

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής
Φροντίδας»
MSc in Health and Social Care Management**

**«ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΧΡΕΟΥΣ ΚΑΘΩΣ
ΚΑΙ ΤΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ ΚΑΙ
ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ»**

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΑΜ 21046

Επιβλέπων Καθηγητής

**Δρ. Ιωάννης Πατέρας
Ειδικός επιστήμονας**

ΑΘΗΝΑ, ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 2023

MSc in Health and Social Care Management

MASTER THESIS

**«IMPACT OF THE PROLONGED DEBT CRISIS AND THE HEALTH
CRISIS OF GREECE ON THE NHS AND ON THE CITIZENS HEALTH»**

CONSTANTINA ANTONIOY

Registration Number 21046

ATHENS, JANUARY 2023

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπων
Καθηγητής** **Ιωάννης Πατέρας, Ειδικός επιστήμονας**

Μέλος **Γεώργιος Πιερράκος, Καθηγητής
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**


Μέλος **Ασπασία Γούλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κωνσταντίνα Αντωνίου του Εμμανουήλ, με αριθμό μητρώου 21046, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας, του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι : «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς, είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολο τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιηθήκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από εμένα 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».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 14/03/2023 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



Ο Επιβλέπων Καθηγητής

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ευκαιρία για την ολιστική προσέγγιση ενός επίκαιρου θέματος και η έλξη που ασκεί κάθε νέος τρόπος ερευνητικής διερεύνησης προσδιόρισαν το αντικείμενο του παρόντος πονήματος. Η εργασία αυτή δεν θα είχε πραγματοποιηθεί χωρίς την ουσιαστική βοήθεια και συμπαράσταση αρκετών ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα εκφράσω θερμές ευχαριστίες. Προς τον καθηγητή κύριο Γεώργιο Πιερράκο, εκφράζω θερμές ευχαριστίες για την εμπιστοσύνη του και την απεριόριστη επιστημονική και ηθική υποστήριξη που μου προσέφερε. Η μαθητεία κοντά του με δίδαξε αρχές επιστημονικής σκέψης αλλά και στάση ζωής και αξιοπρέπειας. Τον καθηγητή κύριο Ιωάννη Πατέρα ευχαριστώ θερμά για την ανάθεση του θέματος, το αμέριστο ενδιαφέρον και την πολύτιμη συμπαράστασή του. Η συμβολή του ως επιβλέπωντος της διπλωματικής μου εργασίας ήταν ανεκτίμητη τόσο κατά το σχεδιασμό όσο και την ολοκλήρωση της. Τέλος την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα ευχαριστώ θερμά για την ευκαιρία που μου προσέφερε και γιατί με ετίμησε με την εμπιστοσύνη της .

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | |
|---|----|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ. | 6 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ | 8 |
| 1.1 Ορισμός της Κρίσης | 8 |
| 1.2 Αίτια της Κρίσης | 9 |
| 1.3 Οι φάσεις της κρίσης | 10 |
| 1.4 Διαχείριση Κρίσεων | 11 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ | 13 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ | 15 |
| 3.1 Ορισμός της υγείας | 15 |
| 3.2 Οι υπηρεσίες υγείας | 15 |
| 3.3 Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας | 16 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ | 21 |
| 4.1 Η Οικονομική Κρίση | 21 |
| 4.2 Η Ελληνική Οικονομική Κρίση | 21 |
| 4.3 Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης | 25 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ | 30 |
| 5.1 Ορισμός της πανδημίας | 30 |
| 5.2 Το χρονολόγιο της πανδημίας | 30 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ | 33 |
| 6.1 Ορισμός του Συστήματος Υγείας | 33 |
| 6.2. Πρότυπα Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας | 33 |
| 6.3. Η Θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα | 36 |
| 6.4 Θεσμικό Πλαίσιο του ΕΣΥ | 37 |

| | |
|---|-----------|
| 6.5 Οι αστοχίες του ΕΣΥ | 39 |
| 6.6 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ΕΣΥ | 42 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ | 46 |
| ΥΓΕΙΑΣ | |
| 7.1 Η διαχείριση της πανδημίας | 46 |
| 7.2 Οργανωτικές αλλαγές για τη διαχείριση της πανδημίας | 50 |
| 7.3 Πανδημία και υγειονομικό προσωπικό | 51 |
| 7.4 Κόστη νοσηλείας | 51 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ | 53 |
| ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ | |
| 8.1 Επιπτώσεις σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα | 53 |
| 8.1.1 Επιπτώσεις σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα | 54 |
| 8.1.2 Επιπτώσεις στην υγεία ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη | 57 |
| 8.1.3 Επιπτώσεις σε ασθενείς με νεοπλασίες | 59 |
| 8.1.4 Επιπτώσεις σε ασθενείς με θalasσαιμία | 60 |
| 8.1.5 Επιπτώσεις σε ασθενείς με ΧΑΠ | 61 |
| 8.1.6 Επιπτώσεις σε ασθενείς με άλλα χρόνια νοσήματα | 62 |
| 8.2 Επιπτώσεις στην παιδιατρική φροντίδα | 64 |
| 8.3 Επιπτώσεις στα προγράμματα εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων | 67 |
| 8.4 Επιπτώσεις στη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων και τη μεταμόσχευση οργάνων | 68 |
| 8.5 Επιπτώσεις στην οδοντιατρική φροντίδα | 69 |
| 8.6 Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία | 70 |
| 8.6.1. Οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ενηλίκων | 71 |
| 8.6.2 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών | 74 |
| 8.6.3. Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων | 74 |
| 8.6.4 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού | 75 |
| 8.6.5 Επιπτώσεις στο ποσοστό αυτοκτονιών και στην κατανάλωση αλκοόλ | 77 |
| 8.6.6 Επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις | 79 |
| 8.6.7 Επιπτώσεις στη γυναικολογική και μαιευτική φροντίδα | 82 |
| 8.6.8 Επιπτώσεις στην παροχή φροντίδας χρόνιου πόνου και ανακουφιστικής | |

| | |
|--|-----|
| φροντίδας | 83 |
| 8.7 Το σύνδρομο Long-COVID, ένα νέο χρόνιο νόσημα | |
| 8.8 Επιπτώσεις της πανδημίας στο περιβάλλον | 84 |
| 8.9 Η πανδημία των ανισοτήτων | 89 |
| 8.9.1 Ανισότητες λόγω της φύσεως της εργασίας | 92 |
| 8.9.2 Ανισότητες λόγω υποκείμενων νοσημάτων | 93 |
| 8.9.3 Ανισότητες κοινωνικής και οικονομικής φύσεως | 93 |
| 8.9.4. Ανισότητες στον εμβολιασμό και στην ασφαλιστική κάλυψη | 94 |
| 8.9.5 Ανισότητες που αφορούν στα παιδιά | 96 |
| 8.9.6 Ανισότητες που προκύπτουν από δημογραφικά χαρακτηριστικά | 98 |
| 8.10 Η χρήση των ψηφιακών εφαρμογών | 100 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ | 102 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ | 104 |
| | 109 |

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 και η υγειονομική κρίση που προέκυψε λόγω της πρόσφατης πανδημίας, επηρέασαν και συνεχίζουν να επηρεάζουν αρνητικά, τόσο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, όσο και την υγεία των πολιτών. Είναι αναμενόμενο πως οι επιπτώσεις στην οικονομία μιας χώρας επηρεάζουν και την υγεία των πολιτών της, καθώς μειώνονται οι κρατικές δαπάνες για τον τομέα της υγείας και το εισόδημα των πολιτών. Για τη διαχείριση της πανδημίας απαιτήθηκαν, εκτός από τις οργανωτικές αλλαγές, μεγάλα χρηματικά ποσά για την προμήθεια μέτρων ατομικής προστασίας, υλικών, εξοπλισμού, φαρμάκων και εμβολίων. Η ανάπτυξη και η ανάλυση του θέματος της εργασίας βασίστηκαν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση. Στην εργασία παρουσιάζονται οι επιπτώσεις στη σωματική υγεία, καθώς και στην ψυχική και την πνευματική υγεία των πολιτών. Αναλύονται οι επιπτώσεις σε διάφορες ομάδες ασθενών και σε ομάδες του πληθυσμού ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Παρουσιάζονται οι πάσης φύσεως ανιστότητες που παρατηρήθηκαν μεταξύ των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, αλλά και οι επιπτώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και στην ποιότητα τους. Τέλος παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της μελέτης, τόσο σε σχέση με τις επιπτώσεις αλλά και σε σχέση με την ποιότητα των δεδομένων στις βιβλιογραφικές αναφορές που μελετήθηκαν.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: οικονομική κρίση, υγειονομική κρίση, υγεία, επίπτωση, σύστημα υγείας

ABSTRACT

The financial crisis that started in 2008 and the health crisis that arose due to the recent pandemic, have negatively impacted both the National Health System and the health of citizens. As expected, the effects on the economy of a country also affect the health of its citizens, as government spending on the health sector and the income of citizens decrease. The management of the pandemic required, in addition to organizational changes, expenses for the procurement of personal protection measures, materials, equipment, medicines and vaccines. This study is conducted via the review of scientific literature. It presents the effects of both crises on the physical, mental and emotional health of the citizens. The effects on different patient groups and population groups according to gender, age and social determinants of health are also presented. All types of inequities observed between the different groups of the population are presented, as well as the effects on the provided health services and their quality. The final section of the study includes the conclusions about the health impacts of the crises, as well as in regards to the quality of the data in the bibliographic references studied.

KEY WORDS: economic crisis, health crisis, health, impact, health system

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΑΚΡΩΝΥΜΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

| | |
|--------|---|
| ΕΕΑ | European Economic Area |
| FDA | Food and Drug Administration |
| OECD | Organization for Economic Cooperation and Development |
| ΑΕΠ | Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν |
| ΔΕΚΟ | Δημόσιες Επιχειρήσεις Και Οργανισμοί |
| ΔΝΤ | Διεθνές Νομισματικό Ταμείο |
| ΕΕ | Ευρωπαϊκή Ένωση |
| ΕΚΑΣ | Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων |
| ΕΚΤ | Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα |
| ΕΛΣΤΑΤ | Ελληνική Στατιστική Αρχή |
| ΕΟΔΥΥ | Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας |
| ΕΟΠΠΥ | Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας |
| ΕΣΥ | Εθνικό Σύστημα Υγείας |
| ΗΠΑ | Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής |
| ΚΕΣΥ | Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας |
| ΜΑΦ | Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας |
| ΜΕΘ | Μονάδα Εντατικής Θεραπείας |
| ΟΓΑ | Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων |
| ΠΕΣΥ | Περιφερικό Συμβούλιο Υγείας |
| ΠΟΥ | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |
| ΠΦΥ | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας |
| ΣΕΒ | Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών |
| ΤΕΠ | Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών |
| ΦΠΑ | Φόρος Προστιθέμενης Αξίας |
| ΧΑΠ | Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή εκπονήθηκε στα πλαίσια της φοίτησης μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας», του τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων, της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Σκοπός της εργασίας είναι να μελετηθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και της υγειονομικής κρίσης στην υγεία των πολιτών και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας δίνεται ο ορισμός της κρίσης και περιγράφονται τα χαρακτηριστικά, τα αίτια, οι φάσεις και η διαχείριση των κρίσεων. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας πάνω στην οποία βασίστηκε η εργασία. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην υγεία, στις υπηρεσίες υγείας και στις διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της και στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η υγειονομική κρίση που δημιουργήθηκε λόγω της πρόσφατης πανδημίας. Το έκτο κεφάλαιο αναφέρεται στα συστήματα υγείας γενικά, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, στο θεσμικό πλαίσιο βάσει του οποίου λειτουργεί, τις αστοχίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε αυτό.

Στο έβδομο κεφάλαιο περιγράφονται οι επιπτώσεις της πανδημίας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και στο όγδοο κεφάλαιο οι επιπτώσεις και των δυο κρίσεων στην υγεία των πολιτών. Γίνεται αναφορά σε διάφορες κατηγορίες ασθενών και σε διάφορες υπηρεσίες υγείας και ιατρικές πράξεις που η παροχή τους επηρεάστηκε δυσμενώς από τις συνθήκες. Επιπλέον γίνεται αναφορά και στις επιπτώσεις στην ψυχική και την κοινωνική διάσταση της υγείας, καθώς και στην ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος. Στο ίδιο κεφάλαιο αναλύονται και οι ανισότητες που προκάλεσαν οι δυο κρίσεις σε πολλές πληθυσμιακές ομάδες.

Στο τελευταίο κεφάλαιο, το κεφάλαιο εννέα γίνεται ένας γενικός σχολιασμός για τα δεδομένα πάνω στα οποία βασίστηκε η εργασία και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

1.1 Ορισμός της κρίσης

Με τον όρο κρίση περιγράφεται κάθε έκτακτο και απρόβλεπτο γεγονός, το οποίο μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε ένα οργανισμό, σε μια επιχείρηση ή στην κοινωνία γενικότερα, καθώς και σε όλα τα εμπλεκόμενα σε αυτά μέρη. Ο ορισμός της κρίσης εμπεριέχει και την αρχαιοελληνική έννοια της λέξεως, δηλαδή την έννοια της γνώμης και της εκτίμησης μιας κατάστασης, διότι όταν προκύπτει η κρίση πρέπει να ληφθούν σημαντικές και σταθμισμένες αποφάσεις. Διακεκριμένοι ερευνητές έχουν αποδώσει τον όρο με διαφορετικούς ορισμούς. Οι Luecke και Barton την ορίζουν ως *«μια αλλαγή, ξαφνική ή εξελισσόμενη, που οδηγεί σε ένα επείγον πρόβλημα το οποίο πρέπει να αντιμετωπισθεί αμέσως»* (Luecke and Barton 2004). Ο Devlin ορίζει την κρίση ως *«μια ασταθή περίοδο για έναν οργανισμό με αυξημένη πιθανότητα για αρνητικό αποτέλεσμα»* (Devlin 2007).

Κάθε κρίση μπορεί να συμβεί είτε χρονικά απροειδοποίητα, είτε σταδικά, ως αποτέλεσμα προηγούμενων λανθασμένων ενεργειών και αποφάσεων. Χαρακτηριστικά των κρίσεων είναι: α) η αβεβαιότητα, διότι δεν γνωρίζουμε ή δεν κατανοούμε πλήρως τα αίτια της κατάστασης που έχει προκύψει, β) τα αρνητικά αποτελέσματα και οι αρνητικές επιπτώσεις, γ) το στοιχείο του αιφνιδιασμού και της απώλειας του ελέγχου, δ) η μικρή πιθανότητα εφάνισης που την καθιστά σπάνιο γεγονός, ε) η ταχεία εξάπλωση των συνεπειών σε άλλους ανθρώπους, τομείς ή περιοχές και στ) η αναγκαιότητα για άμεση αντίδραση (Al-Khrabsheh and Zainal 2014). Η αντιμετώπιση μιας κρίσης απαιτεί άμεσα τη λήψη αποφάσεων, χωρίς απαραίτητα να υπάρχει και το κατάλληλο υπόβαθρο για τη λήψη τους. Παράλληλα απαιτεί και κατάλληλο προσωπικό, υλικά, υποδομές και ορθή στρατηγική.

1.2 Αίτια της κρίσης

Τα αίτια μιας κρίσης μπορεί να είναι πολλά και διαφορετικά:

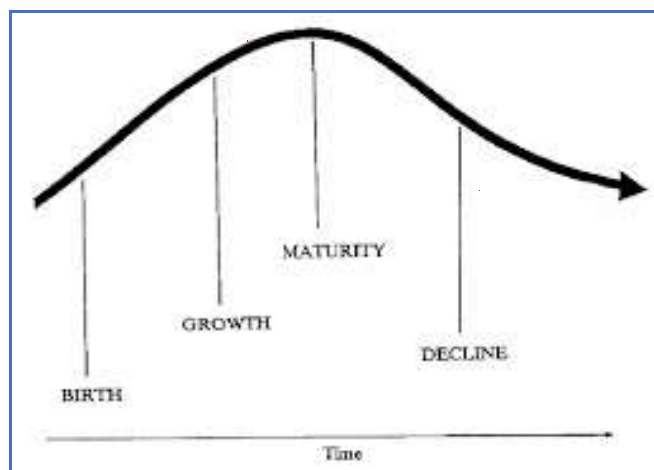
- οικονομικά, όπως οικονομικές κρίσεις, εξαγορές, συγχωνεύσεις, απάτες, δωροδοκίες, διάθεση ελλατωματικών προϊόντων στην αγορά με επιπτώσεις στους καταναλωτές
- φυσικές καταστροφές, δηλαδή σεισμοί, πλημύρες, πυρκαγιές, όπως το τσουνάμι στον Ινδικό Ωκεανό
- εμπόλεμες σύρραξεις, πολιτικές αναταραχές και πραξικοπήματα, όπως για παράδειγμα ο πόλεμος στην Κροατία τη Σερβία και τη Βοσνία το 1991
- ασθένειες και επιδημίες, όπως η πανδημία γρίπης H1N1 το 2009
- ατυχήματα, όπως η διαρροή του ισοκυανικού μεθυλίου στο Μποπάλ της Ινδίας και το πυρηνικό ατύχημα στο Τσέρνομπιλ
- εγκληματικές και τρομοκρατικές ενέργειες, όπως η πτώση των δίδυμων πύργων στη Νέα Υόρκη το 2001
- δυστυχήματα, ναυάγια και αεροπορικές τραγωδίες
- τεχνολογικά, όπως η κακή κατασκευή έργων υποδομής και ο ελαττωματικός εξοπλισμός
- κοινωνικά, όπως αντιδράσεις εργαζομένων και οι διακρίσεις λόγω φύλου, εθνικότητας και θρησκείας
- οργανωσιακά, όπως ο έλλειπής σχεδιασμός διαδικασιών, η έλλειψη στρατηγικής, η υποστελέχωση ενός οργανισμού και η διαρροή εμπιστευτικών πληροφοριών

Μια κρίση μπορεί να περιλαμβάνει πολλά από τα αίτια που αναφέρονται παραπάνω, τα οποία είναι αλληλένδετα. Για παράδειγμα το τσουνάμι στον Ινδικό Ωκεανό προκλήθηκε από σεισμό στην περιοχή, ο οποίος επέφερε πολλαπλές επιπτώσεις. Καταγράφηκε απώλεια μεγάλου αριθμού ανθρώπινων ζώων, καταστράφηκαν οι τοπικές οικονομίες λόγω καταστροφών σε τουριστικά καταλύματα και σε αλιευτικά σκάφη, καταστράφηκαν έργα υποδομής, δρόμοι, δίκτυα ύδρευσης και κατοικίες, υπήρξαν περιβαλλοντικές επιπτώσεις λόγω της απώλειας βιοποικιλότητας και των καταστροφών σε οικοσυστήματα της περιοχής, καθώς και ρύπανση των υδάτων από την καταστροφή των συλλεκτών λυμάτων και των εγκαταστάσεων επεξεργασίας τους. Επιπλέον παρατηρήθηκε ανάμιξη των αποθεμάτων του γλυκού νερού και του εδάφους με αλμυρό νερό λόγω διήθησης και απόθεσης στρώσης αλατιού πάνω σε αρόσιμη

γη. Όλα αυτά με τη σειρά τους επέφεραν και υγειονομική κρίση στην περιοχή. Η έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού και εγκαταστάσεων υγιεινής συνιστούν κίνδυνο για την εξάπλωση ασθενειών. Το ίδιο και η μη έγκαιρη ταφή των θυμάτων. Το αλατισμένο έδαφος καθίσταται άγονο, με αποτέλεσμα απώλεια γεωργικής παραγωγής, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε κρίση λόγω έλλειψης βασικών τροφίμων. Είναι επομένως πολύ σημαντικό να κατανοούμε όλες τις συνιστώσες μιας κρίσης, ώστε να μπορέσουμε να τη διαχειριστούμε με τον βέλτιστο τρόπο, δηλαδή να αντιμετωπίσουμε την απειλή γρήγορα και αποτελεσματικά.

1.3 Οι φάσεις της κρίσης

Ανεξάρτητα από τα αίτια εμφάνισης της, κάθε κρίση παρουσιάζει ένα κύκλο ζωής που περιλαμβάνει τέσσερις διακριτές φάσεις: α) την φάση που προηγείται της κρίσης, κατά την οποία διαμορφώνονται οι συνθήκες για την εμφάνιση της, β) τη φάση της εκδήλωσης της κρίσης, γ) τη φάση αντιμετώπισης της κρίσης και δ) τη φάση της επίλυσης της κρίσης (Sarriegi and Paseo 2009).



Εικόνα 1 Ο κύκλος ζωής μιας κρίσης. Πηγή: González-Herrero and Pratt, 1996

1.4 Διαχείριση Κρίσεων

Η διαχείριση κρίσεων (Crisis Management) ορίζεται ως η λεπτομερής μελέτη και πρόβλεψη των κινδύνων, με σκοπό τη μείωση της αβεβαιότητας και τη λήψη των απαιτούμενων μέτρων που αφορούν σε όλα τα στάδια του κύκλου ζωής της κρίσης. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να κατανοήσουμε ότι διαχείριση δεν είναι μόνο η αντιμετώπιση, αλλά και η αναγνώριση των κινδύνων πριν συμβεί η κρίση, εφαρμόζοντας τα κατάλληλα εργαλεία εντοπισμού και αξιολόγησης αυτών. Η ορθή διαχείριση αρχίζει από την πρόληψη και τη σωστή προετοιμασία για το δυσμενές ενδεχόμενο και τελειώνει με την πλήρη αποκατάσταση των βλαβών που προκάλεσε (Devlin 2007). Η διαχείριση κρίσεων περιλαμβάνει τα παρακάτω βήματα:

- δημιουργία ομάδας αντιμετώπισης της κρίσης
- εκτίμηση των πιθανών κινδύνων με εφαρμογή των κατάλληλων εργαλείων καταγραφής, μέτρησης και επεξεργασίας δεδομένων
- εκτίμηση των πιθανών επιπτώσεων με εφαρμογή κατάλληλων εργαλείων διοίκησης που μετριάζουν τον κίνδυνο και την αβεβαιότητα, όπως η ανάλυση αστοχιών και αποτελεσμάτων και ο στατιστικός έλεγχος διεργασίας
- σύνταξη σχεδίου ανταπόκρισης σύμφωνα με τις εκτιμήσεις που έχουν γίνει
- επιβεβαίωση του σχεδίου ανταπόκρισης με την εφαρμογή μαθηματικών μοντέλων προσομοίωσης
- επικαιροποίηση του σχεδίου ανταπόκρισης διότι οι συνθήκες διαρκώς μεταβάλλονται οπότε και το σχέδιο ανταπόκρισης πρέπει να προσαρμόζεται στις εκάστοτε αλλαγές

Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να ορίσουμε τη διαχείριση κρίσεων ως: *«η ενδελεχής μελέτη και πρόβλεψη των κινδύνων που ενδέχεται να απειλήσουν μια επιχείρηση ή οργανισμό με σκοπό τη μείωση της αβεβαιότητας και τη λήψη όλων των απαιτούμενων μέτρων, ενεργειών και διαδικασιών, πριν, κατά τη διάρκεια και μετά από την κρίση, ώστε να προστατευθούν οι άνθρωποι, το περιβάλλον οι εργαζόμενοι και η οικονομική θέση της*

επιχείρησης» (Glaesser 2006). Η διαχείριση των κρίσεων ακολουθεί ένα κύκλο παρόμοιο με τον κύκλο ποιότητας του Deming με τη μορφή σχεδιάζω, εφαρμόζω, ελέγχω, ενεργώ (Plan-Do-Check-Act), ώστε να διασφαλίζεται η διαρκής παρακολούθηση των αλλαγών στο εσωτερικό και το εκωτερικό περιβάλλον του οργανισμού και να διασφαλίζεται η προσαρμογή σε αυτές.



Εικόνα 2 Ο κύκλος της διαχείρισης κρίσεων.

Πηγή: <http://crisisresponse.promoteprevent.org/four-phases-emergency-management>

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχουν προκύψει δυο πολύ σημαντικές κρίσεις: η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 και η υγειονομική κρίση λόγω της πανδημίας COVID-19, που ξεκίνησε το Δεκέμβριο του 2019. Και οι δυο κρίσεις διαρκούν ακόμη, και δεν γνωρίζουμε τον χρονικό τους ορίζοντα. Οι επιπτώσεις τους σε πολλούς τομείς της ζωής και της κοινωνίας είναι σημαντικές. Οι επιπτώσεις τους διαρκούν μέχρι σήμερα, αλλά θα επηρεάσουν τους πολίτες και στο μέλλον. Στην παρούσα εργασία θα μελετηθούν οι επιπτώσεις των δυο κρίσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και στην υγεία των πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης και της υγειονομικής κρίσης - πανδημίας στο ΕΣΥ και την υγεία των πολιτών, κατά το χρονικό διάστημα από το 2008 μέχρι σήμερα. Η μεθοδολογία στην οποία βασίζεται για την άντληση πληροφοριών είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση της σύγχρονης ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας, ώστε να επιτευχθεί μία λεπτομερής και περιεκτική σύνθεση των δεδομένων, τα οποία παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια μεταξύ τους.

