δυναμικό τοπικής ηγεσίας.

Μείωση του αριθμού των ακούσιων νοσηλειών στον μέσο όρο της ΕΕ.

Προώθηση της ένταξης των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην αγορά εργασίας και ανάπτυξη προγραμμάτων για την προστασία της ψυχικής υγείας των εργαζομένων.

Προστασία των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και καταπολέμηση του κοινωνικού στίγματος, ενισχύοντας παράλληλα τη φωνή των ψυχικά ασθενών και των οικογενειών τους.

Ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο σχεδιασμό αντιμετώπισης έκτακτων γεγονότων όπως η πανδημία COVID-19 ή οι φυσικές καταστροφές.

Κάθε άξονας έχει συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης και κοστολόγηση. Η τελική επένδυση για την έναρξη και λειτουργία νέων δομών, δράσεων και προγραμμάτων, καθώς και την ενίσχυση υφιστάμενων δομών, για την επίτευξη των στόχων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, ανέρχεται σε 374,4 εκατ. ευρώ. Η ετήσια δαπάνη για τη διαρκή λειτουργία των παραπάνω δομών, δράσεων και προγραμμάτων ανέρχεται σε 362,3 εκατ. ευρώ ετησίως.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 5.1. Συμπεράσματα

Μεταξύ 2010 και 2018 διαδοχικές κυβερνήσεις εφάρμοσαν αρκετές μεταρρυθμίσεις, συχνά προχωρώντας στην επόμενη χωρίς να έχει αξιολογηθεί διεξοδικά η προηγούμενη και με εμφανή κόπωση μεταρρυθμίσεων μεταξύ των αρχών εφαρμογής. Παρόλο που ο πολιτικός κίνδυνος μεταφέρθηκε στα εποπτικά ιδρύματα που επέβαλαν αυτά τα μέτρα, τα οριζόντια μέτρα και οι περικοπές λιτότητας (οι κατά κεφαλήν δαπάνες μεταξύ 2008 και 2013 μειώθηκαν σχεδόν κατά 10%) αύξησαν τις ανισότητες ειδικά μεταξύ των ευάλωτων ομάδων. Η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ του 2017 είχε στόχο να οδηγήσει σε μια πιο βελτιωμένη υπηρεσία υγείας, με υψηλότερη ενοποίηση των υπηρεσιών, αυξημένη προσβασιμότητα και περιορισμένους οικονομικούς κινδύνους για τον πληθυσμό. Αυτή η μελέτη καταδεικνύει ότι, ενώ έγιναν κάποιες βελτιώσεις, πολλά προβλήματα παραμένουν ή ακόμη και χειροτέρεψαν σε όλες τις διαστάσεις του ΕΣΥ, οδηγώντας σε διακυβευμένη πρόσβαση στην περίθαλψη, κενά στην παροχή περίθαλψης και χαμηλή ποιότητα περίθαλψης, όπως η υψηλή πληρωμή εκτός τσέπης και ο υψηλός κίνδυνος καταστροφικών πληρωμών, επηρεάζοντας ιδιαίτερα τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα.

Η κύρια μεταρρύθμιση μεταξύ αυτών που εξετάστηκαν, η ίδρυση και η ανάπτυξη των TOMY, έχει ορισμένα σημαντικά πλεονεκτήματα, όπως η προσωποκεντρική προσέγγιση, η εισαγωγή πολυεπιστημονικών ομάδων και η παροχή υπηρεσιών κοντά στην κοινότητα, αλλά έχει επίσης ορισμένες αδυναμίες, συμπεριλαμβανομένης της ελλιπούς ενσωμάτωσης και συνέχιση, περιορισμένη διασυνδεσιμότητα και μέτρια πληθυσμιακή κάλυψη (Εκτελεστικός Οργανισμός ΕΣΠΑ, 2020). Το άνοιγμα μόλις 127 νέων μονάδων επέκτεινε την πληθυσμιακή κάλυψη σε τοπικό επίπεδο, βελτιώνοντας την πρόσβαση μόνο για όσους είναι εγγεγραμμένοι σε αυτές. Θα χρειάζονταν περίπου 850–900 τέτοιες μονάδες για να καλυφθεί το 85% του συνολικού πληθυσμού. Επίσης, το δίκτυο TOMY είναι γεωγραφικά συγκεντρωμένο στην ηπειρωτική Ελλάδα ενώ τα νησιά -με εξαίρεση την Κρήτη- καλύπτονται ελάχιστα. Η κάλυψη ολόκληρου του πληθυσμού θα απαιτούσε σημαντική αύξηση των γενικών ιατρών και μέχρι τότε φαίνεται ότι μεγάλο μέρος του



