



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ  
ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΟΜΕΑΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# **“ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ „**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: 17055

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΝΤΕΛΕΖΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΑΠΟΦΑΣΗ: 7/11-5-2022

Αθήνα, 2022



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

**THESIS**

**“THE EVOLUTION OF EXPENDITURE IN HOSPITALS  
BEFORE AND AFTER THE PANDEMIC:  
THE CASE OF THE PANARKADIAN HOSPITAL OF  
TRIPOLIS,,**

Athens, 2022

**Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**

**Αθήνα: 22/07/2022**

**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

1. Επιβλέπων Καθηγητής

Ντελέζος Κωνσταντίνος

Λέκτορας Εφαρμογών

2. Μέλος Επιτροπής

Μπουλανίκη Παρασκευή

Λέκτορας Εφαρμογών

3. Μέλος Επιτροπής

Παπαδάς Ιωάννης

Επίκουρος Καθηγητής

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για την ολοκλήρωση της εν λόγω εργασίας είναι υποχρέωση μου να ευχαριστήσω θερμά, τον επιβλέπων καθηγητή μου κ. Κωνσταντίνο Ντελέζο για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση του. Επίσης, θα ήθελα να απευθύνω τις ευχαριστίες μου σε όσα άτομα διέθεσαν τον χρόνο τους, παρέχοντας μου τις κατάλληλες συμβουλές και την απλόχερη βοήθεια τους. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την βαθιά μου ευγνωμοσύνη στην οικογένεια μου και ιδιαίτερα στη μητέρα μου για την συναισθηματική συμπαράσταση και την οικονομική υποστήριξη που μου προσέφεραν κατά την διάρκεια των σπουδών μου.

## **ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Γιαννοπούλου Αθανασία του Παναγιώτη , με αριθμό μητρώου 17055 φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Δημόσιας Υγείας και Κοινοτικής Υγείας- Δημόσιας Υγείας, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής 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

Γιαννοπούλου Αθανασία



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια, οι κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές στην Ελλάδα έχουν αλλάξει σημαντικά το περιβάλλον του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, η παρουσίαση της υγείας ως βασικού παράγοντα της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να είναι ένας από τους κύριους στόχους των κρατών με κοινωνικό χαρακτήρα που αναπτύσσονται σωστά. Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας από τους πιο σημαντικούς τομείς, με χαρακτηριστικό τη κοινωνική του φύση η οποία δίνει το δικαίωμα σε όλους τους πολίτες να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Η παρούσα πτυχιακή εργασία στοχεύει στην ανάδειξη των επιπτώσεων της πανδημίας στον τομέα της υγείας και την ανάπτυξη των δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα. Η επίτευξη των παραπάνω στόχων πραγματοποιείται μέσα από τέσσερα κεφάλαια που αναλύουν θέματα σχετικά με την πανδημία και τις επιπτώσεις της στο σύστημα υγείας.

Το Κεφάλαιο 1 αναλύει τους βασικούς παράγοντες που σχετίζονται με την πανδημία, συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών, των σταδίων, των βασικών χαρακτηριστικών, των αιτιών της και της ανάκαμψης στα πιο σημαντικά στάδια της οικονομικής κρίσης. Το Κεφάλαιο 2 αναλύει δεδομένα από το σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, θα εφαρμοστεί μια εννοιολογική προσέγγιση που θα εξηγεί τους βασικούς στόχους, στόχους του συστήματος υγείας, τα χαρακτηριστικά τους, τη μορφή τους, τις βασικές πηγές χρηματοδότησης και την ανάλυση του εθνικού συστήματος υγείας. Στο Κεφάλαιο 3, πραγματοποιείται ένας παραλληλισμός μεταξύ των οικονομικών δεδομένων και του συστήματος υγείας. Ειδικότερα, εξετάζεται η σχέση πανδημίας με την υγεία, η κρίση που περνά το σύστημα, το αντίκτυπο της πανδημίας σε όλα τα επίπεδα υγείας, το ελληνικό σύστημα υγείας, οι αδυναμίες του ελληνικού συστήματος, η απειλή του συστήματος σε επίπεδο κοινωνικής αλληλεγγύης. Το Κεφάλαιο 4 περιγράφει τα βασικά στοιχεία των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και διεθνώς όπως, δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό των συνολικών δαπανών, κοινωνικές δαπάνες ως ποσοστό του ΑΕΠ, δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό και φαρμακευτικές δαπάνες. Τα συμπεράσματα ολοκληρώνονται με την υποβολή υποβληθέντων συμπερασμάτων και εισηγήσεων.

## **ABSTRACT**

In recent years, social and economic changes in Greece have significantly changed the environment of the healthcare system. Therefore, in an ever-changing environment, the presentation of health as a key factor in economic and social development should be one of the main objectives of properly developed social states. The healthcare sector is one of the most important areas and its social nature is not always controversial, so all citizens have acquired the rights to health care. This thesis aims to highlight the impact of the pandemic on the health sector and to develop health spending in Greece. The achievement of the above goals is realized through four chapters that analyze issues related to the pandemic and its impact on the health system.

Chapter 1 analyses the key factors related to the pandemic, including the circumstances, stages, key features, causes and recovery at the most important stages of the economic crisis. Chapter 2 analyzes data from the health system. In particular, a conceptual approach will be applied that will explain the main objectives and objectives of the health system, their characteristics, their form, the main sources of funding and the analysis of the NHS. In Chapter 3, a parallel is drawn between economic data and the health system. In particular, the relationship between the pandemic and health, the crisis that the system is going through, the impact of the pandemic on all levels of health, the Greek health system, the weaknesses of the Greek system, the threat of the system at the level of social solidarity are examined. Chapter 4 describes the key elements of healthcare expenditure in Greece and internationally: healthcare expenditure as a percentage of total expenditure, social expenditure as a percentage of GDP, healthcare expenditure as a percentage and pharmaceutical expenditure. The conclusions are concluded with the submission of submitted conclusions and suggestions.

## **ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ**

πανδημία, νοσοκομεία, οικονομικά στοιχεία, κρίση, COVID-19,



## **KEYWORDS**

Pandemic, hospitals, financial data, crisis, COVID-19

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

Πίνακας 1: Κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας

Πίνακας 2: Χρηματοδότηση συστημάτων υγείας

Πίνακας 3: Φορείς Χρηματοδότησης

Πίνακας 4: Χρηματοδότηση από Κρατικό Προϋπολογισμό

Πίνακας 5: Τομείς Προσφοράς και ζήτησης

Πίνακας 6: Ηλικιακή κατανομή κρουσμάτων από COVID-19 στην Ελλάδα

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ**

Εικόνα 1: Νόσηση από COVID-19

Εικόνα 2: Το Παναρκαδικό νοσοκομείο Τρίπολης το 1950

Εικόνα 3: Λογότυπο του Νοσοκομείου

Εικόνα 4: Το οργανόγραμμα του νοσοκομείου

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Κόστος κρίσης

Διάγραμμα 2: Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα και στην Ευρώπη από το 2010-2015

Διάγραμμα 3: Εξέλιξη πανδημίας

Διάγραμμα 4: Χάρτης Επίπτωσης κρουσμάτων από COVID-19 για την χρονική περίοδο από 3-17 Δεκεμβρίου 2021

Διάγραμμα 5: Χάρτης Επίπτωσης κρουσμάτων από COVID-19 για την χρονική περίοδο από 5-19 Ιουνίου 2022

Διάγραμμα 6: Πως η πανδημία έχει πλήξει τον κόσμο της εργασίας

Διάγραμμα 7: Αλλαγές στο χώρο της εργασίας

Διάγραμμα 8: Δαπάνες Πρώτων Βοηθειών Παναρκαδικού

Διάγραμμα 9: Δαπάνες Πρώτων Βοηθειών των υγειονομικών περιφερειών

Διάγραμμα 10: Αγορές Αναλώσιμων Παναρκαδικού

Διάγραμμα 11: Αγορές Αναλώσιμων Υγειονομικών Περιφερειών

Διάγραμμα 12: Δαπάνες για υποχρεώσεις υπηρεσιών Παναρκαδικό

Διάγραμμα 13: Δαπάνες για υποχρεώσεις υπηρεσιών σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ

NHS National Health System

ΑΕΠ Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΔΤΚ Δείκτης Τιμών Καταναλωτή

ΕΛΣΤΑΤ Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΟΠΥΥ Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

ΕΣΥ Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΗΔΙΚΑ Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης

ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών

ΟΟΣΑ Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΠΟΥ Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΥΠΕ Υγειονομικών Περιφερειών

ΦΠΑ Φόρος Προστιθέμενης Αξίας

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### Πίνακας περιεχομένων

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</b> .....	<b>2</b>
<b>ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</b> .....	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ</b> .....	<b>6</b>
<b>KEYWORDS</b> .....	<b>7</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b> .....	<b>8</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ</b> .....	<b>9</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</b> .....	<b>10</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ</b> .....	<b>11</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΡΩΝ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ</b> .....	<b>14</b>
1.1 Ορισμοί.....	14
1.2. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	15
1.3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
1.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟ.....	19
1.4.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	20
1.4.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	20
1.5. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ.....	21
1.6. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	21
1.7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ</b> .....	<b>26</b>
2.1 Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19.....	26
2.1.1 Παραλλαγές του SARS-CoV-2 και της γεωγραφικής κατανομής τους.....	28
2.2 Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα.....	33
2.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ.....	36
2.4. Προβλέψεις και εκτιμήσεις: Η ελληνική οικονομία στη μεταπανδημική περίοδο.....	36
2.5. Συστήματα Υγείας και Δημόσια Υγεία: Από το Χθες στο Αύριο.....	39
2.6 Ένα καινούργιο εθνικό σύστημα υγείας.....	41
2.7 Πώς η πανδημία αλλάζει τον κόσμο της εργασίας.....	42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ</b> .....	<b>46</b>
3.1 ΓΕΝΙΚΑ.....	46

3.2 ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .....	48
3.3 ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ.....	49
3.3.1 Ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης.....	50
3.3.2. Δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο) .....	51
3.3.3 Μικτό σύστημα.....	54
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ .....</b>	<b>56</b>
4.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ποιότητας .....	56
4.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.....	57
4.3 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας-Ιστορική αναδρομή .....	58
4.4 Χαρακτηριστικά Υπηρεσιών Υγείας.....	59
4.5 Η ανάγκη για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ .....</b>	<b>62</b>
5.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ .....	62
5.2 ΣΚΟΠΟΣ .....	64
5.3 ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ.....	64
5.4 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.....	64
5.5 ΥΠΟΔΟΜΕΣ.....	65
5.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	65
5.6.1 Πλεονεκτήματα .....	65
5.6.2. Αδυναμίες .....	65
5.6.3. Ευκαιρίες.....	66
5.6.4 Κίνδυνοι .....	66
5.7 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ.....	67
5.7.1 Ελλείψεις.....	68
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝ ΜΕΣΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ .....</b>	<b>70</b>
6.1. Υπουργείο υγείας - ΕΣΥ 2021 προϋπολογισμός .....	70
6.2 Προσχέδιο κρατικού προϋπολογισμού 2022.....	71
6.3 Τα ποσά δαπανών για το Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης και για το σύνολο των υγειονομικών περιφερειών της χώρας .....	72
<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΓΙΕΙΝΟΛΟΓΟΥ .....</b>	<b>77</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>78</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>80</b>

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΟΡΩΝ ΤΟΥ ΚΑΘΕ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ

## 1.1 Ορισμοί

Ο όρος "έξοδα" αναφέρεται σε δαπάνες που μπορεί να πραγματοποιήσει ένα άτομο, επιχείρηση ή οργανισμός είτε για την κάλυψη των αναγκών τους είτε επειδή είναι υποχρεωμένοι να τις παρέχουν. Με τον όρο κόστος υγειονομικής περίθαλψης, εννοούμε το συνολικό κόστος που χρησιμοποιείται για την κάλυψη των παροχών υγείας. Αυτές οι δαπάνες χωρίζονται στις ακόλουθες κατηγορίες (Graig, 1999):

- Ιατρικές δαπάνες
- Έξοδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης
- Έξοδα νοσοκομείων
- Φαρμακευτικές δαπάνες

<b>Κατηγοριοποίηση Δαπανών Υγείας</b>		
<b>Νοσοκομειακές</b>	<b>Φαρμακευτικές</b>	<b>Ιατρικές</b>
<b>Δαπάνες σχετικά με :</b>	<b>Δαπάνες για:</b>	<b>Δαπάνες για :</b>
<b>-νοσηλεία</b>	<b>-φάρμακα</b>	<b>-αμοιβές υγειονομικού προσωπικού (οδοντίατροι, γιατροί)</b>



-επεμβάσεις	-πρόσθετη περίθαλψη (οπτικά κ.α.)	-εργαστηριακές εξετάσεις
-εργαστηριακές εξετάσεις		-θεραπείες
-φάρμακα		

**Πίνακας 1 . Κατηγοριοποίηση δαπανών υγείας (Λαδοπούλου Σ., 2016)**

Εκτός από τις συνολικές ιατρικές, φαρμακευτικές και νοσοκομειακές δαπάνες, οι συνολικές δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν επίσης τις δαπάνες για το σχολείο και την ιατρική εργασία, τις δαπάνες για στρατιωτικές υπηρεσίες υγείας, τη διοίκηση και τις δαπάνες για την πρόληψη και την έρευνα.

Τα έξοδα χωρίζονται σε δημόσια και ιδιωτικά. Οι δημόσιες δαπάνες είναι συνέπεια των δημόσιων πηγών χρηματοδότησης, δηλαδή του κρατικού προϋπολογισμού και της κοινωνικής ασφάλισης. Αντίθετα, οι ιδιωτικές δαπάνες είναι αποτέλεσμα ιδιωτικών πηγών και προέρχονται ιδίως από δωρεές, φιλανθρωπίες, ιδιωτικές ασφάλειες και επιμερισμό κόστους από ιδιώτες καταναλωτές.

Το συνολικό ποσό των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να προκύψει όχι μόνο από το άθροισμα των δημόσιων και ιδιωτικών καταναλωτικών δαπανών, αλλά και από επενδύσεις. Το κράτος μπορεί να επενδύσει στο ίδιο το σύστημα υγείας ή τα άτομα μπορούν να επενδύσουν για προσωπικό όφελος.(Saltman, 1997)

## **1.2. ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα οργανωμένο σύνολο υποσυστημάτων οικονομικών, φυσικών και ανθρώπινων πόρων, σκοπός των οποίων είναι η παραγωγή και η παροχή υψηλών επιπέδων ανταμοιβών υγείας. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να περιλαμβάνει το επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, το εθνικό

σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, διάφορα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Για την ομαλή λειτουργία του, το σύστημα πρέπει να απασχολεί κατάλληλο υγειονομικό προσωπικό, απαραίτητους οικονομικούς πόρους, μεταφορές και επικοινωνίες. Το σύστημα υγείας διακρίνεται για την παρουσία του, και την παροχή των υπηρεσιών του, στους πολίτες χωρίς χρονικούς περιορισμούς. Δίνει επίσης στους πολίτες το δικαίωμα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς οικονομικές ή κοινωνικές διακρίσεις. Το σύστημα αντιμετωπίζει τους πολίτες του ισότιμα και παρέχει στους πολίτες υπηρεσίες που δεν σχετίζονται αποκλειστικά με τη θεραπεία αλλά στοχεύουν και στην πρόληψη. (Freeman, 1998)

Τέλος, χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η επιλογή του παρακάτω τύπου οργάνωσης. Πολλά συστήματα επικεντρώνονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ άλλα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί θεμελιώδη στόχο για κάθε κράτος και αποτελείται από θεμελιώδη υποσυστήματα που εξαρτώνται συνεχώς και αλληλεπιδρούν με το σύστημα. Τα υποσυστήματα παρέχουν υπηρεσίες που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας των πληθυσμών, είτε καλύπτοντας τις ανάγκες τους είτε προάγοντας την ευημερία και τον πλούτο.

Η παραγωγικότητα, η λειτουργικότητα και η αλληλεπίδραση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης με τα υποσυστήματα τους αξιολογούνται με σχετικούς δείκτες (δείκτες υγείας, ποιότητα ζωής). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία δεν ορίζεται από την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά από την πλήρη ψυχική, σωματική και κοινωνική ευημερία ενός ατόμου. (Brown, 2003)

Από αυτόν τον ορισμό, τα συστήματα υγείας στοχεύουν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού στο σύνολό του και όχι μόνο στην παραγωγή και διανομή υπηρεσιών. Έτσι, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χωρίζεται σε τρία υποσυστήματα που βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση και διασύνδεση. Το πρώτο υποσύστημα σχετίζεται με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και, ειδικότερα, με τις αιτίες που τον επηρεάζουν. Το δεύτερο υποσύστημα επηρεάζεται από οικονομικούς και τεχνικούς δείκτες αλλά και από το πώς η οικονομία διαμορφώνει την παραγωγική διαδικασία. Το μοντέλο παραγωγικής διαδικασίας αποτελείται από εισροές (κτιριακή υποδομή, εξοπλισμός, οικονομικοί πόροι), εκροές (διάρκεια νοσηλείας), διαδικασία (διάγνωση, θεραπεία, έλεγχος) και αποτελέσματα (δείκτες ασθένειας). Τέλος, το τρίτο

υποσύστημα σχετίζεται με τη μελέτη μηχανισμών χρηματοδότησης που καλύπτουν δαπάνες. Αυτά τα τρία υποσυστήματα επηρεάζονται μεταξύ τους και με το εξωτερικό περιβάλλον, την επιστήμη και την τεχνολογία.(Daniela, 2022)

### **1.3. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

Για να χρηματοδοτηθεί η υγειονομική περίθαλψη, είναι απαραίτητο να βρεθούν πόροι. Οι πόροι αυτοί καθορίζονται από τις ιδιαίτερες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που υπάρχουν σε κάθε χώρα και από τα κριτήρια κοινωνικής ανισότητας και αποτελεσματικότητας. Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης αποτελείται από τρεις βασικές αρχές: την αρχή της μακροπρόθεσμης οικονομικής αποτελεσματικότητας, την αρχή της οικονομικής αποδοτικότητας μικρής κλίμακας και την ισότητα της χρηματοδότησης. Όσον αφορά την πρώτη αρχή, τα ποσά από το εθνικό εισόδημα που εκταμιεύονται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνουν το όριο, εκτός από το ότι οι άλλοι πόροι δεν επιτυγχάνουν παρόμοια βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η δεύτερη αρχή αντιπροσωπεύει τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να χρησιμοποιηθούν οι πόροι για να εξασφαλιστούν τα κατάλληλα οφέλη με ίσο ή μικρότερο κόστος.(Klein, 2012)

Τέλος, η τρίτη αρχή αντιπροσωπεύει την ίση κατανομή της οικονομικής επιβάρυνσης στους ανθρώπους, με βάση το εισόδημα. Η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να επηρεαστεί και να διαμορφωθεί από τους ακόλουθους παράγοντες:

- Έντυπα συστήματος υγείας και κοινωνικής ασφάλισης
- Παροχή ανθρώπινων πόρων
- Επίπεδα οικονομικής, ανταγωνιστικής, τεχνολογικής και φαρμακευτικής ανάπτυξης σε κάθε χώρα.

Όπως ήδη αναφέρθηκε, η χρηματοδότηση προέρχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους.

Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται από εργαζόμενους, εργοδότες και αυτοαπασχολούμενους, σε αντίθεση με την άμεση, την έμμεση, την ειδική φορολογία και τους ιδιωτικούς πόρους από ιδιωτικές ασφάλειες, δωρεές και φιλανθρωπικές οργανώσεις. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η ταξινόμηση των πόρων σε ιδιωτικούς και

δημόσιους δεν σχετίζεται τόσο με τον διαχωρισμό των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας όσο και με την κατάσταση ιδιοκτησίας τους.(Haseltine, 2013)



**Πίνακας 2.** Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας (Haseltine, 2013)

<b>Φορείς Χρηματοδότησης</b>		
<b>Κοινωνική Ασφάλιση :</b>	<b>Ιδιωτικός Τομέας :</b>	<b>Κρατικός Προϋπολογισμός :</b>
<b>-Εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών, αυτοαπασχολούμενων</b>	<b>-οικογενειακό εισόδημα</b>	<b>-Γενική Φορολογία (άμεσοι-έμμεσοι φόροι)</b>
	<b>-δωρεές φιλανθρωπίες</b>	

<b>-Ειδικές εισφορές επιχειρήσεων</b>	<b>-ιδιωτική ασφάλιση υγείας</b>	<b>-Ειδική Φορολογία (από φορολόγηση ειδικών καταναλωτικών προϊόντων)</b>
	<b>-παροχές εργοδοτών</b>	

**Πίνακας 3.** Φορείς Χρηματοδότησης (Λαδοπούλου Σ., 2016)

Το ποσοστό των εμπλεκόμενων πόρων, δημόσιων ή ιδιωτικών, επηρεάζεται από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που υιοθετούνται σε κάθε χώρα. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, οι φόροι και οι προσαυξήσεις καλύπτουν το 70% έως 90% του κόστους, αλλά υπάρχει επίσης εξωτερική υποστήριξη από διάφορους οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Ευρωπαϊκή Ένωση.

#### **1.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟ**

Η γενική φορολογία είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης σε ορισμένα συστήματα, αλλά σε άλλα συστήματα έχει χαμηλότερο ποσοστό εισφορών. Ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει ελλείμματα νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων, αλλά διαθέτει πόρους για την προώθηση της έρευνας, της εκπαίδευσης και της δημόσιας υγείας. Το Υπουργείο Υγείας παίζει τον ρόλο του μεγάλου χρηματοδότη του συστήματος υγείας, με άλλα υπουργεία να παίζουν δευτερεύοντα ρόλο. Μια γρήγορη ανάγνωση όλων αυτών φαίνεται να συμφωνεί σχεδόν ότι η κρατική χρηματοδότηση είναι περιορισμένη.

Το έθνος για μια δεδομένη περίοδο κάλυπτε τις ανάγκες των φτωχών, των ανέργων και των αναπήρων, και το πιο σημαντικό καθεστώς κατείχε η κοινωνική ασφάλιση και η βοήθεια της εκκλησίας. Με την πάροδο του χρόνου, η οικονομία αναπτύχθηκε καθώς οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκαν, αναγκάζοντας το κράτος να διαδραματίσει πιο σημαντικό ρόλο. (Fong, 2013)

## Χρηματοδότηση από Κρατικό Προϋπολογισμό

Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
-Μικρό διοικητικό κόστος	-Περιορισμένη Ελευθερία Επιλογής Γιατρού
-Αποτελεσματικότερες πολιτικές ελέγχου, λιγότερο κόστος	-Απειλές Περικοπών Χρηματοδότησης
-Κοινωνική Δικαιοσύνη	-Άγνοια ασθενή για τις υπηρεσίες που καταναλώνει

Πίνακας 4. Χρηματοδότηση από Κρατικό Προϋπολογισμό (Fong, 2013)

### 1.4.1 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Τα ταμεία κοινωνικών εισφορών υπάρχουν από τον 16ο αιώνα. Η ισότητα και η κοινωνική αλληλεγγύη είναι δύο θεμελιώδεις αρχές του συστήματος καθώς διασφαλίζουν:

- Ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους εργαζόμενους
- Η βοήθεια των υψηλόμισθων σε κατώτερα οικονομικά στρώματα

Αυτή η χρηματοδότηση βασίζεται αποκλειστικά σε εργοδότες και εργαζόμενους. Οι πόροι προέρχονται από υποχρεωτικές εισφορές, το ύψος των οποίων καθορίζεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες και το δημόσιο σε αναλογία με το ύψος του μισθού του εργαζομένου.(Deber, 2003)

### 1.4.2 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Ξεκινώντας από τη δεκαετία του 1960, η ιδιωτική ασφάλιση άρχισε να διαδραματίζει πιο ενεργό ρόλο στην πρώτη γραμμή της υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως στις Ηνωμένες Πολιτείες και στα επόμενα φιλελεύθερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Οι πόροι αυτοί προέρχονται είτε από τους ίδιους τους εργαζόμενους είτε από τους εργοδότες που τους παρέχουν ασφάλεια υγείας. Η

κάλυψη των ιατρικών υπηρεσιών πραγματοποιείται από ασφαλιστικές εταιρείες που σκοπό έχουν τη διασφάλιση του μέγιστου κέρδους στοχεύοντας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες.