Διενεργήθηκε εκτενής αναζήτηση επιστημονικών δημοσιεύσεων σε έγκριτα ελληνικά και ξενόγλωσσα επιστημονικά περιοδικά, στις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase, Scopus, Web of Science, Google Scholar, Medline, MeDχiv και Science Direct, χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο συνδυασμό των όρων αναζήτησης, μέχρι και τις 30 Νοεμβρίου 2022. Οι γενικοί όροι αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν είναι οι παρακάτω: impact, economic crisis, COVID-19 pandemic, health system, patient care, disruption, cost, continuity, equity, quality, health services, mortality. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν και ειδικοί όροι αναζήτησης, όπως chronic diseases, mental health, non communicable diseases, diabetes, cardiovascular disease, thalassemia, cancer, children, burnout, health personnel, vaccination, suicide, depression, τόσο στην ελληνική όσο και στην αγγλική γλώσσα, με σκοπό την αναζήτηση πληροφοριών για ειδικές κατηγορίες ασθενών και διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού.

Από την αναζήτηση προέκυψε ένας πολύ μεγάλος αριθμός δημοσιευμένων άρθρων. Ακολούθησε μια επιλογή από αυτά, μετά από την αξιολόγησή τους σχετικά με τη συνάφεια που είχαν με το θέμα της εργασίας. Η επιλογή βασίστηκε στα στοιχεία του τίτλου, της περίληψης και των λέξεων ευρητηρίου. Τα άρθρα που κρίθηκαν ως θετικά, ταξινομήθηκαν ανάλογα με το περιεχόμενό τους και μελετήθηκαν στο σύνολό τους. Μελέτες από τη γκρίζα βιβλιογραφία δεν χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία. Οι αναφορές που ήταν συναφείς με το θέμα και παρέθεταν τεκμηριωμένα στοιχεία συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση και παρουσιάζονται με αλφαβητική σειρά στο τέλος της εργασίας.

Παράλληλα, για την επάρκεια και τη σύγκριση των δεδομένων μεταξύ διαφορετικών χωρών, πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στατιστικών στοιχείων στις ηλεκτρονικές βάσεις στατιστικών δεδομένων των οργανισμών EUROSTAT, OECD, WHO, John Hopkins University και ΕΛΣΤΑΤ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1 Ορισμός της υγείας

Η υγεία είναι πρωταρχικό αγαθό, με μεγάλη κοινωνική σημασία. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στον καταστατικό του χάρτη ορίζει την υγεία ως *«την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι μόνο ως την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Επιπλέον τονίζει ότι είναι θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου ανεξάρτητα από φυλή, θρησκεία, πολιτική τοποθέτηση, οικονομική ή κοινωνική κατάσταση, και υπογραμμίζει την ευθύνη των κυβερνήσεων στην διασφάλιση της υγείας των διαφόρων λαών με την παροχή κατάλληλων πόρων και μέτρων. Στην Ελλάδα η υγεία κατοχυρώνεται συνταγματικά ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα, στο άρθρο 7 παράγραφος 2 και στο άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος.

3.2 Οι Υπηρεσίες Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν τέσσερεις στόχους; α) τη φροντίδα (care), δηλαδή τη διαχείριση της υγείας σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο, β) τη θεραπεία (cure), δηλαδή την αποκατάσταση της υγείας, γ) τον έλεγχο (control) των παραγόντων που έχουν επιπτώσεις στην υγεία και ο οποίος επιτυγχάνεται με λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας και δ) την κοινότητα (community), η οποία είναι το πεδίο εφαρμογής της πολιτικής υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας συνιστούν μια ιδιαίτερη μορφή υπηρεσίας, όπου συνυπάρχουν πολλά εμπλεκόμενα μέρη. Ο ασθενής, ο θεράπων ιατρός, το νοσηλευτικό προσωπικό, οι φορείς ασφάλισης, διάφορες κοινωνικές ομάδες και επιστημονικές εταιρείες, οι σύλλογοι των ασθενών, οι προμηθευτές υλικών και εξοπλισμού, οι αξιολογητές της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, τα διοικητικά στελέχη σε μια δομή υγείας, έχουν όλοι σχέση με την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας,

καθώς και πολλές και διαφορετικές προσδοκίες (Kaur and Rathinasamy 2017, Williams et al 2019).

Η αντίληψη της ποιότητας για μια υπηρεσία υγείας είναι πιο σύνθετη από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία. Σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί. Ο ορισμός που δίνει ο ΠΟΥ ορίζει την υγεία ως «τον βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων». Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή την ορίζει ως «την υπηρεσία που είναι αποτελεσματική, ασφαλής και ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών» (European Commission 2010). Όλοι οι ορισμοί των υπηρεσιών υγείας ακολουθούνται και από τη διατύπωση των διαστάσεων την ποιότητας (Lakshmanan 2017, Busse et al 2019).

3.3. Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι ασθενείς και όλα τα εμπλεκόμενα μέρη γνωρίζουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να ποικίλλει μεταξύ διαφορετικών παρόχων. Ενδιαφέρονται για το τι συνιστά καλή ποιότητα υπηρεσίας υγείας και τον τρόπο με τον οποίο θα έχουν πρόσβαση σε αυτή. Παράλληλα έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες και συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών παρόχων, λόγω της εκτεταμένης χρήσης του διαδικτύου. Με αυτό τον τρόπο οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι ενημερωμένοι, κάνουν καλύτερες επιλογές και διαδραματίζουν μεγαλύτερο ρόλο στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες που τους αφορούν (Amati et al 2018, Hannawa et al 2021).

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας αξιολογείται μέσω των διαστάσεων της. Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες ορισμού και ταξινόμησης των διαστάσεων της ποιότητας από πολλές ερευνητικές ομάδες. Είναι αξιοσημείωτο ότι κάθε ομάδα εμπλεκομένων δίνει βαρύτητα σε διαφορετικές διαστάσεις, ανάλογα με τις προσδοκίες που έχει (Mosadeghrad 2012, Hannawa et al 2021). Οι κυριότερες διαστάσεις της ποιότητας περιγράφονται παρακάτω:

- αποτελεσματικότητα (effectiveness) εκφράζει τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενή, μετά την παροχή της υπηρεσίας υγείας
- ακρίβεια (accuracy) εκφράζει τη σωστή παροχή της υπηρεσίας υγείας
- αξιοπιστία (reliability) είναι η ικανότητα επίτευξης της υπηρεσίας με ακρίβεια και εγκυρότητα

- αποδοτικότητα (efficiency) εκφράζει τα αποτελέσματα της υπηρεσίας σε σχέση με τους πόρους φύσεως πόρους που δαπανώνται για την παροχή της
- ασφάλεια (safety) είναι η απουσία κινδύνων και βλαβών για τον ασθενή κατά την παροχή της υπηρεσίας υγείας
- αποδοχή (acceptability) είναι ο βαθμός στον οποίο κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες επηρεάζουν την παροχή της υπηρεσίας
- αυτονομία του ασθενή στην επιλογή υπηρεσιών σχετικά με τη φροντίδα του. Η επίτευξη της αυτονομίας επιτυγχάνεται με την ορθή πληροφόρηση του ασθενή σχετικά με την ασθένεια, τις διαθέσιμες μεθόδους θεραπείας, τη λήψη της συγκατάθεσης του όπου αυτή απαιτείται, καθώς και τη δυνατότητα άρνησης θεραπείας ή ιατρικής πράξης από πλευράς του
- ανταποκρισιμότητα (responsiveness) είναι η παροχή της υπηρεσίας σε αναπάντεχες και μη προγραμματισμένες καταστάσεις
- βαθμός ολοκλήρωσης εκφράζει αν η υπηρεσία ολοκληρώθηκε πλήρως ή επιτελέστηκε μόνο ένα μέρος της
- βάρος είναι ο αντίκτυπος της φροντίδας στην συνολική λειτουργικότητα του ασθενή και την ποιότητα ζωής του
- διαθεσιμότητα (availability) είναι η δυνατότητα προσφοράς της υπηρεσίας χωρίς χρονικούς ή άλλους περιορισμούς
- εμπιστευτικότητα (credibility) είναι η παροχή της υπηρεσίας με εχεμύθεια και προστασία των προσωπικών δεδομένων και των πληροφοριών σχετικά με τον ασθενή, τις συνθήκες του και την ασθένεια του
- ενσυναίσθηση (empathy), δηλαδή η κατανόηση και η συναισθηματική ταύτιση των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν την υπηρεσία με τον ασθενή
- επαγγελματική επάρκεια (competence) δηλαδή η γνώση, η τεχνική κατάρτιση, οι δεξιότητες, η εκπαίδευση και η εμπειρία του προσωπικού που παρέχει την υπηρεσία
- ηθική φροντίδα (ethical care) είναι η παροχή της υπηρεσίας σύμφωνα με ηθικές αρχές
- ισότητα (equity) είναι η ισότιμη πρόσβαση, ισότιμη χρήση και ίδια ποιότητα φροντίδας ασθενών, ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, φυλετικών, πολιτισμικών και πολιτικών διαφορών

- καταλληλότητα (appropriateness) εκφράζει την αντιστοιχία των παρεχόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τις ανάγκες αλλά και τις επιθυμίες του πληθυσμού
- λογοδοσία (accountability) εκφράζει τη δυνατότητα των χρηστών των υπηρειών υγείας να ελέγχουν και να επηρεάζουν με διάφορους τρόπους τις κατευθύνσεις και τις πολιτικές των υπηρεσιών υγείας
- πληροφόρηση και επικοινωνία (communication) είναι η ενημέρωση σχετικά με την παρεχόμενη υπηρεσία, τον τρόπο παροχής, τη διαδικασία, την προετοιμασία και άλλες σχετικές παραμέτρους σε μια γλώσσα κατανοητή από τον ασθενή. Ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να υποβάλλει ερωτήσεις και σχετικές απορίες.
- προσβασιμότητα φυσική και γεωγραφική (access) αναφέρεται στο βαθμό ευκολίας απόκτησης της υπηρεσίας χωρίς εμπόδια τοπικά, χρονικά, γραφειοκρατικά ή οικονομικά
- οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα (affordability) σχετίζεται με το αν η παροχή της υπηρεσίας είναι προσιτή στον χρήστη από οικονομική άποψη
- ορθολογική παροχή (rationing) της υπηρεσίας ώστε να αποφεύγεται είτε η παροχή πλεονάζουσας φροντίδας και σπατάλη πόρων, είτε η παροχή ελλειπούς φροντίδας
- συνέπεια είναι η παροχή της υπηρεσίας με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά
- συνέχεια (continuity) η δυνατότητα προσφοράς ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να παρέχεται συνεχής και όχι αποσπασματική φροντίδα
- συμπεριφορά του προσωπικού (respect and caring) η υπηρεσία υγείας πρέπει να παρέχεται από το προσωπικό με ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμό στην ιδιωτικότητα και ικανότητα να εμπνεύσουν εμπιστοσύνη στους χρήστες των υπηρεσιών
- συμμόρφωση (compliance) προσδιορίζει το βαθμό στον οποίο εφαρμόζονται οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές οδηγίες
- υπευθυνότητα του επαγγελματία υγείας που παρέχει την υπηρεσία
- υγιεινή δηλαδή η τήρηση των κανόνων υγιεινής και ασφάλειας, η εφαρμογή των μέτρων προστασίας και η ορθή διαχείριση των αποβλήτων
- χρόνος (timeliness) η διάρκεια ολοκλήρωσης της υπηρεσίας, η οποία πρέπει να παρέχεται έγκαιρα σε επείγουσες καταστάσεις, ή σε εύλογο χρονικό διάστημα για τις μη επείγουσες, χωρίς να δημιουργούνται λίστες αναμονής τέτοιες που να θέτουν σε κίνδυνο την υγεία των ασθενών

- διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations) οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού
- η εστίαση στον ασθενή (patient centeredness) παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις μεμονωμένες προτιμήσεις, ανάγκες και προσδοκίες του ασθενούς



Εικόνα 3 Σχηματική παράσταση της διάστασης «εστίαση στον ασθενή». Πηγή: Kuipers et al, 2021

| | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------|
| Acceptability | Capacity | Creativity | Formality | Passion | Satisfaction |
| Accessibility | Care | Credibility | Friendliness | Patience | Security |
| Accountability | Cheerfulness | Creditworthiness | Functionality | Patient-centeredness | Sensibility |
| Accreditability | Choice | Dependability | Growth Guidance | Performance Pleasantness | Shape |
| Accuracy | Clarity | Durability | Health Helpfulness | Politeness | Size |
| Ability | Cleanliness | Ease | Honesty | Predictability | Skill |
| Adaptability | Collaboration Colour | Education Effectiveness | Hospitality | Presence | Soundness |
| Adaptively Adequacy | Comfort | Efficacy | Humanity | Price | Speed |
| Advisability Aesthetics | Commitment | Efficiency | Individuality | Privacy | Stability |
| Affordability Amenities | Communication | Eligibility Empathy | Informative | Professionalism | Structure |
| Appearance | Comparability Compassion | Empowerment | Innovativeness | Profitability Prudence | Suitability |
| Applicability Appreciably | Competence | Enthusiasm | Integrity | Punctuality | Support |
| Approachability | Competitiveness | Environment Friendliness | Intelligent | Purity | Sustainability |
| Appropriateness | Completeness | Equality | Intensity Involvement | Quiet | Sympathy |
| Assurance | Comprehensibility | Equity | Joy | Readability | Timeliness |
| Attentiveness | Concern | Ethics | Justice | Reasonableness Relevance | Tranquility |
| Attitude | Confidence | Evidence-based | Kindness | Reliability | Transparency |
| Attractiveness | Confidentiality | Excellence | Legitimacy Listening | Repeatability Reputation | Trustworthy |
| Authenticity Authority | Conformity | Exclusivity Existence | Love | Respect | Understanding |
| Autonomy Availability | Conscientiousness | Expertise Extensibility | Loyalty | Responsibility | Uniformity |
| Awareness | Consideration | Facilities | Maintainability | Responsiveness | Uniqueness |
| Balance | Consistency Continuity | Fairness | Measurability | Result orientation | Usability |
| Beauty | Convenience | Familiarity | Motivation | Re-usability Robustness | Usefulness |
| Benevolence | Cooperation | Fault-free | Necessity | Safety | Utilisation |
| Brightness | Coordination | Feasibility Flexibility | Objectivity | | Validity |
| | Correctness | | Openness Orderliness | | Value |
| | Courtesy | | | | Visibility |
| | Coverage | | | | |

Εικόνα 4 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας κατά τον Mosadeghrad και τους συνεργάτες του. Πηγή: Mosadeghrad et al 2012

Είναι ευνόητο ότι σε περιόδους κρίσης, όπως αυτές που αντιμετώπισε η Ελλάδα την τελευταία δεκαετία, καθίσταται αδύνατο να τηρηθούν όλες αυτές οι απαιτήσεις για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, δεδομένου ότι σε καταστάσεις πίεσης πρέπει να ληφθούν αποφάσεις και να ιεραρχηθούν προτεραιότητες. Ειδικά σε περιπτώσεις όπως η πανδημία, η πρώτη προτεραιότητα είναι η προστασία της δημόσιας υγείας. Στην παρούσα εργασία θα διερευνηθούν οι επιπτώσεις των δυο κρίσεων και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1. Η οικονομική κρίση

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας, η οποία αφορά σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις, η παραγωγή, οι εισαγωγές και οι εξαγωγές (Κουφάρης 2010, Claessens and Kose 2013). Τα τελευταία χρόνια έχει εκδηλωθεί μια μεγάλη οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο. Η αρχή της έγινε στις ΗΠΑ το 2008, με την κρίση της αγοράς και την αδυναμία εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων. Η κρίση αυτή επεκτάθηκε πολύ γρήγορα στις ανεπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, μέσω ενός μηχανισμού αλυσιδωτής αντίδρασης, λόγω της παγκοσμιοποίησης και της διασυνδεδεμένης φύσης της παγκόσμιας οικονομίας. Επέφερε πολύ σοβαρές επιπτώσεις στις επιχειρήσεις και το τραπεζικό σύστημα και σαν αποτέλεσμα παρατηρήθηκε μεγάλη ύφεση και πτώση της απασχόλησης. Μια οικονομική κρίση δεν συμβαίνει ξαφνικά, αλλά συνήθως οφείλεται σε προϋπάρχοντα προβλήματα. Παρατηρείται δηλαδή ένα πρόδρομο στάδιο, κατά το οποίο εμφανίζονται κάποια προειδοποιητικά στοιχεία, έπεται ένα στάδιο που είναι οξύ, διότι απαιτείται η αντιμετώπιση της κρίσης και των επιπτώσεων της και ακολουθεί το στάδιο της εγκατάστασης της κρίσης, το οποίο διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Στη φάση αυτή πρέπει να ληφθούν μέτρα που θα εφαρμοστούν μακροπρόθεσμα, ώστε σταδιακά να επιλυθεί η κρίση.

4.2 Η ελληνική οικονομική κρίση

Ως ελληνική οικονομική κρίση ή κρίση χρέους, ονομάστηκαν οι συνέπειες και τα αποτελέσματα της αδυναμίας της ελληνικής κυβέρνησης να δανειστεί με χαμηλά επιτόκια από τις διεθνείς αγορές, κατά την περίοδο της Παγκόσμιας Οικονομικής Ύφεσης 2007-2009, και την επακόλουθη αδυναμία αποπληρωμής του δημόσιου χρέους (Κότιος και συν 2012). Η Ελληνική οικονομία έχει επηρεαστεί από την παγκόσμια κρίση περισσότερο από τις οικονομίες των

υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών. Ωστόσο η οικονομική κρίση στην Ελλάδα οφείλεται και σε άλλα αίτια, όπως τα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα της οικονομίας της, οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν, η παραοικονομία, η έλλειψη διαφάνειας, η φοροδιαφυγή, καθώς και οι μεγάλες δαπάνες για τις δημόσια διοίκηση, τα οποία σε συνδυασμό με τη διεθνή συγκυρία έκαναν οξύτερο το πρόβλημα (Kotios et al 2011, Βαγιανός και συν. 2010, Μπούρας και Λυκούρας 2011).

Η κρίση επέφερε ανεργία, μείωση των εισοδημάτων και αύξηση των τιμών. Συνέπεια όλων αυτών είναι η υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών, αφού η αγοραστική τους δύναμη έχει πληγεί σημαντικά, η αλλαγή του τρόπου ζωής και η μετανάστευση προς αναζήτηση εργασίας και καλύτερων συνθηκών διαβίωσης στο εξωτερικό. Λόγω του συνεχούς δανεισμού και των παραγωγικών ελλειμμάτων το υπάρχον δημοσιονομικό έλλειμμα διογκώθηκε. Το δημόσιο χρέος αυξήθηκε από 105,4% του Ακαθάριστου Εγχωρίου Προϊόντος (ΑΕΠ) το 2007 σε 142,8% το 2010 και 152,6% κατά το τρίτο τρίμηνο του 2011 (Ifanti et al 2013).

Το Φεβρουάριο του 2010 ανακοινώθηκε από την τότε κυβέρνηση το πρώτο πακέτο οικονομικών μέτρων με πάγωμα των μισθών, περικοπές επιδομάτων, οδοιπορικών και υπερωριών, το οποίο έγινε δεκτό με αντιδράσεις των πολιτών και απεργία. Το Μάρτιο του 2010 ακολούθησε νέα σειρά μέτρων με περικοπή 30% στα δώρα των Χριστουγέννων, του Πάσχα και τα επιδόματα αδειών, μείωση 12% σε όλα τα επιδόματα του δημοσίου, μείωση 7% στις αποδοχές των εργαζομένων σε Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμούς (ΔΕΚΟ), στα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου και στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, αυξήσεις στο Φόρο Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ), αυξήσεις στο φόρο εισαγωγής και στο φόρο της βενζίνης, και επέκταση των τεκμηρίων διαβίωσης σε όλα τα ακίνητα. Ακολούθησε νέα σειρά αντιδράσεων και απεργιακών κινητοποιήσεων. Παρόλα τα μέτρα που ελήφθησαν, η Ελλάδα δεν κατάφερε να βελτιώσει τη θέση της στις διεθνείς αγορές, με αποτέλεσμα τον Απρίλιο του 2010, να προσφύγει στη βοήθεια μηχανισμού στήριξης που απαρτιζόταν από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ).

Η Ελλάδα προχώρησε στην υπογραφή του Πρώτου Μνημονίου τον Μάιο του 2010, για τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν, προκειμένου να ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός στήριξης. Με αυτό τον τρόπο έγινε προσπάθεια να αποφευχθεί ο άμεσος κίνδυνος χρεωκοπίας και οι συνέπειες

του που θα επηρέαζαν όλη τη ζώνη του ευρώ. Η χρηματοδότηση έγινε με όρους για τη λήψη μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης. Τα μέτρα που ελήφθησαν περιελάμβαναν την αντικατάσταση του 13ου και 14ου μισθού των δημοσίων υπαλλήλων με επίδομα 500 ευρώ σε όσους είχαν αποδοχές μέχρι 3.000 ευρώ και την πλήρη κατάργησή τους για μεγαλύτερες αποδοχές, αντικατάσταση της 13ης και 14ης σύνταξης με επίδομα 800 ευρώ για συντάξεις ως 2500 ευρώ, περαιτέρω περικοπή επιδομάτων 8% στα επιδόματα των δημοσίων υπαλλήλων και 3% στους υπαλλήλους των ΔΕΚΟ, αύξηση του ΦΠΑ, αύξηση στον ειδικό φόρο κατανάλωσης σε καύσιμα, τσιγάρα και ποτά, αύξηση στις αντικειμενικές αξίες ακινήτων και αύξηση 10% στους φόρους εισαγωγής αυτοκινήτων. Επίσης περιελάμβαναν αλλαγές στα εργασιακά με αύξηση του ορίου απολύσεων και μείωση του κατώτατου μισθού, καθώς και αύξηση στα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης των γυναικών στον δημόσιο τομέα. Την ανακοίνωση των μέτρων ακολούθησε μεγάλη κοινωνική αντίδραση και πανελλαδική απεργία με σοβαρά επεισόδια.

Ακολούθησε η υπογραφή του Δευτέρου Μνημονίου την 1η Μαρτίου του 2012, το οποίο περιελάμβανε νέα σκληρά μέτρα όπως την μείωση του προσωπικού στο δημόσιο μέχρι το 2015, μεταφορά της εποπτείας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) στο υπουργείο Υγείας και παράλληλη μεταφορά της εποπτείας όλων των κοινωνικών προγραμμάτων στο Υπουργείο Εργασίας, μείωση στις δαπάνες για τα φάρμακα με στόχο το 50% των φαρμάκων να είναι γενόσημα, την κατάργηση των φοροαπαλλαγών, τη μαζική εκκαθάριση των εκκρεμών υποθέσεων στα φορολογικά δικαστήρια μέχρι το Μάρτιο του 2013, ιδιωτικοποιήσεις και πλήρη απελευθέρωση των κύριων επαγγελμάτων. Η δυσαρέσκεια στην κοινωνία είναι τόσο μεγάλη που εκφράζεται με έντονες αποδοκιμασίες των πολιτικών στους δημόσιους χώρους και με τη δημιουργία κινημάτων πολιτών, τα οποία δεν σχετίζονται με πολιτικά κόμματα. Το πρώτο ήταν το κίνημα «Δεν Πληρώνω», που ανέπτυξε δράσεις σχετικά με το άνοιγμα των διοδίων των εθνικών οδών, το άνοιγμα περιφραγμένων παραλιών και τη δωρεάν επιβίβαση στα μέσα μαζικής μεταφοράς. Το δεύτερο ήταν το «Κίνημα των Αγανακτισμένων», αποτελούμενο από πολίτες που εκδήλωναν τη δυσαρέσκεια τους με διαδηλώσεις σε μεγάλες πόλεις της χώρας (Σωτηρόπουλος 2017).