αστικού πληθυσμού θα συνεχίσει να υποκαθιστά την πρωτοβάθμια περίθαλψη με εξωτερική περίθαλψη στα νοσοκομεία ή εξειδικευμένη φροντίδα στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, η Ελλάδα έχει τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών μεταξύ των χωρών της ΕΕ27, ειδικά στην ΠΦΥ, με 3,4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους (OECD, 2018), γεγονός που σημαίνει ότι ο ρόλος τους υποτιμάται και το κράτος δεν έχει αναπτύξει μια ποικιλία επαγγελματιών υγείας για να παρέχει Υπηρεσίες ΠΦΥ εκτός από γιατρούς.

Αλληλένδετες με τις διαστάσεις του πληθυσμού και της κάλυψης των υπηρεσιών, είναι οι αρχές της δίκαιης πρόσβασης, της ποιότητας των υπηρεσιών και της συνολικής προσβασιμότητας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι ακόμη και σε περιπτώσεις που οι υπηρεσίες είναι διαθέσιμες και ο πληθυσμός καλύπτεται, η πρόσβαση δεν κατανέμεται πάντα δίκαια. Άτομα με χρόνια προβλήματα ή προβλήματα ψυχικής υγείας, άτομα με αναπηρίες, πρόσφυγες και μετανάστες αντιμετωπίζουν διακυβευμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Η συμμετοχή σε αυτές τις ομάδες θα μπορούσε να βελτιώσει σημαντικά τις προτεραιότητες και την ποιότητα για όλους τους χρήστες των υπηρεσιών. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες αποκλείονται κυρίως λόγω οικονομικών και πολιτιστικών φραγμών, αν και έχουν νόμιμο δικαίωμα πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες εάν έχουν αριθμό ασφάλισης ή αριθμό εγγράφου ασύλου. Οι ασθενείς ψυχικής υγείας και τα άτομα που λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι ή συνεχή φροντίδα συνήθως αποκλείονται από τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και όταν έχουν πρόσβαση σπάνια αφορά προληπτικές υπηρεσίες (Souliotis et al., 2017).

Υπάρχουν συνεχώς κενά στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας ως μέρος του φαύλου κύκλου της υπερεξειδίκευσης και των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Μέρος αυτών των ελλείψεων είναι το σημαντικά χαμηλό επίπεδο παιδείας για την υγεία και η ενδυνάμωση των ανθρώπων, κυρίως λόγω του σύντομου χρόνου διαβούλευσης και της έλλειψης κατάρτισης του εργατικού δυναμικού. Η έλλειψη συστήματος παραπομπής και οδών περίθαλψης εμποδίζει τον συντονισμό μεταξύ των επιπέδων και υπονομεύει τον ρόλο του ΕΣΥ στην ανθρωποκεντρική υγειονομική περίθαλψη. Λειτουργικά, οι ΤΟΜΥ έχουν δείξει σημάδια για το πώς θα μπορούσε να εισαχθεί ολοκληρωμένη φροντίδα, αλλά απομένουν να γίνουν συγκεκριμένα βήματα (Lionis et al., 2019).