## **1.5. ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Το σύστημα υγείας έχει υποχρέωση να ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να του παρέχει αποτελεσματικές, δίκαιες και υψηλής ποιότητας υπηρεσίες. Μπορεί να υπάρχουν ανισότητες στον τομέα της υγείας μεταξύ και εντός των χωρών. Στην Ευρώπη, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να εξασφαλίσουν βασική κάλυψη παρά τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες εντός και μεταξύ των χωρών. Αυτές οι ανισότητες είναι πιο έντονες σε χώρες με χαμηλότερο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Το σύστημα υγείας χωρίζεται σε φιλελεύθερο, μεικτό και εθνικό. Υπάρχουν δύο διαφορετικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, αν και ορισμένες χώρες συνδυάζουν στοιχεία και των δύο. (Dhalla, 2011)

Ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που βασίζεται στο μοντέλο Beveridge παρέχει καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους πολίτες μέσω της φορολογίας. Η Καθολική Φροντίδα Υγείας εγγυάται ότι όλοι οι πολίτες της χώρας θα λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη χάρη σε αυτό το μοντέλο.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι οι χώρες της Δανίας, της Σουηδίας, της Ισπανίας, της Μεγάλης Βρετανίας κ.α.

Σε αντίθεση το μοντέλο Bismarck, χρηματοδοτείται από φόρους. Οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι είναι υπεύθυνοι για τη χρηματοδότηση του συστήματος μέσω των μισθών τους. Οι χώρες που εξυπηρετούν αυτό το σύστημα είναι η Γαλλία, η Γερμανία και η Ολλανδία.

Τέλος, ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες συνδυάζουν διαφορετικά χαρακτηριστικά και των δύο μοντέλων, αυτό το μοντέλο ονομάζεται μικτό και η Ελλάδα είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα. (Donato, 2010)

## **1.6. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, που ιδρύθηκε το 1983, στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας

με χαμηλό κόστος. Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας προέρχεται από τρεις πηγές:

1. Τον Κρατικό Προϋπολογισμό-Γενική Φορολογία
2. Την Κοινωνική Ασφάλιση
3. Τις Ιδιωτικές πληρωμές

Στην Ελλάδα, το ιατρικό σύστημα είναι τόσο το σύστημα Bismarck (για κεφάλαια που λαμβάνονται από την κοινωνική ασφάλιση) όσο και το σύστημα Beveridge (για τον εθνικό προϋπολογισμό), με συνδυασμό των χαρακτηριστικών τους, μπορεί να οριστεί ως μικτό σύστημα.

Οι φόροι καλύπτουν το κόστος λειτουργίας ιατρικών εγκαταστάσεων, δημόσιων νοσηλευτικών εγκαταστάσεων και τον ετήσιο προϋπολογισμό τους. Εκτός από τις επενδύσεις που σχετίζονται με κτίρια και εξοπλισμό, οι φόροι πραγματοποιούν επίσης με επενδύσεις σε διάφορα προγράμματα που σχετίζονται με την έρευνα και την εκπαίδευση. Τα έσοδα από ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τις περισσότερες παροχές σε είδος, όπως οδοντιατρική, φαρμακευτική περίθαλψη και διάφορα οικονομικά οφέλη.

Τέλος, τα τελευταία χρόνια, ορισμένες ιδιωτικές χρηματοδοτήσεις έχουν αυξηθεί. Οι δαπάνες σε αυτήν την κατηγορία σχετίζονται με την περίθαλψη σε εξωτερικούς ασθενείς (κόστος ιδιωτών γιατρών, εξετάσεις σε διαγνωστικά κέντρα) και λιγότερο με νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη. (Basanta, 2022)

## **1.7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

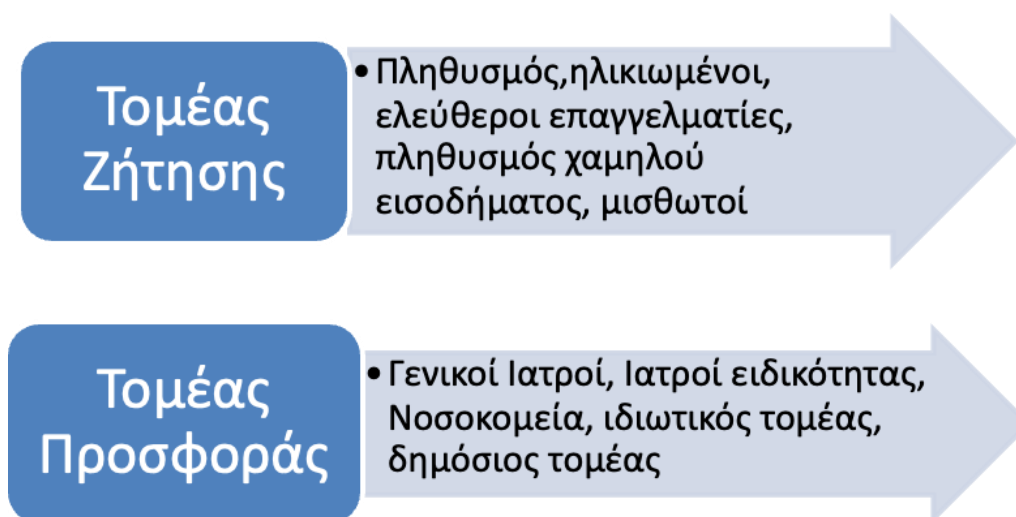
Η αύξηση ή η μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης σε ένα κράτος οφείλεται σε διάφορους παράγοντες. Ο πρώτος παράγοντας που διαμορφώνει τις δαπάνες είναι η προσφορά και η ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης. Ο τομέας παροχής υγειονομικής περίθαλψης προήλθε από τους κατασκευαστές υγειονομικής περίθαλψης που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Μεταξύ των κατασκευαστών, που είναι κυρίως ιδιώτες, όπως π.χ. Φαρμακευτική βιομηχανία, παραγωγή αναλώσιμων υλικών, που παράγουν αγαθά και τα κοστολογούν με βάση τη ζήτηση και το κόστος παραγωγής. Ο δεύτερος κατασκευαστής είναι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης,



οι οποίοι είναι φυσικά πρόσωπα που αμείβονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν, όπως γιατροί, νοσηλευτές. (Haseltine, 2013)

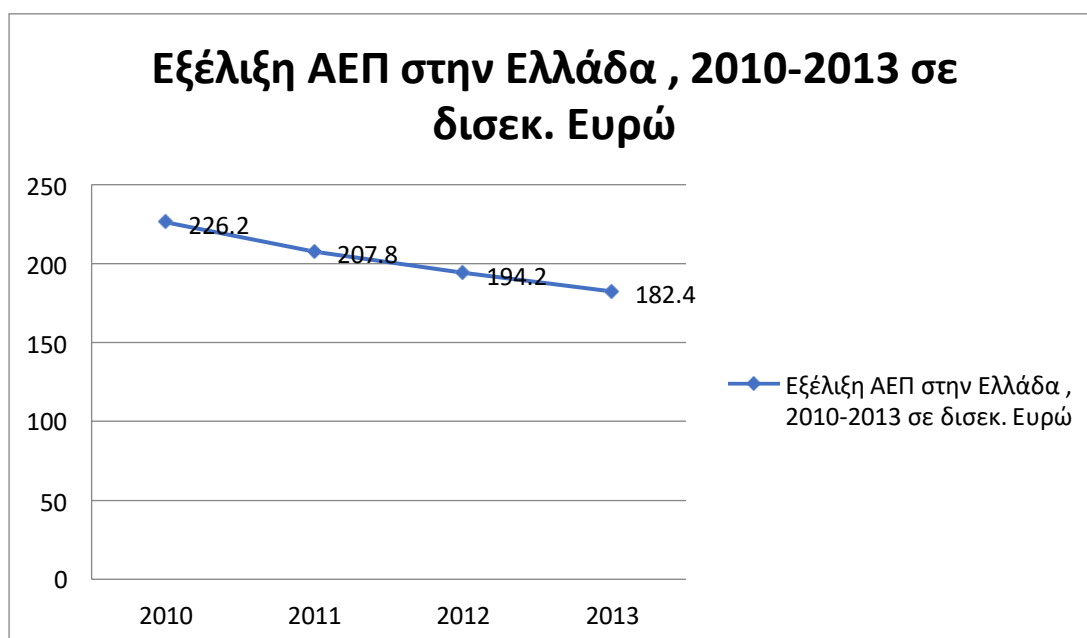
Οι πιο συνηθισμένοι παραγωγοί ιατρικών προϊόντων είναι τα ίδια τα κράτη, όπου η χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγείας είναι κεντρική μέσω φόρων και ασφαλιστρών. Το κράτος δεν μπορεί να καθορίσει την προσφορά και τη ζήτηση παρέχοντας ειδική χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγείας, ενεργώντας έτσι ως ενδιάμεσος και επιτρέποντας την προσφορά ατόμων στην ιατρική αγορά. Αντίθετα, η περιοχή ζήτησης αγαθών αντιπροσωπεύεται από τις ανάγκες του συστήματος υγείας του πληθυσμού.

Η ζήτηση χωρίζεται σε τρεις τύπους υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες και οι απαιτήσεις που απαιτούνται για την επιβίωση ενός ασθενούς χαρακτηρίζονται ως αβέβαιες γιατί ο ασθενής είναι ανίκανος να διαπραγματευτεί τις τιμές. Είτε είναι μια υπηρεσία που δεν είναι σημαντική για την επιβίωση του ασθενούς, είτε είναι σημαντική, είτε είναι μια υπηρεσία που είναι είδος πολυτελείας. (Klein, 2012)



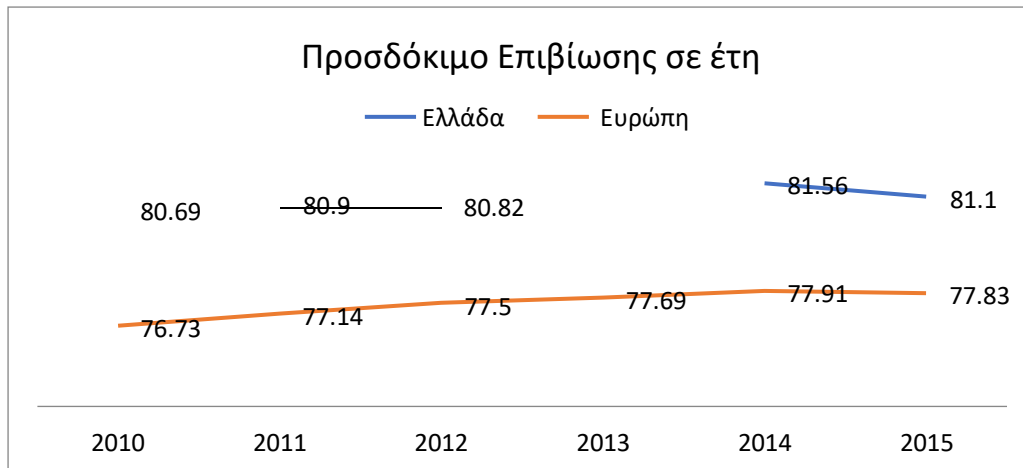
**Πίνακας 5.** Τομέας προσφοράς και ζήτησης (Λαδοπούλου Σ., 2016)

Διάφοροι μακρό-οικονομικοί παράγοντες ασκούν επίδραση στην αγορά στο χώρο της υγείας και σε αυτούς συμπεριλαμβάνονται η τεχνολογία, η οποία προσφέρει νέες δυνατότητες, βελτιώνοντας έτσι τις παροχές επιδρά άμεσα στην βελτίωση του μορφωτικού και βιοτικού επιπέδου και συνοδεύεται αυτομάτως με την ζήτηση των αγαθών υγείας. Ο δείκτης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), χαρακτηρίζει την οικονομική κατάσταση μιας χώρας αφού αποτελεί ενδεικτικό παράγοντα της ύφεσης αλλά και της συνολικής παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών. Στο παρακάτω διάγραμμα παρατηρούμε την μείωση της οικονομικής δραστηριότητας και την ελάττωση του ΑΕΠ σε τιμές αγοράς στην Ελλάδα για το χρονικό διάστημα 2010-2013.(McKee, 2012)



**Διάγραμμα 1:** Κόστος κρίσης (WHO,2020)

Άλλοι παράγοντες αυτής της κατηγορίας είναι η επιδημιολογική κατάσταση και το δημογραφικό προφίλ κάθε χώρας. Η παράταση της ανθρώπινης ζωής, σε συνδυασμό με τον σημερινό τρόπο ζωής, συμβάλλει στην ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών και, κατά συνέπεια, στην κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής συνεπάγεται αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Η τρίτη ηλικία είναι η πληθυσμιακή ομάδα με την υψηλότερη κατανάλωση και χρήση. Επομένως, μια σταθερή αύξηση του προσδόκιμου ζωής συνεπάγεται και αύξηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης. (Freeman, 1998)



**Διάγραμμα 2.** Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα και στην Ευρώπη από το 2010-2015. (WHO,2020)

Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με το αυξημένο κόστος είναι οι νέοι κίνδυνοι που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συστήματα υγείας. Εντυπωσιακό παράδειγμα είναι η πανδημία SARS-CoV-2, η οποία σε σύντομο χρονικό διάστημα ανάγκασε τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να ανταποκριθούν οικονομικά στις νέες απαιτήσεις. Αυτές οι απαιτήσεις σχετίζονται με τα μεγάλα ποσά που δαπανώνται για την εξασφάλιση περισσότερων εργαζομένων στον τομέα της υγείας, τη δημιουργία κλινικών και την έρευνα νέων φαρμάκων και εμβολίων.

Τέλος, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι μικροοικονομικοί παράγοντες που προκαλούνται από το εσωτερικό περιβάλλον μιας χώρας και η παρατηρούμενη γενική τάση αύξησης του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος της υγείας έχει τροποποιηθεί με την εξάλειψη της αποκλειστικά ανθρωποκεντρικής φύσης που είχε στο παρελθόν, αποκτώντας σήμερα μια κατάσταση πολυδιάστατη. (Fong, 2013)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

### 2.1 Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Ο ιός SARS-CoV-2 της πανδημίας COVID-19, ο οποίος αυτή τη στιγμή καταστρέφει ολόκληρο τον κόσμο, ήταν ενεργός πολύ πριν από τον Ιανουάριο του 2019, όταν το παθογόνο δυναμικό του πυροδοτήθηκε σε πλήρη ισχύ στη πόλη Γουχάν. Ήταν υπεύθυνη για την εμφάνιση μικρών κρουσμάτων ασθενειών στην Κίνα, και πιθανότατα αλλού, που δεν έφταναν σε επιδημικές διαστάσεις. Η μακρινή γενική γένεση της ζωνοσώου μπορεί να οφείλεται σε περιβαλλοντικές αλλαγές που έχουν μειώσει τη βιοποικιλότητα, επιτρέποντας σημαντικά την επαφή μεταξύ ανθρώπων και δεξαμενών ζώων που μεταφέρουν παθογόνα, συμπεριλαμβανομένου του SARS-CoV-2. Οι νυχτερίδες ζουν σε αυτές τις δεξαμενές. Η μετατόπιση μεταξύ των μικρών εστιών που σημειώθηκαν καθ' όλη τη διάρκεια του 2019 και της επιδημικής έκρηξης που σημειώθηκε τον Δεκέμβριο–Ιανουάριο κατέστη εφικτή με τη μεγάλη ενίσχυση των γενικών κακών συνθηκών που είχαν προκαλέσει τις προηγούμενες μικρές εστίες. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά που γνωρίζουμε τώρα, η έκρηξη είχε προβλεφθεί και θα μπορούσε να συμβεί οπουδήποτε οι συνθήκες που επέτρεψαν να συμβεί θα μπορούσαν να αναπαραχθούν. Η δεύτερη μετάβαση, από την επιδημία στην πανδημία, δεν θα μπορούσε να είχε προβλεφθεί. Σύμφωνα με νέα έρευνα, η παγκοσμιοποίηση της λοίμωξης προκλήθηκε από μια αλλαγή στην πρωτεΐνη του SARS-spike CoV-2, η οποία ενίσχυσε σημαντικά τη μεταδοτικότητα του ιού.(Chen, 2019)

Σήμερα, εννέα ή δέκα μήνες μετά την ανακάλυψη ότι ένας νέος κορονοϊός προκάλεσε την εμφάνιση ενός μεγάλου αριθμού άτυπων πνευμονιών στην Γουχάν, την πόλη που θεωρείται ακόμη σαν η πηγή της νέας ασθένειας. Εντούτοις, όπως δείχνει μία νέα έρευνα ο ιός και οι παθογένειες του υπήρχαν στην Κίνα πολύ πριν την έκρηξη κρουσμάτων της Γουχάν. Υπήρχαν επίσης ενεργές περιπτώσεις και εκτός Κίνας, όπως στην Ευρώπη. Για κάποιο λόγο όμως, πριν την Γουχάν ο νέος ιός που τώρα ονομάζεται SARS-CoV-2 ήταν ανενεργός επειδή δεν υπήρχαν οι συνθήκες που οδήγησαν στο επιδημικό του ξύπνημα. Υπήρξαν κάποιες μικρές εξάρσεις αλλά ήταν περιορισμένες σε έκταση και χρονική διάρκεια.

Σταδιακά όμως, τις τελευταίες δεκαετίες του περασμένου αιώνα υπήρξαν οι συνθήκες που επέτρεψαν σε πολλά είδη παθογόνων ιών, συμπεριλαμβανομένου του

SARS-CoV-2 να γίνουν επικίνδυνοι, ακόμα και θανατηφόροι σε ζώα και ανθρώπους. Αυτές οι συνθήκες περιγράφονται με λεπτομέρεια στο παράρτημα αυτής της ειδικής έκδοσης. (Livingston, 2020)

Ουσιαστικά σχετίζονται με την απώλεια της βιοποικιλότητας του οικοσυστήματος που προκαλούνται από τη μετατροπή των φυσικών οικοτόπων σε γεωργικά ή/και αστικά οικοσυστήματα, που έχουν αυξήσει τις επαφές μεταξύ ανθρώπων και άγριας ζωής, Η βιοποικιλότητα μειώνει τη μετάδοση των παθογόνων με ένα «φαινόμενο αραίωσης», που δρα όταν βρίσκεται σε ένα οικοσύστημα - η παρουσία μεγάλης ποικιλίας ειδών "ρυθμίζει" τη συμπεριφορά των παθογόνων. Ανθρώπινες ενέργειες, όπως η γεωργία, το κυνήγι, η ανεξέλεγκτη αστικοποίηση διατάραξαν τα οικοσυστήματα, παρενέβησαν στο φαινόμενο της αραίωσης, μειώνοντας το και αυξάνοντας τους κινδύνους κάθε μορφής παθογόνου συμπεριλαμβανομένων αυτών που είναι επικίνδυνα για τους ανθρώπους.

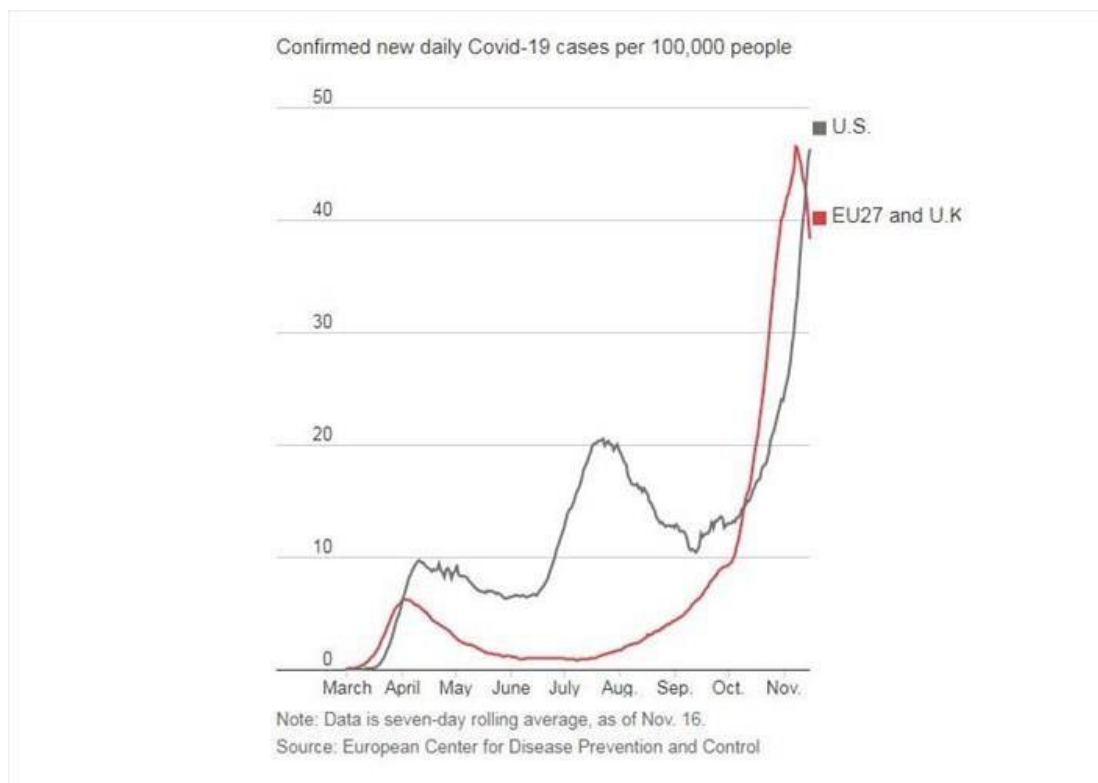
Αυτές οι εκτιμήσεις για τη βιοποικιλότητα έχουν γενικό χαρακτήρα και ισχύουν για όλα τα είδη των ζωνοσώων. Στην περίπτωση του COVID-19, η αλλαγή του οικοσυστήματος που ευνόησε την αφύπνιση του σε μεγάλη κλίμακα ως επικίνδυνο ανθρώπινο παθογόνο έχει χρησιμοποιήσει τις νυχτερίδες ως βασικούς μεσολαβητές. Οι νυχτερίδες είναι τα δεύτερα πιο πολυάριθμα θηλαστικά μετά τα τρωκτικά. Είναι από καιρό γνωστά ως δεξαμενές κορωνοϊών και φιλοξενούν περισσότερους ζωνοσογόνους ιούς από οποιαδήποτε άλλη τάξη θηλαστικών. Προσαρμόζονται εύκολα σε ανθρωποποιημένα περιβάλλοντα και οι ανθρωπογενείς αλλαγές του οικοσυστήματος που αναφέρθηκαν παραπάνω έχουν αυξήσει σημαντικά την επαφή τους με τα οικίσια ζώα και τους ανθρώπους. Η εξέλιξη έχει διαμορφώσει σταδιακά τον μεταβολισμό και το ανοσολογικό τους σύστημα για να τους κάνει αναισθητους στα επικίνδυνα όπλα των παθογόνων κορωνοϊών, καθιστώντας τους σημαντικές δεξαμενές τους. Είναι σημαντικό, ότι οι νυχτερίδες είναι επίσης ένας τύπος για την εξέλιξη του κορωνοϊού, καθώς η συχνότητα ανασυνδυασμού του κορωνοϊού είναι υψηλή. Οι παραλλαγές του ιού μπορούν έτσι να εμφανιστούν και να διατηρηθούν σε νυχτερίδες με ιδιότητες που αυξάνουν πολύ την επιθετικότητά τους: ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ανάπτυξη της ικανότητας του ιού να χρησιμοποιεί τον υποδοχέα ACE2 ως διαδρομή εισόδου στα κύτταρα ξενιστές. (Chen, 2019)

### 2.1.1 Παραλλαγές του SARS-CoV-2 και της γεωγραφικής κατανομής τους

Ο SARS-CoV-2 είναι μέλος της υποοικογένειας coronaviridae (CoV) της οικογένειας του ιού Coronavirinae RNA. Οι κορονοϊοί Άλφα, βήτα, γάμμα και δέλτα είναι όλα μέλη αυτής της υποοικογένειας . Εκτός από τον SARS-CoV-2, υπάρχουν επτά βήτα κορονοϊοί που μολύνουν τακτικά τους ανθρώπους και δύο από αυτούς έχουν προκαλέσει σημαντικές ασθένειες: ο SARS-CoV, ο οποίος προκάλεσε την επιδημία SARS το 2002-2003, και το MERS, το οποίο προκάλεσε την επιδημία του MERS CoV στη Μέση Ανατολή το 2012. Το HCUI, το NL63, το OC43 και το 229E, από την άλλη πλευρά, έχουν προκαλέσει μόνο μικρές επιπτώσεις.

Σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, ο αριθμός των μολυσμένων κρουσμάτων και τα ποσοστά θνησιμότητας covid-19 διαφέρουν. Τρεις βασικές παραλλαγές (A, B και C) εντοπίστηκαν από αλλαγές αμινοξέων στην ανάλυση φυλογενετικού δικτύου 160 πλήρων γονιδιωμάτων SARS-CoV-2. Η παραλλαγή A είναι η πιο στενά συνδεδεμένη με αυτή που βρίσκεται στις νυχτερίδες, με ομοιότητα ακολουθίας 96,2 τοις εκατό με τον ανθρώπινο ιό, και έτσι θεωρήθηκε ως το αρχικό γονιδίωμα του ανθρώπινου ιού. Αν και ήταν διαδεδομένο στη Γουχάν, όπου η πανδημία είχε εκραγεί, δεν ήταν το κυρίαρχο γονιδίωμα στην πόλη. Αντίθετα, ένας μεγάλος αριθμός γονιδιωμάτων A ανακαλύφθηκε σε Αμερικανούς που είχαν διαμείνει στη Γουχάν, καθώς και στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Αυστραλία. Το πιο κοινό γονιδίωμα στη Γουχάν και την Ανατολική Ασία ήταν η παραλλαγή B, η οποία διαφέρει από την παραλλαγή A από δύο μεταλλάξεις. το γεγονός ότι δεν εξαπλώθηκε πολύ πέρα από την Κίνα και τη Νοτιοανατολική Ασία χωρίς περαιτέρω αλλαγές υποδηλώνει ένα γεγονός ιδρυτή στη Γουχάν ή/και την Ανατολική Ασία. Η παραλλαγή Γ είναι η κυρίαρχη ευρωπαϊκή μορφή, που ανιχνεύθηκε αρχικά σε ασθενείς από τη Γαλλία, την Ιταλία, την Αγγλία και τη Σουηδία και διαφέρει από τη μητρική παραλλαγή B από μια αλλαγή G-V. Δεν βρίσκεται στην ηπειρωτική Κίνα, αλλά έχει βρεθεί στη Σιγκαπούρη, το Χονγκ Κονγκ, την Ταϊβάν και τη Νότια Κορέα: η πρώτη τεκμηριωμένη γερμανική υπόθεση στις 27 Ιανουαρίου 2020 και το σύμπλεγμα της Σιγκαπούρης ήταν οι πηγές εισόδου της παραλλαγής στην Ιταλία. Η γερμανική μόλυνση είχε προσβληθεί από υπάλληλο της Εταιρείας Webasto στο Μόναχο, ο οποίος είχε προσβληθεί από την ασθένεια από έναν Κινέζο συνάδελφό του στη Σαγκάη, ο οποίος με τη σειρά του είχε λάβει μια επίσκεψη από τους γονείς της

Γουχάν (από την Ιταλία, η παραλλαγή είχε εξαπλωθεί στη Βραζιλία και το Μεξικό από ανθρώπους που είχαν επισκεφθεί την Ιταλία ο ιός είχε υποστεί 10 μεταλλάξεις κατά τη διάρκεια του ταξιδιού του από τη Γουχάν στην Ιταλία, και μετά στη Βραζιλία και το Μεξικό.(Chen, 2019)

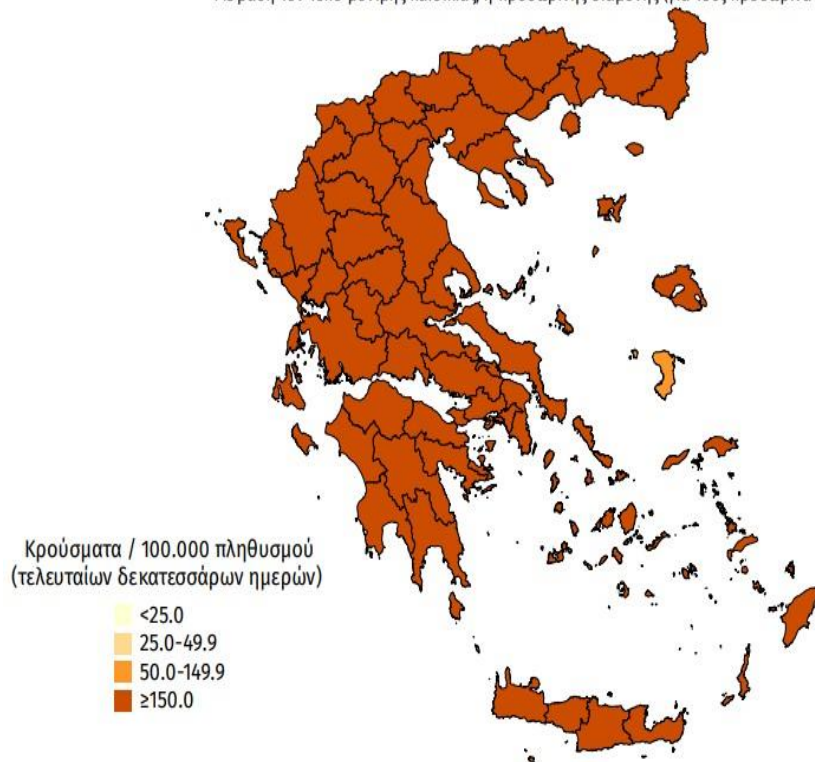


**Διάγραμμα 3:** Η εξέλιξη της πανδημίας (ECDC, 2021)

Στα δύο παρακάτω διαγράμματα παρατηρούμε την γεωγραφική κατανομή κρουσμάτων Covid-19, στην Ελλάδα. Στο διάγραμμα 4, παρατηρούμε την επίπτωση των κρουσμάτων για την χρονική περίοδο από 3 έως 17 Δεκεμβρίου 2021 ενώ στο διάγραμμα 5, παρατηρούμε την επίπτωση των κρουσμάτων για την χρονική περίοδο από 5 έως 19 Ιουνίου 2022. Συγκρίνοντας τα δυο διαγράμματα παρατηρείται πως οι περιοχή της Αττικής, η περιοχή της Κρήτης, η Αχαΐα, η Θεσσαλονίκη, καθώς και κάποια νησιά του Αιγαίου και του Ιονίου συνεχίζουν να έχουν αυξημένο αριθμό κρουσμάτων. Βέβαια με βάση την κλίμακα των χρωμάτων σε συνάρτηση με τον αριθμό των κρουσμάτων, οι περιοχές με έντονο κόκκινο χρώμα τον μήνα Δεκέμβριο εμφάνισαν περισσότερα από 150 κρούσματα σε αντίθεση με τον μήνα Ιούνιο όπου εμφάνισαν περισσότερα από 1000 κρούσματα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί

η Αττική. Επίσης, παρατηρούμε ότι την χρονική περίοδο από 5-19 Ιουνίου τα κρούσματα που εμφανίστηκαν σε κάποιες περιοχές μπορεί να είναι σχεδόν 6 φορές περισσότερα από τα κρούσματα αυτά που εμφανίστηκαν την χρονική περίοδο του Δεκεμβρίου.

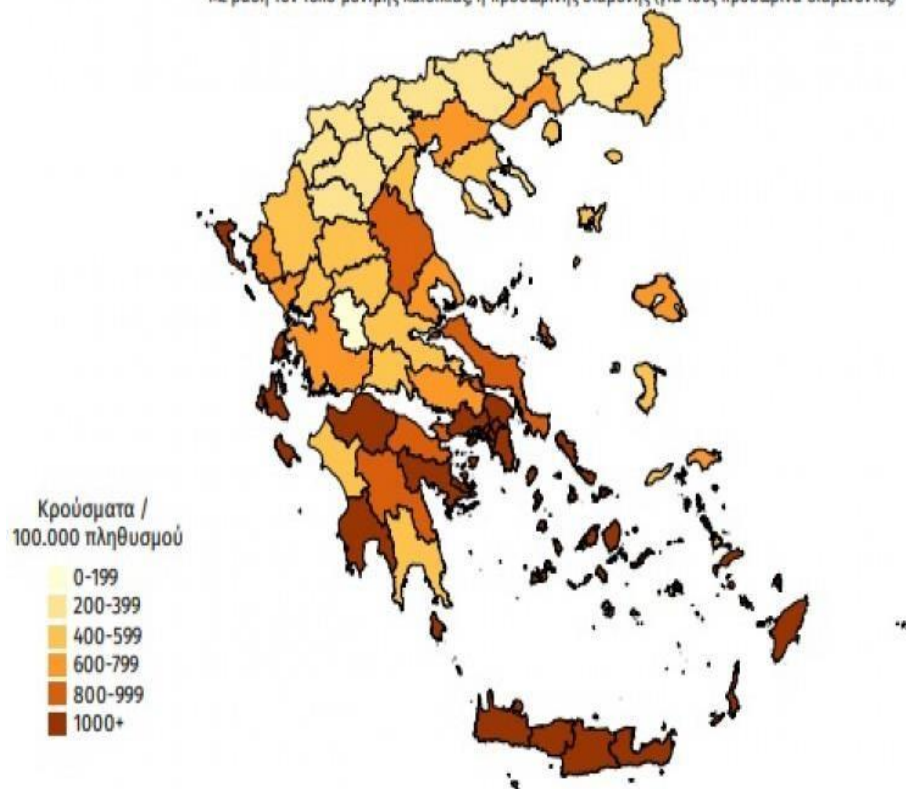
**Διάγραμμα 8: Χάρτης επίπτωσης τελευταίων δεκατεσσάρων ημερών επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19, 17 Δεκεμβρίου 2021**  
Με βάση τον τόπο μόνιμης κατοικίας ή προσωρινής διαμονής (για τους προσωρινά διαμένοντες)



**Διάγραμμα 4. Χάρτης Επίπτωσης κρουσμάτων από COVID-19 για την χρονική περίοδο από 3-17 Δεκεμβρίου 2021 (ΕΟΔΥ,2021)**



**Διάγραμμα 6:** Χάρτης επίπτωσης τελευταίων δεκατεσσάρων ημερών επιβεβαιωμένων κρουσμάτων COVID-19, 27 Ιουνίου 2022  
Με βάση τον τύπο μόνιμης κατοικίας, ή προσωρινής διαμονής (για τους προσωρινά διαμένοντες)



**Διάγραμμα 5.** Χάρτης Επίπτωσης κρουσμάτων από COVID-19 για την χρονική περίοδο από 5-19 Ιουνίου 2022 (ΕΟΔΥ,2022)

### **SARS-CoV-2, Εισβολή στο κύτταρο:**

Οι κορονοϊοί περιέχουν τα μεγαλύτερα γνωστά γονιδιώματα RNA, 26 έως 32 χιλιάδες αζωτούχες βάσεις. Στην περίπτωση του SARS-CoV-2, το γονιδίωμα κωδικοποιεί τέσσερις δομικές και δεκαέξι μη δομικές πρωτεΐνες. Οι δομικές πρωτεΐνες είναι οι S, M, N και E. Η πρωτεΐνες E και M σχηματίζουν τον φάκελο και το περίβλημα του ιού, η πρωτεΐνη N συνδέεται στο RNA και η πρωτεΐνη S συνδέεται με πρωτεΐνες της εξωτερικής επιφάνειας της πλασματικής μεμβράνης του κυττάρου το οποίο ο ιός πρόκειται να μολύνει.

Κατά την κρίση του SARS-CoV το 2002-2003, ερευνητές βρήκαν πάνω σε ποια πρωτεΐνη-υποδοχέα συνδέεται η πρωτεΐνη S, αυτή η πρωτεΐνη-υποδοχέας είναι η ACE2. Οι ερευνητές κατέληξαν στην ACE2 εξαιτίας πολλών ευρημάτων. Αρχικά, η ACE2 απομονώθηκε από κύτταρα VeroE6 μολυσμένα από τον SARS-CoV, βρέθηκε

πως το κομμάτι S1 της πρωτεΐνης S είχε συνδεθεί με τον υποδοχέα ACE2. Ο ιός μπόρεσε να μολύνει κύτταρα 293T στα οποία είχε προστεθεί η πρωτεΐνη ACE2 ενώ δεν μπόρεσε να μολύνει αυτά στα οποία έλειπε, επίσης δεν μπόρεσε να μολύνει κύτταρα VeroE6 στα οποία υπήρχαν αντισώματα τα οποία συνδέονταν στην ACE2. Ο υποδοχέας ACE2 φάνηκε πως χρησιμοποιούταν και από τον SARS-CoV-2 για να εισέλθει σε ανθρώπινα κύτταρα HeLa αλλά και ζωικά στα οποία είχε προστεθεί ο ACE2. Αντίθετα, ο MERS-CoV της επιδημίας του 2012 χρησιμοποιούσε την πρωτεΐνη-υποδοχέα DPP4.

Σε μια περιληπτική περιγραφή, η τα γεγονότα τα οποία συμβαίνουν μετά την ενδοκύττωση του SARS-CoV-2 είναι τα ακόλουθα. Ο ιός μετακινείται μέσω των ενδοσωμάτων και τελικά φτάνει στα λυσοσώματα όπου τα υδρολυτικά τους ένζυμα καταστρέφουν το περίβλημα του ιού αποκαλύπτοντας το γενετικό υλικό. Αφού απελευθερωθεί στο κυτταρόπλασμα, το RNA καταλήγει στο τραχύ ενδοπλασματικό δίκτυο όπου τα ανοιχτά πλαίσια ανάγνωσης ORF1a και ORF1b μεταφράζονται στις πρωτεΐνες pp1a και pp1ab οι οποίες έπειτα διασπώνται από την κυτταρική πρωτεάση ώστε να δημιουργηθούν οι δεκαέξι μη δομικές πρωτεΐνες (nsps), κάποιες από αυτές δημιουργούν το σύμπλοκο μεταγραφής/μετάφρασης nsr12, μία RNA-εξαρτώμενη RNA-πολυμεράση η οποία θα παράξει το νέο ιικό RNA. Για να λειτουργήσει η nsr12 χρειάζονται και οι nsr7 και nsr8 (και ίσως και περισσότερες μη δομικές πρωτεΐνες), η τριάδα nsr12, nsr7, και nsr8 είναι το ελάχιστο σύμπλοκο απαραίτητο για τον πολυμερισμό του RNA. Το νέο-συνθεμένο RNA έπειτα μεταφράζεται στις τέσσερις δομικές πρωτεΐνες οι οποίες, αφού τροποποιηθούν από το λείο ενδοπλασματικό δίκτυο και το σύστημα Golgi του μολυσμένου κυττάρου, δημιουργούν τον καινούργιο ιό. Οι εκατοντάδες καινούργιοι ιοί που δημιουργούνται εξωκυττώνονται και πηγαίνουν να μολύνουν γειτονικά κύτταρα, ιδιαίτερη προτίμηση έχουν στα μακροφάγα και στα T-λεμφοκύτταρα. Η δομική πρωτεΐνη N του ιού προάγει την σύνθεση της γλυκοπρωτεΐνης Ιντερλευκίνη-6 (IL6) λόγω της σύνδεσής της με την περιοχή-προαγωγέα του γονιδίου της IL6. Η IL6 με την σειρά της παράγει τις κυτοκίνες οι οποίες ξεκινούν την ανοσολογική αντίδραση του μολυσμένου οργανισμού. (Chen, 2019)

Η πρωτεΐνη S θέλει περαιτέρω ανάλυση καθώς είναι υπεύθυνη για την εισβολή στα κύτταρα του ξενιστή αποτελείται από ένα πεπτίδιο και από το κομμάτι το οποίο συνδέεται στον υποδοχέα ACE2. Αφού πραγματοποιηθεί αυτή η σύνδεση, η

πρωτεΐνη S χωρίζεται από πρωτεάσες του ξενιστή σε δύο μέρη, τα S1 και S2 η οποία συγκρατεί τον ιό δίπλα στην κυτταρική μεμβράνη, αφού συνδεθεί με αυτήν. Οι πρωτεάσες του ξενιστή οι οποίες χωρίζουν την πρωτεάσες είναι οι: ενδοσωμικές καθεψίνες B και L, η Φουρίνη και η πρωτεάση TMPRSS2, η οποία είναι αυτή που πραγματοποιεί των χωρισμό πιο συχνά. Είναι πολύ πιθανό η Φουρίνη να προετοιμάζει την πρωτεΐνη S ώστε να την κόψει η TMPRSS2. Τελικά, μη την βοήθεια του S2, ο ιός απελευθερώνει το γονιδίωμα του στο κυτταρόπλασμα ή εισέρχεται σε κάποιο ενδόσωμα ολόκληρος και συνεχίζει προς τα λυσοσώματα.

Η ενδοκύττωση θεωρείται γενικά ο κλασικός μηχανισμός μέσω του οποίου ο SARS-CoV-2 προσβάλλει κύτταρα. Παρόλα αυτά, μερικοί κορονοϊοί, όπως ο SARS-CoV-2 μπορούν επίσης να εισέλθουν στο κύτταρο με έναν μηχανισμό ο οποίος δεν χρειάζεται ενδοκύττωση. Παρόλο που ένα κομμάτι της πρωτεΐνης S συνδέεται με τον υποδοχέα ACE2, ένα άλλο κομμάτι (Το S2) είναι αυτό το οποίο αλληλεπιδρά με την πλασματική μεμβράνη, λειτουργεί δηλαδή σαν συνυποδοχέας. Νέες έρευνες από τον Fantini και συναδέλφους του έχουν βρει πως σε αυτό το μέρος της πλασματικής μεμβράνης των κυττάρων του ξενιστή περιέχονται πολλά γαγγλιοσίδη στα οποία συνδέεται με το τερματικό κομμάτι N της πρωτεΐνης S. Η μεμβράνη του ιού συγχωνεύεται με αυτή του κυττάρου του ξενιστή και το RNA του ιού μαζί με την πρωτεΐνη N απελευθερώνονται στο κυτταρόπλασμα τα οποία θα κατευθυνθούν κατευθείαν στα ριβοσώματα στο τραχύ ενδοπλασματικό δίκτυο χωρίς να χρειάζονται τα λυσοσώματα ώστε να απελευθερώσουν το γενετικό υλικό από τον ιό. (Livingston, 2020)

## **2.2 Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα**

Η διάρκεια ζωής της Ελλάδας έχει αυξηθεί τα τελευταία δύο χρόνια, πολύ πάνω από τον μέσο όρο της ΕΕ (81,1 έτη, 80,6 έτη). Παρά την εξέλιξη αυτή, η χώρα αντιμετωπίζει βασικές προκλήσεις, όπως αυξημένες ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, υψηλή επικράτηση του καπνίσματος και υψηλούς δείκτες αύξησης βάρους και παχυσαρκίας. Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στην επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού και ασκούν πίεση στο ιατρικό σύστημα. Επιπλέον, μη μεταδοτικές ασθένειες (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος), αυξημένη εξάπλωση και επιπτώσεις μολυσματικών ασθενειών (π.χ. HIV λοίμωξη, ηπατίτιδα), πολυνοσηρότητα ηλικιωμένων έχουν παρατηρηθεί από επιδείνωση της ψυχικής

υγείας, επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών την τελευταία δεκαετία και έλλειψη συστηματικών προγραμμάτων θεραπείας και πρόληψης.



**Εικόνα 1:** Νόσηση από Covid-19 (Νοσοκομείο Υγεία,2021)

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζεται η κατανομή των κρουσμάτων από Covid-19 , από την αρχή της πανδημίας το 2019 έως τον μήνα Ιούνιο του 2022. Στον πίνακα κατανέμονται τα κρούσματα ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο. Παρατηρείται ότι οι ηλικιακή ομάδα από 40 έως 64 ετών εμφάνισε τα περισσότερα κρούσματα καθώς και ότι οι γυναίκες ηλικίας από 18 έως 65 ετών και άνω νοσούν συχνότερα από τους άνδρες.

<b>Ηλικιακή κατανομή κρουσμάτων από Covid-19</b>			
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
<b>0-17 ετών</b>	433460	410346	843.806
<b>18-39 ετών</b>	588495	627939	1.216.434
<b>40-64 ετών</b>	614091	689533	1.303.624
<b>65 και άνω</b>	201412	216223	417.645

**Πίνακας 6.** Ηλικιακή κατανομή κρουσμάτων από Covid-19 στην Ελλάδα  
(ΕΟΔΥ, 2022)

Σύμφωνα με έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα και εστιάζει στη θεραπεία και όχι στην πρόληψη ασθενειών. Δεν υπάρχει συγκεκριμένο σύστημα παραπομπής και ουσιαστικά κανένα δίκτυο υπηρεσιών δημόσιας υγείας. (Carletti, 2020)

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση υγείας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις για την υγεία, όπως η θνησιμότητα από καρκίνο και οι καρδιαγγειακές παθήσεις.

Οι τάσεις των παραγόντων κινδύνου, όπως τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος στους ενήλικες και η παιδική παχυσαρκία, απαιτούν εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, διακοπή του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους και, ειδικότερα, άσκηση που προωθεί αλλαγές στον τρόπο ζωής και στη διατροφή.

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα έχει ξεπεράσει τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων και μεταξύ των λιγότερο και των περισσότερο μορφωμένων. Ωστόσο, ο χρόνος χωρίς προβλήματα υγείας μειώνεται. Σύμφωνα με τους μέσους όρους της ΕΕ, οι Ελληνίδες μπορούν να ζήσουν άλλα 21,3 χρόνια στην ηλικία των 65 ετών, αλλά μόνο το ένα τρίτο από αυτές είναι χωρίς αναπηρία. Αντίστοιχα, το 40% των ανδρών μπορεί να παραμείνει υγιές για τα υπόλοιπα 18,5 χρόνια. (Carletti, 2020)

### **2.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ**

Οι εκτιμήσεις που δημοσιεύθηκαν από διεθνείς οργανισμούς στο τέλος του περασμένου έτους σχετικά με τις εκτιμήσεις για την παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη το 2020 προέβλεπαν ρυθμούς ανάπτυξης που ήταν ελαφρώς χαμηλότεροι από το 2019. Εκείνη την εποχή, η πιθανότητα ενός εμπορικού πολέμου εμφανίστηκε ως σημαντική απειλή για την οικονομική ανάπτυξη. Με το ξέσπασμα των επιδημιών και την ταχεία εξάπλωση του COVID-19, οι προβλέψεις αρχίζουν να επιδεινώνονται σε σύντομο χρονικό διάστημα και έχουν αποδειχθεί πιο απαισιόδοξες από προηγούμενες προβλέψεις καθώς αναδύονται νέα επιδημιολογικά δεδομένα. (Halling, 2020)

Σύμφωνα με εκτιμήσεις διεθνών οργανισμών και διεθνών οίκων στα τέλη του περασμένου έτους, η ανάπτυξη της παγκόσμιας οικονομίας το 2020 προβλεπόταν να έχει θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης, αν και ελαφρώς χαμηλότερους από το 2019. Εκείνη την εποχή, η κύρια απειλή για την οικονομική ανάπτυξη ήταν η πιθανότητα εμπορικών πολέμων. Με την έλευση της πανδημίας και την ταχεία εξάπλωση του COVID-19, οι προβλέψεις άρχισαν να επιδεινώνονται σε σύντομο χρονικό διάστημα και κάθε φορά που εμφανίζονται νέα επιδημιολογικά δεδομένα δείχνουν ότι είναι πιο απαισιόδοξες από τις προηγούμενες. Παρά τις σημαντικές διαφορές μεταξύ των οργανισμών και των σεναρίων πανδημίας, υπάρχει μια γενική υπόθεση ότι φέτος η παγκόσμια οικονομία θα βιώσει υψηλότερη ύφεση από ότι το 2008, και πιθανώς συγκρίσιμη με την ύφεση του 1929. (Ramelli, 2020)

### **2.4. Προβλέψεις και εκτιμήσεις: Η ελληνική οικονομία στη μεταπανδημική περίοδο**

Με την πρώτη ματιά, αυτές οι εκτιμήσεις μπορεί να υποδηλώνουν υπέρβαση. Όμως, μέχρι στιγμής, δεν υπάρχει αποτελεσματικό φάρμακο, προκειμένου να περιοριστεί η εξάπλωση της επιδημίας, οι περισσότερες κυβερνήσεις έχουν υιοθετήσει μέτρα «κοινωνικού περιορισμού» και περιορισμένων δραστηριοτήτων, σε ολόκληρο τον οικονομικό χώρο (τουρισμός, εστίαση, μεταφορές, λιανικό εμπόριο, πολιτιστικές και αθλητικές δραστηριότητες, εκπαίδευση). Βασικός στόχος της «κοινωνικής καταστολής» είναι η επιβράδυνση της εξάπλωσης της επιδημίας, ώστε

να μην βρεθούν μονάδες εντατικής θεραπείας του συστήματος υγείας υπό έντονο στρες, που αναπόφευκτα θα οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας λόγω της επιδημίας. Ωστόσο, ως αποτέλεσμα αυτών των μέτρων, το ΑΕΠ βρίσκεται σε ελεύθερη πτώση.