Το Τρίτο Μνημόνιο υπογράφηκε στις 13 Ιουλίου 2015 και περιελάμβανε μεγάλες αυξήσεις στη φορολογία, την κατάργηση του μειωμένου ΦΠΑ στα νησιά, την άμεση κατάργηση

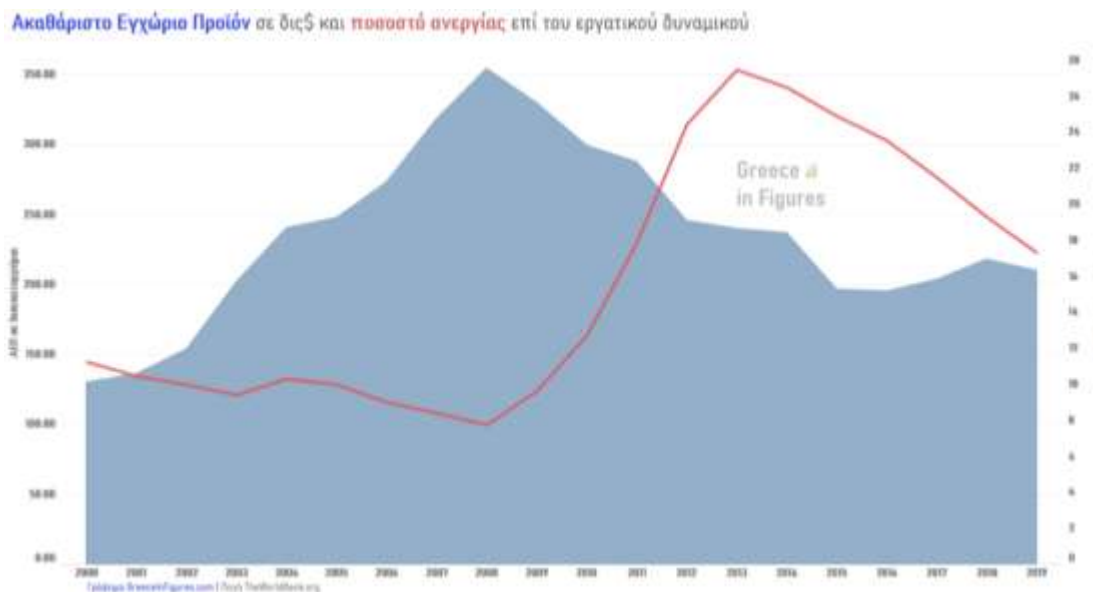
4.3 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Κάθε οικονομική κρίση χαρακτηρίζεται από απώλειες και από δυσμενείς κοινωνικές επιπτώσεις, όπως η απώλεια θέσεων εργασίας, η επισφαλής εργασία, η μειωμένη ζήτηση, τα μειωμένα ωράρια εργασίας, η απώλεια εισοδήματος, οι περικοπές μισθών και συντάξεων, η αυξημένη φορολογία, η περιορισμένη ρευστότητα, οι αυξήσεις στα είδη διατροφής και στην ενέργεια (Ötker-Robe and Podpiera 2013, Sapountzaki and Chalkias 2014). Η ελληνική οικονομική κρίση, ξεκίνησε ως κρίση ρευστότητας, μετατράπηκε σε κρίση δημόσιου χρέους και στο τέλος εξελίχθηκε σε συνδυασμό οικονομικής, κοινωνικής και πολιτικής κρίσης. Οι κοινωνικές συνέπειες της κρίσης ήταν δραματικές και παρουσιάζονται παρακάτω:

α) αύξηση του ποσοστού μετανάστευσης: κατά τη χρονική περίοδο 2010 ως 2015 μετανάστευσαν συνολικά 610037 Έλληνες προς τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, τις χώρες της ΕΕ και τις χώρες της European Economic Area (EEA). Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι τα άτομα που μετανάστευσαν ήταν νέα σε ηλικία, 15 ως 64 ετών, και περίπου το 50% από αυτά ήταν ηλικίας 25 ως 44 ετών, γεγονός που σημαίνει απώλεια παραγωγικού ανθρώπινου δυναμικού από τη χώρα. Επιπλέον χαρακτηριστικό αυτής της μεταναστευτικής εκροής ήταν ότι αφορούσε άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης, και για αυτό το λόγο ονομάστηκε «brain-drain». Συνολικά ποσοστό της τάξης του 5,9% έως 8% των Ελλήνων πτυχιούχων αποχώρησε από τη χώρα κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και παραμένει στο εξωτερικό. Οι μελέτες έδειξαν ότι η ύφεση λόγω του συγκεκριμένου φαινομένου είναι μεγαλύτερη και πιο παρατεταμένη, λόγω της απώλειας εξειδικευμένου προσωπικού. Σύμφωνα με τη μελέτη που διεξήγαγε ο Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (ΣΕΒ) πολλές επιχειρήσεις αδυνατούν να καλύψουν θέσεις εργασίας που απαιτούν εξειδικευμένες δεξιότητες. Επιπλέον το brain drain έχει σημαντικό δημοσιονομικό κόστος, λόγω της μη απόδοσης της δημόσιας επένδυσης που έχει γίνει για την εκπαίδευση όσων ανεχώρησαν στα εξωτερικό, η οποία υπολογίζεται ίση με 34037 ευρώ ανά απόφοιτο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος το brain drain επιβαρύνει το σημαντικό δημογραφικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ελλάδα τα τελευταία χρόνια (ΣΕΒ 2017)

β) αύξηση της ανεργίας: η ανεργία ορίζεται ως «η κατάσταση όσων προσφέρονται για εργασία και δε βρίσκουν απασχόληση έναντι αμοιβής, ανάλογα με την ειδικευση και τις δεξιότητες που διαθέτουν» (ιστοσελίδα OECD). Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης η ανεργία παρουσίασε διαχρονικά μια αυξητική τάση και ανήλθε σε ποσοστό 9,6% το 2009, ενώ για το

2010 το έτος όπου πραγματοποιήθηκε η προσφυγή της χώρας στον ευρωπαϊκό μηχανισμό στήριξης αυξήθηκε σε ποσοτό 12,7%. Κατά το έτος 2011 το ποσοστό ανεργίας έφτασε το 17,9% , το 2012 παρουσίασε μια μεγάλη αύξηση και ανήλθε σε 24,4%, ενώ το 2013 έφτασε το 27,5%, συνεχίζοντας την ανοδική της πορεία. Το 2014 παρατηρήθηκε μια μικρή μείωση, αν και τα επίπεδα της ανεργίας εξακολουθούν να είναι υψηλά της τάξεως του 26,5%. Τα επόμενα έτη καταγράφεται μια αργή αλλά σταθερή πτώση της ανεργίας, που μέχρι το 2017 φτάνει στο 21,5%. Το Νοέμβριο του 2020 το ποσοστό ανεργίας ήταν ίσο με 16,2%, ποσοστό μεγαλύτερο από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. Το Σεπτέμβριο του 2022 το ποσοστό ανεργίας ήταν 11,8% (Κουλλόλλι και συν 2022).



Εικόνα 6 Γράφημα του ΑΕΠ και του ποσοστού ανεργίας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Πηγή: ιστοσελίδα Greece in figures

γ) μειώσεις των δαπανών των νοικοκυριών για εκπαίδευση και υγεία: Η μεγάλη μείωση των αποδοχών οδήγησε τα νοικοκυριά σε περικοπές και ιεράρχηση προτεραιοτήτων. Σε περιόδους μεγάλης ύφεσης και λόγω της μείωσης των εισοδημάτων η καθημερινή επιβίωση είναι το βασικότερο μέλημα για την οικογένεια. Για τα παιδιά που ήταν σε σχολική ηλικία κατά την

περίοδο της κρίσης έχει εκφραστεί η άποψη ότι θα είναι μια γενιά με πολύ λίγα πνευματικά εφόδια, δεδομένου ότι οι οικογένειες τους δεν μπορούσαν να καλύψουν από οικονομική άποψη μαθήματα ξένων γλωσσών, ιδιαίτερα μαθήματα, ειδική στήριξη, βοήθεια σε μελέτη, αγορά εκπαιδευτικών βοηθημάτων κλπ. Επιπλέον οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν στο απολύτως απαραίτητο, με αποτέλεσμα ετήσιοι ιατρικοί έλεγχοι, οδοντιατρική φροντίδα ή εργαστηριακοί έλεγχοι να περιορίζονται ή να μην γίνονται καθόλου.

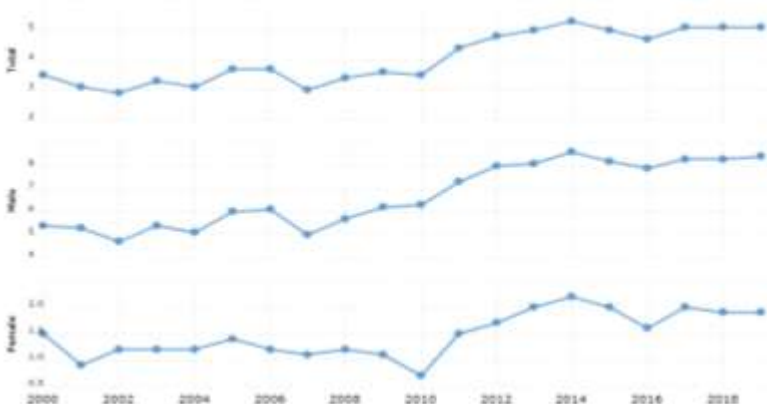
δ) αύξηση του ποσοστού φτώχειας: σύμφωνα με στοιχεία του Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), μέχρι το 2015 περίπου το 20% των Ελλήνων δεν διέθετε χρήματα για να καλύψει τα καθημερινά του έξοδα, ενώ σε μελέτη της Eurostat, διαπιστώθηκε ότι το 2016, ένας στους τρεις Έλληνες πολίτες ζούσε υπό συνθήκες φτώχειας

ε) αύξηση του ποσοστού των αστέγων: σύμφωνα με έρευνα που διεξήγαγε η Μη Κυβερνητική Οργάνωση «Κλίμακα» το 64,8% των αστέγων στην Ελλάδα είναι άστεγοι από τα τέλη του 2010, περίοδο που ταυτίζεται με την έναρξη της κρίσης. Σε ποσοστό 89,7% είναι Έλληνες και 10,3% αλλοδαποί και στην πληοψηφία τους άνδρες (82,2%). Ποσοστό 60,7% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 41 ως 55 ετών, ενώ ποσοστό 26,40% στην ηλικιακή ομάδα 26 ως 40 ετών. Ένας στους πέντε έχει ανώτερο ή ανώτατο μορφωτικό επίπεδο, ενώ το 40% έχουν αποφοιτήσει από το λύκειο.

στ) κλείσιμο καταστημάτων και επιχειρήσεων: με τη ραγδαία επιδείνωση του μακροοικονομικού περιβάλλοντος λόγω της κρίσης, παρατηρήθηκε επιδείνωση όλων των δεικτών αποδοτικότητας και κερδοφορίας των επιχειρήσεων. Σύμφωνα με την έρευνα που εκπόνησε το Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Θεσσαλονίκης το 78,6% των επιχειρήσεων που συμμετείχε σε αυτή, βίωσε δυσμενείς επιπτώσεις από την οικονομική κρίση. Το 86% των συμμετεχόντων υπέστη μειώσεις στις πωλήσεις, ενώ η μείωση στο τζίρο ανήλθε σε 42% κατά μέσο όρο.

ζ) δυσμενείς επιπτώσεις στην υγεία: η απώλεια της εργασίας και κατά συνέπεια η μείωση των πόρων προκαλεί αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης, διότι επηρεάζει την αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στην ζωή και την κοινωνία, τις δυνατότητες για διασκέδαση, ψυχαγωγία και αγορές, καθώς και τη στήριξη που μπορεί να προσφέρει στην οικογένεια του (Παπαιωάννου

και Μπεργιαννάκη 2016). Η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών που έχουν γίνει σχετικά με το θέμα αυτό δείχνουν ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία είναι αρνητική. Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης έχει καταγραφεί αύξηση των περιστατικών εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, αύξηση των ψυχικών διαταραχών, όπως στρες, άγχος και κατάθλιψη, καθώς και αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ. Οι ψυχικές διαταραχές οδηγούν σε κοινωνική απομόνωση και σε αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών. Στην Ελλάδα παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών κατά 36% από το 2009 έως το 2011 (Kyriopoulos and Tsantou 2010, Zilidis and Angelopoulos 2021)



Εικόνα 7 Ποσοστό αυτοκτονιών, ανά φύλο και στο σύνολο του πληθυσμού, στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Πηγή: <https://www.macrotrends.net/countries/GRC/greece/suicide-rate>

η) επιπτώσεις στην ποιότητα της διατροφής: η μείωση των εισοδημάτων συνδέεται άμεσα με επιλογές διατροφής χαμηλότερης ποιότητας. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ερυθρού Σταυρού περίπου 43 εκατομμύρια πολίτες στην Ευρώπη δεν έχουν επαρκή ποσότητα τροφής ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση επέφερε αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες των οικογενειών με κύριο στοιχείο την απουσία του απαραίτητου αριθμού θρεπτικών γευμάτων και την κατανάλωση τροφίμων με υδατάνθρακες και λίπος, χαμηλότερης θρεπτικής αξίας. Όσον αφορά στα παιδιά, το 9% δεν είχε τη δυνατότητα ούτε για ένα γεύμα την ημέρα με πρωτεΐνη με αποτέλεσμα να υποσιτίζεται (ΕΛΣΤΑΤ). Ο υποσιτισμός και η κατανάλωση των

τροφών που προαναφέρθηκαν οδηγούν σε παχυσαρκία με ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση και ο εκφοβισμός στο σχολείο λόγω της εξωτερικής εμφάνισης του παιδιού.



Εικόνα 8 Διάγραμμα με τον ετήσιο ρυθμό ανάπτυξης της Ελλάδας κατά το χρονικό διάστημα 1974 ως 2020. Πηγή: ιστοσελίδα Eurostat, IMF, Country Economy

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

5.1 Ορισμός της πανδημίας

Τα λοιμώδη νοσήματα χαρακτηρίζονται ως ενδημίες, επιδημίες και πανδημίες, ανάλογα με τη χρονική τους συσσώρευση και τη διάρκεια τους. Η ενδημία είναι η εμφάνιση μικρού αριθμού κρουσμάτων ενός λοιμώδους νοσήματος σε έναν συγκεκριμένο τόπο, σε όλη τη διάρκεια του έτους. Ως επιδημία χαρακτηρίζονται οι εξάρσεις των νοσημάτων, που εμφανίζονται σε έναν ανθρώπινο πληθυσμό και δεδομένη χρονική περίοδο, σε βαθμό μεγαλύτερο του αναμενόμενου. Η επιδημία μπορεί να περιορίζεται γεωγραφικά σε ένα τόπο ή μια ολόκληρη χώρα. Στην περίπτωση που η επιδημία εξαπλώνεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς σε ήπειρο ή σε παγκόσμια κλίμακα, ορίζεται ως πανδημία (Τριχόπουλος 2002).

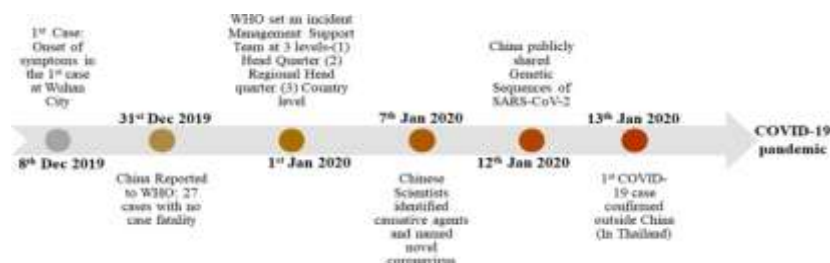
Σε όλη την ιστορία της ανθρωπότητας μεγάλες επιδημίες έχουν κατά καιρούς πλήξει τις κοινωνίες, προκαλώντας σημαντικές ιστορικές και κοινωνικές αλλαγές. Τα πιο πρόσφατα παραδείγματα είναι η πανδημία ισπανικής γρίπης το 1918, που προκάλεσε το θάνατο 100 εκατομμυρίων ανθρώπων, η επιδημία γρίπης H3N2 το 1968 με ένα εκατομμύριο θανάτους και η πανδημία HIV/AIDS με 36 εκατομμύρια θανάτους στο χρονικό διάστημα 1981 ως 2012. Η πρόσφατη πανδημία COVID-19 αποτελεί μια από τις δυσκολότερες υγειονομικές κρίσεις, που χρειάστηκε να αντιμετωπίσει η ανθρωπότητα.

5.2 Το χαρονολόγιο της πανδημίας

Οι κορονοϊοί είναι μια μεγάλη ομάδα RNA-ιών, που έχουν χαρακτηριστεί ως παθογόνοι για τον άνθρωπο από τη δεκαετία του 1960. Οι περισσότεροι προσβάλλουν τα ζώα (νυχτερίδες, πτηνά και θηλαστικά), τα οποία λειτουργούν ως υπόδοχα και ενδιάμεσοι ξενιστές για τη μετάδοση τους στον άνθρωπο (Cui et al 2019). Οι κορονοϊοί HCoV-OC43, HCoV-229E και HCoV-HKU1 προκαλούν στον άνθρωπο ήπια νόσο του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, παρόμοια με το κοινό κρυολόγημα (Zhu et al 2020). Ο κορονοϊός HCoV-NL63 προκαλεί λαρυγγίτιδα και βρογχολίτιδα στα παιδιά. Ο SARS-CoV-1 προκαλεί το σύνδρομο οξέος αναπνευστικού κορονοϊού και εντοπίστηκε για πρώτη φορά στην Κίνα το 2002, από όπου

εξαπλώθηκε σε όλες τις χώρες του κόσμου. Καταγράφηκαν 8442 κρούσματα και 916 θάνατοι σε 32 χώρες. Ο MERS-CoV προκαλεί το σύνδρομο αναπνευστικού κορονοϊού της Μέσης Ανατολής, περιοχή στην οποία ανιχνεύθηκε για πρώτη φορά το 2012 (Cvitkovic et al 2020).

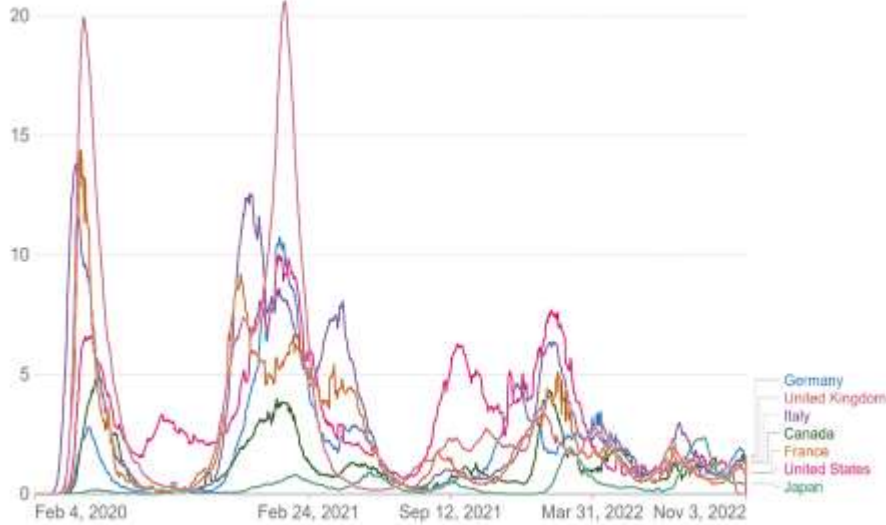
Η πανδημική κρίση ξεκίνησε το Δεκέμβριο του 2019 στην πόλη Γιοχάν της Κίνας, όπου καταγράφηκαν τα πρώτα κρούσματα. Τον Ιανουάριο του 2020, το κινεζικό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων απομόνωσε έναν νέο κορονοϊό από το δείγμα ενός ασθενούς με πνευμονία άγνωστης αιτιολογίας. Η αλληλουχία του γονιδιώματος του ιού δημοσιεύθηκε σύντομα σε μια βάση δεδομένων ανοικτής πρόσβασης. Ο νέος ιός ήταν ένα νέο στέλεχος του κορονοϊού που δεν είχε εντοπιστεί προηγουμένως σε ανθρώπους και η ασθένεια που προκαλούσε δεν ήταν γνωστή (Cucinotta and Vanelli 2020, Wong et al 2020). Η πόλη Γιοχάν τέθηκε άμεσα σε καραντίνα, ενώ άρχισαν να καταγράφονται τα πρώτα κρούσματα και σε άλλες χώρες του κόσμου. Το πρώτο κρούσμα στην Ευρώπη καταγράφεται στη Γαλλία στις 24 Ιανουαρίου του 2020. Στις 31 Ιανουαρίου 2020 ο ΠΟΥ κηρύσσει την κατάσταση ως «Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Ενδιαφέροντος» και στις 12 Φεβρουαρίου 2020 ανακοινώνει την ονομασία της ασθένειας που προκαλεί ο νέος κοροναϊός ως «COVID-19». Στην Ελλάδα το πρώτο κρούσμα καταγράφεται στις 26 Φεβρουαρίου 2020. Η υψηλή μεταδοτικότητα του νέου κορονοϊού και οι αυξημένες μετακινήσεις των πληθυσμών οδήγησαν στη ραγδαία εξάπλωση της πανδημίας σε ολόκληρο τον κόσμο. Μέχρι τις αρχές Νοεμβρίου 2022 έχουν καταγραφεί παγκοσμίως 632 εκατομμύρια κρούσματα και 6,6 εκατομμύρια θάνατοι (στατιστικά δεδομένα ΠΟΥ). Τα αντίστοιχα ποσοστά για την Ελλάδα είναι 5,19 εκατομμύρια κρούσματα και 33750 θάνατοι. Παρά τη λήψη εκτεταμένων μέτρων, ο αντίκτυπος της πανδημίας είναι τεράστιος, με μεγάλη απώλεια σε ανθρώπινες ζωές και πολλαπλές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ζωής.



Εικόνα 9 Το χρονολόγιο της πανδημίας Πηγή: Kumar et al, 2021

Daily new confirmed COVID-19 deaths per million people

7-day rolling average. Due to varying protocols and challenges in the attribution of the cause of death, the number of confirmed deaths may not accurately represent the true number of deaths caused by COVID-19.

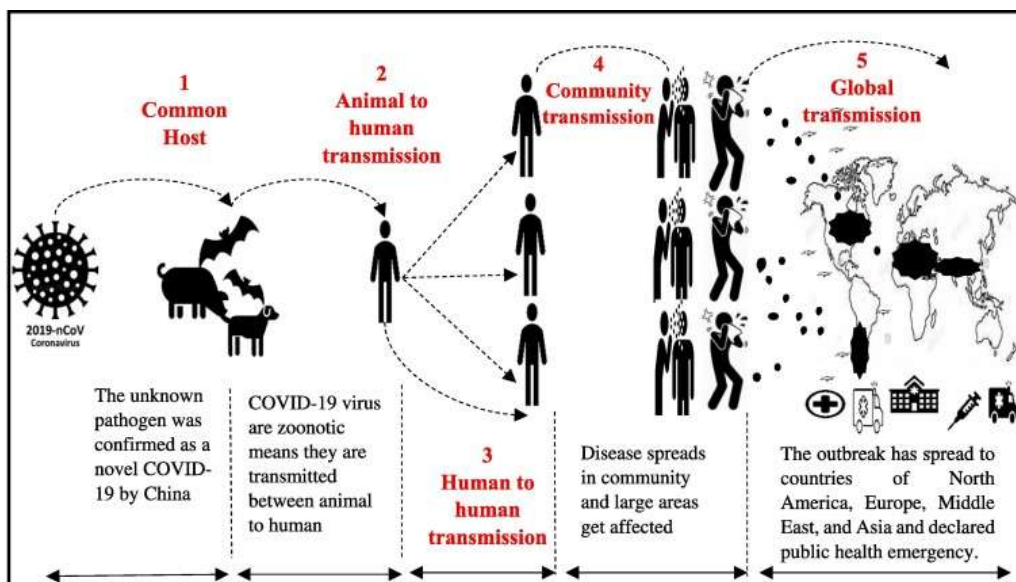


Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data

CC BY

Εικόνα 10 Διάγραμμα του εβδομαδιαίου μέσου όρου των θανάτων από τη λοίμωξη COVID-19.

Πηγή: John Hopkins University.