Οι μεταρρυθμίσεις βελτίωσαν οριακά την οικονομική προστασία και μόνο για όσους είναι εγγεγραμμένοι σε οικογενειακό γιατρό ή μονάδα ΠΦΥ, καθώς το διευρυμένο ωράριο λειτουργίας των ΤΟΜΥ, η γειννίαση με την κατοικία των πολιτών και η ευκολία του ραντεβού βελτίωσαν την πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες. Παρόλο που ο νόμος του 2016 παρείχε πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας για τους ανασφάλιστους, συμπεριλαμβανομένων των μεταναστών χωρίς έγγραφα, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία δεν μειώθηκαν. Αυτό συνέβη κυρίως επειδή οι μεταρρυθμίσεις επικεντρώθηκαν στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και δεν αντιμετώπισαν τις βαθύτερες αιτίες και τις ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και οι ανασφάλιστοι έχουν πρόσβαση μόνο σε δημόσιες υπηρεσίες, ενώ πρέπει να πληρώνουν για υπηρεσίες με σύμβαση.

Συνολικά, οι μεταρρυθμίσεις της ΠΦΥ δεν είχαν τον ίδιο αντίκτυπο στον πληθυσμό. Η πληθυσμιακή κάλυψη αυξήθηκε μόνο τοπικά λόγω της άνισης κατανομής των υπηρεσιών τόσο γεωγραφικά όσο και κοινωνικά. Η διάσταση των υπηρεσιών βελτιώθηκε ελαφρώς για χρήστες υπηρεσιών με πρόσβαση στις νέες μονάδες ΠΦΥ και οικογενειακούς γιατρούς, αλλά η προσέγγιση της κοινότητας, οι δημόσιες υπηρεσίες και οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας, η κατ' οίκον φροντίδα, η ένταξη, η συνέχεια και η πληρότητα χρειάζονται ενίσχυση. Εξακολουθούν να υπάρχουν θέματα σχετικά με την οικονομική προστασία, ιδιαίτερα μεταξύ των ευάλωτων και μειονεκτούντων πληθυσμιακών ομάδων, όπως τα άτομα με χρόνιες ασθένειες, οι αναπηρίες, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες και οι ανασφάλιστοι. Απαιτούνται περισσότερες συντονισμένες προσπάθειες για να καταστεί δυνατή η πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας, οικονομικά προσιτή και κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη. Συμπερασματικά, τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι μεταρρυθμίσεις δεν ήταν σημαντικά αποτελεσματικές στη βελτίωση της δημόσιας υγείας και ευεξίας σε τοπικό επίπεδο, ωστόσο εισήγαγαν έννοιες που δημιούργησαν το απαραίτητο πλαίσιο για τα επόμενα βήματα. Παραμένει επιτακτική ανάγκη αυτά τα επόμενα βήματα προς την ανάπτυξη ισχυρότερης ΠΦΥ να βασίζονται σε στοιχεία. Η αδυναμία μιας ακόμη υπανάπτυκτης ΠΦΥ μπορεί να μετατραπεί σε ευκαιρία χρησιμοποιώντας την εμπειρία άλλων χωρών και μελετώντας τα διδάγματα που αντλήθηκαν.

## **5.2. Προτάσεις**

Συνιστώνται οι ακόλουθες ενέργειες με επίκεντρο την ΠΦΥ για την βελτίωση των επιπτώσεων της νέας δημόσιας υγείας στις τοπικές κοινωνίες με προτεραιότητα κατά σημασία και ομαδοποιημένες στους τέσσερις τομείς:

### **Ενεργοποιητές συστήματος**

1. Παροχή κινήτρων και αύξηση του εργατικού δυναμικού της ΠΦΥ. Οι στρατηγικές επιλογές που βασίζονται στις ανάγκες του πληθυσμού θα πρέπει να οδηγήσουν τις εισροές των επαγγελματιών υγείας, με έμφαση στην αύξηση του αριθμού των γενικών ιατρών και των νοσηλευτών.