Η μείωση του ΑΕΠ προκύπτει τόσο από την παροχή όσο και από την ζήτηση. Από την πλευρά της παροχής, το ΑΕΠ μειώνεται λόγω των περιορισμών (ή διακοπών) της λειτουργίας πολλών τομέων από διοικητικούς περιορισμούς και λόγω της σοβαρής διαταραχής της ζώνης εφοδιασμού άλλων τομέων (ιδιαίτερα της επεξεργασίας). Στη σημερινή παγκοσμιοποιημένη οικονομία, οι εγκαταστάσεις επεξεργασίας τείνουν να διατηρούν χαμηλές πόρους μεσαίου εισοδήματος, πολλά από τα οποία εισάγονται από διάφορες περιοχές του κόσμου. Τυχόν διακοπή λειτουργίας μίας μονάδας που παράγει κάποια από τις εισροές έχει αλυσιδωτές επιδράσεις σε όλες τις βιομηχανίες που κάνουν χρήση των αντίστοιχων εισροών. Από την πλευρά της ζήτησης, λόγω της διακοπής λειτουργίας πολλών οικονομικών μονάδων προκαλείται ανεργία και μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος που πληθυσμού. Ταυτόχρονα, λόγω της μεγάλης αβεβαιότητας μειώνονται τόσο οι επενδύσεις όσο και η ζήτηση για συγκεκριμένα αγαθά (όπως οι τουριστικές υπηρεσίες), ενώ λόγω της πτώσης της ζήτησης μειώνεται το διεθνές εμπόριο και, συνακόλουθα, η ζήτηση για διεθνείς μεταφορές. Παράλληλα, οι επενδύσεις και η ζήτηση για συγκεκριμένα αγαθά, όπως οι τουριστικές υπηρεσίες, έχουν μειωθεί λόγω υψηλών επιπέδων αβεβαιότητας, ενώ το διεθνές εμπόριο έχει μειωθεί λόγω της χαμηλότερης ζήτησης, μειώνοντας έτσι τη ζήτηση για διεθνείς μεταφορές. (Shivardi, 2020)

Για να αποτρέψει την παρακμή της, η κυβέρνηση λαμβάνει μέτρα για τη στήριξη της οικονομίας μέσω επιδοτήσεων, μεταφορών πληρωμών και εγγυήσεων. Σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες, οι στόχοι αυτών των μέτρων είναι :

- (α) η διατήρηση της παραγωγικής οργάνωσης της οικονομίας όσο το δυνατόν πιο λειτουργική
- (β) η αποτροπή της χρεοκοπίας των μεγάλων επιχειρήσεων
- (γ) η υποστήριξη της εξαγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών και

(δ) η πρόληψη προβλημάτων στο τραπεζικό σύστημα που προκαλούνται από τη μεγάλη κλίμακα πτώχευση επιχειρήσεων και την αδυναμία των νοικοκυριών να πληρώσουν τα χρέη τους.

Το πρώτο είναι η αναβολή των πληρωμών φόρων και ασφαλίσεων, η υποστήριξη των μισθολογικών δαπανών, η άμβλυνση των εργασιακών σχέσεων για την αποφυγή απολύσεων και η εξασφάλιση ρευστότητας με δημόσιες εγγυήσεις μέσω του τραπεζικού συστήματος. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει μέτρα όπως η παράταση της περιόδου των επιδομάτων ανεργίας (κυρίως για μακροχρόνια ανέργους), η άμεση ή έμμεση αύξηση του εισοδήματος των αυτοαπασχολούμενων και η παροχή ορισμένων μισθών υψηλότερων από τα επιδόματα ανεργίας και επίδομα ανεργίας για όσους παραμένουν άνεργοι για περιορισμένο χρονικό διάστημα. Η τρίτη κατηγορία περιλαμβάνει κυρίως κρατικές εγγυήσεις για την ενίσχυση της ρευστότητας της εταιρείας με την παροχή δανείων για κεφάλαιο κίνησης.

Τα μέτρα αυτά έχουν μεγάλο οικονομικό κόστος. Επιπλέον, εξαιτίας της πανδημίας, μεταβάλλονται και οι απαιτήσεις και οι συναφείς δαπάνες του δημόσιου συστήματος υγείας, επιβαρύνοντας έτσι τον προϋπολογισμό. Όλες οι προηγμένες οικονομίες αναμένεται να αντιμετωπίσουν τεράστια δημοσιονομικά ελλείμματα. Όσο πιο σοβαρή είναι η κρίση και όσο πιο γενναία είναι τα μέτρα οικονομικής στήριξης, τόσο μεγαλύτερο είναι το αναμενόμενο δημοσιονομικό έλλειμμα. Αυτά τα ελλείμματα αυξάνουν το δημόσιο χρέος και οι υφέσεις αυξάνουν περαιτέρω το χρέος/ΑΕΠ. Για τη χρηματοδότηση του ελλείματος, η κυβέρνηση δανείζεται με έκδοση ομολόγων. Ωστόσο, δεν έχουν όλες οι χώρες τις ίδιες ευκαιρίες στη διεθνή κεφαλαιαγορά. Οι χώρες με χαμηλό λόγο δημόσιου χρέους/ΑΕΠ, δηλαδή χώρες με μεγαλύτερο δημοσιονομικό χώρο, μπορούν να δανείζονται ευκολότερα και καλύτερα από χώρες με περιορισμένο δημοσιονομικό χώρο. Αυτός είναι ο λόγος που πολλοί διεθνείς οργανισμοί έχουν προειδοποιήσει ότι η τρέχουσα κρίση θα μπορούσε να οδηγήσει σε τεράστιες χρεοκοπίες σε χώρες με προβλήματα στην δημόσια οικονομία. (Shivardi, 2020)



## 2.5. Συστήματα Υγείας και Δημόσια Υγεία: Από το Χθες στο Αύριο

Η χρονική στιγμή της εκδήλωσης της πανδημίας ήταν μάλλον ατυχής για την Ελλάδα. Η χώρα μας μόλις αρχίζει να ανακάμπτει από τη χειρότερη και μεγαλύτερη κρίση που έχουν καταγράψει οι μεταπολεμικές χώρες του ΟΟΣΑ. Οι προοπτικές για φέτος και τα επόμενα χρόνια γράφονται ως ιδιαίτερα ευνοϊκές σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ευρωζώνης, σύμφωνα με εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς και ιδρύματα. Ωστόσο, οι τελευταίες διαθέσιμες εκτιμήσεις συμφωνούν ότι η χώρα μας θα γνωρίσει απότομη πτώση της οικονομικής δραστηριότητας το 2020, αν και διαφέρουν σημαντικά ως προς την έκταση της προβλεπόμενης ύφεσης (κλίμακα από -4% σε -16%). Εν μέρει, αυτό οφείλεται σε αβεβαιότητες που σχετίζονται με τις παραμέτρους της ίδιας της πανδημίας (πότε θα υπάρξουν ή/και μαζικής παραγωγής αποτελεσματικά φάρμακα και εμβόλια, αντοχή του κορονοϊού στη ζέστη του καλοκαιριού, ενδεχόμενη επιδείνωση τους φθινοπωρινούς μήνες κ.λπ.) καθώς και στη διάρκεια και ένταση των προληπτικών μέτρων (πόσο θα διαρκέσουν τα μέτρα καραντίνας και ποιους τομείς οικονομικής δραστηριότητας θα αφορούν). (Shivardi, 2020)

Στη χώρα μας, έγινε περισσότερη συζήτηση για δύο αξιολογήσεις. Η πρώτη είναι η σωρευτική αξιολόγηση του ΟΟΣΑ για τις ενδεχόμενες επιπτώσεις της πανδημίας σε μεμονωμένους οικονομικούς τομείς, εάν η κρίση συνεχιστεί για 12 μήνες και οι κυβερνήσεις δεν κάνουν τίποτα για να στηρίξουν την οικονομία. Το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελλάδα είναι -35%, το υψηλότερο μεταξύ όλων των χωρών του ΟΟΣΑ. Φυσικά, όπως επισημαίνει το ίδιο δημοσίευμα, αυτό γίνεται «στα χαρτιά» για να δείξει ποιες χώρες είναι πιο ευάλωτες στην πανδημία και όχι εκτίμηση της προβλεπόμενης ύφεσης. Το δεύτερο είναι μια εκτίμηση του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου στην εαρινή έκδοση του World Economic Outlook. Η πτώση του ΑΕΠ της Ελλάδας το 2020 υπολογίζεται στο -10%, η υψηλότερη που έχει καταγραφεί μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. Τα εγχώρια ιδρύματα (Τράπεζα της Ελλάδος) εκτιμούν ότι η ύφεση θα είναι λιγότερο σοβαρή στα βασικά τους σενάρια, αλλά τονίζουν επίσης ότι υπάρχει μεγάλη αβεβαιότητα στις εκτιμήσεις τους.

Υπάρχουν δύο βασικοί λόγοι για την εκτίμηση μιας βαθιάς ύφεσης στην Ελλάδα (ή βαθύτερης ύφεσης από ότι σε άλλες χώρες). Το πρώτο και σημαντικότερο έχει να κάνει με τη δομή του ΑΕΠ. Οι τομείς που πλήττονται ιδιαίτερα από την πανδημία συμβάλουν περισσότερο στο ΑΕΠ στην Ελλάδα από ότι σε άλλες χώρες. Το πιο προσεκτικό παράδειγμα είναι ο τουρισμός, του οποίου η άμεση συνεισφορά στο ΑΕΠ είναι λίγο πάνω από 10% (έμμεσα υψηλότερη), με περισσότερα από τα τέσσερα πέμπτα να προέρχονται από ξένους τουρίστες. Είτε λόγω αβεβαιότητας, είτε λόγω περιορισμών υγείας, είτε λόγω μειωμένου εισοδήματος από πιθανούς τουρίστες, η ζήτηση για υπηρεσίες στον κλάδο αναμένεται να μειωθεί, με σαφή αντίκτυπο στο ΑΕΠ, την απασχόληση και τα ισοζύγια τρεχουσών συναλλαγών, εάν το πλεόνασμα στις υπηρεσίες (κυρίως τουριστικές υπηρεσίες) αποτελεί τη συντριπτική πλειοψηφία του ελλείμματος σε αγαθά. Όμως οι αρνητικές επιπτώσεις δεν περιορίζονται στον τουρισμό. Άλλοι τομείς δραστηριότητας που αναμένεται να επηρεαστούν σοβαρά από την πανδημία, όπως η εστίαση, το λιανικό εμπόριο και οι διεθνείς μεταφορές, συμβάλλουν πολύ περισσότερο στο ΑΕΠ της Ελλάδας από ότι στο ΑΕΠ άλλων χωρών της ΕΕ. Ο δεύτερος λόγος που μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη μείωση του ελληνικού ΑΕΠ από άλλες χώρες είναι ότι η Ελλάδα έχει πολύ περιορισμένο δημοσιονομικό χώρο, επομένως η κυβέρνηση μπορεί να παράσχει σχετικά μικρή στήριξη στην οικονομία και ταυτόχρονα, η συμβολή του τραπεζικού τομέα μπορεί να μην είναι τόσο σημαντική όσο άλλες χώρες, καθώς ήδη πριν από την κρίση οι ελληνικές τράπεζες είχαν πληθώρα από «κόκκινα δάνεια» στα χαρτοφυλάκιά τους.

Δεδομένης της τρέχουσας κατάστασης, τα διεθνή ΜΜΕ εκτιμούν ότι το παράδειγμα της Ελλάδας στην αντιμετώπιση της επιδημίας ήταν πολύ επιτυχημένο. Ωστόσο, ο διαθέσιμος δημοσιονομικός χώρος για τη διαμόρφωση πολιτικών για τον περιορισμό των οικονομικών επιπτώσεων της πανδημίας, είναι περιορισμένος. Η Ελλάδα έχει τον δεύτερο υψηλότερο δείκτη δημόσιου χρέους/ΑΕΠ στον κόσμο, μετά την Ιαπωνία. Ωστόσο, δεν είναι όλα αρνητικά. Η συνεχιζόμενη αναδιάρθρωση του δημόσιου χρέους και η περίοδος χάριτος που μας παραχωρήθηκε είχε ως αποτέλεσμα πολύ χαμηλή ζήτηση για καθυστερούμενες πληρωμές τόκων φέτος και το επόμενο έτος. Επιπλέον, στην αρχή της κρίσης, το δημόσιο ταμείο είχε σχετικά υψηλό αποθεματικό, λόγω των «ασφαλειών» που μας παραχωρήθηκαν στο τέλος του τρίτου μνημονίου καθώς και λόγω εκδόσεων ομολόγων που ήταν ευνοϊκές τότε και χωρίς σημαντικές αποπληρωμές αλλά και λόγω πρωτογενών πλεονασματικών υπολοίπων

προηγούμενων ετών. Ταυτόχρονα, η πολιτική ηγεσία μπορεί να χρησιμοποιήσει τη χρηματοδότηση του ΕΣΠΑ και τους πόρους της Ευρωπαϊκής Τράπεζας Επενδύσεων, καθώς και νέα εργαλεία της ΕΕ, για να μετριάσει τις επιπτώσεις της κρίσης ακόμα κι αν δεν εκδοθεί «κορωνο-ομόλογο». Αν λοιπόν η κρίση δεν διαρκέσει πολύ και οι διαθέσιμοι πόροι αντιμετωπιστούν με σύνεση, η κυβέρνηση μπορεί να μετριάσει τον αρνητικό οικονομικό αντίκτυπο της πανδημίας χωρίς να χρειαστεί να καταφύγει σε νέο μνημόνιο, όπως εκτιμούν ορισμένοι αναλυτές στο εξωτερικό. Άλλωστε, οι προσπάθειες της κυβέρνησης ενισχύθηκαν σημαντικά από τη συμμετοχή της χώρας μας στο πρόγραμμα ποσοτικής χαλάρωσης της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, που διευκολύνει τη χρηματοδότηση στις διεθνείς κεφαλαιαγορές. Φυσικά, όλα τα παραπάνω γίνονται ευκολότερα εάν η ανάκαμψη μετά την κρίση είναι ταχεία, όπως συμβαίνει συχνά με εξωτερικές κρίσεις όπως η τρέχουσα (ειδικά όταν δεν είναι μακροχρόνιες). (Rameli, 2020)

Παρά το γνωστό αστείο του Niels Bohr ότι «είναι δύσκολο να κάνεις προβλέψεις - ειδικά όταν πρόκειται για το μέλλον», πώς θα είναι η επόμενη μέρα, ειδικά όσον αφορά την οικονομία; Ορισμένοι αναλυτές πιστεύουν ότι οι αλλαγές θα είναι καταστροφικές. Κάποιοι μιλούν ακόμη και για πριν και μετά την εποχή του κορωνοϊού. Πολλοί οικονομικοί ιστορικοί πιστεύουν ότι προηγούμενες επιδημίες, όπως της πανώλης στον 14ο αιώνα, λειτούργησαν ως καταλύτες για την επακόλουθη οικονομική ανάπτυξη. Ωστόσο, αυτές οι επιδημίες εξαφάνισαν ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού, οδηγώντας σε αντιστροφή του λόγου κεφαλαίου/εργασίας στην οικονομία, απαιτώντας τη δημιουργία νέων σχέσεων παραγωγής. Λόγω της προόδου της επιστήμης, της έγκαιρης ανταπόκρισης της επιστημονικής κοινότητας και του σχετικά χαμηλού ποσοστού θνησιμότητας από την πανδημία COVID-19, η τρέχουσα πανδημία δεν αναμένεται να έχει παρόμοια έκβαση εκτός από συγκλονιστικές εκπλήξεις. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν θα υπάρξουν αλλαγές. (Li, 2020)

## **2.6 Ένα καινούργιο εθνικό σύστημα υγείας**

Η εμπειρία δείχνει ότι μετά από τέτοιες κρίσεις, το κράτος αντιμετωπίζει μεγαλύτερη πίεση να παρέμβει στην οικονομία κυρίως για να μετριάσει τις επιπτώσεις της κρίσης. Σε πολλές περιπτώσεις όμως αυτή η παρέμβαση διήρκεσε

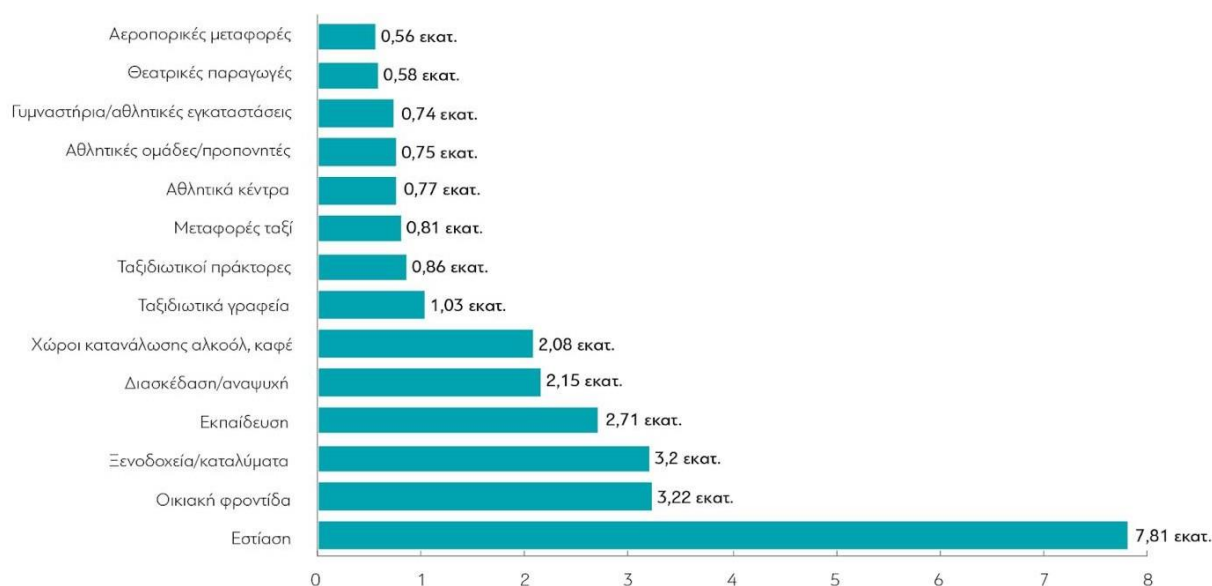
πολύ και επεκτάθηκε σε πολλούς τομείς. Ένας τομέας που είναι βέβαιο ότι θα αναδυθεί, και με εύλογο λόγο, είναι η δημόσια υγεία. Μεταξύ άλλων, η πανδημία έχει αναδείξει τη χρησιμότητα ενός αποτελεσματικού συστήματος δημόσιας υγείας. Στη χώρα μας έχουν ξεκινήσει συζητήσεις, οι οποίες όμως στην πλειοψηφία τους ασχολούνται με την υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ. Ενώ αυτό είναι ένα πραγματικό πρόβλημα, πολλοί αναλυτές επισημαίνουν ότι δεν αποτελεί το σημαντικότερο πρόβλημα της δημόσιας υγείας στη χώρα μας. Το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας είναι «νοσοκομειοκεντρικό». Σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ, η Ελλάδα δαπανά πολύ υψηλότερο ποσοστό του ΑΕΠ για νοσοκομειακή περίθαλψη και ιατρικές προμήθειες (κυρίως φάρμακα), ενώ οι δαπάνες για πρωτοβάθμια περίθαλψη, προληπτική ιατρική και μακροχρόνια περίθαλψη υστερούν σημαντικά. Ως εκ τούτου, πρώτη προτεραιότητα πρέπει να είναι ο επανασχεδιασμός του δημόσιου συστήματος υγείας. Ωστόσο, δεδομένου ότι η «μάχη» δίνεται στα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας, υπάρχει σοβαρός κίνδυνος πίεσης για να γίνει το σύστημα πιο «νοσοκομειοκεντρικό».