Εικόνα 11 Τα στάδια εξάπλωσης της πανδημίας. Πηγή: Kumar et al 2021

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 Ορισμός του συστήματος υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιγράφει το σύστημα υγείας ως: «οι άνθρωποι, οι θεσμοί και οι πόροι, οργανωμένοι μαζί σύμφωνα με καθιερωμένες πολιτικές, για να βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού που εξυπηρετούν, ανταποκρινόμενοι στις θεμιτές προσδοκίες των ανθρώπων και προστατεύοντάς τους από το κόστος της κακής υγείας, μέσω μιας ποικιλίας δραστηριοτήτων των οποίων η πρωταρχική πρόθεση είναι η βελτίωση της υγείας. Είναι ένα σύνολο στοιχείων και η σχέση τους σε ένα σύνθετο σύνολο, σχεδιασμένο να εξυπηρετεί τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Τα συστήματα υγείας εκπληρώνουν τρεις κύριες λειτουργίες: παροχή υγειονομικής περίθαλψης, δίκαιη μεταχείριση σε όλους και ικανοποίηση των προσδοκιών για την υγεία του πληθυσμού» (WHO, 2000).

6.2. Πρότυπα Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας

Το σύστημα υγείας είναι ένας βασικός θεσμός κάθε κράτους και επηρεάζεται άμεσα από την άσκηση της δημοσιονομικής πολιτικής. Τα βασικά δομικά στοιχεία για τα συστήματα υγείας είναι έξι και δημιουργούν ένα Πλαίσιο Συστήματος Υγείας (WHO Health System Framework), στο οποίο βασίζεται η κατανόηση και η ανάλυση των συστημάτων υγείας (Tulchinsky et al 2014, Mathauer et al 2019).

- ✓ διανομή-παροχή υπηρεσιών (service delivery)
- ✓ ανθρώπινο δυναμικό υγείας (health workforce)
- ✓ πληροφορίες (information)
- ✓ ιατρικά προϊόντα, εμβόλια και τεχνολογίες (medical products, vaccines and technologies)
- ✓ χρηματοδότηση (financing)
- ✓ ηγεσία/διακυβέρνηση (leadership/governance)

Στην Ευρώπη διακρίνονται τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας. Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, που αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι βασικές του αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Το σύστημα χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τέτοιου τύπου σύστημα υγείας έχει η Μεγάλη Βρετανία, η Σουηδία, η Δανία και η Νορβηγία. Τα χαρακτηριστικά αυτού του προτύπου οργάνωσης είναι :

- ο προσανατολισμός στην κάλυψη των αναγκών
- η ύπαρξη ενός ενιαίου δημοσίου συστήματος ασφάλισης για την υγεία
- η ενιαία διοίκηση με υγειονομικές περιφέρειες
- η χρηματοδότηση κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό
- τα δημόσια νοσοκομεία και τα λίγα ιδιωτικά
- η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) είναι ενταγμένη στο σύστημα υγείας. Υπάρχουν τα κέντρα υγείας τα οποία λειτουργούν με Ιατρούς Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής, δηλαδή υπάρχει γεωγραφική περιοχή ευθύνης
- οι ιατροί είναι κατά κανόνα δημόσιοι υπάλληλοι

Το δεύτερο πρότυπο οργάνωσης και διοίκησης ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η κύρια ιδέα του Bismark ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, που θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Τα ταμεία χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας μέσω εισφορών των εργοδοτών και των εργαζομένων, για την αγορά δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Αυτό το πρότυπο οργάνωσης ακολουθούν τα Εθνικά Συστήματα της Γερμανίας, της Γαλλίας, της Ολλανδίας και του Βελγίου με χαρακτηριστικά

- τον προσανατολισμό στην κάλυψη της ζήτησης
- τα πολλαπλά ταμεία ασφάλισης υγείας
- την παράλληλη διοίκηση υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών ταμείων
- τη χρηματοδότηση κυρίως από τις εισφορές στα ασφαλιστικά ταμεία

- τα Νοσοκομεία κυρίως είναι κοινωφελή/μη-κερδοσκοπικά ή ιδιωτικά
- η ΠΦΥ παρέχεται από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς, τόσο ιατρούς πολλών ειδικοτήτων όσο και από ιατρούς με την ειδικότητα της γενικής/οικογενειακής ιατρικής
- οι ιατροί είναι κατά κανόνα ιδιώτες

Το τρίτο πρότυπο οργάνωσης είναι το νοτιοευρωπαϊκό. Το πρότυπο αυτό βασίζεται στις αρχές τόσο του Beveridge, όσο και του Bismark. Τέτοιο πρότυπο οργάνωσης έχουν τα Εθνικά Συστήματα υγείας των χωρών της Νότιας Ευρώπης (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία, Ελλάδα) με χαρακτηριστικά

- το αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας με κύριο στόχο την καθιέρωση ενός εθνικού συστήματος υγείας, πολλές φορές δυστυχώς με αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων
- τη μετάβαση από κοινωνική ασφάλιση σε εθνικό σύστημα υγείας τη δεκαετία του 1980
- είναι μεικτό σύστημα (ασφαλιστικής κάλυψης – παροχών – διοίκησης και χρηματοδότησης
- τη χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και από τις εισφορές.

Τέλος, το τέταρτο πρότυπο, το πρότυπο Semashko, είναι αυτό που επικράτησε στις πρώην σοσιαλιστικές χώρες, από το 1945 έως και το τέλος της δεκαετίας του 1980. Στο πρότυπο αυτό, το κρατικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και όλες οι εγκαταστάσεις καθώς και οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι κρατικές. Διαφορετικά επίπεδα διοίκησης, κεντρικά, τοπικά και περιφερικά, ήταν υπεύθυνα για τον προγραμματισμό, τη διάθεση των πόρων και την διαχείριση των κεφαλαίων. Το σύστημα ήταν κάθετα δομημένο με ακριβείς αρμοδιότητες. Επήλθε πλήρης αποδυνάμωση του συγκεκριμένου μοντέλου μετά τις ραγδαίες εξελίξεις στη δεκαετία του 1990 και τη μετάβαση σε νέες μορφές συστημάτων υγείας. Στο πρότυπο αυτό βασίζονται τα Εθνικά Συστήματα της Πολωνίας, της Ουγγαρίας και της Βουλγαρίας με τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- ο προσανατολισμός στην κάλυψη των αναγκών
- το ενιαίο σύστημα ασφάλισης υγείας
- η ενιαία κεντρική διοίκηση με υγειονομικές περιφέρειες
- η αποκλειστική χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό
- τα νοσοκομεία είναι αποκλειστικά δημόσια
- η ΠΦΥ είναι ενταγμένη στο σύστημα υγείας
- οι ιατροί είναι αποκλειστικά δημόσιοι υπάλληλοι

6.3. Η Θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) χρονολογείται τη δεκαετία του 1980, χρονική στιγμή κατά την οποία θεωρείται ότι το εσωτερικό και το διεθνές περιβάλλον ήταν ευνοϊκά για τη δημιουργία του. Εκείνη την εποχή και άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ιταλία το 1978 και η Πορτογαλία το 1980 προβαίνουν σε μεταρρυθμίσεις στα δικά τους συστήματα υγείας. Το 1982 ψηφίζεται ο νόμος Ν.1278/82 με τον οποίο συστήνεται το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). Αποτελείται από 24 μέλη, που είναι εκπρόσωποι των επαγγελματιών υγείας, των συνδικαλιστικών οργανώσεων, των ασφαλιστικών φορέων και της τοπικής αυτοδιοίκησης. Το ΚΕΣΥ συστάθηκε με σκοπό να ασκεί κοινωνικό έλεγχο που θα διαμορφώνει την εθνική πολιτική υγείας και θα καθορίζει τη λήψη των αποφάσεων. Το επόμενο έτος ψηφίζεται ο νόμος Ν. 1397/83 για τη θέσπιση του ΕΣΥ, σύμφωνα με τον οποίο η παροχή των υπηρεσιών υγείας γίνεται από το κράτος ισότιμα προς όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση. Ο νόμος προέβλεπε τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, τη σύσταση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) τα οποία θα είχαν γνωμοδοτικό χαρακτήρα σε περιφερειακό επίπεδο, με εποπτικό και ελεγκτικό ρόλο, την ίδρυση μονάδων υγείας αποκλειστικά ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τη διάκριση της παροχής φροντίδας σε πρωτοβάθμια/ εξωνοσοκομειακή και δευτεροβάθμια/νοσοκομειακή, τη σύσταση των Κέντρων Υγείας με σκοπό την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και ο θεσμός του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Οι βασικοί στόχοι του νόμου ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος, το

ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, ο ενιαίος προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας, η ισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας, η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ο διαχωρισμός του δημοσίου από τον ιδιωτικό τομέα. Το ΕΣΥ αποτελεί μια σημαντική μεταρρύθμιση γιατί η δημιουργία ενός δημοσίου συστήματος υγείας ήταν μια απαίτηση του κοινωνικού συνόλου, υποστηρίχθηκε από την ιατρική κοινότητα, εξασφαλίστηκε επαρκής χρηματοδότηση για τη λειτουργία του και υπήρχε και η πολιτική βούληση για τη θέσπιση του (Tountas et al 1995).

6.4 Θεσμικό Πλαίσιο του ΕΣΥ

Τα κυριότερα νομοθετήματα τα οποία διέπουν τη λειτουργία του ΕΣΥ από την ίδρυση του μέχρι σήμερα συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

| |
|--|
| <u>N. 1278/82</u> Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας |
| <u>N.1397/83</u> Εθνικό Σύστημα Υγείας |
| <u>N.1579/85</u> Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις |
| <u>N.1759/88</u> Ασφαλιστική κάλυψη ανασφαλιστών ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις |
| <u>N.2071/92</u> Εκσυγχρονισμός και οργάνωση του Συστήματος Υγείας |
| <u>N. 2194/94</u> Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας |
| <u>N. 2256/94</u> Συμβούλια κρίσης και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού και άλλες διατάξεις |
| <u>N. 2345/95</u> Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις. |
| <u>N. 2519/97</u> Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας |
| <u>N. 2646/98</u> Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις |
| <u>N. 2716/99</u> Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις |
| <u>N. 2737/99</u> Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων οργάνων και άλλες διατάξεις |
| <u>N.2889/01</u> Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις |

| |
|---|
| N.2920/01 Σώμα Επιθεωρητών υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.ΥΠ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις |
| N.2955/01 Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠεΣΥ και άλλες διατάξεις |
| N. 3106/2003 Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις |
| N. 3172/2003 Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις |
| N. 3204/2003 Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του υπουργείου υγείας και πρόνοιας |
| N.3209/2003 Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας υπουργείου υγείας και πρόνοιας |
| N. 3235/2004 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας |
| N. 3252/2004 Σύσταση Ένωσης Νοσηλευτών-Νοσηλευτριών Ελλάδος και άλλες διατάξεις |
| N. 3293/2004 Πολυκλινική Ολυμπιακού χωριού, Συνήγορος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις |
| N. 3329/2005 Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις |
| N. 3305/2005 Εφαρμογή της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής |
| N. 3370/2005 Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις |
| N. 3402/2005 Αναδιοργάνωση του συστήματος αιμοδοσίας και λοιπές διατάξεις |
| N. 3418/2005 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας |
| N. 3457/2006 Μεταρρύθμιση του συστήματος φαρμακευτικής περίθαλψης |
| N.3918/2011 Ενοποίηση κλάδου ασφάλισης Υγείας και ιδρυτικός νόμος ΕΟΠΥΥ |
| N.4238/2014 Δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας ΠΕΔΥ |
| N. 56342/2014 Ρυθμίσεις για την κάλυψη της περίθαλψης των ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων |
| N.4369/2016 Υγειονομική Κάλυψη ανασφάλιστων κοινωνικών ομάδων |
| N 4486/2017 Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας |
| N.4633/2019 Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας ΕΟΔΥΥ |

6.5 Οι αστοχίες του ΕΣΥ

Το ΕΣΥ παρουσιάζει σοβαρές και διαχρονικές αστοχίες. Αντί να εξελιχθεί σε ένα σύγχρονο δημόσιο οργανισμό υγείας, παρέμεινε αναποτελεσματικό. Σύμφωνα με την μελέτη του οργανισμού ερευνών «διαΝΕΟσις», με συντονιστή τον Ιωάννη Τούντα, καθηγητή Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών, τα επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών του ΕΣΥ είναι χαμηλά και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υποβαθμισμένη (Davaki and Mossialos 2005, Economou 2012, Αντωνοπούλου 2008, διαΝΕΟσις 2020). Οι αστοχίες του ΕΣΥ αφορούν τόσο στο σχεδιασμό, όσο και στη λειτουργία του και συγκεκριμένα:

➤ Σχεδιασμός

- δεν υλοποιήθηκε ο αρχικός σχεδιασμός για το ρόλο του ΚΕΣΥ
- δεν συγκροτήθηκαν ποτέ τα ΠΕΣΥ
- δεν υλοποιήθηκαν ποτέ οι διατάξεις του άρθρου 16 του Ν. 1397/83 για την ενιαιοποίηση των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- δεν συστήθηκε ο ενιαίος φορέας χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας με τη μεταφορά των εσόδων των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών φορέων και ταμείων στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- δεν υλοποιήθηκε η δεύτερη φάση ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η δημιουργία των αστικών Κέντρων Υγείας
- δεν έγινε η ένταξη των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ στο ΕΣΥ
- ο σχεδιασμός σχετικά με την κατανομή των μονάδων υγείας στην επικράτεια ήταν ελλειπής

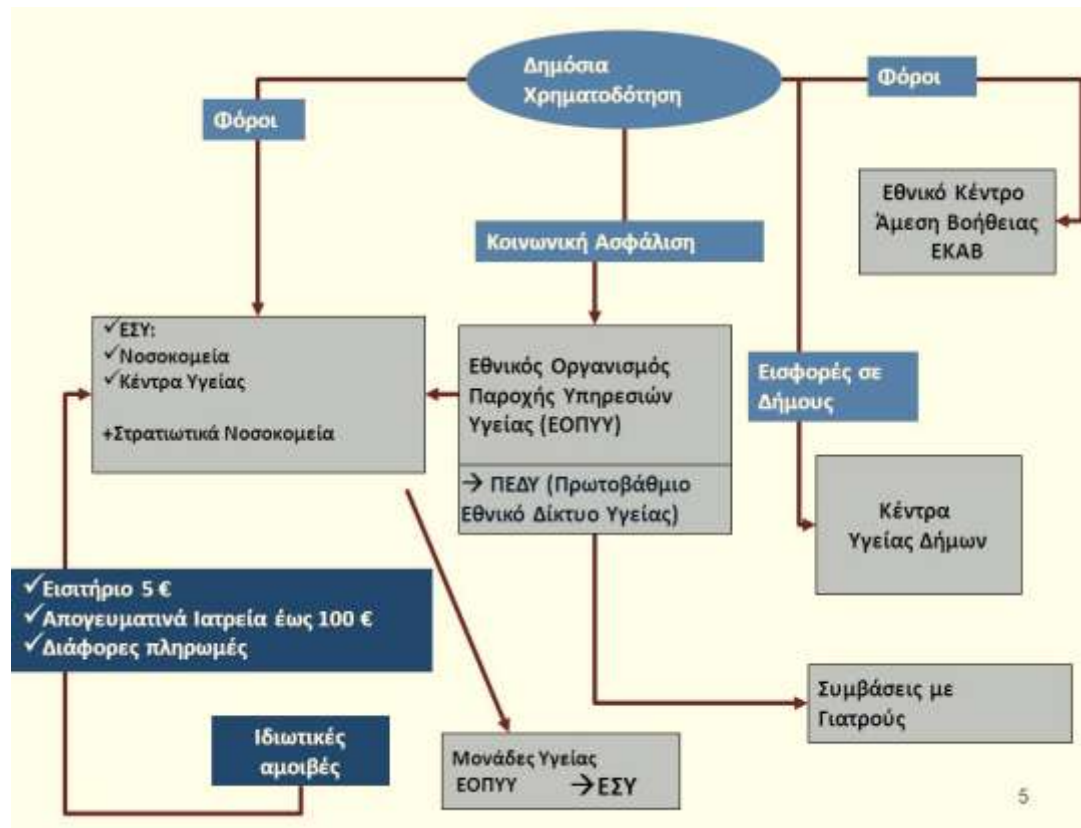
➤ Λειτουργία

- προβλήματα υποχρηματοδότησης
- υποστελέχωση
- ανεπαρκείς και απαρχαιωμένες πρακτικές διοίκησης, τις οποίες ασκούσαν άτομα χωρίς το ανάλογο υπόβαθρο και τις απαιτούμενες δεξιότητες
- μη ορθολογική κατανομή υλικών και ανθρώπινων πόρων

- απουσία οργανωμένης ΠΦΥ, με σκοπό την πρόληψη, τη συνέχεια στη φροντίδα, την παρακολούθηση των χρονίων νοσημάτων και την παραπομπή σε ειδικούς όποτε απαιτείται
- μη αποδοχή της αξιολόγησης του προσωπικού
- ανεπαρκής έλεγχος ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών μέσω της παρακολούθησης μετρήσιμων δεικτών ποιότητας
- αποτυχημένες προσπάθειες μεταρρυθμίσεων
- κομματική μορφή διοίκησης και συνδικαλιστικές πιέσεις σε όλες τις αποφάσεις
- έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης, όπως νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, μονάδες χρονίως πασχόντων
- περιορισμένη χρήση νέων τεχνολογιών, δυσκολίες στην προμήθεια και αντικατάσταση του εξοπλισμού
- ηλικιακή γήρανση και εργασιακή κόπωση του υγειονομικού προσωπικού
- ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού

Ανεξάρτητα από τη δομή που πήρε το ΕΣΥ, μπορούμε να επισημάνουμε ορισμένα χαρακτηριστικά του: α) η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται από το κράτος, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα είναι υποδεέστερη, β) οι ασφαλιστικοί φορείς λειτουργούσαν ταυτόχρονα και ως αγοραστές υπηρεσιών, κυρίως πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γ) η κοστολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών καθοριζόταν από το κράτος και η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δε σχετιζόταν άμεσα με το κόστος τους, δ) το σύστημα υγείας δημιουργούσε συνεχώς ελλείμματα και ε) υπήρχε άνιση κατανομή και άνιση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Αποτέλεσμα όλων αυτών των χαρακτηριστικών είναι η οικονομική επιβάρυνση των πολιτών, οι οποίοι καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να εξυπηρετηθούν. Πολλές φορές έχουν εκφραστεί παράπονα για άσχημες και απαξιωτικές συμπεριφορές, για παρατεταμένους χρόνους αναμονής, για ελλείψεις σε φάρμακα και υλικά και ελλείψεις στο προσωπικό. Οι περισσότερες δομές υγείας είναι υποστελεχωμένες και το προσωπικό επιβαρυνόμενο από την κόπωση, σωματική και ψυχολογική. Οι ανάγκες ειδικών ομάδων ασθενών μένουν ακάλυπτες γιατί το ΕΣΥ δεν διαθέτει τις

απαραίτητες ειδικές δομές. Στα νοσοκομεία δεν γίνεται ορθή χρήση των πόρων, υλικών και ανθρώπινων, αφού τις περισσότερες φορές οι τοποθετήσεις του προσωπικού δεν συνάδουν με τις ανάγκες της υπηρεσίας. Τυχόν μεταρρυθμίσεις και εφαρμογές σύγχρονων εργαλείων διοίκησης, όπως η αξιολόγηση και η στοχοθεσία συναντούν έντονες αντιδράσεις κατά την εφαρμογή τους με αποτέλεσμα οι προσπάθειες να αποτυγχάνουν. Οι συνεχείς θεσμικές και οργανωτικές αλλαγές δηλώνουν την έλλειψη μιας σταθερής πολιτικής υγείας με σαφείς προτεραιότητες και υποστήριξη σε βάθος χρόνου.



Εικόνα 12 Σχηματική παράσταση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ.

Πηγή: <https://slideplayer.gr/slide/11364221/>

6.6 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο ΕΣΥ

Οι διαχρονικές αστοχίες του ΕΣΥ επιδεινώθηκαν στα χρόνια της κρίσης, λόγω της σημαντικής μείωσης της δημόσιας δαπάνης για την υγεία. Η μείωση της δημόσιας δαπάνης σε ένα σύστημα το οποίο χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, καθιστά ακόμα πιο δύσκολη την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το υψηλότερο ποσοστό δαπανών υγείας στην Ελλάδα καταγράφεται το 2006 ίσο με ποσοστό 13,6% του ΑΕΠ (Health Expenditure Series OECD 2013, WHO Regional Office for Europe 2014). Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης η Ελλάδα μείωσε τις δαπάνες υγείας από 9,41% του ΑΕΠ το 2009 σε 7,72% το 2018. Αντίθετα, στις χώρες της ΕΕ η αντίστοιχη δαπάνη παρέμεινε σταθερή σε ποσοστό 9,5% του ΑΕΠ. Η δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη των νοσηλευμένων ασθενών κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης μειώθηκε από 3,76% του ΑΕΠ το 2010 σε 3,23% το 2018, ενώ οι δαπάνες θεραπευτικής περίθαλψης και αποκατάστασης μειώθηκαν από 5,92% του ΑΕΠ το 2009 σε 4,79% το 2018. Στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ η αντίστοιχη δαπάνη ήταν σταθερή σε ποσοστό 5,2% του ΑΕΠ. Κατά την χρονική περίοδο 2010 ως 2018 η Ελλάδα μείωσε το υγειονομικό προσωπικό κατά 66,24 άτομα ανά 100000 κατοίκους και τον αριθμό των νοσηλευτών κατά 12,99 ανά 100000 κατοίκους. Οι μειώσεις αυτές έγιναν με σκοπό τον περιορισμό των δαπανών υγείας. Περαιτέρω μείωση του υγειονομικού προσωπικού έγινε λόγω της μετανάστευσης. Υπολογίζεται ότι η μετανάστευση των ιατρών και των νοσηλευτών ήταν ιδιαίτερα υψηλή κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης και ότι περίπου 500000 ιατροί και 100000 νοσηλευτές μετανάστευσαν από τη χώρα κατά το χρονικό διάστημα 2010 ως 2017 (Economidou 2012).

Σημαντική μείωση κατά 18% καταγράφηκε και στον αριθμό των νοσοκομειακών κλινών, λόγω συγχωνεύσεων νοσοκομείων (Economidou et al 2014). Οι συγχωνεύσεις μονάδων υγείας είναι ένα μέτρο εξοικονόμησης πόρων που εφαρμόστηκε στις χώρες της ΕΕ από το 1990. Η συγχώνευση μπορεί να επιφέρει αλλαγή χρήσης μιας μονάδας υγείας ή μείωση των παρεχομένων υπηρεσιών και τη συγκέντρωσή τους σε άλλη μονάδα. Σκοπός μιας τέτοιας επιλογής είναι οι οικονομίες κλίμακος και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας (McKee 2004). Ωστόσο τα αποτελέσματα των συγχωνεύσεων έχουν αμφισβητηθεί έντονα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και στην πρόσβαση των ασθενών (Greaney 2018, Mariani et al 2022). Στη χώρα μας οι συγχωνεύσεις έγιναν τον Ιούνιο του 2011, μετά από

προτάσεις ειδικής επιτροπής, με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας, της παραγωγικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, με το μικρότερο δυνατό κόστος. Τα αποτελέσματα ωστόσο δεν ήταν τα επιθυμητά. Υπάρχουν πολλές βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τα προβλήματα που προκύπτουν από τις συγχωνεύσεις, τα οποία οφείλονται σε λάθη στο σχεδιασμό ή σε ελλειπή πρόβλεψη των παραγόντων που επηρεάζονται από μια τέτοια απόφαση (Rohde 2017).

Όσον αφορά στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, αυτή παρουσίασε τη μεγαλύτερη μείωση, από 2,25% του ΑΕΠ το 2009 σε 1,53% του ΑΕΠ το 2012. Η φαρμακευτική δαπάνη είναι ένας τομέας στον οποίο επιβλήθηκαν σκληρές περικοπές από τα μνημόνια συνεργασίας και στον οποίο τέθηκε αυστηρό ανώτατο όριο προϋπολογισμού. Επιπλέον η οικονομική κρίση επέφερε σημαντική μείωση στην εγχώρια παραγωγή φαρμάκων και υψηλό ποσοστό ανεργίας των εργαζομένων στον φαρμακευτικό κλάδο. Αν και τέθηκε όρος από τα μνημόνια συνεργασίας για μεγάλη αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων, τα γενόσημα φάρμακα κατέχουν περιορισμένο μερίδιο αγοράς, τόσο γιατί στη σκέψη των χρηστών τα γενόσημα φάρμακα είναι απαξιωμένα και δεν θεωρούνται εξίσου ασφαλή και αποτελεσματικά, όσο και γιατί οι τιμές πώλησης είναι υψηλότερες στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ (Colombo et al 2013, Ξανθοπούλου και Κατσαλιάκη 2015).