2. Εξασφάλιση αρκετού χρόνου για διαβούλευση. Η ποιοτική ΠΦΥ περιστρέφεται γύρω από την οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και του ασθενούς, με σκοπό την αλλαγή των κινδύνων συμπεριφοράς, τη μείωση της περιττής θεραπείας και τη βελτίωση της παιδείας για την υγεία. Αυτό δεν μπορεί να επιτευχθεί εντός σύντομων χρονικών διαβουλεύσεων.

3. Δημιουργία ηλεκτρονικού αρχείου υγείας σε όλα τα επίπεδα. Μηχανισμοί παραπομπής, μονοπάτια ασθενών, μοντέλα χρόνιας φροντίδας και σχεδιασμός περίθαλψης με γνώμονα τη δημόσια υγεία δεν μπορούν να επιτευχθούν χωρίς ένα ολοκληρωμένο αρχείο υγείας που να συνδέει τις υπηρεσίες κάθετα και οριζόντια.

4. Μείωση ή εξάλειψη τις συμπληρωματικές πληρωμές που σχετίζονται με την ΠΦΥ. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω οριζόντιων παρεμβάσεων, όπως η αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία και οι δεσμευμένοι προϋπολογισμοί για την ΠΦΥ και στοχευμένες ενέργειες όπως η ελαχιστοποίηση ή η εξάλειψη των συμπληρωμάτων για φάρμακα που συνταγογραφούνται από οικογενειακούς γιατρούς ή επαγγελματίες της ΠΦΥ.

### **Διαδικασίες παροχής υπηρεσιών**

5. Ενημέρωση προγραμμάτων σπουδών πρωτοβάθμιας φροντίδας και εισαγωγή συνεχούς επαγγελματικής εξέλιξης. Οι κατάλληλα εκπαιδευμένοι επαγγελματίες υγείας μπορούν να σχεδιάσουν ενέργειες για την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων

της υγείας με βάση στοιχεία, προσαρμοσμένα στο τοπικό πλαίσιο, τις συνθήκες διαβίωσης και την ευπάθεια μεταξύ άλλων παραγόντων. Τα συνεχώς μεταβαλλόμενα στοιχεία για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης απαιτούν τη συνεχή επαγγελματική ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού.

6. Επέκταση στομείγμα δεξιοτήτων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για να ενισχύσετε τη διεπιστημονική προσέγγιση, με ένα ευρύτερο φάσμα αρμοδιοτήτων για νοσηλευτές, μαίες και επαγγελματίες δημόσιας υγείας. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να αναπτυχθούν ευέλικτα δίκτυα ομοτίμων εντός των κοινοτήτων, οργανώνοντας φροντίδα γύρω από το άτομο και ανταλλάσσοντας εμπειρίες.

7. Ενοποίηση υπηρεσιών δημόσιας υγείας και ψυχικής υγείας. Οι ανάγκες υγείας των ανθρώπων δεν διαχωρίζονται, με περιβαλλοντικά, πληθυσμιακά και ψυχικά προβλήματα να συνυπάρχουν συχνά. Η ολοκληρωμένη φροντίδα με επίκεντρο τον άνθρωπο πρέπει να σχεδιαστεί και να προσαρμοστεί γύρω από αυτές τις ανάγκες με δυναμικό τρόπο, αρκετά ευέλικτο ώστε να αλλάζει ανάλογα με αυτές τις ανάγκες.

### **Διαχείριση αλλαγών**

8. Ανάπτυξη σε μηχανισμούς σχεδιασμού, εφαρμογής, παρακολούθησης και αξιολόγησης βασισμένους σε στοιχεία. Για την υλοποίηση όλων των δράσεων και παρεμβάσεων είναι απαραίτητοι μηχανισμοί παρακολούθησης που βασίζονται σε επικαιροποιημένα στοιχεία.

9. Υιοθέτηση μια προσέγγιση ολόκληρης της κοινωνίας. Οι μεταρρυθμίσεις μπορούν να είναι βιώσιμες μόνο μέσω της ένταξης, της συναίνεσης και των κοινών αποφάσεων. Η συνέχιση είναι ζωτικής σημασίας για την πολιτική υγείας όταν τα αποτελέσματα είναι μακροπρόθεσμα και αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω της ιδιοκτησίας της κοινωνίας και των συνασπισμών σε όλα τα επίπεδα.