Φυσικά, τα δημοσιονομικά μέτρα για τον μετριασμό των επιπτώσεων της κρίσης ωθούν το δημόσιο χρέος πολλών χωρών - ήδη σε ιστορικά υψηλά σε πολλές περιπτώσεις - σε ακόμη υψηλότερα επίπεδα. Με αυτόν τον τρόπο ουσιαστικά μεταφέρουμε κάποιες από τις επιπτώσεις της κρίσης στις επόμενες γενιές. Ωστόσο, η αναχρηματοδότηση χρέους σε πολλές χώρες θα μπορούσε επίσης να είναι προβληματική εάν κάποια στιγμή στο μέλλον βγούμε από μια κατάσταση ιστορικά άνευ προηγουμένου αρνητικών ονομαστικών επιτοκίων. Ειδικότερα στη ζώνη του ευρώ, αυτό θα μπορούσε να είναι ένα κομβικό σημείο για το ευρώ, που θα οδηγήσει σε εξυγίανση του χρέους και στην ανάπτυξη κοινής δημοσιονομικής πολιτικής στην καλή περίπτωση ή σε διάλυση της ζώνης του ευρώ και επιστροφή στα εθνικά νομίσματα στην κακή περίπτωση, με ό,τι αυτό συνεπάγεται.(Li, 2020)

## **2.7 Πώς η πανδημία αλλάζει τον κόσμο της εργασίας**

Η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας έχει ενταθεί κατά την περίοδο της «κοινωνικής αποστασιοποίησης». Στη χώρα μας, ειδικότερα, έχουμε παρατηρήσει μια αναγκαστική ψηφιακή ωρίμανση στον δημόσιο τομέα, ο οποίος υστερεί σαφώς σε

αυτό. Θα ήταν ιδιαίτερα θετικό εάν αυτή η τάση συνεχιστεί και μετά το τέλος της πανδημίας. Στον ιδιωτικό τομέα, ωστόσο, η χρήση εργαλείων ψηφιακής τεχνολογίας έχει αυξηθεί δραματικά. Ορισμένοι αναλυτές πιστεύουν ότι αντιμετωπίζουμε μια «αλλαγή παραδείγματος», ειδικά στις εργασιακές σχέσεις (τηλεργασία) και στο λιανικό εμπόριο (ηλεκτρονικό εμπόριο). Οι τάσεις της τηλεργασίας και του ηλεκτρονικού εμπορίου προϋπήρχαν της πανδημίας και είναι βέβαιο ότι θα ενταθούν στο εγγύς μέλλον, ειδικά αν θεωρηθούν ως αμοιβαίο όφελος μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων (οι πρώτοι) ή καταναλωτών και εμπόρων (οι δεύτεροι). Ωστόσο, δεν θεωρείται ότι αυτές οι τάσεις θα απειλήσουν τα «κυρίαρχα παραδείγματα» στο εγγύς μέλλον.(Acharya, 2020)



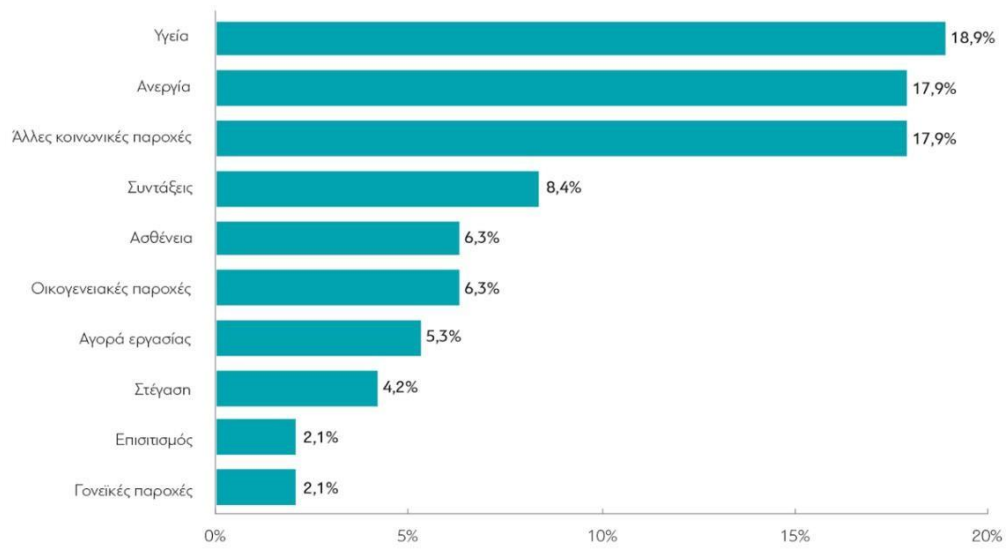
Πηγή: Hit Horizons (διαθέσιμο εδώ: <https://www.hithorizons.com/eu/analyses/impact-of-the-coronavirus-on-european-companies>)

### Διάγραμμα 6: Πως η πανδημία έχει πλήξει τον κόσμο της εργασίας (Hit Horizons,2021)

Τέλος, η τρέχουσα πανδημία θα μπορούσε να έχει σημαντικό αντίκτυπο στις αναπτυσσόμενες χώρες μέσω τριών διακριτών καναλιών. Το πρώτο έχει να κάνει με τη δομή της δημόσιας υγείας τους. Αυτή είναι κατάφωρα ανεπαρκής και εάν ο κορωνοϊός αποδειχθεί ανθεκτικός στη ζέστη και η πανδημία εξαπλωθεί στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι συνέπειες για τα θύματα μπορεί να είναι τεράστιες. Το

δεύτερο, όπως σχεδόν σε όλες τις εποχές κρίσης, είναι ότι το διεθνές κεφάλαιο εγκαταλείπει τις φτωχότερες χώρες και προσπαθεί να βρει καταφύγιο σε «ασφαλή καταφύγια» (ομόλογα, χρυσός κ.λπ. σε προηγμένες οικονομίες), με αποτέλεσμα τη δημιουργία σοβαρών προβλημάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το τρίτο κανάλι λειτουργεί μέσω της αγοράς πρώτων υλών. Ενώ οι πρωτογενείς τομείς των περισσότερων αναπτυσσόμενων χωρών είναι μεγάλοι και λιγότερο επηρεασμένοι από την επιδημία, πολλές από αυτές είναι εξαγωγείς πρώτων υλών.

Η κατάρρευση της οικονομικής δραστηριότητας στις ανεπτυγμένες χώρες οδήγησε σε απότομη πτώση της ζήτησης για πρώτες ύλες, οδηγώντας σε χαμηλότερες τιμές. Αυτό δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στα ισοζύγια τρεχουσών συναλλαγών πολλών αναπτυσσόμενων χωρών που έχουν ζητήσει βοήθεια από το ΔΝΤ. Πολλοί αναλυτές εκτιμούν ότι ο αριθμός των χωρών που θα αιτηθούν βοήθεια από το ΔΝΤ θα αυξηθεί σημαντικά στο εγγύς μέλλον. Ως συνήθως, η οικονομική βοήθεια του ΔΝΤ συνοδεύεται από προγράμματα οικονομικής προσαρμογής, τα οποία τείνουν να οδηγήσουν την οικονομία σε ύφεση βραχυπρόθεσμα. Και οι τρεις παράγοντες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μεγάλη οικονομική κρίση σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες. Συχνά, οι οικονομικές κρίσεις στις αναπτυσσόμενες χώρες συνοδεύονται από αυξημένες μεταναστευτικές ροές. Σε αυτή την περίπτωση, δεδομένου ότι η Ελλάδα είναι η πύλη εισόδου των μεταναστών στην ΕΕ, μπορεί με ασφάλεια να προβλεφθεί ότι η αντίστοιχη πίεση στη χώρα μας θα μπορούσε να αυξηθεί δραματικά, με σαφείς μη θετικές συνέπειες. (Halling, 2020)



Πηγή: Διεθνής Οργανισμός Εργασίας (διαθέσιμο εδώ: <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=3417>)

**Διάγραμμα 7:** Αλλαγές στο χώρο εργασίας (ILO, 2021)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

### 3.1 ΓΕΝΙΚΑ

Το σύστημα υγείας μπορεί να οριστεί ως «ένα σύνολο επιμέρους στοιχείων και υποσυστημάτων που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, καθώς και με το περιβάλλον (σύστημα) για την επίτευξη του στόχου της ύπαρξής του, που είναι η διατήρηση και η ενίσχυση όσον αφορά την υγεία του πληθυσμού». Ένας άλλος ορισμός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης είναι αυτό που βλέπει ως «ένα δίκτυο κρατικών παρεμβάσεων που διέπουν τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, τη σχέση μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, ιατρών και νοσοκομείων». Αυτοί οι διάφοροι μηχανισμοί καθορίζουν πώς η προστασία εξαρτάται από την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και την καλή λειτουργία των υπηρεσιών.(Frong, 2013)

Το δεύτερο υποσύστημα περιλαμβάνει την παραγωγή υγειονομικών υπηρεσιών και υγειονομικών προϊόντων και αποτελείται από όλες τις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης που συνεργάζονται συνεχώς και αλληλεπιδρούν λειτουργικά για να προστατεύσουν, να διατηρήσουν και να προωθήσουν την υγεία του πληθυσμού. Αυτό το υποσύστημα επηρεάζεται από τους πιο κοινούς παράγοντες της οικονομίας, οι οποίοι καθορίζουν τη διαδικασία παραγωγής στην οικονομία. Η υγεία δεν ορίζεται πλέον ως έλλειψη ασθένειας, αλλά ως πλήρης σωματική, πνευματική και κοινωνική ευημερία ενός ατόμου. Σε αυτόν τον ορισμό, το σύστημα υγείας είναι ένα από τα υποσυστήματα του συστήματος υγείας. Επομένως, το ενδιαφέρον για τον ορισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης δεν εστιάζει μόνο στην παραγωγή και διανομή υπηρεσιών, αλλά και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, που είναι ο κύριος σκοπός του συστήματος. Ως εκ τούτου, ένα ιατρικό σύστημα μπορεί να οριστεί ως ένα σύστημα που αποτελείται από τρία υποσυστήματα που αλληλεπιδρούν δυναμικά και αλληλοεξαρτώνται. Αυτά τα τρία υποσυστήματα είναι οι μηχανισμοί (εισροές, διαδικασίες, εκροές, αποτελέσματα) που καλύπτουν τα επίπεδα υγείας και την εξέλιξη του πληθυσμού, την παραγωγή ιατρικών υπηρεσιών και το κόστος της ιατρικής περίθαλψης.



Οι εισροές στο σύστημα υγείας είναι οι κτιριακές υποδομές, ο εξοπλισμός, το ανθρώπινο κεφάλαιο και οι οικονομικοί πόροι. Η προσέγγιση του ασθενούς στο σύστημα οδηγεί σε μια παραγωγική διαδικασία (ιστορικό, εργαστηριακή και κλινική εξέταση, διάγνωση, θεραπεία, ανάρρωση, επανεξέταση). Οι εκροές αποτελούν τις ώρες νοσηλείας, εισαγωγές, εξετάσεις κ.λπ. Τα δεδομένα αυτά χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του βαθμού αποτελεσματικότητας του συστήματος, καθώς και για την αξιολόγηση των υπηρεσιών που παρέχει. Τα αποτελέσματα σχετίζονται με το επίπεδο και την πρόοδο δεικτών όπως η θνησιμότητα και η νοσηρότητα, έναντι των οποίων μετρώνται οι βελτιώσεις και η πρόοδος στην υγεία του πληθυσμού. Η έρευνα και η κατανόηση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι απαραίτητη επειδή: (McKee, 2013)

(1) Οι δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη αυξάνονται ραγδαία, θέτοντας σε κίνδυνο την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των χωρών.

(2) Η περιουσία υγείας είναι κοινωνική περιουσία, η οποία είναι καταναλωτικής και επενδυτικής φύσης, καλύπτει άμεσες ανάγκες και επενδύει στην παραγωγή και την ανάπτυξη μεσοπρόθεσμα.

(3) Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης έχει αναπτυχθεί πολύ, καλύπτοντας το μεγαλύτερο μέρος των ιατρικών δαπανών μέσω επιδοτήσεων, αλλά έχει αρνητικό αντίκτυπο στο κόστος παραγωγής και στην ανταγωνιστικότητα των προϊόντων. (McKee, 2013)

Τα τρία υποσυστήματα είναι διαδραστικά και αλληλένδετα. Όταν το πρώτο βελτιώνεται, το δεύτερο μειώνει τα προϊόντα που παράγει ή τα βελτιώνει, εξοικονομώντας έτσι πόρους. Το τρίτο υποσύστημα, όταν λειτουργεί σωστά, επηρεάζει έτσι το δεύτερο υποσύστημα, ενώ το πρώτο υποσύστημα βελτιώνεται. Τα τρία υποσυστήματα επηρεάζονται από το εξωτερικό περιβάλλον, την ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας και τη βελτίωση των μεθόδων θεραπείας. Η αναπτυσσόμενη σχέση μεταξύ του συστήματος υγείας και του περιβάλλοντος δεν είναι ξεκάθαρη. Αντίθετα, χαρακτηρίζονται από πολύπλοκες σχέσεις αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης. Το επίπεδο υγείας και ευημερίας εξαρτάται από το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης (βιοτικό επίπεδο, εισόδημα, ανεργία). Οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ο τρόπος ζωής έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην υγεία και τις ασθένειες. Το σύστημα υγείας, μαζί με τις υπηρεσίες που παρέχει, διαδραματίζει

σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση του επιπέδου υγείας, στην επιστροφή των καταναλωτών στις υπηρεσίες υγείας, στην ομαλοποίηση των παραγωγικών διαδικασιών και στην ενίσχυση του αισθήματος κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας. (McKee, 2013)

Κατά την διάρκεια της ανάλυσης συστημάτων, μια συστηματική προσέγγιση αποτελεί αρωγό στην κατανόηση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τους στόχους και το περιβάλλον. Μια συστηματική ανάλυση εντοπίζει παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και το επίπεδο φροντίδας του. Χρησιμοποιώντας μια προσέγγιση ανάλυσης συστημάτων, όλες οι λειτουργίες ολόκληρου του συστήματος υγείας μπορούν να αναπτυχθούν βέλτιστα. (Haseltine, 2013)

### **3.2 ΣΚΟΠΟΙ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ**

Η ύπαρξη και η ανάγκη για λειτουργικότητα ενός συστήματος εξαρτάται από τη χρησιμότητα του σκοπού του και την ικανότητά του να επιτύχει τους στόχους που έχουν τεθεί για την επίτευξη του. Επομένως, σκοπός ενός συστήματος δεν είναι μόνο να διακρίνει ένα σύστημα από ένα άλλο, αλλά και να αξιολογήσει το ίδιο το σύστημα ως προς τη χρησιμότητα που παρέχει. Οι σκοποί είναι πάντα πιο γενικοί από τους στόχους, εξαρτώνται από ποιοτικά χαρακτηριστικά και δεν έχουν συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα. Οι στόχοι είναι συγκεκριμένοι, ποσοτικοί, μετρήσιμοι και έχουν καθορισμένη διάρκεια. Επομένως, η σημασία του καθορισμού των στόχων και των σχέσεων είναι σαφής μέσω του προσδιορισμού προτεραιοτήτων.

Σύμφωνα με τη σύγχρονη άποψη, σκοπός του ιατρικού συστήματος είναι να συμβάλει στο σύστημα υγείας ως βασικό θεσμό του κράτους πρόνοιας, να εξασφαλίσει και να βελτιώσει το επίπεδο ευημερίας, το επίπεδο της εθνικής υγείας και τη ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Ο σκοπός της προσέγγισης ή της επίτευξης αυτού του βασικού στόχου αφορά την παραγωγή υπηρεσιών και προϊόντων σύμφωνα με την εκτίμηση των αναγκών υγείας. Για να είναι μετρήσιμοι, τόσο οι στόχοι όσο και οι σκοποί πρέπει να ορίζονται σαφώς. Οι δείκτες υγείας χρησιμοποιούνται συνήθως για την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας και των δεικτών προσφοράς και χρήσης για την παραγωγή και τη διανομή υπηρεσιών και προϊόντων υγείας. Για να λειτουργήσει και να ευδοκιμήσει στο έπακρο ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας,

είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του και να επαναπροσδιοριστούν οι στόχοι του. (Dhalia, 2011)

### **3.3 ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ**

Το σύστημα υγείας δεν διαχωρίζεται από το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον που υπάρχει και για να γίνει κατανοητό πρέπει πρώτα να εξεταστεί. Το κάθε σύστημα υγείας είναι αναπόσπαστο μέρος της κοινωνικής δομής και ολόκληρου του οργανισμού. Εάν οι βασικές αρχές και αξίες του συστήματος θεωρούνται ότι καθορίζονται από τις κυρίαρχες αρχές και αξίες κάθε κοινωνίας, τα ατομικά χαρακτηριστικά τους εξαρτώνται από τον πληθυσμό και τα επιδημιολογικά, πολιτιστικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα για κάθε χώρα. Αυτές είναι οι μέθοδοι οργάνωσης και διαχείρισης του συστήματος, οι βασικές κατευθύνσεις και προτεραιότητές του, το εύρος της παρεχόμενης φροντίδας, οι μέθοδοι, η διαδικασία διανομής, ο τρόπος χρηματοδότησης και η «ατομικότητα» κάθε συστήματος υγείας.

Όπως καταλαβαίνουμε οι υπηρεσίες που αφορούν την υγεία δεν είναι δυνατόν να αποτελούν έτοιμα πακέτα και οι ίδιες οι κυβερνήσεις είναι αδύνατον να φτιάξουν συγκεκριμένα συστήματα και μοντέλα που να είναι διεθνών επιτυχημένα. για να μπορεί να θεωρηθεί ένα σύστημα επιτυχημένο για μία χώρα θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν οι παράγοντες κάθε χώρας που μπορούν να το επηρεάζουν. οι σημαντικότεροι από αυτούς είναι οι πολιτισμικοί, οι κοινωνικοί, οι οικονομικοί και οι επιδημιολογικοί.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσεται και αλλάζει συνεχώς, όχι μόνο λόγω των διαφορετικών αναγκών που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου, αλλά και λόγω της ανάπτυξης της τεχνολογίας, των μεταβαλλόμενων πολιτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αξιών και, φυσικά, οικονομικών ευκαιριών. Θεωρητικά, και με βάση τον τρόπο με τον οποίο χρηματοδοτούνται, οργανώνονται, παράγονται και διανέμονται οι υπηρεσίες υγείας, υπάρχουν τρία μοντέλα οργάνωσης: (Jeong, 2005)

### 3.3.1 Ιδιωτικό σύστημα περίθαλψης

Το συγκεκριμένο σύστημα βασίζεται στην απόλυτη ελευθερία των γιατρών και των ασθενών και λειτουργεί σύμφωνα με τις δυνάμεις της αγοράς (ζήτησης και προσφοράς), με όσο το δυνατόν μικρότερη δυνατή κρατική και κυβερνητική παρέμβαση.

Αυτό προϋποθέτει την αποδοχή της αγοράς υπηρεσιών υγείας και του μηχανισμού τιμών ως καθοριστικού παράγοντα στην παραγωγή και διανομή τους.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας κυριαρχεί στο σύστημα και το θέμα της κάλυψης υγείας είναι ένα προσωπικό και αποκλειστικό ζήτημα που προκύπτει από την ελευθερία επιλογής για όλους. Με βάση αυτή την αρχή, κάθε άτομο κρίνει προσωπικά και αποφασίζει αν θα ασφαλιστεί ή όχι. Στην πρώτη περίπτωση, είτε ασφαλίζεται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες μεμονωμένα, επιλέγοντας το «πακέτο» υπηρεσιών που κρίνει ικανοποιητικό και μπορεί να πληρώσει ασφάλιστρα, είτε ασφαλίζεται μέσω του εργοδότη του, ο οποίος του καταβάλλει μέρος ή ολόκληρο το ποσό των ασφαλίσεων. Στη δεύτερη περίπτωση, όταν επιλέγει να μείνει ανασφάλιστος (άνεργος, φτωχός, νέος .), καλείται να καλύπτει από το ατομικό του εισόδημα τα απαραίτητα έξοδα κάθε φορά που κάνει χρήση υπηρεσιών υγείας. Οι συντελεστές παραγωγής αφορούν τα άτομα, τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, τις τιμές και άλλα. Ο προσδιορισμός του κόστους μιας συγκεκριμένης ιατρικής διαδικασίας ή θεραπείας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαθεσιμότητα και τη ζήτηση για αυτήν την υπηρεσία, καθώς και από την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς. Το σύστημα εγγυάται θεωρητικά στον ασθενή το δικαίωμα να επιλέγει ελεύθερα τον γιατρό και το δικαίωμα να καθορίζει ελεύθερα το ύψος της αμοιβής. (Reid, 2009)

Το εν λόγω σύστημα δεν υπάρχει πουθενά στην απόλυτη μορφή του. Αυτό συμβαίνει διότι οι αρχές του, ενώ είναι συμβατές με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του περασμένου αιώνα, θεωρούνται πλέον παρωχημένες μετά τη γενική αναγνώριση ότι η υγεία είναι κοινωνικό δικαίωμα κάθε ατόμου και πρέπει να διασφαλίζεται με ευθύνη του κράτους και όχι διαδικαστικά. Τα μειονεκτήματα του συστήματος είναι: (Simonet, 2010)

I. Δημιουργεί μεγάλες ανισότητες υγείας καθώς η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς. Έτσι, δεν διασφαλίζεται ποτέ μια γενική

και πλήρης πληθυσμιακή χωρητικότητα και παρατηρείται μεγάλη ανισότητα στην περιοχή των παροχών.

II. Υποστηρίζει τις απαιτητικές απαιτήσεις των γιατρών, οι οποίες συχνά καταλήγουν σε περιττές επισκέψεις, εργαστηριακές εξετάσεις και χειρουργικές επεμβάσεις, με αποτέλεσμα ο τομέας της υγείας να απορροφά πολύ μεγάλο μέρος των πολύτιμων εθνικών πόρων χωρίς να επιτυγχάνονται παρόμοια αποτελέσματα. Σήμερα, το φαινόμενο της ζήτησης αυξάνεται ιδιαίτερα, όταν ο αριθμός των γιατρών αυξάνεται ταχέως και η γεωγραφική κατανομή τους παραμένει ανισόρροπη.

III. Δεδομένου ότι βασίζεται στο κέρδος, επικεντρώνεται κυρίως στην θεραπευτική παρέμβαση και την αποκατάσταση της βλάβης και γενικά ή ελάχιστα στην πρόληψη. Από την άλλη πλευρά, δεδομένου ότι λειτουργεί σε συνθήκες ισχυρής ανταγωνισμού, οι επαγγελματίες υγείας συχνά περιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται.

IV. Λόγω της έλλειψης κεντρικού σχεδιασμού και χρηματοδότησης, προκύπτουν έντονες γεωγραφικές ανισότητες στον τομέα της περιφερειακής κατανομής ιατρικών υπηρεσιών (φαρμακοποιών, νοσοκομείων, διαγνωστικών κέντρων). Επιπλέον, οι υπηρεσίες υγείας που θεωρούνται μη κερδοσκοπικές είναι δύσκολο να επενδύσουν από ιδιωτικό κεφάλαιο. Και στις δύο περιπτώσεις, το κράτος παρεμβαίνει για να λάβει αποφάσεις.

### **3.3.2. Δημόσιο σύστημα (κρατικό ή εθνικό μοντέλο)**

Το σύστημα δημόσιας υγείας είναι αντίθετο με το ιδιωτικό και βασίζεται περισσότερο στην κοινωνική αλληλεγγύη μέσω της ίσης ικανοποίησης των αναγκών όλων των πολιτών, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, που επιτυγχάνεται μέσω αυξημένης κρατικής παρέμβασης και δράσης. Σε αυτά τα συστήματα, το κράτος εγγυάται ένα ελάχιστο επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών για όλους τους πολίτες. Το κόστος παραγωγής μπορεί να ανήκει στο κράτος, τα ασφαλιστικά ταμεία ή ακόμη και σε ιδιώτες. Τα συστήματα κοινωνικού χαρακτήρα χωρίζονται σε αυτά που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (όπως το μοντέλο Bismarck) και αυτά που χρηματοδοτούνται

από τον κρατικό προϋπολογισμό (όπως το μοντέλο Beverige). Τα τελευταία έχουν καθιερωθεί να ονομάζονται και εθνικά ή εθνικοποιημένα. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, κανένα από αυτά τα κεφάλαια δεν αντλείται από έναν μόνο πόρο. Πολλά από αυτά μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως συστήματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση ή συστήματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από τον εθνικό προϋπολογισμό. (Flood, 2010)

Στην πρώτη περίπτωση, το σύστημα κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση που αντιπροσωπεύεται από διάφορα Ταμεία Ασθένειας που χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω των δωρεών εργοδοτών και εργαζομένων. Με άλλα λόγια, το μεγαλύτερο μέρος των ιατρικών εξόδων προέρχεται από ασφάλιστρα. Η ύπαρξη πολλαπλών ανεξάρτητων ταμείων που καλύπτουν παρόμοιες κατηγορίες επαγγελματιών δημιουργεί προϋποθέσεις για διαφορετική ασφαλιστική κάλυψη από ταμείο σε ταμείο για εργαζόμενους με διαφορετικά ποσά επιδότησης. Τα ποσοστά παραγωγής μπορούν να ανήκουν σε μια εθνική, τοπική κυβέρνηση, ασφαλιστικό ταμείο ή άτομο.