Περαιτέρω οικονομική επίπτωση συνιστούν οι χρεώσεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας που επιβλήθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, με αύξηση των τελών χρήσης από 3 σε 5 ευρώ στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας από το 2011, καταβολή ποσού 25 ευρώ για εισαγωγή ασθενούς σε κρατικό νοσοκομείο από το 2014, και πληρωμή επιπλέον 1 ευρώ για κάθε συνταγή που εκδίδεται από την ΠΦΥ και τα νοσοκομεία. Συνολικά 24 χώρες της ΕΕ, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, υιοθέτησαν αντίστοιχα μέτρα που αφορούσαν στην συνταγογράφηση φαρμάκων, στα προγραμματισμένα ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία και στην παροχή ΠΦΥ (Economou et al 2015). Τα ποσοστά συμμετοχής στην πληρωμή για φάρμακα που αφορούν συγκεκριμένες παθήσεις αυξήθηκαν από 10% σε 25% (ρευματοειδής αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, λύκος, αγγείτιδα, σκληρόδερμα, κίρρωση, νοσος Crohn), από

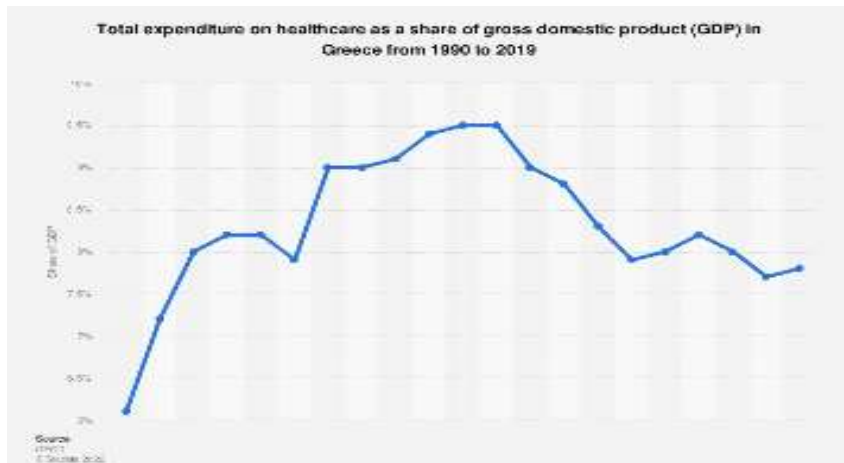
0% σε 10% για τα φάρμακα για τη νόσο Alzheimer, την άνοια και την επιληψία και από 0% σε 25% για τα φάρμακα των ασθενών με πνευμονική υπέρταση (Economou and Katelidou

2015). Παράλληλα, το 2009 δημιουργήθηκε το παρατηρητήριο τιμών για την καταγραφή των ελάχιστων τιμών για όλα τα είδη των ιατρικών προμηθειών και την επιβολή της χαμηλότερης τιμής σε όλα τα νοσοκομεία .

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε μείωση στο αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας, ενός δείκτη που χρησιμοποιείται ευρύτατα στη δημόσια υγεία και τις επιδημιολογικές μελέτες ως μέτρο υγείας και ως προγνωστικό παράγοντα θνησιμότητας και νοσηρότητας στον πληθυσμό. Το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας είναι ένας δείκτης που αντανακλά σε ικανοποιητικό βαθμό το επίπεδο υγείας του ατόμου, καθώς ενσωματώνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική διάσταση της υγείας του. Είναι πιο ευαίσθητος δείκτης στις άμεσες χρονικές μεταβολές σε σχέση με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, που απαιτούν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα για να μεταβληθούν. Το αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας σχετίζεται αρνητικά με την ανεργία, την ύπαρξη χρόνιας νόσου και την ηλικία (Zavras et al 2012, Hamplová et al 2022). Η σύγκριση του με αντικειμενικά μετρήσιμα στοιχεία έχει δείξει ότι είναι αξιόπιστος δείκτης για την εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού (Wu et al 2013).

Οι αυτοαναφερόμενες ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (self reported unmet health needs) είναι ένας δείκτης αξιολόγησης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, γιατί εκφράζει πόσες φορές ένας άνθρωπος κατά τη διάρκεια ενός έτους χρειάστηκε υπηρεσία υγείας που δεν την έλαβε ή αναγκάστηκε να απέχει από αυτήν. Σύμφωνα με τη μελέτη European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU – SILC) κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης η συνηθέστερη αιτία για ανεκπλήρωτη ανάγκη υγείας ήταν το κόστος και ο παρατεταμένος χρόνος αναμονής. Για την Ελλάδα σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας καταγράφεται αύξηση από 4,2% το 2010 σε 12% το 2016, ενώ το 2017 παρατηρείται μείωση σε ποσοστό 8,2%. Τα ποσοστά για τις χώρες της ΕΕ ήταν αντίστοιχα 2,3% το 2010, 1,0% το 2016 και 0,9% το 2017, δηλαδή κατά πολύ χαμηλότερα. Η μείωση που παρουσιάζεται το 2017 μπορεί να αποδοθεί στην ψήφιση του Νόμου 4368/2016 με τον οποίο θεσπίστηκε το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Το εισόδημα, οι συνθήκες εργασίας, το ωράριο εργασίας, οι ανισότητες στην πρόσβαση καθώς και τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας επηρεάζουν τον συγκεκριμένο δείκτη (Pappa et al 2013, Papanikolaou and Zygariis 2014, Ha et al 2018). Στο σημείο αυτό επισημαίνεται ότι μέρος από τις ανεκπλήρωτες

ανάγκες υγείας οφείλεται στο γεγονός ότι κατά τη συγκεκριμένη περίοδο πολλοί έλληνες πολίτες έχασαν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω της κρίσης και της ανεργίας, χωρίς να έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε αναγκαίες υπηρεσίες.



Εικόνα 13 Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά το χρονικό διάστημα 1999 ως 2019. Πηγή: <https://www.statista.com/statistics/429203/healthcare-expenditure-as-a-share-of-gdp-in-greece/>



Εικόνα 14 Η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα κατά το χρονικό διάστημα 2012-2019

Πηγή: https://www.efsyn.gr/ellada/koinonia/192649_sta-yps-i-idiotiki-dapani-gia-farmaka

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η αρχή της πανδημίας βρίσκει την Ελλάδα σε μια δύσκολη οικονομική συγκυρία. Οι δαπάνες υγείας έχουν μειωθεί σημαντικά, σύμφωνα με τους όρους των μνημονίων, ενώ υπάρχει αυξημένο ποσοστό ανεργίας και φτώχειας. Οι δυσκολίες που έπρεπε να αντιμετωπιστούν από το ΕΣΥ σχετίζονται τόσο με τη φύση του λοιμογόνου παράγοντα όσο και με τη χρονική συγκυρία. Ο ιός και η ασθένεια που προκαλεί ήταν κάτι καινούριο και δεν υπήρχε εκ των προτέρων επιστημονική γνώση. Επιπλέον ο ιός έχει υψηλή λοιμογονικότητα με αποτέλεσμα να καταγράφονται διαρκώς νέα κρούσματα και παρουσιάζει αυξημένα ποσοστά προσβολής σε ομάδες του πληθυσμού, οι οποίες έχουν ανάγκη από εξειδικευμένη φροντίδα, όπως τα άτομα τρίτης ηλικίας, οι ανοσοκατεσταλμένοι και οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Επειδή δεν υπήρχε γνώση σχετικά τη μοριακή δομή του ιού, τους υποδοχείς του στα ανθρώπινα κύτταρα και το μηχανισμό προσβολής, δεν υπήρχαν διαθέσιμα διαγνωστικά τεστ για την επιβεβαίωση των κρουσμάτων, ούτε φάρμακα ή εμβόλια. Η Ελλάδα ήταν ανεπαρκώς προετοιμασμένη λόγω έλλειψης πόρων και δεν υπήρχε χρόνος για καθυστερήσεις στην αντιμετώπιση. Επίσης δεν υπήρχε η κατάλληλη επιχειρησιακή ετοιμότητα και οι δεξιότητες ηγεσίας για τη διαχείριση μιας κρίσης δημόσιας υγείας.

7.1 Η διαχείριση της πανδημίας

Η διαχείριση της πανδημίας περιλαμβάνει τέσσερις διαφορετικούς άξονες. Ο πρώτος αφορά στη λήψη μέτρων περιορισμού της διασποράς του ιού. Οι περισσότερες χώρες του κόσμου, μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, εφάρμοσαν τα αυστηρά μέτρα περιορισμού της κυκλοφορίας των πολιτών, τα οποία περιλαμβάνουν το κλείσιμο σχολείων, εμπορικών καταστημάτων, χώρων διασκέδασης και εστίασης, χώρων άθλησης, πολιτιστικών χώρων και γενικά χώρων για δραστηριότητες οι οποίες δεν θεωρούνται απολύτως αναγκαίες υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες. Εφαρμόστηκε η εξ αποστάσεως εκπαίδευση, η τηλεργασία και υπήρχε

η δυνατότητα κυκλοφορίας μόνο για λόγους υγείας, για παροχή βοήθειας σε ηλικιωμένους και πρόσωπα που χρειάζονται βοήθεια, για τον περίπατο των κατοικιδίων και για περιορισμένη σωματική άσκηση. Το μέτρο αυτό ήταν πρωτόγνωρο και εξαιρετικά ακραίο. Η εφαρμογή του σε περίοδο ειρήνης προκάλεσε καταγίδια συζητήσεων σχετικά με τη συνταγματικότητα του και την καταπάτηση της ανθρώπινης ελευθερίας από την εφαρμογή του.

Ο δεύτερος άξονας ήταν η παραγωγή διαγνωστικών τεστ και για το σκοπό αυτό έγιναν μεγάλα άλματα από τον τομέα έρευνας και ανάπτυξης των κατασκευαστικών οίκων σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα. Τον Ιανουάριο του 2020 ο ιός αναπτύσσεται για πρώτη φορά σε καλλιέργεια σε εργαστήριο, για ερευνητικούς σκοπούς. Μέχρι τον Μάρτιο του 2020 έχουν ήδη αναπτυχθεί πολλά διαγνωστικά τεστ τα οποία βασίζονται σε διαφορετικές αναλυτικές μεθόδους, με σκοπό την ανίχνευση των ύποπτων κρουσμάτων και την επιβεβαίωση των θετικών. Τον Απρίλιο του 2020 το U.S.A. Food and Drug Administration (FDA) δίνει άδεια κυκλοφορίας για χρήση έκτακτης ανάγκης σε 18 διαγνωστικά τεστ. Το FDA είναι οργανισμός των ΗΠΑ ο οποίος ελέγχει τα διαγνωστικά τεστ, τα ιατρικά μηχανήματα, τα φάρμακα, τα καλλυντικά, τα τρόφιμα, τα κτηνιατρικά είδη και τα προϊόντα βιοτεχνολογίας ως προς την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους. Σύμφωνα με διαδικασίες ελέγχου που έχουν συγκεκριμένα στάδια και χρονική διάρκεια, δίνει έγκριση για την κυκλοφορία αυτών των προϊόντων στην αγορά προς χρήση. Λόγω της έκτακτης κατάστασης οι συνήθεις διαδικασίες δεν ακολουθήθηκαν και τα διαγνωστικά τεστ διατέθηκαν στην αγορά με ειδική άδεια (ιστοσελίδα FDA). Τον επόμενο μήνα δίνεται παρόμοια άδεια σε άλλα 20 διαγνωστικά τεστ. Μέχρι το Σεπτέμβριο του 2020 έχει δοθεί παρόμοια άδεια σε 250 τεστ, από τα οποία τα 200 βασίζονται σε μοριακές μεθόδους και τα 50 σε ανίχνευση αντισωμάτων (Alamri et al 2022, Maia et al 2022).

Ο τρίτος άξονας αφορά στη θεραπεία των ασθενών που νοσούν από τη λοίμωξη COVID-19. Εκτός από τη νοσηλεία και την υποστήριξη ανάλογα με τη βαρύτητα της λοίμωξης και τη συμπτωματολογία, έπρεπε να διενεργηθούν κλινικές μελέτες σχετικά με την αποτελεσματικότητα κάποιων θεραπευτικών ουσιών. Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές επείγουσες κλινικές δοκιμές αντικών φαρμάκων. Αν και κανένα αντικό φάρμακο δεν έχει βρεθεί να είναι πλήρως αποτελεσματικό, έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένα από αυτά έχουν κάποια αποτελεσματικότητα σε διαφορετικά σημεία της φυσικής ιστορίας της νόσου. Η άποψη που επικράτησε είναι ότι πρέπει να χρησιμοποιούνται νωρίς στην πορεία της νόσου και σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς με παρά-

γοντες υψηλού κινδύνου. Σε αυτή την κατηγορία φαρμάκων περιλαμβάνονται η α- ιντερφερόνη, η ριμπαβιρίνη, η φωσφορική χλωροκίνη και το Abidol. Άλλες θεραπευτικές επιλογές είναι η ανοσοθεραπεία με πλάσμα ανάρρωσης, με ενδοφλέβια ένεση ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης COVID-19 ή με Tocilizumab και η θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή (Carta and Conversano 2021, Congly et al 2021). Οι θεραπείες χορηγούνται στους ασθενείς από το ΕΣΥ, χωρίς δική τους επιβάρυνση. Στην εικόνα 15 παρουσιάζεται το κόστος των θεραπειών με τη μέγιστη τιμή και την ελάχιστη τιμή, τη δοσολογία και τη διάρκεια της θεραπείας.

Table 1. Summary of costs of production and lowest/highest prices

| Drug | Dose | Highest list price | Lowest list price | Estimated cost price (course) | Estimated cost price (day) |
|----------------------------------|---|--------------------|---|-------------------------------|----------------------------|
| Remdesivir (10 Days) | 100mg IV BD (Day 1) 100mg IV OD (Days 2–9) | — | — | \$9 | \$0.93 |
| Favipiravir (14 Days) | 600mg BD | — | \$231 (China) | \$20 | \$1.45 |
| Lopinavir/ritonavir (14 Days) | 400/100 BD | \$503 (US) | \$9 (Global Fund)* \$15 (South Africa) | \$4 | \$0.28 |
| Hydroxychloroquine (14 Days) | 400mg OD | \$19 (China) | \$2 (India) | \$1 | \$0.08 |
| Chloroquine (14 days) | 155 mg OD | \$93 (US) | \$0.20 (Bangladesh) | \$0.30 | \$0.02 |
| Azithromycin (14 days) | 500mg OD | \$63 (US) | \$5 (India) | \$1.40 | \$0.10 |
| Sofosbuvir/daclatasvir (14 days) | 400/60 OD | \$18,610 (US) | \$6 (Pakistan) | \$5 | \$0.39 |
| Pirfenidone (28 days) | 801 mg TD | \$9606 (US) | \$100 (India) | \$31 | \$1.09 |
| Tocilizumab (Per dose) | 560mg BD | \$3383 (US) | \$510 (Pakistan) | — | — |

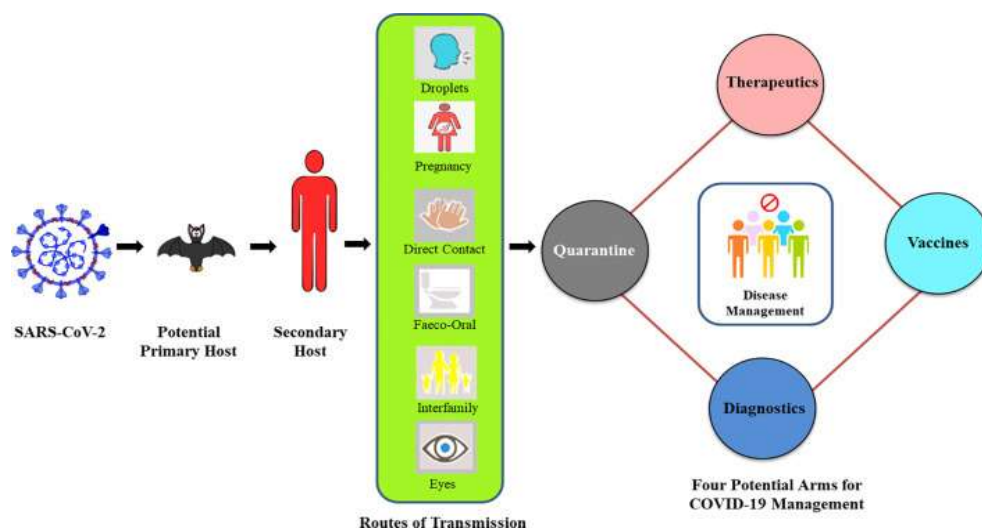
* Median price available to a range of low- and middle-income countries. OD: once daily; BD: two times daily; TD: three times daily; IV: intravenous.

Εικόνα 15 Τα κόστη των θεραπειών για τη λοίκωξη COVID-19. Πηγή: Hill et al. 2020

Ο τέταρτος άξονας στη διαχείριση της πανδημίας αφορά στον εμβολιασμό. Κατά την εξέλιξη της πανδημίας η ανοσοποίηση του πληθυσμού μέσω εμβολιασμού αποτέλεσε προτεραιότητα για την προστασία της δημόσιας υγείας. Για πρώτη φορά στην ιστορία της Ιατρικής μεσολάβησαν μόνο 11 μήνες από την αλληλούχηση του γονιδιώματος του ιού μέχρι την χορήγηση της πρώτης εμβολιαστικής δόσης στον πληθυσμό κατά τη διάρκεια των οποίων έγιναν ο σχεδιασμός οι προ-κλινικοί έλεγχοι, οι κλινικές δοκιμές, η παραγωγή και η έγκριση του εμβολίου από τις κανονιστικές αρχές (Kuter et al 2021). Στόχος της στρατηγικής εμβολιασμού ήταν να επιτευχθεί η «ανοσία της αγέλης», η οποία επιτυγχάνεται όταν ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού αποκτά ανοσία έναντι ενός λοιμώδους νοσήματος περιορίζοντας έτσι την περαιτέρω εξάπλωση

του από άτομο σε άτομο. Η ανησυχία για την ασφάλεια των εμβολίων και για την αποτελεσματικότητά τους, ήταν ο πιο κρίσιμος παράγοντας διστακτικότητας κατά του εμβολίου, τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τον υπόλοιπο πληθυσμό (Marinos et al 2021). Το γεγονός ότι η παραγωγή τους έγινε σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα και ενώ δεν ήταν ακόμη πλήρως γνωστές οι μεταλλάξεις του ιού και αρκετά από τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του, αποτέλεσε αιτία δημόσιας ανησυχίας. Επιπλέον, όταν κυκλοφόρησαν στην αγορά τα εμβόλια, δεν υπήρχαν στοιχεία σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού.

Μέχρι τώρα στην Ελλάδα 7919254 πολίτες έχουν λάβει τουλάχιστον μια δόση εμβολίου, 7629060 έχουν λάβει δυο δόσεις εμβολίου και 6119231 έχουν λάβει και μια αναμνηστική δόση (στατιστικά δεδομένα εμβολιασμού από ιστοσελίδα gov.gr). Το κόστος προπαραγγελίας ανά εμβολιαστική δόση, σύμφωνα με στοιχεία που διέρρευσαν από τον τύπο στο Βέλγιο, διαμορφώθηκε σε 1,78 ευρώ για το εμβόλιο της AstraZeneca, 6,95 ευρώ για το εμβόλιο της Johnson and Johnson, 7,56 ευρώ για το εμβόλιο της Sanofi-GSK, 10 ευρώ για το εμβόλιο της Curevac, 12 ευρώ για το εμβόλιο της BionTech/Pfizer και 14,70 ευρώ για το εμβόλιο της Moderna. Σε παγκόσμιο επίπεδο το ποσοστό του πληθυσμού που έχει λάβει τουλάχιστον μια δόση εμβολίου ανέρχεται σε 70,9% (Watson et al 2022).



Εικόνα 16 Οι τέσσερις άξονες της διαχείρισης της πανδημίας. Πηγή: Kumar et al, 2021

7.2 Οργανωτικές αλλαγές για τη διαχείριση της πανδημίας

Για την ορθή διαχείριση της πανδημίας απαιτήθηκε να γίνουν πολλές οργανωτικές αλλαγές και προσαρμογές στον τρόπο λειτουργίας του ΕΣΥ:

- άλλαξε ο τρόπος υποδοχής των ασθενών στα νοσοκομεία και στις δομές υγείας
- ορισμένα από τα νοσοκομεία της χώρας χαρακτηρίστηκαν ως νοσοκομεία COVID και δέχονταν αποκλειστικά θετικά κρούσματα για νοσηλεία
- η παροχή ιατρικής φροντίδας εξειδικευμένου τύπου (όπως αιμοκάθαρση, μαιευτική φροντίδα για θετική έγκυο και άλλες) ήταν διαθέσιμη σε συγκεκριμένα νοσοκομεία
- επεκτάθηκε το ωράριο των βαρδιών του υγειονομικού προσωπικού
- δημιουργήθηκαν και στελεχώθηκαν τμήματα μοριακού ελέγχου για την ανίχνευση του ιού
- δημιουργήθηκαν πρωτόκολλα για τη διαχείριση των ασθενών και τη διαχείριση των βιολογικών τους δειγμάτων
- εφαρμόστηκαν νέοι κανόνες υγιεινής και ασφάλειας σε όλους τους χώρους
- εφαρμόστηκαν νέοι κανόνες για τη συνοδεία των ασθενών
- άλλαξε η καθημερινή ροή της εργασίας στις δομές υγείας
- έγινε μετατροπή νοσηλευτικών θαλάμων σε θαλάμους COVID κατ' αποκλειστικότητα
- έγιναν διαμορφώσεις στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) για την υποδοχή ύποπτων και θετικών κρουσμάτων

Παράλληλα με όλες αυτές τις προσαρμογές αντιμετωπίστηκαν και πάρα πολλά προβλήματα. Στις αρχές της πανδημίας, παρατηρήθηκαν δυσκολίες στην προμήθεια των μέσων ατομικής προστασίας για το υγειονομικό προσωπικό, αναπνευστικών συσκευών, διαγνωστικών τεστ και άλλων απαραίτητων υλικών, επειδή διαταράχθηκε σε όλες τις χώρες η λειτουργία της εφοδιαστικής αλυσίδας. Στην αγορά παρατηρήθηκαν ελλείψεις, φαινόμενα αισχροκέρδεια και υπερτιμήσεις για στοιχειώδη μέτρα προστασίας όπως τα γάντια, οι μάσκες και τα αντισηπτικά διαλύματα.

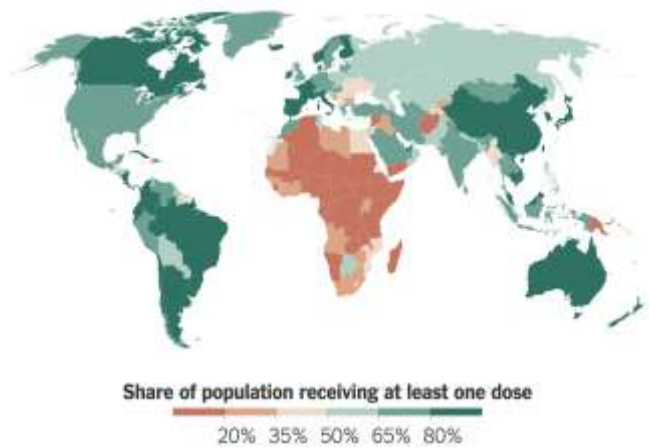
7.3 Πανδημία και υγειονομικό προσωπικό

Το υγειονομικό προσωπικό της χώρας εξουθενώθηκε σωματικά και ψυχολογικά (σύνδρομο burnout). Εργάστηκε με ζήλο και αφοσίωση, νυχθημερόν και εκτέθηκε συνεχώς σε αυξημένο κίνδυνο προσβολής από τον ιό, λόγω της φύσεως της εργασίας του και λόγω της εξάνλησης από την κόπωση. Επιπλέον το υγειονομικό προσωπικό δεν είχε στη διάθεση του, τουλάχιστον στην αρχή της πανδημίας, επαρκή πρωτόκολλα για την εκτέλεση της εργασίας του, ούτε επαρκή προστατευτικό εξοπλισμό (Lasalvia et al 2021). Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας απεβίωσαν από τη λοίμωξη 115000 εργαζόμενοι διαφόρων ειδικοτήτων στον τομέα της υγείας. Παράλληλα δημιουργήθηκε και μια αίσθηση στίγματος προς το υγειονομικό προσωπικό, το οποίο αντιμετωπίστηκε από την κοινωνία ως δυνητικά μολυσματικό για τους υπόλοιπους πολίτες. Οι βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με το ποσοστό θανάτων στο υγειονομικό προσωπικό είναι αποσπασματικές, διότι αναφέρονται σε συγκεκριμένες χώρες ή γεωγραφικές περιοχές (Bandyopadhyay et al 2020, Cook et al 2020, Ferland et al 2022). Δεδομένα για την Ελλάδα δεν έχουν δημοσιευτεί μέχρι τώρα.