### **Πληθυσμοί και άτομα**

Ενίσχυση των διαδικασιών παιδείας για την υγεία και κοινωνικής ένταξης. Η ενίσχυση του αλφαριθμητισμού στον τομέα της υγείας για την υποστήριξη των χρήσεων υπηρεσιών, των οικογενειών και των φροντιστών, συμπεριλαμβανομένων αυτών στη

διαδικασία λήψης αποφάσεων, μπορεί να συμβάλει στη βιωσιμότητα των μεταρρυθμίσεων και να προωθήσει τη λογοδοσία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική

Εκτελεστικός Οργανισμός ΕΣΠΑ (2020). *Αξιολόγηση της Λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας (TOMY): Σύνοψη Συμπερασμάτων και Συστάσεων*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας

ΕΛΣΤΑΤ (2019) *Έρευνα για το εργατικό δυναμικό*. Ιούλιος, Τεύχος 2011, σελ. 32–3.

### Ξενόγλωσσ

Allin, S., Mossialos, E., McKee, M. and Holland, W. (2004). Making decisions on public health: a review of eight countries. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Ανακτήθηκε από: <http://www.euro.who.int/document/E84884.pdf>

Beaglehole, R., Bonita, R., Horton, R., Adams, C., Alleyne, G., Asaria, P. et al. (2011). Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet* 377:1438–47

Braveman ,P. and Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep* (suppl 2):19–31

Milas, G.P., Issaris, V., and Zareifopoulos, N. (2022) Burnout for medical professionals during the COVID-19 pandemic in Greece; the role of primary care. *Hospital Practices*, 50:102–103

Centers for Diseases Control and Prevention, 2011. Ten great public health achievements – worldwide, 2001–2010. 60, 614–618. Ανακτήθηκε από: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm>

Chawla, N.V. and Davis, D.A. (2013). Bringing big data to personalized healthcare: a patient-centered framework. *Journal of General International Medicare*, 28:660–5

Cohen, L., Chehemi, S. and Chavez, V. (2007). *Prevention is primary: Strategies for community well-being*. San Francisco (CA): Jossey- Bass

- Crowle, J. and Turner, E. (2010). *Childhood obesity: an economic perspective. Productivity Commission Staff Working Paper*. Melbourne: Productivity Commission
- Dahlgren, G., and Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies
- De Wit. L., Karnaki, P., Dalma, A., Csizmadia, P., Salter, C., de Winter A, et al. (2020) Health literacy in the everyday lives of older adults in Greece, Hungary, and the Netherlands. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7):2411
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment: Exploration in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor: *Health Administration Press*
- Emmanouilidou M. (2021). The 2017 Primary Health Care (PHC) reform in Greece: Improving access despite economic and professional constraints? *Health Policy*, 125:290–295
- Evlampidou, I. and Kogevinas, M. (2019). Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement. *Gac Sanit.*, 33(3):263–7
- Fadahunsi KP, Akinlua JT, O'Connor S, Wark PA, Gallagher J, Carroll C, et al. (2019). Protocol for a systematic review and qualitative synthesis of information quality frameworks in eHealth. *BMJ Open*. 9:e024722
- Frengidou, E. and Galanis, P. (2020). Patients' satisfaction with the National Primary Health Care net in Greece. *International Journal of Caring Science*, 13:1–267
- Frenk J. (2009). Reinventing primary health care: the need for systems integration. *Lancet*, 374:170-3
- Ghebrehewet, S., Stewart, A.G. and Rufus, I. (2016) 'What is health protection?', in Samuel Ghebrehewet, and others (eds), *Health Protection: Principles and practice* (online edn, Oxford Academic, 1 Oct. 2016), <https://doi.org/10.1093/med/9780198745471.003.0001>
- Gurdasani, D., Drury. J., Greenhalgh, T., et al. (2021) Mass infection is not an option: we must do more to protect our young. *Lancet*, 398(10297):297–298

Handler, A., and Turnock, I. M. (2001). A conceptual framework to measure performance of the public health system. *American Journal of Public Health* 91, 1235–1239.