Το κρατικό μοντέλο δίνει έμφαση στα ατομικά δικαιώματα που αναζητούν τρόπους για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες της υγείας μέσω των ιδρυμάτων κοινωνικής ασφάλισης και ταυτόχρονα πληρώνουν το αναγκαίο ποσό (δώρα). Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου είναι το μοντέλο της Γαλλίας και της Γερμανίας. Η εμπειρία της Ευρώπης δείχνει ότι αυτά τα συστήματα είναι σχετικά οικονομικά υψηλότερα από τα συστήματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από τον εθνικό προϋπολογισμό. (Simonet, 2010)

Στην δεύτερη περίπτωση, η χρηματοδότηση προέρχεται απευθείας από τον εθνικό προϋπολογισμό (ομοσπονδιακό) ή τον τοπικό προϋπολογισμό (ομοσπονδιακό) και ο ρυθμός παραγωγής συνήθως ανήκει στο κράτος. Είναι παραδείγματα κυβερνητικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που διαμορφώθηκαν στις χώρες της πρώην Ανατολικής Συμμαχίας.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της δημόσιας υγείας οποιασδήποτε απόχρωσης είναι η αυστηρή κυβερνητική παρέμβαση που επιδιώκει: (Flood, 2010)

- Πλήρης καθολική κάλυψη και ισότητα για τον πληθυσμό

- Ενοποιημένος σχεδιασμός και προγραμματισμός με κεντρική στρατηγική, μεμονωμένους στόχους υγείας και προτεραιότητες με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας ολόκληρου του πληθυσμού ή συγκεκριμένων ηλικιακών και κοινωνικών ομάδων
- Περιφερειακή κατανομή μονάδων υγείας, ανθρώπινων και υλικών πόρων με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού προκειμένου να μειωθεί η περιφερειακή ανισότητα
- Η κεντρική και ατομική χρηματοδότηση, είτε από γενικούς είτε τοπικούς φόρους, ασφαλιστικές εισφορές ή και από τις δύο πηγές, και υπηρεσίες υγείας στον πολίτη παρέχονται δωρεάν.
- Ένα ενιαίο πλαίσιο ρύθμισης και εργασίας με την αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και κοινωνικού ελέγχου. (Flood, 2010)

Τα πλεονεκτήματα του συστήματος είναι:

- Διασφάλιση ολοκληρωμένης και ισότιμης κάλυψης για όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως φυσικής και κοινωνικής κατάστασης και τόπου διαμονής.
- Διασφάλιση κεντρικού σχεδιασμού και ανάπτυξη υπηρεσιών που θέτουν στόχους και προτεραιότητες υγείας για την κάλυψη των πραγματικών αναγκών και δίκαιη κατανομή των πόρων.
- Ενοποιημένη και Κεντρική Χρηματοδότηση (Unified and Central Financing) περιελάμβανε τα τελευταία χρόνια κρατικές παρεμβάσεις που είναι ιδιαίτερα σημαντικές όσον αφορά την προσφορά, όπως διαχείριση δαπανών, αποτελεσματική διαχείριση πόρων, βελτίωση της ποιότητας και περιφερειοποίηση των υπηρεσιών.
- Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, προληπτικής και υγιεινής φωτισμού αποτελούν προτεραιότητες.
- Η ιατρική πρακτική δεν εμποδίζεται από οικονομική παρέμβαση και η συνεργασία μεταξύ των γιατρών είναι καλή λόγω του περιορισμένου επαγγελματικού ανταγωνισμού.
- Δημιουργούνται καλές διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών και διασφαλίζεται υψηλός βαθμός συνέχειας της φροντίδας.

Τα μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- Οι γραφειοκρατικές εξελίξεις μπορεί να επηρεάσουν την ιατρική πρακτική και να επιβαρύνουν την υπηρεσία με εκτεταμένη και συχνά περιττή γραφειοκρατία.
- Προωθεί την επαγγελματική χαλάρωση για τους γιατρούς
- Εμφάνιση λιστών αναμονής νοσοκομείων για χειρουργεία, καθώς η προτεραιότητα εξαρτάται από τη σοβαρότητα του συμβάντος και όχι από τα οικονομικά μέσα του ασθενούς
- Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη επιλογή ιατρών και νοσοκομείων
- Έλλειψη αποτελεσματικών μηχανισμών εντός του συστήματος για την προώθηση της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας και της διαχείρισης.

Την τελευταία δεκαετία, οι περισσότερες χώρες με δημόσια συστήματα υγείας προσπάθησαν να εισαγάγουν ανταγωνιστικότητα και κίνητρα για την εξάλειψη αυτών των ελλείψεων. (Flood, 2010)

### **3.3.3 Μικτό σύστημα**

Μέχρι στιγμής, τα ιδιωτικά και δημόσια μοντέλα δεν λειτουργούν σε καμία χώρα με κανέναν παράνομο τρόπο. Υπάρχουν διάφορες ενδιάμεσες μορφές μεταξύ των δύο κλασικών οργανισμών και των προτύπων χρηματοδότησης. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες έχουν ένα τέτοιο σύστημα. Δεδομένου ότι αυτά τα συστήματα εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική ασφάλιση, υπηρετούν τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και χρηματοδοτούνται με δωρεές που υπολογίζονται βάσει της οικονομικής τους ικανότητας μέσω συλλογικής κάλυψης του πληθυσμού, αντίστοιχα εξυπηρετώντας τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και όχι τις ανάγκες υγείας του. Η εθνική παρέμβαση είναι επίσης σημαντική εδώ. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όχι μόνο στο κεντρικό επίπεδο παρέμβασης, αλλά και σε οργανωτικό και διοικητικό επίπεδο, καθώς και στη λήψη στρατηγικών αποφάσεων. Εκτός από αυτά, θα καλύψει το οικονομικό κενό στην κοινωνική ασφάλιση και θα παρέχει ελάχιστες ιατρικές υπηρεσίες σε ολόκληρο τον πληθυσμό. (Jeong, 2005)



Τέτοια συστήματα έχουν συνήθως ένα ευρύ φάσμα συστημάτων ιδιοκτησίας υπηρεσιών, μεθόδων παραγωγής και διανομής υπηρεσιών, εργασιακών σχέσεων και μεθόδων αποζημίωσης προμηθευτών. Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των μικτών συστημάτων δεν είναι εύκολο να προσδιοριστούν με ακρίβεια, καθώς τέτοιες προσπάθειες απαιτούν τυχαία μελέτη τους. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, πολλοί κατάφεραν να εξασφαλίσουν επαρκή επίπεδα υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό υπό συνθήκες ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης με λογικό κόστος. Βέβαια πάντα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και αυτό υπονοούν οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις.(Jeong, 2005)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ποιότητας

Οι οργανισμοί υγείας λειτουργούν σε ένα μεταβαλλόμενο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και η παγκοσμιοποίηση φέρνει μια θύελλα καινοτομίας και μεταρρυθμίσεων. Ως εκ τούτου, η εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας θα πρέπει να έχει τόσο εθνική όσο και διεθνή εμβέλεια. Αυτό απαιτεί αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που πληρούν τα διεθνή πρότυπα ποιότητας. (Patton, 1996)

Τι ορίζεται όμως ως ποιότητα και γιατί είναι απαραίτητο να εντοπίζεται ένα σύστημα υγείας μέσα σε αυτό; Η ποιότητα έχει καθιερωθεί ως βασικό κριτήριο για τη συμπεριφορά των καταναλωτών και των επιχειρήσεων. Οι καταναλωτές εστιάζουν όλο και περισσότερο στην ποιότητα ως σημαντικό κριτήριο για την επιλογή προϊόντων και υπηρεσιών. Σύμφωνα με την American Society for Quality (ASQ, 1978), η ποιότητα είναι η συλλογή χαρακτηριστικών και των ιδιοτήτων του προϊόντος που σχετίζονται με την ικανότητα κάλυψης των αναγκών των πελατών. Σύμφωνα με το ΕΛΟΤ EN ISO 8402, ποιότητα είναι: «ένα σύνολο χαρακτηριστικών που προσδίδουν σε μια οντότητα (προϊόν ή υπηρεσία) την ικανότητα να ικανοποιεί ρητές ή σιωπηρές ανάγκες». Άλλοι ορισμοί της ποιότητας περιλαμβάνουν τον Brook (1999), στον οποίο η ποιότητα έχει δύο διαστάσεις, την ποιότητα σχεδίασης και την ποιότητα της συμφωνίας σχεδίασης, που αναφέρονται στην ικανοποίηση του πελάτη με ένα προϊόν ή μια υπηρεσία. Σύμφωνα με τον Onretveit (2004), η ποιότητα είναι «η ικανοποίηση των αναγκών των καταναλωτών με το χαμηλότερο κόστος».

Ο ορισμός περιλαμβάνει 3 στοιχεία. Ποιότητα πελάτη, η οποία μετρά την ικανοποίηση των πελατών, τα παράπονα και το πόσο καλά το προϊόν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους. Επαγγελματική ποιότητα, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο το τελικό προϊόν, όπως ορίζεται από επαγγελματικά δεδομένα, καλύπτει τις ανάγκες του πελάτη. Η ποιότητα της διαδικασίας περιλαμβάνει το σχεδιασμό και τη λειτουργία των διαδικασιών παραγωγής προϊόντων που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις των πελατών με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο. Η ποιότητα ενός προϊόντος έχει δύο διαστάσεις, επίπεδο και συνέπεια. Το επίπεδο ποιότητας καθορίζει τη θέση του προϊόντος στην αγορά. Συνέπεια ποιότητας σημαίνει σταθερή ποιότητα, δηλαδή απουσία ελαττωμάτων και συνέπεια στην επίτευξη των επιπέδων απόδοσης στόχου. (Clark, 1997)

Σύμφωνα με τους Bergman and Klefsjo, 1994, η ποιότητα ενός προϊόντος σχετίζεται με:

- -Την κατάλληλη απόδοση για τους πελάτες
- -Την αξιοπιστία (συχνότητα και σοβαρότητα προβλημάτων)
- -Την συντήρηση (ευκολία εντοπισμού και διόρθωσης πιθανών προβλημάτων)
- -Την ασφάλεια
- -Τη διάρκεια και την ανθεκτικότητα.

#### **4.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας**

Η υπηρεσία είναι «μια κοινωνική πράξη που βασίζεται στην άμεση επαφή μεταξύ του πελάτη και του εκπροσώπου της εταιρείας που παρέχει την υπηρεσία». Τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας διαφοροποιούνται από την έννοια της ποιότητας του προϊόντος καθώς σχετίζεται με το φυσικό περιβάλλον της υπηρεσίας και με την επικοινωνία με τον πελάτη, δηλαδή την ικανότητα παροχής πληροφοριών στον υποψήφιο πελάτη.

Σύμφωνα με τους Parasuramanetal. (1985), οι συνιστώσες της ποιότητας των υπηρεσιών είναι:

- -Αξιοπιστία: η ικανότητα να παρέχονται με ακρίβεια οι υποσχεμένες υπηρεσίες, όπως η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών
- -Ανταπόκριση: η ικανότητα πλήρους εξυπηρέτησης του πελάτη
- -Ασφάλεια: Η εκπαίδευση των εργαζομένων και η προθυμία τους να επιδεικνύουν στην εξυπηρέτηση πελατών
- -Ακρίβεια: εκτέλεση της υπηρεσίας σωστά με την πρώτη φορά
- -Μοναδικότητα: εξατομικευμένες υπηρεσίες σε κάθε πελάτη, αντιμετωπίζοντάς τον ως μια ξεχωριστή και μοναδική οντότητα.

Οι διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών είναι οι εξής (Evans&Lindsay, 1996, Λαζάρου 2006):

- Χρόνος: αναμονή του πελάτη για την έναρξη και την ολοκλήρωση της υπηρεσίας
- Εγκαιρότητα: Η διάθεση της υπηρεσίας την κατάλληλη στιγμή
- Πληρότητα: Κάλυψη όλων των μονάδων/ υπηρεσιών που ζητήθηκαν
- Ευγένεια: χαρακτηριστικό του προσωπικού που παρέχει την υπηρεσία
- Συνέπεια: Ομοιόμορφη εξυπηρέτηση για κάθε πελάτη, κάθε φορά
- Προσβασιμότητα και ευκολία: Εύκολη πρόσβαση στην υπηρεσία από όλους
- Ακρίβεια: Σωστή παροχή της υπηρεσίας από την πρώτη φορά
- Ανταπόκριση: Άμεση επίλυση έκτακτων περιστατικών

### **4.3 Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας-Ιστορική αναδρομή**

Αν και ο βιομηχανικός τομέας χρησιμοποιεί στατιστικές μεθόδους διασφάλισης ποιότητας από τη δεκαετία του 1930, στα τέλη της δεκαετίας του 1970 η διασφάλιση της ποιότητας της υγείας ήταν πιο ακαδημαϊκής φύσης. Ο Avedis Donabedian ήταν ο πρώτος που κοίταξε πίσω στην έρευνα από το 1954 έως το 1984, τεκμηριώνοντας προηγούμενες προσπάθειες και αναπτύσσοντας ένα πλαίσιο διασφάλισης ποιότητας στο τρίπτυχο «Σωστή δομή, καλή διαδικασία και καλά αποτελέσματα». Ωστόσο, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποδεικνύεται από την αρχαιότητα με το κλασικό παράδειγμα του όρκου του Ιπποκράτη, που είναι καλή πρακτική, ήθος και ηθικής.

Στους επόμενους αιώνες, οι απαρχές του Ιπποκράτη δεν αναπτύχθηκαν, κυρίως επειδή η υγεία θεωρήθηκε ως μέσο φιλανθρωπίας για την Εκκλησία και τους αντίστοιχους αυτοκράτορες. Το 1858, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, η νοσοκόμα Florence Nightingale προσπάθησε να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου βασισμένο στη θνησιμότητα των νοσηλευόμενων ασθενών, παρά την αντίσταση που συνάντησε.

Το 1908, ο Dr Groves διεξήγαγε μια σειρά μελετών που συνδέουν την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης με τη θνησιμότητα. Στη συνέχεια, ο χειρουργός του νοσοκομείου της Μασαχουσέτης, Ernest Avery Codman, ήταν ο πρώτος 21 που έκανε παρακολούθηση ασθενών μετά από ιατρικές διαδικασίες και αξιολογήσεις τελικών αποτελεσμάτων .

Ακολούθησε ο Flexner, ο οποίος πρότεινε την εισαγωγή λειτουργικών προτύπων για τις ιατρικές σχολές, αναγνωρίζοντας την επίδραση του επιπέδου της ιατρικής εκπαίδευσης στο επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης. Το 1918, το πρόγραμμα τυποποίησης νοσοκομείων εισήχθη από το Αμερικανικό Κολλέγιο Χειρουργών, τον πρόδρομο της Μικτής Επιτροπής για τη Διαπίστευση Νοσοκομείων που ιδρύθηκε το 1952. Στις δεκαετίες του 1960 και του 1970, η υποχρεωτική ποιότητα των νοσοκομείων, ως διαπιστευμένων νοσοκομείων από τη Μικτή Επιτροπή Διαπίστευσης, έγινε υποχρεωτική.

Η εισαγωγή μέτρων για την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας θεωρείται επανάσταση στον τομέα της υγείας.

#### **4.4 Χαρακτηριστικά Υπηρεσιών Υγείας**

Η παροχή υπηρεσιών υγείας έχει μια σειρά από ιδιαιτερότητες που διαμορφώνουν τις ποιοτικές απαιτήσεις αυτών των υπηρεσιών αντίστοιχα. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι: (Patton, 1999)

- Η εξατομικευμένη φύση της υπηρεσίας. Κάθε ασθενής θα λάβει διαφορετικές ιατρικές υπηρεσίες λόγω της μοναδικότητας του ατόμου, των αναγκών και των δυνατοτήτων θεραπείας
- Η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, που δεν μπορεί να εκτιμήσει τη σοβαρότητα της κατάστασης του

- Η επιθυμία των ασθενών να έχουν πρόσβαση σε περισσότερο ανθρώπινες δομές υγείας, όπου θα λάβουν κατανόηση, ψυχολογική υποστήριξη και καλή φροντίδα
- Αδυναμία μέτρησης της απόδοσης με δείκτες αντοχής, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Λόγω έλλειψης γνώσεων, οι ασθενείς δεν μπορούν να αξιολογήσουν το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης της νοσοκομειακής μονάδας. Σε αντίθεση με το βιομηχανικό κλάδο όπου έχουμε μια ενιαία πυραμίδα εξουσίας, η διαχείριση των μονάδων υγείας έχει δύο γραμμές εξουσίας, διοικητική και ιατρική.

Ο πιο κλασικός ορισμός της ποιότητας υγείας δίνεται από τον Avedis Donabedian (1980, 1986, 1988) και αναφέρει ότι «Αυτό το είδος φροντίδας θα μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα οφέλη και τις απώλειες που περιλαμβάνει η φροντίδα σε όλα της τα σημεία».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1993) δηλώνει ότι η ποιοτική φροντίδα πρέπει να χαρακτηρίζεται από: Υψηλό επίπεδο επαγγελματικής αριστείας, Ικανοποίηση ασθενών, Αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων, Μειωμένος κίνδυνος για τους ασθενείς, Θετικό αντίκτυπο στην υγεία του ασθενούς.

Το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (2003), δήλωσε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας σημαίνει «παροχή της καλύτερης φροντίδας στους ασθενείς», δηλαδή παροχή των υπηρεσιών που χρειάζονται σε όσους έχουν ανάγκη τη σωστή στιγμή και με τον σωστό τρόπο, διασφαλίζοντας τα μέγιστα αποτελέσματα . Από διαχειριστική άποψη, αυτό σημαίνει φροντίδα με το χαμηλότερο κόστος και με την αποτελεσματικότητα της ορθολογικής κατανομής περιορισμένων πόρων. Από την οπτική γωνία ενός ασθενούς, αυτό σημαίνει ότι μπορεί να επιλέξει και να αποκτήσει πρόσβαση στις σωστές υπηρεσίες την κατάλληλη στιγμή. Σαφώς, η έννοια της ποιότητας επηρεάζεται από την οπτική γωνία κάθε ενδιαφερόμενου μέλους (εσωτερικού ή εξωτερικού πελάτη).

Οι διαστάσεις της παρεχόμενης φροντίδας είναι οι εξής:

- Τεχνικός Τομέας (technical, science of medicine). Αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για τον αποτελεσματικό χειρισμό οποιουδήποτε γεγονότος

- Διαπροσωπικό Τμήμα (interpersonal, art of medicine). Αναφέρεται στην ψυχολογική διάσταση της θεραπείας των ασθενών από γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, τη στάση τους απέναντι στους ασθενείς, η οποία καθορίζεται από την επαγγελματική τους ηθική, την κοινωνική ηθική και τις προσδοκίες των ασθενών
- Ξενοδοχειακές υποδομές. Αναφέρεται στις εγκαταστάσεις, τους χώρους, τα περιβάλλοντα και τις ανέσεις που παρέχουν υπηρεσίες.

#### 4.5 Η ανάγκη για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας

Οι κρίσεις αποτελεσματικότητας, το αυξανόμενο κόστος και η αυξανόμενη ζήτηση των πολιτών για καλύτερη θεραπεία, πληροφόρηση και διαχείριση προβλημάτων υγείας έχουν οδηγήσει στην ανάγκη προσανατολισμού της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην ποιότητα.(Clark, 1997)

Η ικανοποιητική απόδοση των νοσοκομείων όσον αφορά την αποτελεσματική θεραπεία αλλά και την παροχή ενός ευχάριστου νοσοκομειακού περιβάλλοντος αποτελεί μείζονα πρόκληση. Τα συνήθη προβλήματα που παρατηρούνται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι τα εξής:

- Υποχρήση της υγειονομικής περίθαλψης (Underuse of Healthcare): Η ελλιπής χρήση όλων των διαθέσιμων θεραπειών από επαγγελματίες υγείας μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα υγείας των ασθενών.
- Υπερβολική χρήση ιατρικών υπηρεσιών (Overuse of Healthcare): Υπερβολή στη χρησιμοποίηση φαρμάκων και στην εκτέλεση υπερβολικών πρόσθετων εργαστηριακών εξετάσεων από τους θεραπευτές, με αποτέλεσμα υπέρογκο κόστος θεραπείας.
- Κατάχρηση ιατρικών υπηρεσιών (malpractice): Η εσφαλμένη διάγνωση ή η καθυστερημένη νοσηλεία μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ζωής
- Διαφοροποίηση (variation) στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η προσέγγιση των γιατρών σε όλο τον κόσμο ως προς τα μέσα θεραπείας που διαθέτουν ποικίλοι.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

### 5.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης ή αλλιώς «Η Ευαγγελίστρια» είναι ΝΠΔΔ υπαγόμενο και ελεγχόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το νοσοκομείο ολοκληρώθηκε ύστερα από δωρεές των Απόδημων Αρκάδων της Αμερικής και ξεκίνησε να λειτουργεί στις 22 Μαρτίου του 1951, από τις Ελληνικές Ένοπλες Δυνάμεις, έπειτα από υπογραφή σύμβασης λειτουργίας ως στρατιωτικό νοσοκομείο.



**Εικόνα 2:** Το Νοσοκομείο της Τρίπολης το 1950 (Παναρκαδικό Νοσοκομείο)

Στις αρχές του 1952, το κτήριο του 411ΓΣΝ παραχώρησε χώρο για ανάπτυξη 50 κλινών, στο οποίο ξεκίνησε η λειτουργία του Παναρκαδικού Νοσοκομείου «Η Ευαγγελίστρια». (Σακελλάριου Σ.,2007)



Ύστερα από την ένταξη του νοσοκομείου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, η οποία καθιερώθηκε με τον νόμο 1397/83 και την Υπουργική Απόφαση Α3β/14154/9-1-1987, ξεκίνησαν να λειτουργούν 3 τμήματα, Ιατρικό Νοσηλευτικό και Διοικητικό. Στα μέσα Μαΐου του 1987, ιδρύθηκε η «Μέση Τεχνική Επαγγελματική Σχολή Αδερφών Νοσοκόμων», η οποία ξεκίνησε να λειτουργεί εντός του Κτηριακού Συγκροτήματος. Η σχολή αυτή ήταν διετούς φοίτησης και συνήθως δεχόταν 35 φοιτητές, ενώ στην ουσία υπαγόταν στο Διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Τα τελευταία 15 χρόνια, ύστερα από την παροχή οικονομικής βοήθειας των ομογενών Ελλήνων, ξεκίνησε η λειτουργία μονάδων Εντατικής θεραπείας, Μικροβιολογικό Τμήμα, Τεχνητού νεφρού, αξονικός τομογράφος, αιμοδοσία κλπ.

Λίγους μήνες μετά, τον Αύγουστο του 1987, το νοσοκομείο αναβαθμίστηκε σε Περιφερειακό από Νομαρχιακό. Περιφερειακά νοσοκομεία στην Ελλάδα εκείνη την εποχή υπήρχαν μόνο 2, αυτό και το Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου.