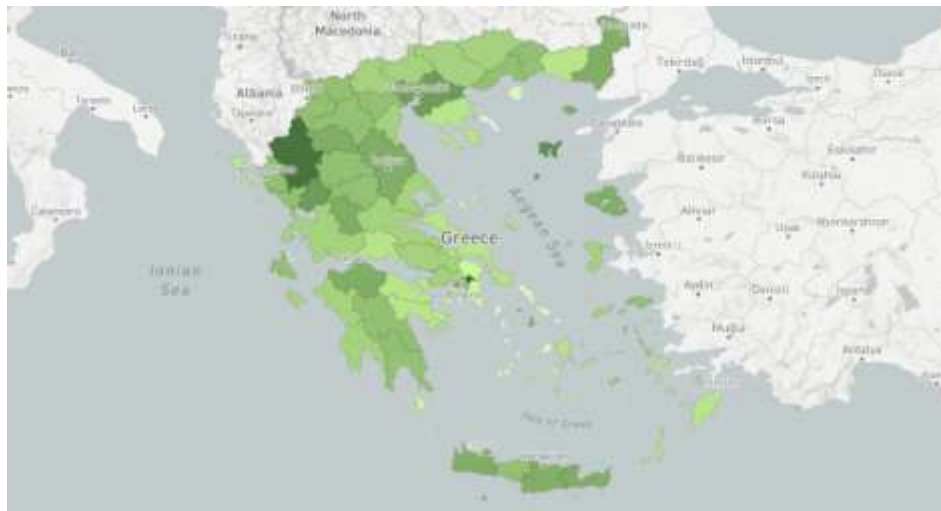
7.4 Κόστη νοσηλείας

Υπολογίζεται ότι η Ελλάδα έχει δαπανήσει περίπου 1 δισεκατομμύριο ευρώ κατά το πρώτο έτος της πανδημίας και ότι το ποσό αυτό διατέθηκε για νοσηλείες, διενέργεια διαγνωστικών τεστ και την εκστρατεία ενημέρωσης των πολιτών. Για το ίδιο χρονικό διάστημα εκτιμάται ότι η απώλεια της παραγωγής και της παραγωγικότητας, λόγω της απουσίας από την εργασία ισούται με δαπάνη μεγαλύτερη από 1 δισεκατομμύριο ευρώ. Οι διαθέσιμοι πόροι της χώρας κατά το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, υλικοί και ανθρώπινοι δεν εργάστηκαν πλήρως με αποτέλεσμα μεγάλες απώλειες στην οικονομία. Για τους ασθενείς για τους οποίους απαιτήθηκε νοσηλεία η δαπάνη υπολογίζεται στις 9000 ευρώ ανά νοσηλεία για απλή κλίνη και στις 25000 ευρώ ανά νοσηλεία για κλίνη σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ). Στις ΜΕΘ η πίεση ήταν πολύ μεγάλη και από ιατρική αλλά και από οικονομική άποψη. Το ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύθηκαν για τους οποίους απαιτήθηκε νοσηλεία σε ΜΕΘ ήταν 5% . Το

κόστος νοσηλείας σε ΜΕΘ για τις υπόλοιπες χώρες έχει εκτιμηθεί σε $2082,65 \pm 345,04$ δολάρια ως $2990,76 \pm 545,98$ δολάρια (Bartsch et al 2020, Richards et al 2022).



Εικόνα 17 Παγκόσμιος χάρτης με τα ποσοστά εμβολιασμού στον γενικό πληθυσμό. Πηγή: Covid World Vaccination Tracker updated November 6, 2022.



Εικόνα 18 Χάρτης της Ελλάδας με την εμβολιαστική κάλυψη έναντι του ιού COVID-19. Οι περιφερειακές ενότητες με το έντονο πράσινο χρώμα έχουν τη μεγαλύτερη εμβολιαστική κάλυψη ανά 100000 κατοίκους ενώ με το πιο άτονο τη μικρότερη.

Πηγή: <https://lab.imedd.org/diadrastikos-xarths-embolias-mwn-covid19-ella-da/>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

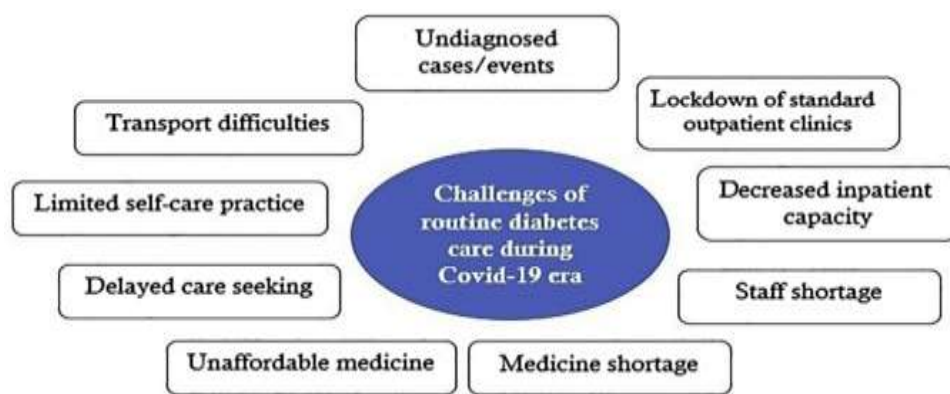
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ

Η υγειονομική κρίση λόγω της πανδημίας, εκτός από τα οικονομικά μεγέθη της χώρας και το κόστος για την αντιμετώπιση της, επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την υγεία των πολιτών. Ειδικές ομάδες ασθενών και διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού βιώνουν πολλές και διαφορετικού τύπου δυσκολίες και προβλήματα, λόγω των ιδιαιτεροτήτων τους. Σε αυτό το κεφάλαιο θα μελετηθούν οι επιπτώσεις της πανδημίας στην υγεία σε διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού

8.1 Επιπτώσεις σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα

Ένα νόσημα χαρακτηρίζεται ως χρόνια όταν έχει μεγάλη χρονική διάρκεια και αργή εξέλιξη, προκαλείται από παθολογικές μεταβολές στον οργανισμό οι οποίες είναι μη αναστρέψιμες και απαιτεί μακροχρόνια παρακολούθηση και φροντίδα. Τα χρόνια νοσήματα έχουν σημαντικό αντίκτυπο στην οικονομία και την υγεία παγκοσμίως, γιατί σχετίζονται με μειωμένο προσδόκιμο ζωής, μειωμένη ποιότητα ζωής των ασθενών και μειωμένη παραγωγικότητα (Bernell and Howard 2016). Συνιστούν δοκιμασία τόσο για τους ασθενείς όσο και για το περιβάλλον τους, λόγω της διαρκούς φροντίδας που απαιτείται και της αβεβαιότητας για την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας τους. Τα κυριότερα χρόνια νοσήματα είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι νεοπλασίες, οι χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και ο σακχαρώδης διαβήτης. Τα νοσήματα αυτά σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα σε περίπτωση λοίμωξης από τον ιό COVID-19, καθώς και με αυξημένη πιθανότητα νοσηλείας και σοβαρών επιπλοκών. Από την αρχή της πανδημίας εκδόθηκαν οδηγίες από τις διάφορες επιστημονικές εταιρείες σχετικά με την τήρηση των μέτρων προφύλαξης που απαιτούνται για αυτή την κατηγορία των ασθενών, αλλά και σχετικά με τον τρόπο που θα πρέπει να παρακολουθούνται και να εξετάζονται από ειδικούς όταν απαιτηθεί (Kirkpatrick et al 2019, Mauro et al 2020). Παρόλα αυτά παρατηρήθηκαν σημαντικές επιπτώσεις στη διάγνωση και παρακολούθηση αυτών των ασθενειών κατά την περίοδο της πανδημίας. Σε όλη τη διάρκεια της πανδημίας σημειώθηκαν μεγάλες καθυστερήσεις, αναβολές και ακυρώσεις στην παροχή χρόνιας φροντίδας σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με τη μελέτη των Fekadu και των

συνεργατών του, τα περισσότερα προγραμματισμένα ραντεβού ακυρώθηκαν και μόνο ένας μικρός αριθμός από αυτά πραγματοποιήθηκε με φυσική παρουσία. Πολλές ιατρικές επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν με τη μέθοδο της τηλεϊατρικής (Chudasama et al 2020, Fekadu et al 2021). Στις δομές πρωτοβάθμιας φροντιδας υγείας δόθηκε προτεραιότητα στη διαχείριση της πανδημίας, σύμφωνα με τις οδηγίες των υγειονομικών αρχών. Στις επόμενες παραγράφους θα περιγραφούν οι επιπτώσεις ανά ομάδα ασθενών με χρόνια νοσήματα.



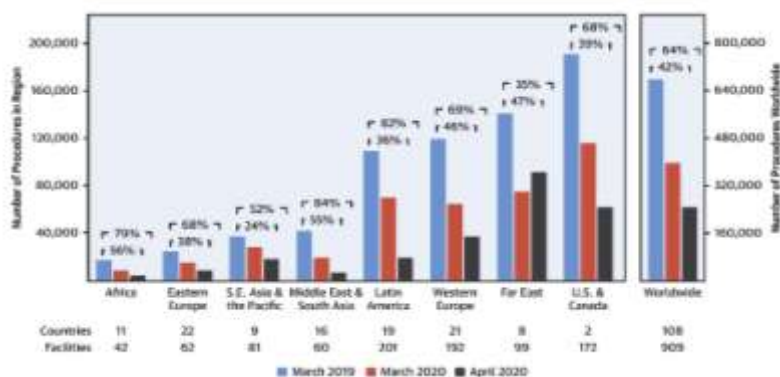
Εικόνα 19 Σχηματική παράσταση με τα εμπόδια στην παροχή υπηρεσιών υγείας που συνάντησαν οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πηγή: Mohseni et al 2021

8.1.1 Επιπτώσεις σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα

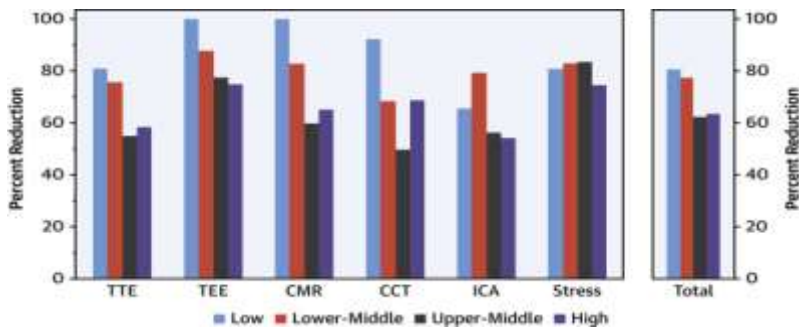
Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας και θνητότητας παγκοσμίως, με 18 εκατομμύρια θανάτους ετησίως. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στους ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα σχετίζονται τόσο με τον αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών μετά από λοίμωξη, όσο και με τη σημαντική μείωση στην παρεχόμενη σε αυτούς φροντίδα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αν και ο ιός COVID-19 προσβάλλει το αναπνευστικό σύστημα, αρκετοί ασθενείς εμφανίζουν σοβαρές επιπτώσεις και στο καρδιαγγειακό σύστημα. Ο ιός μπορεί να προκαλέσει οξεία καρδιακή βλάβη, χωρίς ο ασθενής να εμφανίζει προϋπάρχουσα

καρδιακή νόσο, ενώ στους νοσούντες καρδιοπαθείς μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση της καρδιακής λειτουργίας ή και θάνατο. Αυτές οι σοβαρές επιπλοκές οφείλονται στους μηχανισμούς φλεγμονής και θρόμβωσης με τους οποίους επιδρά ο ιός στον ανθρώπινο οργανισμό. Για τις περιπτώσεις αυτές κατά τη διάρκεια της πανδημίας απαιτήθηκε παρατεταμένη νοσηλεία είτε σε απλές κλίνες, είτε σε Μονάδες Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ) και ΜΕΘ.

Σχετικά με τη διάγνωση και την παρακολούθηση των ασθενών αυτών σε μελέτη που αφορά 108 χώρες και 909 δομές υγείας, στις οποίες διενεργούνται διαγνωστικές εξετάσεις για καρδιακές παθήσεις, διαπιστώθηκε μείωση κατά 59% στα ενδοθωρακικά ηχοκαρδιογραφήματα, κατά 76% στα διοισοφάγια υπερηχογραφήματα, κατά 78% στις δυναμικές υπερηχογραφίες (stress echo) και κατά 55 % στις στεφανιογραφίες (Einstein et al 2021). Συνολικά και στις 108 χώρες παρατηρείται μείωση κατά 64% σε επεμβατικές και μη επεμβατικές διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούν το καρδιαγγειακό σύστημα, με τα μεγαλύτερα ποσοστά μείωσης να καταγράφονται στις οικονομικά ασθενέστερες χώρες. Δεδομένα από την Ελλάδα έχουν συμπεριληφθεί στη συγκεκριμένη μελέτη.



Εικόνα 20 Ραβδόγραμμα που παρουσιάζει τα ποσοστά μείωσης στη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων για ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο σε 108 χώρες παγκοσμίως. Πηγή Einstein et al, 2021

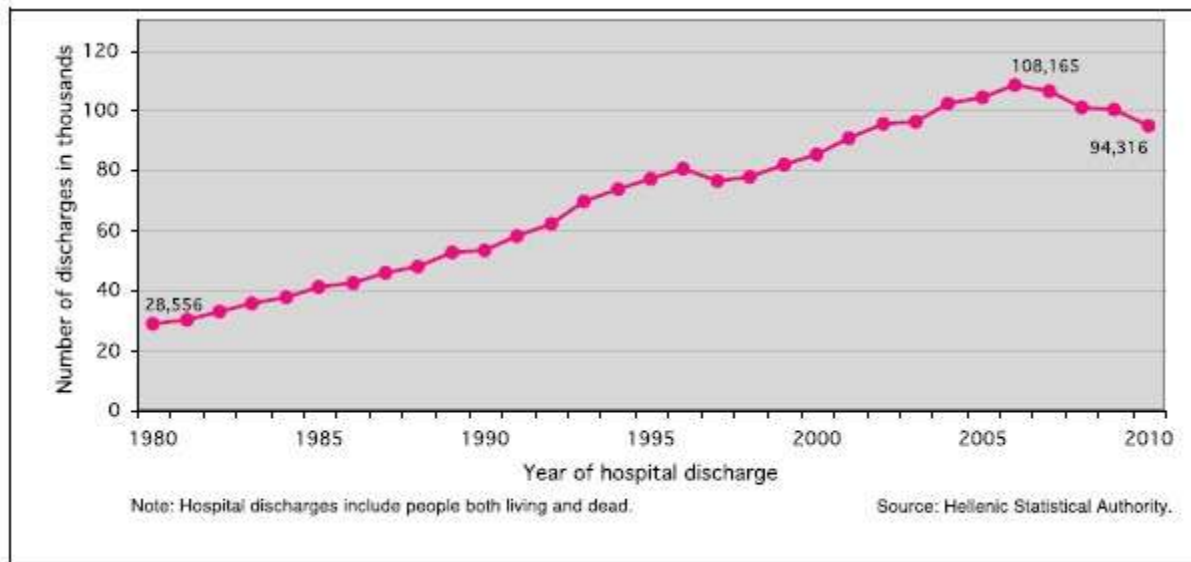


Εικόνα 21 Ραβδόγραμμα που παρουσιάζει τα ποσοστά μείωσης στη διενέργεια διάφορων τύπων διαγνωστικών εξετάσεων για ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο σε 108 χώρες παγκοσμίως, ανάλογα με την οικονομική κατάσταση της χώρας. Πηγή Einstein et al 2021

Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι αναβλήθηκαν διαγνωστικές εξετάσεις που αφορούσαν κυρίως σε εξωτερικούς ασθενείς, λόγω του περιορισμού στην προσέλευση ατόμων στις δομές υγείας και ότι ο χρόνος αναμονής μεταξύ δυο διενεργούμενων εξετάσεων ήταν παρατεταμένος, λόγω του καθαρισμού του εξοπλισμού και της απολύμανσης των χώρων. Συνεπώς στο διαθέσιμο χρόνο μπορούσε να πραγματοποιηθεί μικρότερος αριθμός διαγνωστικών εξετάσεων. Επιπλέον σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας ήταν ο σχηματισμός αερολυμάτων κατά τη διενέργεια δοκιμών ακραίων καταστάσεων άσκησης και διοισοφαγικού υπερηχοκαρδιογραφήματος, ο οποίος αυξάνει τον κίνδυνο λοίμωξης για ασθενείς και υγειονομικό προσωπικό (Bansal 2020, Einstein et al 2021). Από την πλευρά των ασθενών ανασταλτικοί παράγοντες, κυρίως το άγχος και ο φόβος για το ενδεχόμενο λοίμωξης, απέτρεπαν τους ασθενείς από το να αναζητήσουν βοήθεια και να προσέλθουν στο νοσοκομείο. Στην Ιταλία, κατά τους πρώτους μήνες της πανδημίας, αναφέρεται σημαντική μείωση στον αριθμό ασθενών που προσλήθηκαν στα ΤΕΠ, ενώ στην Ισπανία το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται σε 40% (Palmer et al 2020, Rodríguez-Leor et al 2020).

Σχετικά με τον Ελληνικό πληθυσμό έχουν διενεργηθεί δυο μελέτες που αφορούν στο χρονικό διάστημα 2009 ως 2014, σύμφωνα με τις οποίες παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου, αύξηση που αποδίδεται στην οικονομική κρίση και το άγχος που προκάλεσε. Η θνητότητα από τα καρδιαγγειακά νοσήματα επίσης αυξήθηκε κατά το παραπάνω χρονικό διάστημα, είτε αμιγώς από το καρδιαγγειακό νόσημα, είτε σε συνδυασμό με την κα-

τάθλιψη, η οποία επίσης παρουσιάζει αύξηση κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (Makaridis et al 2013, Gikas et al 2016, Psaltopoulou et al 2017).



Εικόνα 22 Διάγραμμα του αριθμού των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο στην Ελλάδα για τους οποίους απαιτήθηκε νοσηλεία κατά το χρονικό διάστημα 1980 ως 2010. Πηγή: Gikas et al 2016

8.1.2 Επιπτώσεις στην υγεία ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα πολυπαραγοντικό νόσημα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών, η οποία οφείλεται σε μερική ή πλήρη έλλειψη της ινσουλίνης. Σε ολόκληρο τον κόσμο 537 εκατομμύρια ενήλικες ηλικίας μεταξύ 20 και 79 ετών πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Ο αριθμός αυτός, σύμφωνα με την International Diabetes Federation, αναμένεται να ανέλθει σε 643 εκατομμύρια μέχρι το 2030 και σε 783 εκατομμύρια μέχρι το 2045. Οι τρεις στους τέσσερις ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη ζουν σε χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος, γεγονός που υπερτονίζει την επίπτωση του οικονομικού παράγοντα στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι θάνατοι από τη νόσο ανέρχονται σε 6,7 εκατομμύρια ετησίως, ενώ η δαπάνη υγείας για την παρακολούθηση και τη φροντίδα τους είναι πολύ υψηλή. Όσον αφορά στα παιδιά

και τους εφήβους μέχρι 19 ετών, οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ανέρχονται σε 1,2 εκατομμύρια παγκοσμίως. Στην Ελλάδα το ποσοστό των διαβητικών ασθενών ισούται με το 10% του πληθυσμού της χώρας. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι νόσημα που σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα σοβαρών επιπλοκών, μετά από λοίμωξη από τον ιό COVID-19.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας καταγράφονται σε αρκετές περιπτώσεις αυξημένα επίπεδα γλυκόζης νηστείας και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στους ασθενείς, σε σχέση με τα αντίστοιχα επίπεδα προ πανδημίας (Hue et al 2021). Σε μελέτη που έγινε στη Βραζιλία, χώρα με υψηλό ποσοστό ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι η διασφάλιση της διαθεσιμότητας της ινσουλίνης και άλλων φαρμάκων, καθώς και εργαλείων αυτοελέγχου και διαγνωστικών εργαλείων, ήταν ένα δύσκολο έργο από άποψη προμήθειας και διανομής, σε όλες τις χώρες κατά την περίοδο του lockdown (Barone et al 2020). Ασθενείς οι οποίοι υπέστησαν μείωση των εισοδημάτων τους λόγω πανδημίας, δεν μπορούσαν να αγοράσουν τα φάρμακά τους και η αγωγή τους ήταν πλημελής. Η πρόσβαση σε δομές υγείας ήταν ένα ακόμη εμπόδιο για τους διαβητικούς ασθενείς, λόγω των μέτρων για περιοσμένη προσέλευση (Gentile et al 2020, Barone et al 2020). Το άγχος και ο φόβος για το ενδεχόμενο λοίμωξης, απέτρεπαν και αυτή την ομάδα ασθενών από το να αναζητήσουν βοήθεια και να προσέλθουν στο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα σε πολλές περιπτώσεις να φτάσουν αργά στα ΤΕΠ σε κατάσταση κρίσιμη για τη ζωή τους (Gentile et al 2020).

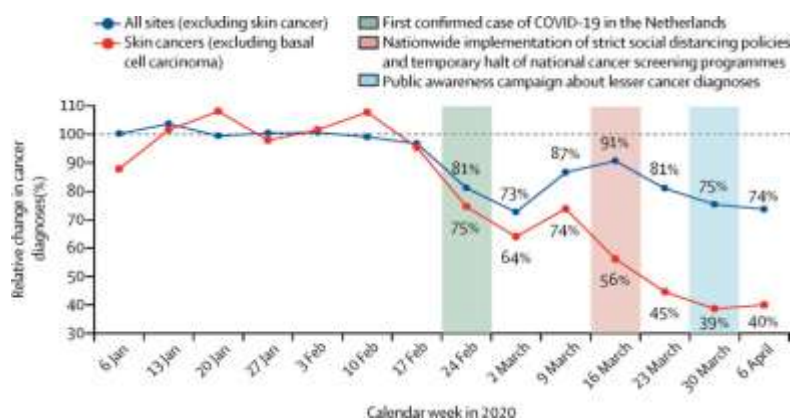
Κατά την περίοδο της πανδημίας, λόγω των μέτρων περιορισμού της κυκλοφορίας, παρατηρήθηκε αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες και μια τάση προς την κατανάλωση ανθυγιεινών τροφών, γεγονός που μαζί με τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας, έχουν σαν αποτέλεσμα την αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, παράγοντα πολύ σημαντικό στην εξέλιξη της νόσου (Barone et al 2020, Beran et al 2021). Η μειωμένη φυσική δραστηριότητα σε εξωτερικό χώρο, χωρίς έκθεση στον ήλιο οδήγησε σε έλλειψη της βιταμίνης D, η οποία με τη σειρά της προκαλεί ανοχή στην ινσουλίνη (Pal and Bhahada 2020). Η διενέργεια αυτοελέγχων ήταν ελλιπής, τόσο για ψυχολογικούς λόγους (κοινωνική απομόνωση, αίσθημα απογοήτευσης) αλλά και λόγω της επαφής με το θεράποντα ιατρό σε αραιότερα χρονικά διαστήματα. Το ίδιο ισχύει και για τη μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, του πιο σημαντικού και αξιόπιστου δείκτη για την αξιολόγηση του γλυκαιμικού ελέγχου σε διαβητικούς ασθενείς. Μια μελέτη που έγινε στην Κορέα έδειξε ότι αύξηση στα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στους διαβητικούς ασθενείς τους πρώτους 6 μήνες της πανδημίας, αποτέλεσμα που συνάδει με τη μειωμένη φυσική δραστη-

ριότητα και την κοινωνική απομόνωση (Jin et al 2021, Tanaka et al 2021). Συμπερασματικά μπορούμε με πούμε ότι οι διαβητικοί ασθενείς αντιμετώπισαν δυσκολία στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για λόγους οργανωτικούς, λόγω της έλλειψης ή των καθυστερήσως που παρατηρήθηκαν στην προμήθεια φαρμάκων και συσκευών αυτοελέγχου, αλλά και για λόγους ψυχολογικούς και πλημελούς αυτοελέγχου (Mohseni et al 2021).