Health for All Data Base, WHO European Region, June 2009. Ανακτήθηκε από: <http://www.euro.who.int/HFADB>

Hernandez, M. (2002). Health reform, equity and the right to health in Colombia. *Cad Saude Publica*, 18:991–1001

Hofmarcher, M. M., Oxley, H. and Rusticelli, E. (2007). Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. *OECD Health Working Paper No. 30. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development*

Hojat, L.S. (2022) Breaking down the barriers to health equity. *Ther Adv Infect Dis.* 9

Hunt, P. (2012). Health and well-being: the role of government. *Public Health*, 126 (suppl 1):S19–S23

Jorm, A.F. and Reavley, N.J. (2013). Preventing mental disorders: the time is right. *Medical Journal of Australia*, 199:527

Kaitelidou, D., Economou, C., Siskou, O., Konstantakopoulou, O., Galanis, P., Myloneros, T., et al. (2018). Human resources for health in Greece. *Social Cohesive Dev.*, 13:107–24.

Kaitelidou, D., Galanis, P., Economou, C., Mladovsky, P., Siskou, O. and Sourtzi P. (2020) Inequalities between migrants and non-migrants in accessing and using health Services in Greece during an era of economic hardship. *International Journal of Health Services* 60(4):444–57.

Karakolias, S.E. and Polyzos, N,M (2014). The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current Situation and Proposed Structural Changes, towards an Upgraded Model of Primary Health Care, in Greece. *Health (Irvine Calif)*, 06(09):809–21

Karakolias. S., Kastanioti, C., Theodorou, M. and Polyzos N. (2017). Primary care doctors' assessment of and preferences on their remuneration: Evidence from Greek public sector. *Inq (United States)*,54:54



- Kousoulis, A.A., Angelopoulou, K.E. and Lionis C. (2013). Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece. *European Journal of General Practice*, 19(3):194–9
- Laaser, U. and Epstein, L. (2010). Threats to global health and opportunities for change: a new global health. *Public Health Reviews*. 32:54-89
- Lasser, K. E., Himmelstein, D. U. and Woolhandler, S. (2006). Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: Results of a cross-national population-based survey. *American Journal of Public Health*, 96:1300–1307
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., and Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta- analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Annals of Internal Medicine*, 151, W–65
- Lionis , C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Petelos, E., Papadakis, S., Sifaki-Pistolla, D., et al. (2019). Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne’s thread. *Primary Health Care Research Dev.*, 20:e113
- Lupton, D. (2013). The digitally engaged patient: Self-monitoring and self-care in the digital health era. *Social Theory of Healthcare*, 11:256–27.
- McMichael, A.J., Paul Wilkinson, R., Kovats, S., Pattenden, S., Hajat, S., Armstrong, B., Vajanapoom, N., Niciu, E.M., Mahomed, H. and Kingkeow C (2008) International study of temperature, heat and urban mortality: the ‘ISOTHURM’project. *International Journal of Epidemiology*, 37:1121–1131
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. and Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *Annals of Internal Medicine*, 151, 264–269
- Myloneros, T. and Sakellariou, D. (2021). The effectiveness of primary health care reforms in Greece towards achieving universal health coverage: a scoping review. *D. BMC Health Services Research*, 21:628

Ncayiyana M, Goldstein G, Goon, Yach D. (1995). New public health and WHO's ninth general programme of work: a discussion paper. Geneva: World Health Organization; Ανακτήθηκε από: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/HRH\\_95.6.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/HRH_95.6.pdf)

OECD. Nurses Total, Per 1 000 inhabitants, 2018 n.d. Ανακτήθηκε από: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., De Brún, T., O'Reilly-De Brún, M., et al. (2017). Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: perspectives of service providers. *European Journal of General Practice*, 23(1):128–34