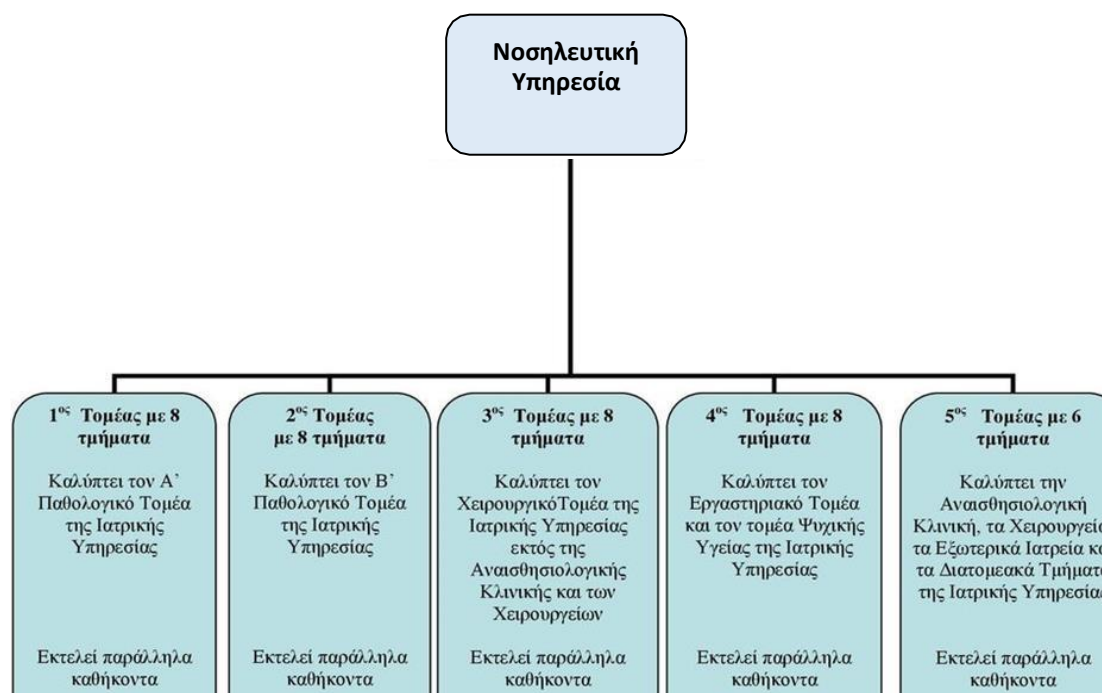
Παναρκαδικό Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης  
**Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ**

**Εικόνα 3:** Λογότυπο Παναρκαδικού Νοσοκομείου (Παναρκαδικό Νοσοκομείο)

## 5.2 ΣΚΟΠΟΣ

Σύμφωνα με τους γενικούς κανόνες του «Εθνικού Συστήματος Υγείας», σκοπός του Νοσοκομείου είναι να παρέχει τόσο πρωτοβάθμια όσο και δευτεροβάθμια περίθαλψη, με ίσους όρους για τον κάθε πολίτη, δηλαδή ανεξάρτητα με την οικονομική, την κοινωνική και την επαγγελματική κατάσταση. Επίσης, σκοπεύει στην ανάπτυξη της ιατρικής έρευνας σε μεγάλο βαθμό. Τέλος, οι γιατροί και οι διάφοροι λειτουργοί υγείας θα πρέπει να βρίσκονται σε μία διαδικασία διαρκούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης. (Σακελλάριου Σ.,2007)

## 5.3 ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ



**Εικόνα 4:** Το οργανόγραμμα του νοσοκομείου (Παναρκαδικό Νοσοκομείο)

## 5.4 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Πλέον το Γενικό νοσοκομείο Τρίπολης, περιλαμβάνει περίπου 200 κλίνες και λειτουργεί όλο το 24ωρο, ενώ ταυτόχρονα έχει και εφημερίες όλες τις ώρες και ημέρες. Τα περιστατικά τα οποία δέχεται δεν είναι μόνο από την Νομό, αλλά και από

τα υπόλοιπα μέρη του Νομού Πελοποννήσου, ενώ ταυτόχρονα παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, σε μεγάλο αριθμό ασθενών. Το νοσοκομείο συνεχίζει να είναι περιφερειακή εμβέλεια, με 5 Κέντρα Υγείας, αυτά του Λεωνιδίου, της Μεγαλόπολης, των Τροπαίων, του Άστρους και της Δημητσάνας, με 39 Περιφερειακά Ιατρεία.

## **5.5 ΥΠΟΔΟΜΕΣ**

Το νοσοκομείο περικλείεται από ένα πάρκο και βρίσκεται λίγα χιλιόμετρα έξω από την πόλη. Περιλαμβάνει τρία κτήρια, το παλιό (το οποίο περιλαμβάνει και το στρατιωτικό νοσοκομείο) και το καινούργιο (κυρίως για τραυματίες, επείγοντα περιστατικά και τη νευροχειρουργική), τα οποία χρησιμοποιούνται για την περίθαλψη και το τρίτο το οποίο περιλαμβάνει κυρίως διοικητικές λειτουργίες. (Σακελλάριου Σ.,2007)

## **5.6 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ**

Από το Επιχειρησιακό Σχέδιο του Νοσοκομείου παρουσιάζεται την σύνθεση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος στην ανάλυση SWOT που ακολουθεί:

### **5.6.1 Πλεονεκτήματα**

- Είναι σημείο αναφοράς στα όρια του ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου (6η ΥΠΕ Πελοποννήσου — Ηπείρου - Ιονίων νήσων και Δυτικής Στερεάς)
- Έχει εύκολη προσβασιμότητα λόγω της κεντρικής γεωγραφικής του θέσης
- Διαθέτει έμπειρο προσωπικό με υψηλή παραγωγικότητα
- Υπάρχει σημαντικό εύρος παρεχόμενων υπηρεσιών, μέρος των οποίων παρέχονται αποκλειστικά στα όρια του ΠεΣΥΠ Πελοποννήσου ( 6η ΥΠΕ Πελοποννήσου - Ηπείρου - Ιονίων νήσων και Δυτικής Στερεάς )

### **5.6.2. Αδυναμίες**

- Ανεπάρκεια των σύγχρονων υποδομών και χρήσιμου εξοπλισμού σε πολλούς τομείς του Νοσοκομείου

- Σημαντικές ελλείψεις σε οργανωτικά συστήματα του νοσοκομείου
- Αδυναμία εξεύρεσης προσωπικού όλων των ειδικοτήτων, σε συνδυασμό με την ρευστότητά του
- Ελλιπή εκπαιδευτικά προγράμματα για την συνεχή κατάρτιση αλλά και ενημέρωση του προσωπικού
- Ανεπαρκή συστήματα αξιολόγησης
- Έχει μικρό βαθμό στην αξιοποίηση της έρευνας (Σακελλάριου Σ.,2007)

### 5.6.3. Ευκαιρίες

- Η αναβάθμιση του ρόλου του Νοσοκομείου στο χώρο του ΠεΣΥΓΙ Πελ/σου
- Δυνατότητες για χωροταξική επέκταση του Νοσοκομείου
- Ανάπτυξη νέων τμημάτων αλλά και ιατρικών ειδικοτήτων και διεύρυνση των υπηρεσιών που παρέχονται
- Εξεύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης μέσω Γ' ΚΠΣ
- Δυνατότητες νέου νοσοκομειακού μανάτζμεντ στο να εισάγει διάφορες νέες και σύγχρονες μεθόδους στη διοίκηση και την οργάνωση
- Αξιοποίηση της ακίνητης περιουσίας.

### 5.6.4 Κίνδυνοι

- Αύξηση των προσδοκιών από τους ασθενείς
- Δυσκολίες στην εξεύρεση εξειδικευμένου και εκπαιδευμένου προσωπικού.
- Μετακινήσεις του υφιστάμενου προσωπικού σε άλλα Δημόσια και ιδιωτικά Νοσοκομεία των αστικών περιοχών.
- Μετακινήσεις των ασθενών σε διάφορα άλλα Νοσοκομεία των αστικών περιοχών.
- Οι γρήγορες τεχνολογικές αλλαγές τόσο στον εξοπλισμό όσο και τον τρόπο αντιμετώπισης των περιστατικών που προκύπτουν.
- Καθυστερημένη χρηματοδότηση λόγω διαφόρων γραφειοκρατικών δυσκολιών Γ' ΚΠΣ" (Σακελλάριου Σ.,2007)

## 5.7 ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Ο Νόμος 2889/2001 «Υγεία για τους Πολίτες» προέβλεπε τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σε περιφερειακό επίπεδο, που εγγυώνται ένα πλήρες πακέτο υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Ένα τέτοιο σύστημα δεν μπορεί να λειτουργήσει σε νοσοκομειακό επίπεδο χωρίς την παρουσία μιας κεντρικής οντότητας αναφοράς, δηλαδή ενός νοσοκομείου που παρέχει άμεσες υπηρεσίες υγείας στους πολίτες του νομού του, αλλά ταυτόχρονα υποστηρίζει τις δραστηριότητες άλλων νοσοκομείων της περιοχής για τις πιο εξειδικευμένες ή σοβαρές περιπτώσεις.

Το Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης είναι αναμφίβολα ο καταλληλότερος φορέας για να ανταποκριθεί σε αυτόν τον ρόλο. Η κεντρική τοποθεσία της Τρίπολης, σε κοντινή απόσταση από όλα τα άλλα νομαρχιακά κέντρα, η αξία του ιατρικού προσωπικού και όλου του ανθρώπινου δυναμικού, οι προσπάθειες και τα έργα εκσυγχρονισμού των τελευταίων ετών, καθιστούν το Παναρκαδικό Νοσοκομείο μια συναρπαστική επιλογή για να γίνει η «καρδιά» του νοσοκομειακού συστήματος της Πελοποννήσου. (Σακελλάριου Σ.,2007)

Σήμερα, τα κύρια προβλήματα του Νοσοκομείου όπως προαναφέρθηκε , αφορούν θέματα ανακαίνισης και εκσυγχρονισμού, όπως επίσης και στην αντιμετώπιση των ελλείψεων στα διάφορα τμήματα, τα οποία θα αναλύσουμε και παρακάτω.

1. Οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών απέχουν από ορισμένες απόψεις από τα σημερινά πρότυπα των σύγχρονων νοσοκομείων (π.χ. οι θάλαμοι δεν έχουν δικές τους εγκαταστάσεις υγιεινής, έλλειψη κλιματισμού κ.λπ.).
2. Οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων δεν αντιστοιχούν σε πολλούς χώρους με τα πιο πρόσφατα πρότυπα (για παράδειγμα, έλλειψη επαρκών χώρων εργασίας, αποδυτηρίων, τουαλετών κ.λπ.).
3. Δεν υπάρχει πλήρης ενημέρωση και επέκταση των κύριων ενοτήτων Διαγνωστικά και Θεραπευτικά, όπως:
  - Το Συγκρότημα Χειρουργείων
  - Τα Διαγνωστικά Εργαστήρια (in vitro)

- Τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
  - Το Συγκρότημα Μαιεύσεων
4. Σε αρκετά κακή κατάσταση βρίσκονται κάποια σημαντικά τμήματα της κτιριακής υποδομής, όπως για παράδειγμα:
- Η Αιμοδοσία
  - Η Κεντρική Αποστείρωση
  - Το Μαγειρείο
  - Το Πλυντήριο
  - Το Νεκροτομείο
  - Η Κεντρική Είσοδος και
  - Το Φαρμακείο

### 5.7.1 Ελλείψεις

Ίσως το σημαντικότερο πρόβλημα αρκετών νοσοκομείων στη χώρα μας είναι η έλλειψη ορισμένων τμημάτων, με αποτέλεσμα μεγάλο μέρος των ασθενών και έχει την ανάγκη μεταφοράς σε άλλες κλινικές του λεκανοπεδίου.

Τα τμήματα αυτά περιελάμβαναν τα εξής:

- Ακτινοθεραπευτικό
- Πυρηνικής Ιατρικής
- Αυτοτελή Μονάδα εντατικής θεραπείας Καρδιοπαθών
- Ενδοσκοπήσεων
- Υπέρτασης
- Απολύμανσης
- Βιβλιοθήκη
- Ιατρικό Αρχείο
- Τμήμα Διαχείρισης Αποβλήτων
- Τμήμα Καθαριότητας της Κτιριακής Υποδομής
- Αιμοδυναμικό Κέντρο
- Ψυχιατρικός Κλάδος

Γενικότερα, οι βασικότεροι στόχοι της Διοίκησης του Νοσοκομείου εμπεριέχουν:

- Αναβάθμιση του κύρους, της αξιοπιστίας αλλά και της αποδοχής του ως Γενικό Νοσοκομείο αναφοράς για την Περιφέρεια Πελοποννήσου.
- Δημιουργία διαφόρων νέων τμημάτων αλλά και υπηρεσιών.
- Η Αναβάθμιση του ογκολογικού τμήματος και η ανάπτυξη συναφών υπηρεσιών για τη δημιουργία Ογκολογικού Κέντρου.
- Βελτίωση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του Νοσοκομείου. (Σακελλάριου Σ.,2007)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΔΑΠΑΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝ ΜΕΣΩ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ**

### **6.1. Υπουργείο υγείας - ΕΣΥ 2021 προϋπολογισμός**

Σε σύγκριση με το 2019, το Υπουργείο Υγείας δαπάνησε 788 εκατ. ευρώ περισσότερα το 2020 (αύξηση περίπου 20%). Σχεδόν όλη η αύξηση (786 εκατ. ευρώ) οφείλεται σε δαπάνες που σχετίζονται με τη θεραπεία του κορωνοϊού. Να σημειωθεί ότι το 2019 οι δαπάνες του υπουργείου Υγείας αυξήθηκαν από 3,849 δισ. ευρώ το 2018 σε 4,041 δισ. ευρώ.

Οι τακτικές δαπάνες, εξαιρουμένου του κορωνοϊού, αναμένεται να αυξηθούν από 4.043 εκατομμύρια ευρώ το 2020 σε 4.126 εκατομμύρια ευρώ το 2021. Επιπλέον, 131 εκατομμύρια ευρώ έχουν προβλεφθεί για αποζημίωση του ιατρικού προσωπικού έκτακτης ανάγκης το 2020 για τη διαχείριση του κορωνοϊού.

Λόγω του πολύ υψηλού και απρόβλεπτου κόστους του κορωνοϊού, έχει διατεθεί επιπλέον ειδικό αποθεματικό για τον κορωνοϊό (3 δισ. ευρώ), το οποίο θα διαθέσει κονδύλια για ανάγκες υγείας με βάση το κόστος των μέτρων οικονομικής στήριξης για νοικοκυριά και επιχειρήσεις. (Υπουργείο Οικονομικών, 2021)

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι για τις συνήθεις δαπάνες σε νοσοκομεία και μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναμένεται περαιτέρω αύξηση στα 3,488 δισ. ευρώ το 2021, έναντι 3,153 δισ. ευρώ το 2020 και 2,923 δισ. ευρώ το 2019.

Σε ό,τι αφορά τη διάθεση δαπανών για τον κορωνοϊό το 2020, από 786 εκατ. ευρώ υπολογίζεται ότι έχουν διατεθεί περίπου 200 εκατ. ευρώ για αμοιβές έκτακτου και βοηθητικού προσωπικού, 293 εκατ. ευρώ για ενίσχυση του ΕΟΠΥΥ και 293 εκατ. ευρώ για εξοπλισμό, προμήθεια υγειονομικού υλικού και αντιδραστηρίων. (Υπουργείο Οικονομικών, 2021)



## 6.2 Προσχέδιο κρατικού προϋπολογισμού 2022

Οι πρόσθετες δαπάνες για την υγεία έκτακτης ανάγκης για το τρέχον έτος (2021) ανέρχονται σε 468 εκατομμύρια ευρώ, ενώ οι συνολικές δαπάνες για την αντιμετώπιση της πανδημίας είναι 1,329 δισεκατομμύρια ευρώ.

Το Υπουργείο Υγείας διέθεσε 268 εκατ. ευρώ επιπλέον του προϋπολογισμού των 85 εκατ. ευρώ για πρόσθετες δαπάνες έκτακτης ανάγκης λόγω της πανδημίας, φτάνοντας τα 353 εκατ. ευρώ.

Οι πρόσθετες δαπάνες έκτακτης ανάγκης λόγω της πανδημίας σε φορείς της κεντρικής κυβέρνησης εκτός του Υπουργείου Υγείας αυξήθηκαν από 42 εκατ. ευρώ σε 115 εκατ. ευρώ (αύξηση 73 εκατ. ευρώ).

Μεταξύ άλλων, τα παραπάνω σημειώνονται στο πρώτο σχέδιο του προϋπολογισμού του 2022. Επιπλέον, το έλλειμμα στα νοσοκομεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα φτάσει τα 191 εκατ. ευρώ, επιδεινούμενο κατά 72 εκατ. ευρώ σε σχέση με την πρόβλεψη για το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στήριξης. (Υπουργείο Οικονομικών, 2021)

Ειδικότερα, τα έσοδα αναμένεται να αυξηθούν κατά 239 εκατ. ευρώ, αντανακλώντας κυρίως τις υψηλότερες μεταφορές από τον τακτικό προϋπολογισμό και τα προγράμματα δημοσίων επενδύσεων για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19.

Οι αναμενόμενες δαπάνες που αφορούν τα νοσοκομεία της χώρας αλλά και την πρωτοβάθμια φροντίδα θα αυξηθούν κατά 312 εκατ. ευρώ, αντίστοιχα, κυρίως λόγω των υψηλότερων δαπανών για την πρόληψη, την παρακολούθηση της υγείας και τα μέτρα περιορισμού της εξάπλωσης του κορωνοϊού.

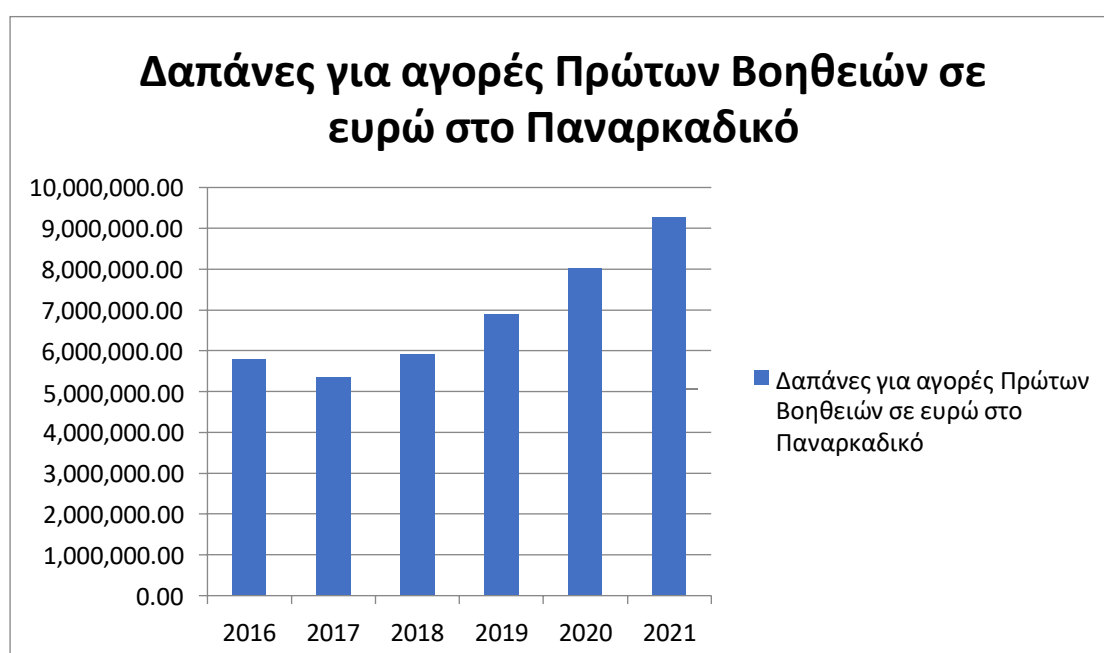
Τα νοσοκομεία και η πρωτοβάθμια περίθαλψη θα έχουν έλλειμμα 220 εκατ. ευρώ έως το 2022, επιδείνωση 141 εκατ. ευρώ σε σύγκριση με την πρόβλεψη στο Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στήριξης.

Ειδικότερα, τα έσοδα αναμένεται να μειωθούν κατά 16 εκατ. ευρώ, κυρίως λόγω της αναμενόμενης μείωσης των λοιπών εσόδων για τις οντότητες αυτές.

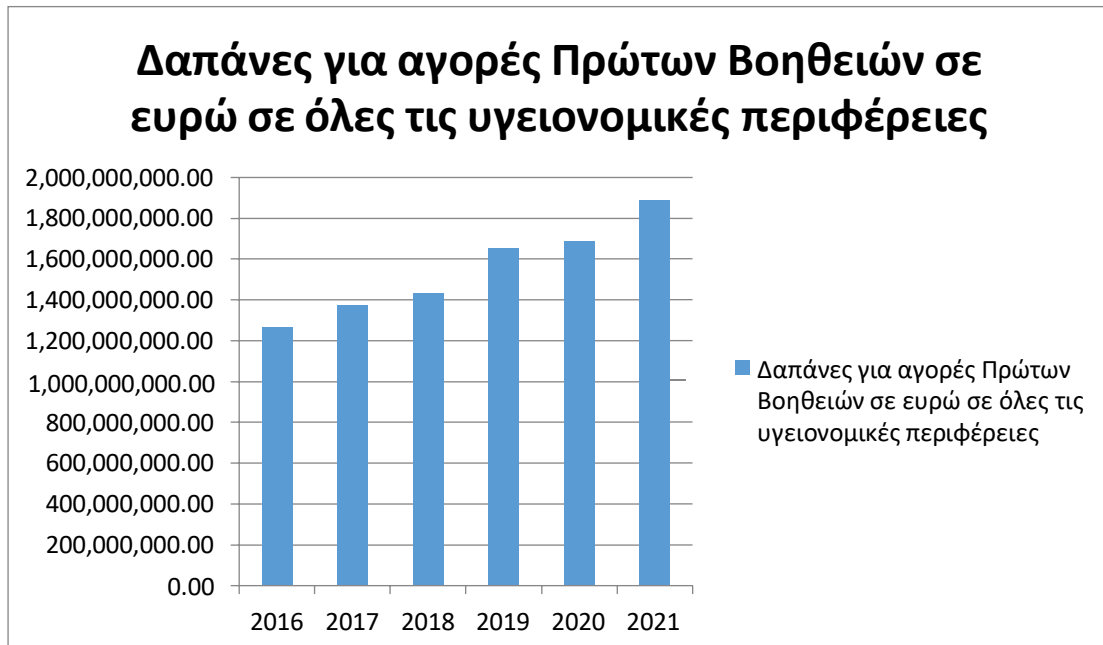
Οι δαπάνες αναμένεται να αυξηθούν κατά 125 εκατομμύρια δολάρια, αντανακλώντας τόσο τις αυξήσεις στα φάρμακα όσο και το κόστος αγοράς αγαθών και υπηρεσιών, καθώς και υψηλότερους μισθούς για το προσωπικό υποστήριξης που προσλαμβάνεται για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19.(Υπουργείο Οικονομικών, 2021)

### 6.3 Τα ποσά δαπανών για το Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης και για το σύνολο των υγειονομικών περιφερειών της χώρας

Στα παρακάτω γραφήματα θα παρουσιαστούν ορισμένα ποσά δαπανών που αφορούν το Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης την χρονική περίοδο από το 2016 έως το 2021 καθώς και τα συνολικά ποσά για τις ίδιες κατηγορίες δαπανών την ίδια χρονική περίοδο για όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας .

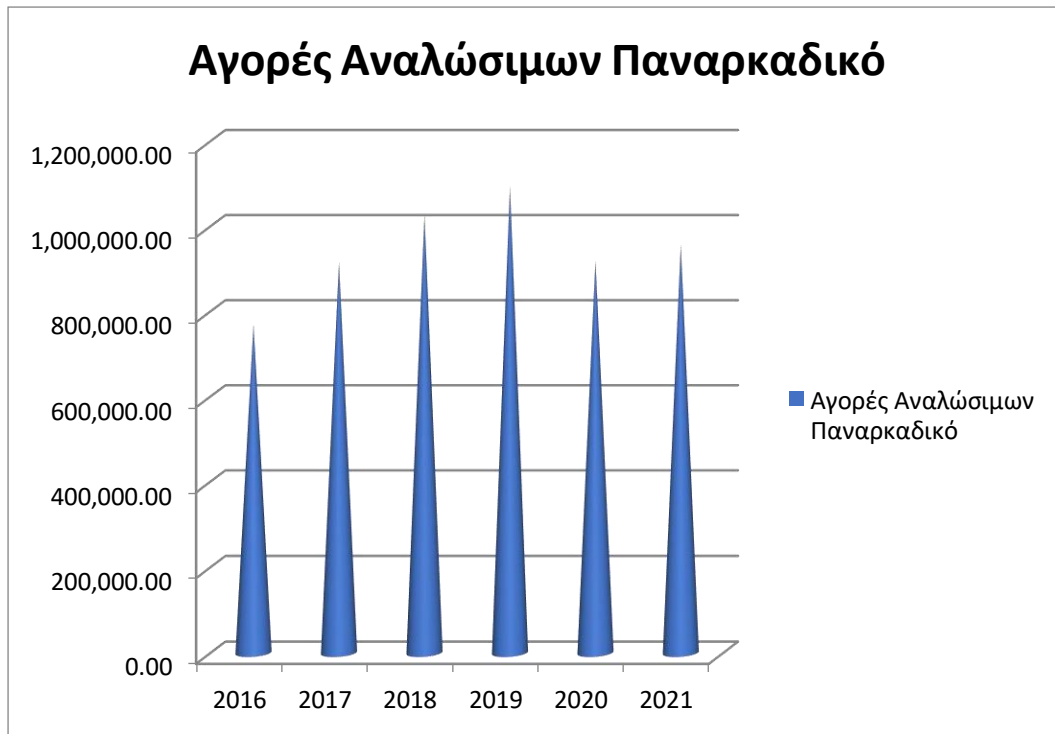


**Διάγραμμα 8:** Δαπάνες πρώτων βοηθειών Παναρκαδικού(Υπουργείο Οικονομικών,2016-2021)

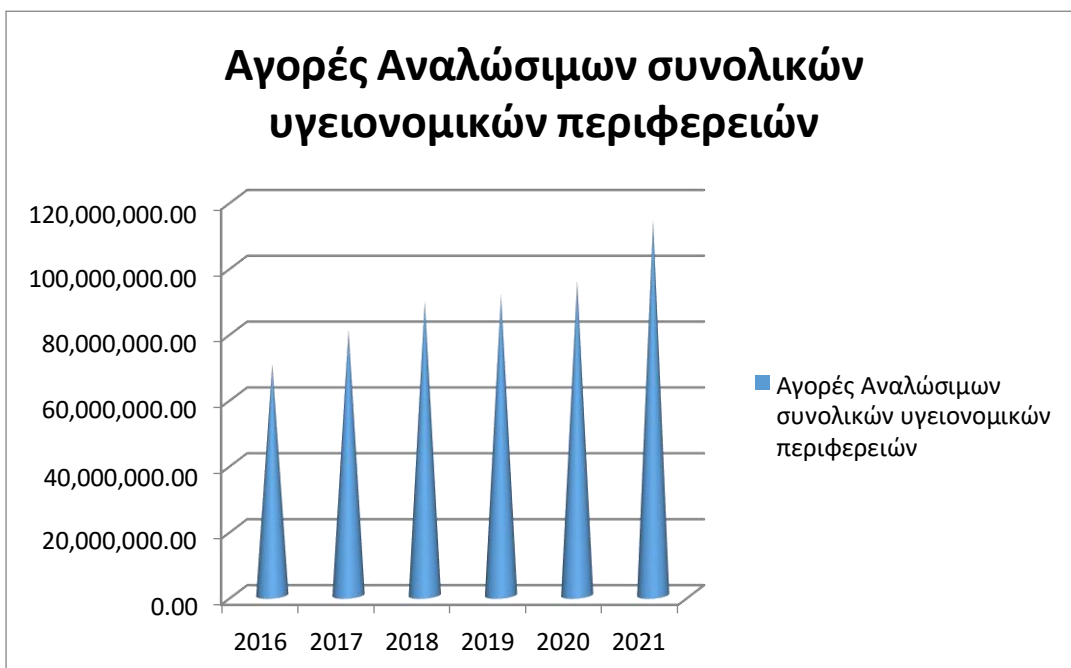


**Διάγραμμα 9:** Δαπάνες Πρώτων Βοηθειών των υγειονομικών περιφερειών (Υπουργείο Οικονομικών, 2016-2021)

Οι δαπάνες που αφορούν τις αγορές των πρώτων βοηθειών (φάρμακα, υγειονομικό υλικό, ορθοπεδικό υλικό) παρουσιάζουν αυξητική τάση και για τα δύο διαγράμματα 8,9. Συγκεκριμένα για το διάγραμμα 8, παρατηρούμε πως από την έναρξη της πανδημίας το 2019 έως το 2021 το ποσοστό των δαπανών αυξήθηκε κατά 34,63%, ενώ για το διάστημα από το 2020 έως το 2021 κατά 15,6%. Επίσης στο διάγραμμα 9, συνολικά στις περιφέρειες από το 2019 έως το 2020 είχαμε μια πολύ μικρή αύξηση κατά 1,88% αντίθετα το 2021 παρουσιάζεται στο σύνολο της επικράτειας αύξηση των δαπανών κατά 14,2% από την αρχή της πανδημίας.



**Διάγραμμα 10:** Αγορές Αναλώσιμων Παναρκαδικού(Υπουργείο Οικονομικών,2016-2021)



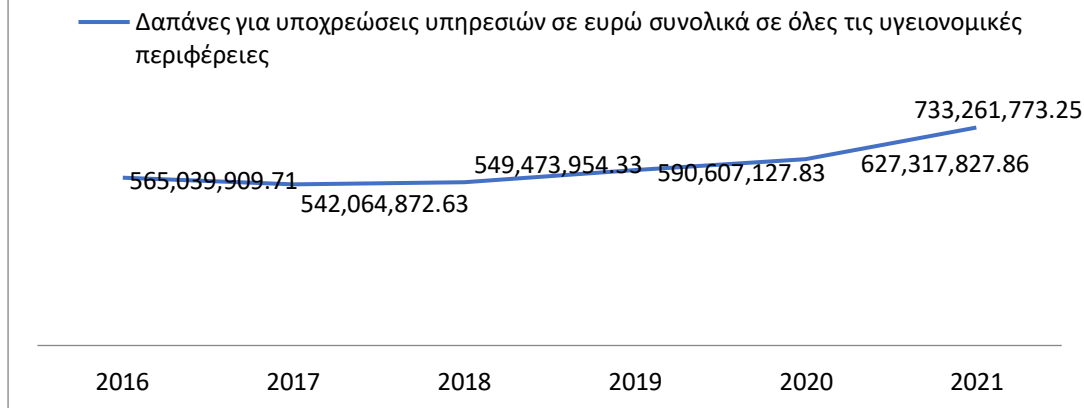
**Διάγραμμα 11:** Αγορές Αναλώσιμων Υγειονομικών Περιφερειών(Υπουργείο Οικονομικών,2016-2021)

Οι αγορές αναλώσιμων σχετίζονται με τα αέρια και τα καύσιμα. Το Παναρκαδικό νοσοκομείο αγοράζει μόνο καύσιμα. Στο διάγραμμα 10, παρατηρείται μείωση των δαπανών στην αγορά αναλώσιμων από το 2019 έως 2021 για το Παναρκαδικό κατά 12,52%. σε αντίθεση, στο διάγραμμα 11 παρατηρείται συνεχής αύξηση στην αγορά αναλώσιμων κατά 24,85% στο σύνολο των νοσοκομείων της επικράτειας.



**Διάγραμμα 12:** Δαπάνες για υποχρεώσεις υπηρεσιών Παναρκαδικό (Υπουργείο Οικονομικών, 2016-2021)

## Δαπάνες για υποχρεώσεις υπηρεσιών σε ευρώ συνολικά σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες



**Διάγραμμα 13:** Δαπάνες για υποχρεώσεις υπηρεσιών σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες (Υπουργείο Οικονομικών, 2016-2021)

Οι υποχρεώσεις υπηρεσιών στα νοσοκομεία αφορούν δαπάνες που σχετίζονται με τις μισθοδοσίες (αμοιβές επικουρικού, πρόσθετες αμοιβές), την ασφάλεια, την καθαριότητα και την εστίαση. Για το Παναρκαδικό νοσοκομείο σύμφωνα με το διάγραμμα 12, από το 2017 έως το 2019 παρατηρείται μια σταδιακή αύξηση κατά 1,55% για την χρονική περίοδο από το 2017 έως το 2018, κατά 2,53% για την χρονική περίοδο από το 2018 έως το 2019. Σημαντική αύξηση παρουσιάζουν οι δαπάνες για την χρονική περίοδο από το 2019 έως το 2020 κατά 25,41%. Στο διάγραμμα 13 βλέπουμε για το σύνολο των υγειονομικών περιφερειών μια μικρή αύξηση των εν λόγω δαπανών για τα έτη 2017, 2018, 2019. Ιδιαίτερη σημασία έχει η αύξηση των δαπανών για την χρονική περίοδο που αφορά πριν και μετά την πανδημία στο σύνολο των νοσοκομείων της επικράτειας κατά 24,15%.

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΥΓΙΕΙΝΟΛΟΓΟΥ**

Ο ρόλος του υγεινολόγου στην σημερινή απειλή που δέχεται το σύστημα υγείας από την πανδημία εμφανίζει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα. Αρχικά, ο υγεινολόγος υπηρετεί το σύστημα υγείας μέσω των καθορισμένων καθηκόντων του που εκτελεί από τις δομές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τις νοσοκομειακές δομές. Στα καθήκοντα του περιλαμβάνεται ο υγειονομικός έλεγχος, ο έλεγχος για την τήρηση των κανόνων υγιεινής που σχετίζονται με την ασφάλεια των τροφίμων, την ορθή διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων, στοχεύοντας στο να διατηρήσει ένα περιβάλλον όσο το δυνατόν πιο ασφαλές τόσο για τους ασθενείς όσο και για το ίδιο το προσωπικό. Τέλος, σκοπός του υγεινολόγου είναι να προάγει την δημόσια υγεία, αντιμετωπίζοντας οποιαδήποτε απειλή για την υγεία στοχεύοντας στην πρόληψη μέσω της συνεχής ενημέρωσης και επιμόρφωσης όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας αλλά και του ευρύτερου συνόλου.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται αντιμέτωπο συνεχώς με νέες προκλήσεις. Την τελευταία δεκαετία καλούταν να αντιμετωπίσει μια σειρά δυσμενών επιπτώσεων που είχαν επιφέρει τα μέτρα λιτότητας της οικονομικής κρίσης στην χώρα . Οι νέες συνθήκες της ελληνικής οικονομίας και η μείωση τόσο των ιδιωτικών δαπανών που προέρχονταν από τα νοικοκυριά όσο και των δημοσίων δαπανών σε αρκετά μεγάλα ποσοστά, επέφερε σημαντικές αλλαγές στα ελληνικά νοσοκομεία. Σήμερα, το ελληνικό σύστημα υγείας και ιδιαίτερα τα τελευταία δύο χρόνια μάχεται με μια κρίση που αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο. Το φαινόμενο έχει ως κύριο στόχο τον ίδιο τον άνθρωπο, όχι την οικονομία και ονομάζεται κορωνοϊός. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα όπως προαναφέρθηκε έχει υποστεί αρκετές μεταρρυθμίσεις και αλλαγές ειδικά πριν την πανδημία του Covid-19. Η οικονομική κρίση επηρέασε τα δεδομένα των νοσοκομείων τόσο όλης της χώρας όσο και στο Παναρκαδικό νοσοκομείο της Τρίπολης. Η μείωση της χρηματοδότησης των δαπανών, η ελάττωση και η αναστολή προσλήψεων υγειονομικού προσωπικού, καθώς και η αδυναμία του κράτους να επιχορηγήσει τα νοσοκομεία, τόνισε σημαντικά τις αδυναμίες αυτών. Βέβαια η κρίση της πανδημίας στα νοσοκομεία δεν επέφερε τόσο σημαντικές αλλαγές στον προϋπολογισμό και την χρηματοδότηση όσο η οικονομική κρίση. Παρόλο που τα νοσοκομεία χρειάστηκαν έκτακτα να δημιουργήσουν δωμάτια αρνητικής πίεσης για τους ασθενείς με covid-19 δεν αποτέλεσε πλήγμα για το νοσοκομείο αφού μειώθηκαν άλλα λειτουργικά έξοδα που αφορούσαν τα χειρουργεία και του αναλώσιμου υγειονομικού υλικού. Παρόλα αυτά, τονίστηκαν αδυναμίες σε άλλους τομείς διότι απαιτήθηκαν περισσότερα μέτρα ατομικής προστασίας (μάσκες, γάντια) και μεγαλύτερες ποσότητες οξυγόνου για τους ασθενείς. Όπως παρατηρήθηκε από τα διαγράμματα 9,11 και 13 οι δαπάνες υγείας έχουν εμφανίσει αυξητική τάση κατά την έναρξη και την διάρκεια της πανδημίας στο σύνολο των υγειονομικών περιφερειών της χώρας . Η αυξητική αυτή τάση επηρέασε



και το Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης. Συγκεκριμένα από τα διαγράμματα 8,10 και 12 παρατηρήθηκε ποσοστό αύξησης 34,63% στις δαπάνες του νοσοκομείου που αφορούν την αγορά πρώτων βοηθειών από την έναρξη της πανδημίας. Τέλος αύξηση κατά 37% στις δαπάνες για υποχρεώσεις υπηρεσιών αλλά και μείωση της τάξης του 12,52% στην αγορά αναλώσιμων παρόλο που στο σύνολο των υγειονομικών υπηρεσιών υπάρχει αυξητική τάση.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:

1. Acharya V. , Steffen S. . 2020. The risk of being a fallen angel and the corporate dash for cash in the midst of COVID. *Review of Corporate Finance Studies* 9:430–71.
2. Albuquerque R. , Koskinen Y. , Yang S. , Zhang C. . 2020. Resiliency of environmental and social stocks: an analysis of the exogenous COVID-19 market crash. *Review of Corporate Finance Studies* 9:593–621.
3. Basanta Kumara Behera, Ram Prasad, undefined Shyambhavee, Primary health-care goal and principles, *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development*, 10.1016/B978-0-323-90446-9.00008-3, (221-239), (2022).
4. Bellin SS, Geiger HJ, Gibson CD. Impact of ambulatory-health-care services on the demand for hospital beds. *N Engl J Med*. 1969 Apr 10;280(15):808–812.  
Brown, L. D. Comparing health systems in four countries: lessons for the United States. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(1): 52-56.  
<http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.1.52>
5. Brunnermeier M. , Krishnamurthy A. . 2020. The macroeconomics of corporate debt. *Review of Corporate Finance Studies* 9:656–65.
6. Carletti E. , Oliviero T. , Pagano M. , Pelizzon L. , Subrahmanyam M. . 2020. The COVID-19 shock and equity shortfall: Firm-level evidence from Italy. *Review of Corporate Finance Studies* 9:534–68.
7. Chow-Chua, C., Goh, M. Quality improvement in the healthcare industry: some evidence from Singapore. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2000; 13(5): 223-229. <http://dx.doi.org/10.1108/09526860010342725> [40]
8. Clark D. What is qualitative research and what can it contribute to palliative care? *Palliat Med*. 1997 Mar;11(2):159–166.

9. Daniela Rojatz, Peter Nowak, Ottomar Bahrs, Jürgen M. Pelikan, The Application of Salutogenesis in Primary Care, *The Handbook of Salutogenesis*, 10.1007/978-3-030-79515-3, (419-432), (2022).
10. Deber, R. B. Health care reform: lessons from Canada. *American Journal of Public Health*. 2003; 93(1): 20-24. PMID: 12511378. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.93.1.20> [42]
11. Dhalla, I. A., Guyatt, G. H., Stabile, M., Bayoumi, A. M. Broadening the base of publicly funded health care. *Canadian Medical Association Journal*. 2011; 183(5): E296-E300. <http://dx.doi.org/10.1503/CMAJ.100999> [41]
12. Donato, R., Segal, L. The economics of primary healthcare reform in Australia – towards single fundholding through development of primary care organisations. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2010; 34(6): 613-619. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1753-6405.2010.00622.x>
13. Financial Times. 2020. Pandemic crisis: Global economic recovery tracker. Accessed August 1, 2020. <https://www.ft.com/content/272354f2-f970-4ae4-a8ae-848c4baf8f4a>
14. Flood, C. M., Haugan, A. Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health Economics, Policy and Law*. 2010; 5(3): 219-341. <http://dx.doi.org/10.1017/S1744133110000046>
15. Fong, J. M. N., Tambyah, P. A. Singapore's health-care financing. *The Lancet*. 2013; 382(9907): 1779. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62541-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62541-6)
16. Freeman, R. Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*. 1998; 10(5): 395-401. <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/10.5.395> [7]

17. Ginsburg PB. The RWJF Community Snapshots Study: introduction and overview. *Health Aff (Millwood)* 1996 Summer;15(2):7–20.
18. Graig, L. A. *Health of nations: an international perspective on U.S. health care reform* (3rd ed.). Washington, DC: Congressional Quarterly. 1999.
19. Halling M. , Yu J. , Zechner J. . 2020. How did COVID-19 affect firms' access to public capital markets? *Review of Corporate Finance Studies* 9:501–33.
20. Haseltine, W. A. (2013). *Affordable excellence: The Singapore healthcare story*. Washington, DC: Brookings Institution Press.
21. Hsiao, W. C. Comparing Health Care Systems: What Nations Can Learn from One Another. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1992; 17(4): 613-636.  
<http://dx.doi.org/10.1215/03616878-17-4-613> [9]
22. Jeong, H. Health care reform and change in public–private mix of financing: a Korean case. *Health Policy*. 2005; 74(2): 133-145.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.12.017> [35]
23. Klein, R. Comparing the United States and United Kingdom: contrasts and correspondences. *Health Economics, Policy and Law*. 2012; 7(4): 385-91.  
<http://dx.doi.org/10.1017/S1744133112000199>
24. Livingston, K. Bucher, Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy, *Journal*. (2020)
25. Li L. , Strahan P. , Zhang S. . 2020. Banks as lenders of first resort: Evidence from the COVID-19 crisis. *Review of Corporate Finance Studies* 9:472–500.
26. McPake, B., Kumaranayake, L., Normand, C. E. *Health economics: An international perspective*. New York, NY: Routledge. 2002.  
<http://dx.doi.org/10.4324/9780203995242> [2]

27. Melina K. Taylor, Karen Kinder, Joe George, Andrew Bazemore, Cristina Mannie, Robert Phillips, Stefan Strydom, Felicity Goodyear-Smith, Multinational primary health care experiences from the initial wave of the COVID-19 pandemic: A qualitative analysis, *SSM - Qualitative Research in Health*, 10.1016/j.ssmqr.2022.100041, 2, (100041), (2022).
28. Ng, A. T. S., Li, J. A system dynamics model of Singapore healthcare affordability,” in S. Jain, R.R. Creasey, J. Himmelspach, K.P. White, and M. Fu, eds *Proceedings of the 2011 Winter Simulation Conference*. 2011.  
<http://dx.doi.org/10.1109/WSC.2011.6147853> [39]
29. N. Chen, M. Zhou, X. Dong, J. Qu, F. Gong, Y. Han, Y. Qiu, J. Wang, Y. Liu, Y. Wei, J. Xia, T. Yu, X. Zhang, L. Zhang  
Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study
30. Patton MQ. Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*. 1999 Dec;34(5 Pt 2):1189–1208.
31. P.J. Magin, E.T.V. Tng, Specialists and generalists in skin disease management: educational, clinical and research imperatives, *British Journal of Dermatology*, 10.1111/bjd.20575, 186, 1, (1-2), (2022).
32. Ragin CC. The distinctiveness of case-oriented research. *Health Serv Res*. 1999 Dec;34(5 Pt 2):1137–1151
33. Ramelli S. , Wagner A. . 2020. Feverish stock price reactions to COVID-19. *Review of Corporate Finance Studies* 9:622–55.
34. Reid, T. R. *The healing of America: A global quest for better, cheaper, and fairer health care*. New York, NY: Penguin Press. 2009.

35. Saltman, R. B., Figueras, J. European health care reform: Analysis of current strategies. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe. 1997.
36. Schivardi F. , Sette E. , Tabellini G. . 2020. Identifying the real effects of zombie lending. Review of Corporate Finance Studies 9:569–92.
37. Sofaer S. Qualitative methods: what are they and why use them? Health Serv Res. 1999 Dec;34(5 Pt 2):1101–1118.
38. Simonet, D. Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France. International Journal of Health Care Quality Assurance. 2010; 23(5): 470-488.  
<http://dx.doi.org/10.1108/09526861011050510> [4]
39. World Bank. 2020. Pandemic, recession: The global economy in crisis. Report, Washington, DC. <https://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>

#### ΕΛΛΗΝΙΚΗ :

40. Βενετίδης Πασχάλης. ΟΙ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΚΡΙΣΕΩΝ.[Διπλωματική Διατριβή]. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας,2021
41. Λαδοπούλου Σεραφεία-Παρασκευή. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2005 – 2014.[Διπλωματική Διατριβή]. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς;2016
42. Μπακόλα Ε., Φραδέλος Ε., Ζυγά Σ.,(2017),Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης, διαθέσιμο από: [https://www.researchgate.net/profile/Evangelos-Fradelos-2/publication/326814351\\_Health\\_care\\_reforms\\_and\\_changes\\_in\\_health\\_expenditure](https://www.researchgate.net/profile/Evangelos-Fradelos-2/publication/326814351_Health_care_reforms_and_changes_in_health_expenditure)

[\\_in\\_a\\_period\\_of\\_financial\\_crisis/links/5b6487dc0f7e9bd7ae92e0f5/Health-care-reforms-and-changes-in-health-expenditure-in-a-period-of-financial-crisis.pdf](#)

43. Σακελλάριου Σοφία. ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ ΣΤΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΡΙΠΟΛΗΣ.[Πτυχιακή Διατριβή]. Καλαμάτα,2007

44. Υπουργείο Οικονομικών, (2021) ΠΡΟΣΧΕΔΙΟ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ 2022, διαθέσιμο από:  
[https://www.minfin.gr/web/guest/proupologismos/-/asset\\_publisher/qmnb5pyzdGAQ/content/proschedio-kratikou-proupologismou-2022?inheritRedirect=false&redirect=https%3A%2F%2Fwww.minfin.gr%2Fweb%2Fguest%2Fproupologismos%3Fp\\_p\\_id%3D101\\_INSTANCE\\_qmnb5pyzdGAQ%26p\\_p\\_lifecycle%3D0%26p\\_p\\_state%3Dnormal%26p\\_p\\_mode%3Dview%26p\\_p\\_col\\_id%3Dcolumn-2%26p\\_p\\_col\\_count%3D1](https://www.minfin.gr/web/guest/proupologismos/-/asset_publisher/qmnb5pyzdGAQ/content/proschedio-kratikou-proupologismou-2022?inheritRedirect=false&redirect=https%3A%2F%2Fwww.minfin.gr%2Fweb%2Fguest%2Fproupologismos%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_qmnb5pyzdGAQ%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1)

### Πίνακες:

Πίνακας 1,3,5 : Λαδοπούλου Σεραφεία-Παρασκευή. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 2005 – 2014.[Διπλωματική Διατριβή]. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς;2016

Πίνακας 2: Haseltine, W. A. (2013). Affordable excellence: The Singapore healthcare story. Washington, DC: Brookings Institution Press.

Πίνακας 4: Fong, J. M. N., Tambyah, P. A. Singapore's health-care financing. The Lancet. 2013; 382(9907): 1779. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62541-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62541-6)

Πίνακας 6: Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, (2022) Ημερήσιες εκθέσεις COVID-19, διαθέσιμο από: <https://eody.gov.gr/epidimiologika-statistika-dedomena/imerisies-ektheseis-covid-19/>

## Εικόνες:

1:Νοσοκομείο Υγεία, (2021), διαθέσιμο από:<https://www.hygeia.gr/nosisi-apo-covid-19-kai-diasolinosi-asthenon-se-meth/>

2,3,4: Νοσοκομείο Παναρκαδικό, διαθέσιμο από:

<https://www.panarkadiko.eu/ns/index.php/home/2013-08-20-08-35-55>

## Διαγράμματα:

Διάγραμμα 1,2 : WHO, (2020), διαθέσιμο από:

[https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020\\_17-life-expectancy/visualizations/?country=GRC;WHO EURO#id=17088&tab=graph](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_17-life-expectancy/visualizations/?country=GRC;WHO EURO#id=17088&tab=graph)

Διάγραμμα 3: ECDC, (2021), διαθέσιμο από:

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/data-daily-new-cases-covid-19-eueea-country>

Διάγραμμα 4: ΕΟΔΥ,(2021), διαθέσιμο από: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2021/12/covid-gr-daily-report-20211217.pdf>.

Διάγραμμα 5: ΕΟΔΥ,(2022), διαθέσιμο από: <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2022/06/covid-gr-daily-report-20220616.pdf>

Διάγραμμα 6: Hit Horizons,(2021), διαθέσιμο από:

<https://www.hithorizons.com/eu/insights/impact-of-the-coronavirus-on-european-companies>

Διάγραμμα 7: ILO,(2021), διαθέσιμο από:

<https://www.social-protection.org/gimi/gess/ShowWiki.action?id=3426>



Διάγραμμα 8,9,10,11,12,13: Υπουργείο Οικονομικών,(2016-2021),Οικονομικά  
Στοιχεία, διαθέσιμο από : <https://www.moh.gov.gr/articles/bihealth/oikonomika-stoixeia/10430-oikonomika-stoixeia-ian-dek-2021>