8.1.3 Επιπτώσεις σε ασθενείς με νεοπλασίες

Το έτος 2020 διαγνώστηκαν παγκοσμίως 18094716 περιπτώσεις νεοπλασίας και αναμένεται ότι τα επόμενα χρόνια θα καταγραφεί μεγάλος αριθμός νέων περιπτώσεων και αυξημένο ποσοστό θανάτων, εξαιτίας της πανδημίας και της πλημελούς φροντίδας των ασθενών με νεοπλασίες. Ο προσυμπτωματικός έλεγχος είτε διακόπηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας, είτε περιορίστηκε σε μεγάλο ποσοστό. Κατά συνέπεια η αναγνώριση και η παραπομπή ύποπτων ογκολογικών περιστατικών σε ειδικούς ιατρούς καθυστέρησε σημαντικά. Τα προγράμματα εθνικού ελέγχου του καρκίνου στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Αυστραλία, τη Γαλλία, τις ΗΠΑ και άλλες χώρες του κόσμου τέθηκαν σε αναστολή ή σημείωσαν μεγάλες καθυστερήσεις και αναβολές λόγω της πρωτοφανούς υγειονομικής κρίσης. Παρόμοια στοιχεία παρατηρήθηκαν και στη διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων, οι οποίες κρίνονται απαραίτητες για την παρακολούθηση, τη σταδιοποίηση και την αποτελεσματική θεραπεία των ογκολογικών ασθενών. Πράγματι, ιδίως κατά την περίοδο έξαρσης της πανδημίας, σε πολλές χώρες παρατηρήθηκαν αναβολές, επαναπρογραμματισμοί, ακυρώσεις και εν γένει καθυστερήσεις στην πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων, όπως είναι οι καρκινικοί δείκτες, καθώς και απεικονιστικών εξετάσεων στους χρόνιους ογκολογικούς ασθενείς. Κατά το πρώτο εξάμηνο της πανδημίας υπήρξαν πολλές ακυρώσεις στη διενέργεια βιοψιών και χειρουργικών επεμβάσεων, στις προγραμματισμένες επισκέψεις στους ογκολόγους και στη χορήγηση χημειοθεραπειών και ακτινοθεραπειών για διάφορους τύπους νεοπλασιών. Εκτιμάται ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις σε ασθενείς με νεοπλασίες που αναβλήθηκαν ανέρχονται σε περισσότερες από 2,5 εκατομμύρια, ως συνέπεια των αναγκών νοσηλείας COVID-19 ασθενών και της έλλειψης κλινών ΜΕΘ. Τον Απρίλιο του 2020, στην κορύφωση του πρώτου πανδημικού κύματος, οι αντίστοιχες ακυρώσεις για καρκίνο του μαστού, του παχέος εντέρου, του προστάτη και του πνεύμονα ήταν της τάξεως του 85%, 75%, 74%, και 56%, αντίστοιχα (Lee et al 2022, London et al 2020, Patt et al 2020).

Προκαλεί μεγάλη ανησυχία στην ιατρική κοινότητα το γεγονός ότι εξαιτίας της πανδημίας πολλά νέα περιστατικά νεοπλασιών παρέμειναν αδιάγνωστα ή διαγνώστηκαν σε προχωρημένο στάδιο, με συνέπεια την αδυναμία ριζικής χειρουργικής αντιμετώπισής τους, έχοντας χαθεί πολύτιμος χρόνος για την υγεία των ασθενών (Dinmohamed et al 2020, Di Cosimo et al 2022, Maringe et al 2020).



Εικόνα 23 Διάγραμμα με τη μείωση των υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς με νεοπλασίες στην Ολλανδία Πηγή: Dinmohamed et al 2020

8.1.4 Επιπτώσεις σε ασθενείς με θαλασσαιμία

Η Παγκόσμια Οργάνωση Θαλασσαιμίας αναφέρει ότι μεταξύ των επιπτώσεων της πανδημίας στους ασθενείς με θαλασσαιμία περιλαμβάνονται η έλλειψη μονάδων αίματος για μεταγγίσεις, η έλλειψη φαρμάκων και η περιορισμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα (Farmakis et al 2020). Οι ασθενείς με μείζονα θαλασσαιμία, κατά τη διάρκεια της πανδημίας είχαν την τάση να αναβάλουν τα προγραμματισμένα ραντεβού για μετάγγιση αίματος, λόγω του άγχους και του φόβου για πιθανή λοίμωξη. Η κατάσταση τους επιδεινώθηκε σημαντικά και

λόγω της κοινωνικής απομόνωσης, δεδομένου ότι στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών η ψυχολογική διάσταση της υγείας τους είναι ήδη βεβαρυμένη (Arian et al 2021).

Όσον αφορά στην εθελοντική αιμοδοσία και στα κριτήρια επιλογής των αιμοδοτών κατά τη διάρκεια της πανδημίας, δόθηκαν εγκαίρως οι κατάλληλες κατευθύνσεις από τον ΠΟΥ και την American Association of Blood Bank. Οι ιοί του αναπνευστικού συστήματος δεν μεταδίδονται μέσω μετάγγισης αίματος και παγκοσμίως δεν έχουν αναφερθεί περιστατικά μετάδοσης SARS-CoV-2 ή οποιουδήποτε άλλου κορονοϊού από δότη σε λήπτη. Οι αιμοδότες πρέπει να είναι καλά στην υγεία τους και να έχουν φυσιολογική θερμοκρασία όταν αιμοδοτούν. Ο υπεύθυνος ιατρός της αιμοδοσίας μπορεί επίσης να εξετάσει το ενδεχόμενο να συμβουλευτεί άτομα που έχουν διαγνωστεί ή είναι ύποπτα ότι έχουν COVID-19 να απέχουν από την αιμοδοσία για τουλάχιστον 10 ημέρες μετά την πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή, εάν δεν εμφάνισαν ποτέ συμπτώματα, για τουλάχιστον 10 ημέρες μετά τη θετική διαγνωστική δοκιμασία.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας καταγράφηκε μειωμένη προσέλευση εθελοντών αιμοδοτών, λόγω του φόβου τους να προσέλθουν στα κέντρα αιμοδοσίας. Επιπλέον για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν λειτούργησαν οι κινητές μονάδες αιμοδοσίας, με αποτέλεσμα σημαντική μείωση των διαθέσιμων μονάδων αίματος (Chang et al 2020, Raturi et al 2020, Al-Riyami et al 2021).

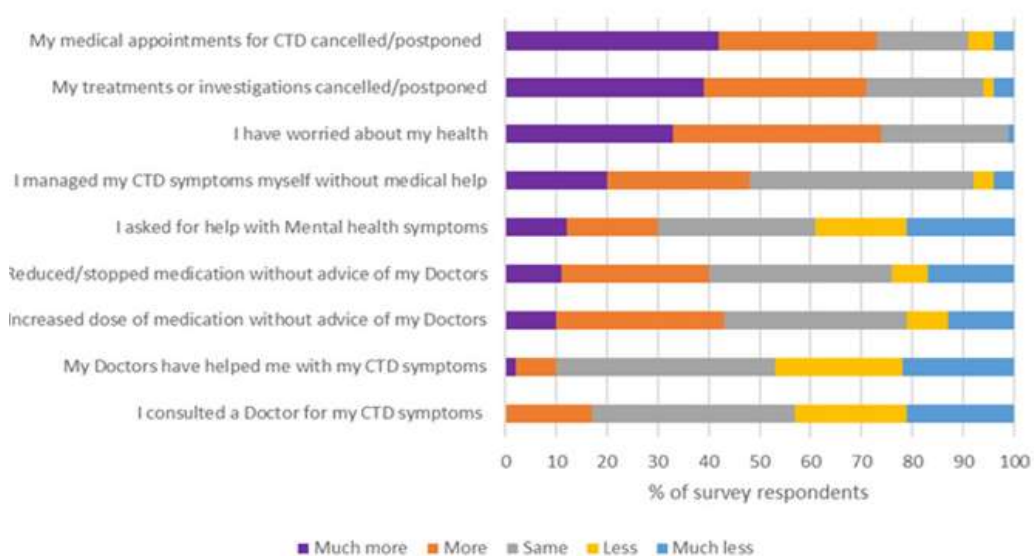
8.1.5 Επιπτώσεις σε ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, στη συγκεκριμένη ομάδα των ασθενών παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό συμμόρφωσης με τα μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας, λόγω του γεγονότος ότι ήδη το αναπνευστικό τους σύστημα είναι επιβαρυμένο με χρόνια νόσο. Ο βαθμός συμμόρφωσης ήταν μεγαλύτερος στις γυναίκες ασθενείς και παραδόξως μικρότερη σε άτομα με υψηλό επίπεδο μόρφωσης. Σε αυτή την ομάδα καταγράφηκαν οι μεγαλύτερες επιδεινώσεις στην κλινική εικόνα των ασθενών και οι βαρύτερες επιπλοκές. Αν και η τηλεϊατρική εφαρμόστηκε εκτεταμένα για τους ασθενείς με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), η άποψη των ασθενών είναι ότι η ιατρική φροντίδα δεν υποκαταστάθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό από τη χρήση της (Chan et al 2020, Kahnert et al 2021). Για την ομάδα ασθενών με ΧΑΠ έχει τεθεί το θέμα της μη πλήρους αποτύπωσης της εικόνας των ασθενών και των επιπτώσεων στην υγεία τους, διότι σύμφωνα με μια μελέτη που έγινε στην Ισπανία ποσοστό ασθενών με ΧΑΠ ίσο με

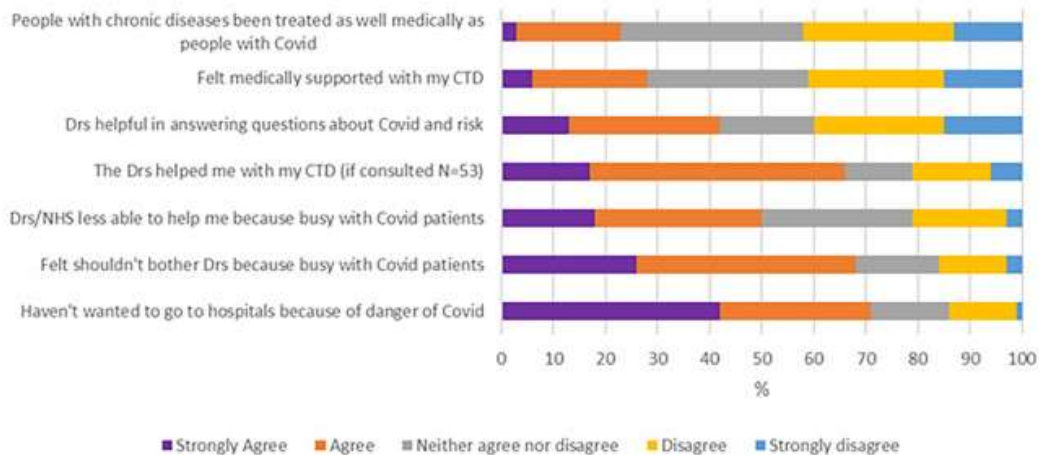
13%, σε περιπτώσεις με παρόξυνση του αναπνευστικού προβλήματος, δέχθηκαν φροντίδα στο σπίτι από ιδιωτικές ομάδες κατ' οίκον νοσηλείας, με αποτέλεσμα οι επιπλοκές τους να διέλαθαν από το σύστημα υγείας (Pleguezuelos et al 2020, Wu et al 2020).

8.1.6 Επιπτώσεις σε ασθενείς με άλλα χρόνια νοσήματα

Οι ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα αναφέρουν ότι συνάντησαν μεγάλη δυσκολία στην προμήθεια της φαρμακευτικής τους αγωγής. Στις ΗΠΑ το ποσοστό των ασθενών που δεν είχε δυνατότητα προμήθειας φαρμάκων ήταν ίσο με 6,8%. Η ίδια παρατήρηση αναφέρεται και από τους ρευματολόγους ιατρούς. Οι θεράποντες ιατροί αναφέρουν επίσης ότι απέφυγαν να κάνουν οποιαδήποτε αλλαγή στη δοσολογία και το είδος της αγωγής, ακόμη και σε περιπτώσεις που ήταν ιατρικά επιβεβλημένο, ώστε να μην υπάρξουν επιπτώσεις στην κλινική εικόνα των ασθενών από την αλλαγή και απαιτηθεί νοσηλεία (Nune et al 2020). Οι Sloan et al αναφέρουν συχνές αναβολές ή ακυρώσεις των ραντεβού στον ρευματολόγο και στη διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων, καθώς και δυσκολία στην πρόσβαση σε δομές υγείας (Chan et al 2020, Fernández-Ávila 2022, Sloan et al 2020).



Εικόνα 24 Μεταβολές στην φροντίδα των ασθενών με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πηγή: Sloan et al 2020



Εικόνα 25 Οι αντιλήψεις των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα σχετικά με τη φροντίδα που έλαβαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Πηγή: Sloan et al. 2020

Στην ομάδα ασθενών με χρόνια νοσήματα του ήπατος παρατηρήθηκε επιδείνωση της κλινικής τους κατάστασης κατά 11,3 % λόγω της ελλειπούς φροντίδας που έλαβαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας και λόγω της μειωμένης παρακολούθησης της κατάστασης τους. Το δυσάρεστο εύρημα είναι ότι στην κατηγορία αυτή υπάγεται και ο ηπατοκυτταρικός καρκίνος, του οποίου η επιτήρηση ήταν ελλιπής κατά το διάστημα της πανδημίας. Στους ασθενείς με ηπατίτιδα C, οι οποίοι παρακολουθούνται για ηπατοκυτταρικό καρκίνο υπήρξε μείωση στις τακτικές ιατρικές τους επισκέψεις κατά 75% και 49,1% τον Μάρτιο και το Μάιο του 2020 αντίστοιχα. Οι χειρουργικές επεμβάσεις για τον ηπατοκυτταρικό καρκίνο επίσης μειώθηκαν ή και ακυρώθηκαν, λόγω της απαιτούμενης νοσηλείας μετά το χειρουργείο, η οποία θα έπρεπε να είναι παρατεταμένη, παράμετρος που είναι παράγοντας κινδύνου για ενδονοσοκομειακή λοίμωξη με κορονοϊό. Στην Ιταλία τα αντίστοιχα ποσοστά μείωσης ή ακυρώσεων ανέρχονται σε 44%. Επισημαίνεται ότι αυτό το γεγονός μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη θνησιμότητα, δεδομένου ότι ο χρόνος διπλασιασμού του όγκου στο συγκεκριμένο τύπο νεοπλασίας είναι μικρότερος από 90 ημέρες (Toyoda et al 2020, Younossi et al 2022). Μια ακόμη σημαντική διαπίστωση είναι ότι η πανδημία επέφερε μείωση στις δωρεές οργάνων και στις μεταμοσχεύσεις, γεγονός που έχει σοβαρές επιπτώσεις στην προσπάθεια εκρίζωσης της χρόνιας ιογενούς ηπατίτιδας παγκοσμίως. Ακόμη, οι ανθυγιεινές συνήθειες που υιοθέτησαν πολλοί ασθενείς λόγω του εγκλεισμού, όπως η κατανάλωση αλκοόλ, αναμένεται να επηρεάσουν με αρνητικό τρόπο

το ποσοστό ασθενών με χρόνια ηπατική νόσο μέσα στα επόμενα χρόνια (Martinez et al 2021, Omar et al 2021).

Παρόμοιες δυσκολίες αντιμετώπισαν και οι ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο. Οι διαθέσιμοι πόροι για τα νεφρολογικά τμήματα δαπανήθηκαν κατά προτεραιότητα για να αντιμετωπισθούν οι οξείες νεφρικές καταστάσεις λόγω λοίμωξης με COVID, όπως η οξεία νεφρική βλάβη και η ουροσηψία (Muresan et al 2022). Ο αριθμός των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία μειώθηκε και δόθηκε οδηγία στους ασθενείς να αποφεύγουν την προσέλευση σε δομές υγείας, ως ευπαθής ομάδα του πληθυσμού. Παράλληλα αυξήθηκε ο αριθμός ασθενών που είχε ανάγκη από αιμοκάθαρση, λόγω της οξείας νεφρικής βλάβης που προκαλούσε η λοίμωξη, όπως παρατηρήθηκε σε μεγάλο περιφεριακό νοσοκομείο στη Ρουμανία (Aylward et al 2022). Στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, τη Μέση Ανατολή, τη Λατινική Αμερική και τη Νότια Ασία αναφέρεται ότι για μεγάλο αριθμό ασθενών δεν τηρήθηκε το πρόγραμμα αιμοκαθάρσεων. Σε αυτό συνέβαλε και η μείωση των δρομολογίων που γίνονται προς τα κέντρα αιμοκάθαρσης για την εξυπηρέτηση των ασθενών (Geetha et al 2022). Σε πολλές μονάδες αιμοκάθαρσης η απόσταση μεταξύ των μηχανημάτων αυξήθηκε σε μεγαλύτερη από 2 μέτρα, σύμφωνα με τις οδηγίες για τήρηση αποστάσεων, με αποτέλεσμα κατά το ίδιο χρονικό διάστημα να εξυπηρετούνται λιγότεροι ασθενείς (Geetha et al 2022).

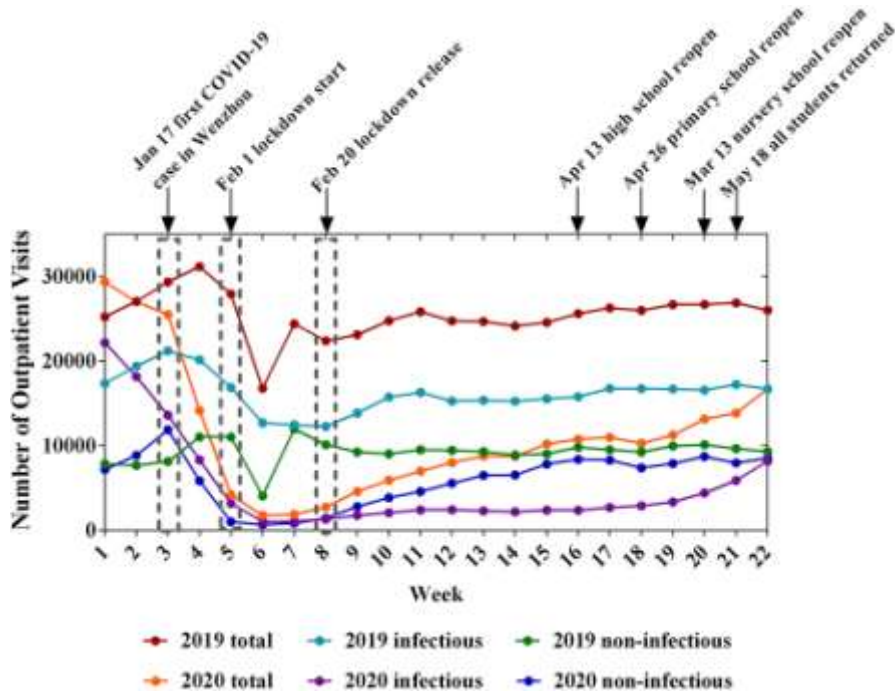
8.2 Επιπτώσεις στην παιδιατρική φροντίδα

Τα παιδιά, ως πληθυσμιακή ομάδα ήταν επαρκώς προστατευμένα από εξωγενείς παράγοντες κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η διαβίωση στο σπίτι υπό συνεχή επίβλεψη, καθώς και η έλλειψη αθλητικών δραστηριοτήτων και επαφών με συνομιλήκους, οδήγησε σε μειωμένη μετάδοση λοιμώξεων μεταξύ των παιδιών, μειωμένο αριθμό ατυχημάτων και μειωμένο ποσοστό αλλεργιών (Williams et al 2021). Πολλές μελέτες αναφέρουν μείωση στην προσέλευση παιδιών στα ΤΕΠ κατά τη διάρκεια της πανδημίας, γεγονός που συνάδει με τη μείωση των ατυχημάτων και των επειγουσών καταστάσεων λόγω περιοριστικών μέτρων. Οι επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών αφορούν στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στα παιδιά, των παιδικών νεοπλασιών, του άσθματος και των μεταβολικών νοσημάτων (Zhang et al 2020, Choi et al

2021). Σε μελέτες που έγιναν στην Κίνα και την Αυστραλία διαπιστώθηκε μειωμένη προσέλευση των παιδιών στις δομές υγείας για τη φροντίδα των νοσημάτων που αναφέρθηκαν παραπάνω, ακύρωση προγραμματισμένων ιατρικών επισκέψεων σε εξωτερικά ιατρεία και ακύρωση θεραπειών. Οι ερευνητές εκφράζουν την άποψη ότι θα υπάρξει αύξηση στις παιδικές νεοπλασίες στο μέλλον, όπως έχει προαναφερθεί για τους ενήλικες, λόγω της μη έγκαιρης διάγνωσης και χορήγησης κατάλληλης θεραπείας (Graetz et al 2021, Hong et al 2021).

Σε μελέτη της International Federation of Clinical Chemistry (IFCC) η οποία αφορά στη λειτουργία των κλινικών εργαστηρίων στις παιδιατρικές δομές υγείας, σε όλα τα κράτη του κόσμου, καταγράφεται ότι κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας περιορίστηκε η διενέργεια πολλών εργαστηριακών εξετάσεων και διακόπηκε εντελώς η διενέργεια κάποιων άλλων. Οι εξετάσεις που περιορίστηκαν ήταν ο προσυμπτωματικός έλεγχος των νεογνών και τα προγράμματα ελέγχου τα οποία αφορούν στην έγκαιρη διάγνωση κληρονομικών νοσημάτων με μακροχρόνιες συνέπειες, όπως η κυστική ίνωση, οι αιμοσφαιρινοπάθειες και το κληρονομικό αγγειοίδημα (Loh et al 2022). Η διακοπή διήρκεσε τέσσερις μήνες και αποδίδεται σε διάθεση των υλικών και των ανθρώπινων πόρων που υπήρχαν για αυτούς τους ελέγχους, προς τη διαχείριση της πανδημίας. Η έλλειψη πρωτοκόλλου για τη διαχείριση νεογνών υπό συνθήκες πανδημίας επίσης συνέβαλλε σε αυτό. Οι υπηρεσίες των εργαστηρίων περιορίστηκαν σε ποσοστό 60 ως 80%, στο 83,7 % των κλινικών εργαστηρίων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Σε δυο μελέτες που έγιναν από το European Reference Network for Hereditary Metabolic Diseases συμπεραίνεται ότι υπήρξαν μεγάλες περικοπές στις παρεχόμενες υπηρεσίες σε ασθενείς με μεταβολικά νοσήματα. Επιπλέον, τα κλινικά εργαστήρια συνάντησαν μεγάλη δυσκολία στην τήρηση των προτύπων πιστοποίησης και διαπίστευσης λόγω έλλειψης πόρων, γεγονός που οδηγεί σε υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Μειωμένο παρουσιάζεται και το ποσοστό εργαστηριακών ελέγχων για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα. Τέλος το προσωπικό των εργαστηρίων υπέστη μεταβολές τόσο στο ωράριο της εργασίας του, όσο και στο αντικείμενο της εργασίας του, ώστε να διενεργούνται συνεχώς ημέρα και νύχτα τα τεστ για την ανίχνευση COVID-19. Για τη διενέργεια αυτών των τεστ δεν υπήρχε προηγούμενη γνώση και εμπειρία, ούτε υπήρξε δυνατότητα εκπαίδευσης, γεγονός που αύξησε το άγχος και τον ψυχικό φόρτο του εργαστηριακού προσωπικού.



Εικόνα 26 Μείωση των προγραμματισμένων ιατρικών επισκέψεων που αφορούσαν παιδιά κατά τη διάρκεια της πανδημίας Πηγή: Zhang et al 2021

Οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών ήταν δραματικές και υπάρχει έντονος προβληματισμός στην ιατρική κοινότητα σχετικά με την εξέλιξη αυτών των παιδιών στο μέλλον. Δεδομένου ότι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία καταγράφονται και για την ομάδα των ενηλίκων αυτές θα εξεταστούν σε επόμενο κεφάλαιο συνολικά.

Σχετικά με τα παιδιά, παρατηρείται σε μεγάλο βαθμό καταπάτηση των δικαιωμάτων τους, όπως έχουν περιγραφεί από τον καταστατικό χάρτη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών. Το 2021 διενεργήθηκε έρευνα από τη UNICEF σε 13 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Η έρευνα βασίστηκε σε στοιχεία που συλλέχθηκαν μέσω συμπληρώσεως ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά σε παιδιά, γονείς, εκπαιδευτικούς και άλλους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της παιδικής προστασίας. Τα παιδιά που συμμετείχαν ανήκαν σε διαφορετικές βαθμίδες εκπαίδευσης, Τα κορίτσια συμμετείχαν σε ποσοστό 56% και τα αγόρια σε ποσοστό 44%. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα περιοριστικά μέτρα για την διαχείριση

και αντιμετώπιση της πανδημίας προκάλεσαν σημαντικές επιπτώσεις στους τομείς της εκπαίδευσης, της ψυχικής υγείας αλλά και της ενδοοικογενειακής βίας, που επηρέασαν σημαντικά την ζωή και την υγεία των παιδιών.