Platis, C. and Kyritsi, N. (2019). Institutional and Organizational Efforts to Establish Primary Health Care in Greece. *Strategy Innovation Mark Tourism*, 497–503

Public Health Agency of Canada (2020) Artificial Intelligence in Public Health. Canada Communicable Disease Report. 46(6). Ανακτήθηκε από: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2020-46/issue-6-june-4-2020/ccdrv46i06-eng.pdf>

Sassi, F. (2010). *Obesity and the economics of prevention: fit not fat*. Paris: OECD Publishing

Sbarouni, V., Tsimtsiou, Z., Symvoulakis, E., Kamekis, A., Petelos, E., Saridaki, A., et al. (2012). Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study. *Rural Remote Health*, 12:1–14

Shortell SM, Gillies R. and Wu, F. U.S. (2010). Innovations in health care delivery. *Public Health Reviews*. 32:190-212

Sifaki-Pistolla, D., Chatzea, V.E., Markaki, A., Kritikos, K., Petelos, E. and Lionis, C. (2017). Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):1–10

Smedley, B. D., and Syme, S. L. (2000). *Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research (Institute of Medicine (US) Committee on Capitalizing*

on *Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health*). Washington: National Academies Press

Souliotis, K., Agapidaki, E., Tzavara, C. and Economou, M. (2017). Psychiatrists role in primary health care in Greece: findings from a quantitative study. *International Journal of Mental Health System*, 11(1):1–10

Statista. The EU countries with the most (and least) GPs n.d. Ανακτήθηκε από: <https://www.statista.com/chart/16680/doctors-gps-per-capita-eu/>

Stuckler, D., Basu, S. and McKee M. (2010). Public health in Europe: power, politics and where next?, *Public Health Reviews*, 32:213-242

Suhrcke, M., Rocco, L. and McKee, M. (2007). Health: A Vital Investment for Economic Development in Eastern Europe and Central Asia. European Observatory on Health Systems. Copenhagen: WHO European Region

Tengs, T.O., Adams, M.E., Pliskin, J.S., Safran, D.G., Siegel, J.E., Weinstein, M.C. et al. (1995). Five hundred life-saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Analysis* 15, 5:369–484

Torraco, R. J. (2005). Writing integrative literature reviews: Guidelines and examples. *Human Resource Development Review*, 4, 356–367.

Tranfield, D., Denyer, D. and Smart, P. (2003). Towards a methodology for developing evidence-informed management knowledge by means of systematic review. *British Journal of Management*, 14, 207–222

Tsiachristas A, Lionis C. and Yfantopoulos J. (2015). Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *International Journal of Integrated Care*, 15

Tulchinsky, T.H. and Varavikova, E.A. (2010). What is the “New Public Health”? *Public Health Review*. 32, 25–53. Ανακτήθηκε από: <http://www.publichealthreviews.eu/show/f/23>

United Nations (2012). Millennium Development Goals Report 2012. UN Department of Economics and Social Affairs, New York, Ανακτήθηκε από: <http://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2012.html>

Vos, T., Carter, R., Barendreg, J., Mihalopoulos, C., Veerman, L., Magnus A et al. (2010). *Assessing cost-effectiveness in prevention (ACE-Prevention): final report*. Melbourne: University of Queensland and Deakin University

Wagner MM, Tsui FC, Espino JU, Dato VM, Sitting DF, Caruana RA, et al. The emerging science of very early detection of disease outbreaks. *Journal of Public Health Management Practice* (2001) 7:51–9

WHO (1978). Alma Ata declaration primary health care

WHO (1986) Ottawa charter for health promotion

WHO (2016). Greece: Profile of Health and Well-being

WHO (2013). *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020*. Geneva: WHO

World Health Organization. Seventy-first world health assembly: Digital health (Resolution WHA71.7). (2018). Ανακτήθηκε από: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_R7-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-en.pdf?ua=1)