8.3 Επιπτώσεις στα προγράμματα εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων

Η πανδημία επηρέασε με αρνητικό τρόπο την τήρηση των Εθνικών Προγραμμάτων Εμβολιασμού για παιδιά και ενήλικες σε πολλές χώρες. Οι βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τη συγκεκριμένη υπηρεσία υγείας είναι λίγες, αλλά σε όλες αναφέρεται μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης στις διάφορες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 90% των χωρών που περιλαμβάνονται στα στατιστικά του δεδομένα ανέφεραν στο τέλος του 2021 μείωση του ποσοστού των προγραμματισμένων εμβολιασμών από 33 ως 50 % (Summan et al 2022, Kujawski et al 2022). Σε μελέτη που αφορά στην Ινδία αναφέρεται ότι η εμβολιαστική κάλυψη στα παιδιά παρουσίασε μείωση κατά 2% για το εμβόλιο κατά της φυματίωσης και της ηπατίτιδας Β, κατά 9% για το τριπλό εμβόλιο (τέτανος-κοκκύτης-διφθερίτιδα) και 10 % για το εμβόλιο κατά της πολυομυελίτιδας. Η εμβολιαστική κάλυψη ήταν ακόμη μικρότερη σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Σε μελέτη του αναφέρεται στις ΗΠΑ παρατηρήθηκε μείωση της εμβολιαστικής κάλυψης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες των παιδιών για επτά εμβόλια: τριπλό για διφθερίτιδα τέτανο και κοκκύτη, ηπατίτιδας Α, ηπατίτιδας Β, εμβόλιο ιλαράς, εμβόλιο πνευμονιοκόκκου, αντιγριπικό εμβόλιο και εμβόλιο έναντι του ιού του θηλώματος του ανθρώπου (Kujawski et al 2022). Η μείωση στην ομάδα των ενηλίκων για το έτος 2020 ανέρχεται σε ποσοστό 84% σε σχέση με τα έτη 2018-2019 και αφορά σε τρία εμβόλια (τριπλό για διφθερίτιδα τέτανο και κοκκύτη, εμβόλιο έναντι του ιού του θηλώματος του ανθρώπου και εμβόλιο έναντι του μηνιγγιτιδοκόκκου). Ιδιαίτερη ανησυχία αποτελεί ο πλημμελής εμβολιασμός για τον ιό του θηλώματος του ανθρώπου σε παιδιά και ενήλικες, διότι αφορά σε νόσημα με σοβαρές και μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία (Torjesen 2021, Kujawski et al 2022).

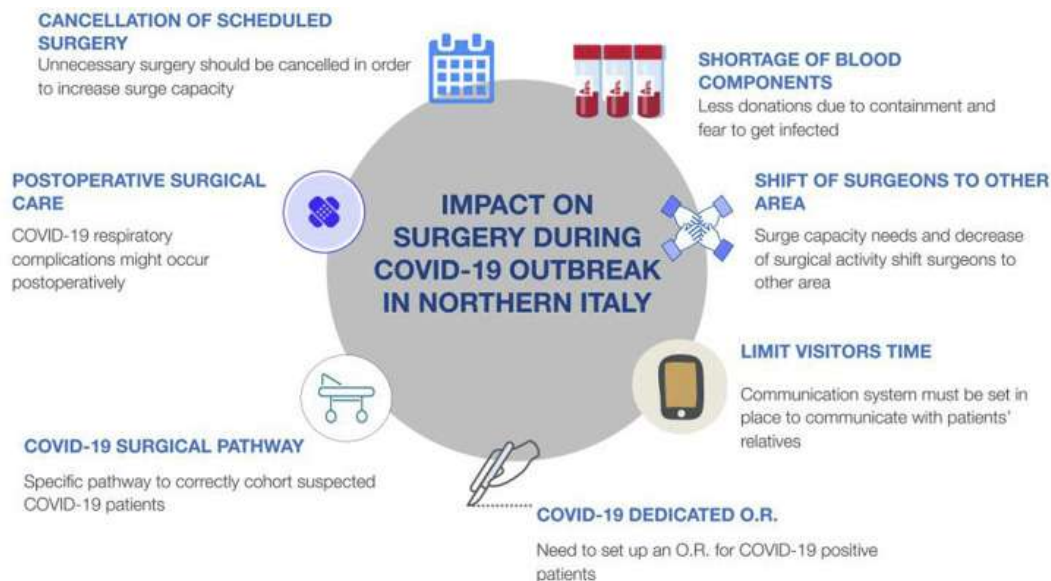
8.4 Επιπτώσεις στη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων και τη μεταμόσχευση οργάνων

Οι επεμβατικές διαδικασίες και τα χειρουργεία είναι η υπηρεσία υγείας που παραμελήθηκε περισσότερο από όλες κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Σε όλες τις χώρες του κόσμου ακυρώθηκαν οι μη επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις, προκειμένου το προσωπικό να απασχοληθεί στα τμήματα πρώτης γραμμής για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Άλλος λόγος ακύρωσης είναι η αποφυγή μετάδοσης της λοίμωξης στους ασθενείς και το υγειονομικό προσωπικό, λόγω της δημιουργίας αερολυμάτων κατά τη χορήγηση αναισθησίας. Επιπλέον σε περίπτωση επέμβασης σε θετικό ασθενή, η χειρουργική αίθουσα θα πρέπει να παραμείνει εκτός λειτουργίας για την αποφυγή της διασποράς. Οι περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις που αναβλήθηκαν ή ακυρώθηκαν αφορούσαν σε ασθενείς με νεοπλασίες (Al-Jabir et al 2020, Iacobucci 2020, Wong et al 2020). Για την Ελλάδα εκτιμάται ότι ακυρώθηκαν περίπου 7500 χειρουργικές επεμβάσεις ανά εβδομάδα σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας κατά το πρώτο τρίμηνο της πανδημίας.

Σχετικά με τη διενέργεια μεταμοσχεύσεων συμπαγών οργάνων τα δεδομένα στη βιβλιογραφία είναι ακόμη πολύ λίγα. Σε μελέτη που αφορούσε σε 22 χώρες συμπεραίνεται ότι η διενέργεια μεταμοσχεύσεων ήταν μειωμένη σε όλη τη διάρκεια της πανδημίας, σε όλες τις χώρες που συμμετείχαν στη μελέτη. Η μεταμόσχευση νεφρού παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης, ακολουθούμενη από τη μεταμόσχευση πνεύμονα, ήπατος και καρδιάς. Η ποσοτική εκτίμηση αυτής της μελέτης είναι ότι η συνολική μείωση των μεταμοσχεύσεων κατά τη διάρκεια της περιόδου παρατήρησης αντιστοιχεί σε απώλεια 239 ετών ζωής των ασθενών που ήταν στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση (Aubert et al 2021). Στην Αυστραλία, αν και ο επιπολασμός της λοίμωξης COVID-19 ήταν πολύ χαμηλότερος σε σχέση με άλλες χώρες, παρατηρήθηκε μείωση κατά 27% στη διενέργεια μεταμοσχεύσεων νεφρού σε σχέση με το 2019. Τα ποσοστά μείωσης για τη μεταμόσχευση ήπατος, πνεύμονα, καρδιάς και παγκρέατος ήταν αντίστοιχα 8%, 12%, 26% και 32% (Chadban et al 2021).

Σημαντικός ανασταλτικός παράγοντας ήταν και η έλλειψη πρωτοκόλλου σχετικά με τις μεταμοσχεύσεις, καθώς και των κριτηρίων επιλογής για το δότη και τον λήπτη, υπό συνθήκες πανδημίας, αν δηλαδή έχει προηγηθεί νόσηση, το χρονικό διάστημα που έχει παρέλθει από αυτή, τη λήψη ανοσοθεραπείας ή άλλης θεραπείας που μπορεί να επηρεάσει το αποτέλεσμα της μετα-

μόσχευσης, τις τυχόν επιπλοκές, τις συννοσηρότητες του λήπτη και άλλες παραμέτρους (Zaidan and Legendre 2021). Οι ερευνητές συνιστούν ότι στην παρούσα κατάσταση οι αποφάσεις για μεταμόσχευση θα πρέπει να λαμβάνεται κατά περίπτωση, μετά από ενδελεχή αξιολόγηση των κινδύνων και των οφελών για τον ασθενή.

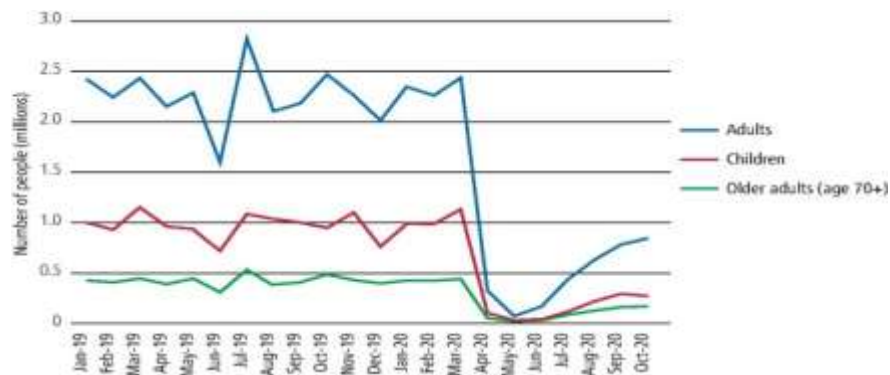


Εικόνα 27 Επιπτώσεις της πανδημίας στον χειρουργικό τομέα Πηγή: Al-Jabir et al 2020

8.5 Επιπτώσεις στην οδοντιατρική φροντίδα

Η πανδημία επέφερε επιπτώσεις στη στοματική υγεία πολλών πολιτών σε όλες τις χώρες, ωστόσο οι σχετικές αναφορές είναι περιορισμένες. Παρατηρήθηκε μείωση στις επείγουσες οδοντιατρικές υπηρεσίες, στις προγραμματισμένες επισκέψεις για προληπτικό έλεγχο, καθώς και αλλαγές στη διατροφή και στις καθημερινές συνήθειες των πολιτών, οι οποίες επηρέασαν τη στοματική τους υγεία. Οι μειώσεις στην παροχή οδοντιατρικής φροντίδας ήταν δραματικές, ιδιαίτερα στην αρχή της πανδημίας και οφείλονται σε πολλούς παράγοντες, όπως οι οικονομικές δυσχέρειες, η παύση των προγραμμάτων στοματικής υγείας κατά τη διάρκεια της

πανδημίας και η αδυναμία πρόσβασης σε οδοντιατρική φροντίδα λόγω του εγκλεισμού και των περιοριστικών μέτρων. Σχετικά με την οδοντιατρική φροντίδα υπερτονίζονται από τις βιβλιογραφικές αναφορές οι ανισότητες κατά την παροχή της μεταξύ των ατόμων (Stennett et al 2022), καθώς και η ιδιαίτερη σημασία της στη διαχείριση περιστατικών με νεοπλασίες του στόματος (Alamoudi 2022 Dickson-Swift et al 2022).

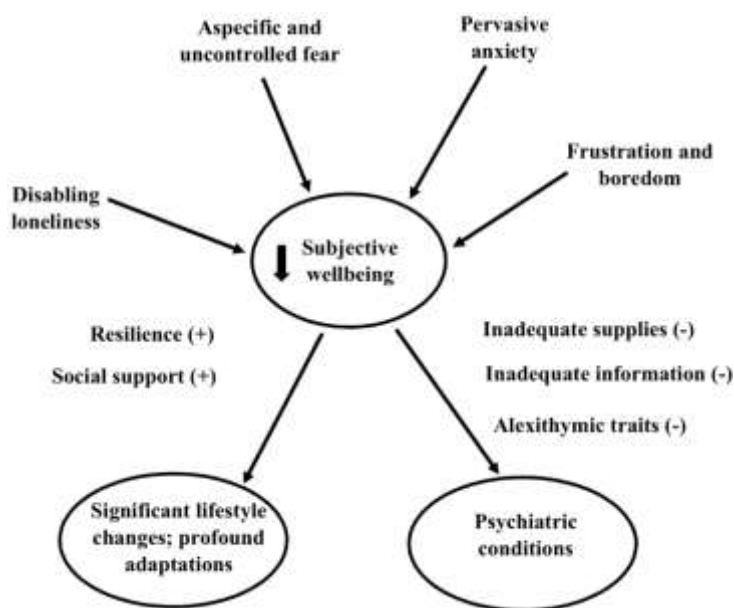


Εικόνα 28 Διάγραμμα σχετικά με τη μείωση που παρατηρήθηκε στις υπηρεσίες στοματικής υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας Πηγή: Stennett et al 2022

8.6 Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία

Οι βιβλιογραφικές αναφορές οι οποίες σχετίζονται με τις επιπτώσεις της πανδημίας στην πνευματική και ψυχική υγεία είναι πάρα πολλές, γεγονός που οφείλεται τόσο στις δραματικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, όσο και στη σημασία που έχουν αυτές στη ζωή των ανθρώπων και στην περαιτέρω διαχείριση της πανδημίας. Πολλές επιστημονικές μελέτες υπογραμμίζουν την ισχυρή συσχέτιση μεταξύ επιδημιών ή φυσικών καταστροφών και της εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, το άγχος και η διαταραχή του μετατραυματικού στρες (Brooks et al 2020, Passavanti et al 2021). Τα ψυχολογικά αυτά προβλήματα μπορεί να σχετίζονται με διαφορετικούς παράγοντες, όπως η ιδιοσυγκρασία του ατόμου, οι προσωπικές του πεποιθήσεις, η υποστήριξη που λαμβάνει από την οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο, η αντίληψη του

ατόμου για τον κίνδυνο, η πληροφόρηση που έχει σχετικά με την πανδημία, οι φήμες που κυκλοφορούν στον τύπο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ο βαθμός συμμόρφωσης με τα μέτρα περιορισμού της πανδημίας και η κοινωνική απομόνωση (Serafini et al 2020, Passavanti et al 2021).



Εικόνα 29 Η αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων για την εκδήλωση ψυχικών διαταραχών
 Πηγή: Serafini et al 2020

8.6.1. Οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ενηλίκων

Οι Passavanti και συνεργάτες διερεύνησαν τον ψυχολογικό αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 σε 1612 άτομα μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου σε σχέση με διάφορους κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες, σε επτά χώρες από τις πέντε ηπείρους (Αυστραλία, Κίνα, Εκουαδόρ, Ιράν, Ιταλία, Νορβηγία και ΗΠΑ). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, τα επίπεδα του στρες, της κατάθλιψης, του άγχους και της διαταραχής του μετατραυματικού στρες είναι υψηλότερα σε σχέση με τα αντίστοιχα προ πανδημίας, σε μεγάλο ποσοστό του δείγματος που μελετήθηκε. Η σοβαρότητα των διαταραχών σχετίζεται με το φύλο,

τη φυσική άσκηση και τις δραστηριότητες του ατόμου, την ύπαρξη κρουσμάτων στο οικογενιακό περιβάλλον, το χρόνο που αφιέρωσε σε αναζήτηση σχετικών πληροφοριών από το διαδίκτυο ή τον τύπο, το είδος της πηγής των πληροφοριών, το επίπεδο μόρφωσης και το οικονομικό επίπεδο του ατόμου. Παρατήρησαν ότι ποσοστό 60% ως 80% του δείγματος παρουσίαζε στρες σε ψηλά επίπεδα. Τα επίπεδα του στρες στο 17% ως 36 % των συμμετεχόντων κυμαίνονταν από μέτρια ως πολύ σοβαρά. Επίσης σε ποσοστό 54% ως 69% του δείγματος καταγράφεται κατάθλιψη με ήπιες ως πολύ σοβαρές εκδηλώσεις. Το 45% του δείγματος παρουσιάζει άγχος και το 70% του δείγματος συνολικά υποφέρει από κάποια επίπτωση στην ψυχική υγεία και διατρέχει υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής του μετατραυματικού στρες (Passavanti et al 2021). Οι παράγοντες που συμβάλλουν περισσότερο σε αυτό το φαινόμενο είναι ο φόβος για τη λοίμωξη, η ανεπαρκής ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη, η απώλεια εισοδήματος και τα οικονομικά προβλήματα, η ανεπαρκής πληροφόρηση για την πανδημία και τον τρόπο προστασίας από τον ιό (Brooks et al 2020, Haider et al 2020, Xiong et al 2020).

Γενικά, άτομα που από το χαρακτήρα τους έχουν μεγαλύτερη ικανότητα προσαρμογής και δεξιότητες εύρεσης λύσεων παρουσιάζουν χαμηλότερο ποσοστό τέτοιων επιπτώσεων, διότι διαχειρίζονται καλύτερα όλους τους παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Άτομα που είναι αναβλητικά και αναποφάσιστα, εμφανίζουν υψηλό ποσοστό ψυχικών διαταραχών (Xiong et al 2020, Wang et al 2020). Όσον αφορά στο φύλο των ερωτηθέντων, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο εκτεθειμένες στις επιπτώσεις ψυχικής υγείας και παρουσιάζουν βαρύτερη συμπτωματολογία σε σχέση με τους άνδρες. Αυτό οφείλεται στο φόβο για τυχόν νόσηση των παιδιών, στο γεγονός ότι οι γυναίκες είναι συνήθως εκείνες που υποστηρίζουν ψυχολογικά την οικογένεια, ιδίως τα παιδιά και τους ηλικιωμένους, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι εργάζονται πολλές ώρες μέσα και έξω από το σπίτι. Ιδιαίτερα ευάλωτες σε ψυχικές επιπτώσεις θεωρούνται οι έγκυες, οι επίτοκες και οι γυναίκες σε λοχεία (Almeida et al 2020).

Τα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στρες, ενώ η αγχώδης διαταραχή είναι ασθενέστερη σε άτομα με ικανοποιητικό οικονομικό επίπεδο. Οι συμμετέχοντες που είχαν στο περιβάλλον τους συγγενείς ή φίλους που νόσησαν, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στρες και αγχώδους διαταραχής. Σε αρκετές μελέτες υπογραμμίζεται ο ρόλος του περιβάλλοντος διαβίωσης. Άτομα που διαβιών σε περιοχές με

κήπο, βεράντες, αυλές και που κατά την πανδημία είχαν τη δυνατότητα να δραστηριοποιούνται σε εξωτερικούς χώρους, είχαν χαμηλότερη επίπτωση ψυχικών διαταραχών, σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν τέτοια δυνατότητα (Serafini et al 2020, Passavanti et al 2021).

Σε επίπεδο χώρας, τα υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης ψυχικής νόσου συνολικά καταγράφονται στο Ιράν και το Εκουαδόρ, ενώ η Νορβηγία είναι η χώρα με τα χαμηλότερα ποσοστά ψυχικών διαταραχών. Όσον αφορά στο στρες, τα υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στην Ιταλία ενώ τα χαμηλότερα στην Κίνα. Τα υψηλότερα ποσοστά αγχώδους συνδρομής και κατάθλιψης αφορούν επίσης την Ιταλία, χώρα που δοκιμάστηκε από την πανδημία και θρήνησε πολλές απώλειες σε ανθρώπινες ζωές. Τα αποτελέσματα σε επίπεδο χώρας πρέπει να ερμηνεύονται πάντα σε συνδυασμό με τη βαρύτητα της πανδημίας στην κάθε χώρα ξεχωριστά, την αυστηρότητα και τη διάρκεια των μέτρων που επιβλήθηκαν, την οικονομική κατάσταση κάθε χώρας, καθώς και από πολιτισμικές διαφοροποιήσεις. Οι συμμετέχοντες από την Κίνα θεωρείται ότι αντέδρασαν καλύτερα στην υγειονομική κρίση (Passavanti et al 2021).

Σχετικά με την πληροφόρηση για την πανδημία υψηλότερος κίνδυνος εμφάνισης ψυχικών διαταραχών έχουν τα άτομα που βλέπουν πολλές ώρες δελτία ειδήσεων από την τηλεόραση και είναι συνεχώς εκτεθειμένα στη θέαση άσχημων εικόνων και ενδεχομένως σε παραπληροφόρηση ή ακρόαση ψευδών ειδήσεων (Shuja et al 2020, Roy et al 2020). Οι πολίτες που αναζητούν πληροφορίες σχετικά με την πανδημία από το διαδίκτυο, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα στρες, κατάθλιψης και διαταραχής μετατραυματικού στρες σε σχέση με εκείνους που αντλούν πληροφορίες από το ραδιόφωνο και την τηλεόραση. Όπως διαπιστώθηκε, υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο χρόνο που δαπανάται για την αναζήτηση των πληροφοριών και τη βαρύτητα των ψυχικών εκδηλώσεων (Passavanti et al 2021).

Οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία διαφέρουν ανάλογα και με την ηλικία. Οι νέοι ενήλικες, δηλαδή τα άτομα ηλικίας 20 ως 40 ετών παρουσίασαν κατάθλιψη σε μεγαλύτερο βαθμό (Ahmed et al 2020, Gao et al 2020, Lei et al 2020). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν υποστεί πολύ μεγάλη οικονομική πίεση λόγω ανεργίας ή επισφαλούς εργασίας και κατά συνέπεια έχουν μεγάλη αβεβαιότητα για το μέλλον και για το αν θα μπορέσουν να στηρίξουν τον εαυτό τους και τις οικογένειες τους.

8.6.2 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ασθενών

Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα παρουσιάζουν στρες και αγχώδη συνδρομή. Είναι ανήσυχοι γιατί η κατάσταση της υγείας τους με το επιβαρυνόμενο ανοσοποιητικό σύστημα τους καθιστά ευαίσθητους σε πιθανή λοίμωξη και σε πιθανότητα δυσμενούς έκβασης (Özdin and Özdin 2020, Sawalha et al 2020). Ασθενείς με προϋπάρχουσα ψυχική νόσο έχουν υψηλό κίνδυνο επιδείνωσης της κατάστασης τους και επηρεάστηκαν σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική απομόνωση (Özdin and Özdin 2020, Ho et al 2020). Σε μελέτη που περιελάμβανε 153848 ασθενείς που νόσησαν από τη λοίμωξη και μεγάλο αριθμό ατόμων ως ομάδα ελέγχου, διαπιστώθηκε ότι ήδη από την πρώτη ημέρα που ο ασθενής λαμβάνει θετικό αποτέλεσμα δοκιμής για τη λοίμωξη εμφανίζει αυξημένο κίνδυνο διαταραχών ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων αγχωδών διαταραχών, καταθλιπτικών διαταραχών, διαταραχών άγχους και προσαρμογής, διαταραχές χρήσης ουσιών, νευρογνωστική έκπτωση και διαταραχές ύπνου. Οι επιπτώσεις έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα σε ασθενείς για τους οποίους απαιτήθηκε νοσηλεία στον νοσοκομείο (Taquet et al 2021, Xie et al 2022). Σε μελέτη που περιελάμβανε 106 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με βαριά νόσο στην Ινδία παρατηρήθηκε κατάθλιψη στο 85,8% των ασθενών και αυξημένα επίπεδα στρες στο 97,1%. Δεν παρατηρήθηκαν επιπτώσεις ψυχικής υγείας ανάλογα με την ηλικία και το φύλο των ασθενών (Kancherla et al 2021).

8.6.3. Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων

Τα παιδιά και έφηβοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αγχωδών συμπτωμάτων. Σε έρευνα που διενεργήθηκε κατά την περίοδο της πανδημίας, στην Ιταλία και την Ισπανία διαπιστώθηκαν σοβαρές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και τη συμπεριφορά. Η έρευνα έγινε μέσω συμπλήρωσης ερωτηματολογίου σε δείγμα 1143 γονέων Ιταλών και Ισπανών, οι οποίοι είχαν παιδιά ηλικίας 3 ως 18 ετών. Οι γονείς παρατήρησαν αλλαγές συμπεριφοράς στα παιδιά τους κατά τη διάρκεια της καραντίνας, όπως δυσκολία συγκέντρωσης (76,6%), πλήξη (52%), ευερεθιστότητα (39%), ανησυχία (38,8%), νευρικότητα (38%), αίσθηση μοναξιάς (31,3%) και στρες (30,1%). Από τη σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων προέκυψε ότι οι Ιταλοί γονείς ανέφεραν εντονότερα συμπτώματα στα παιδιά τους σε σχέση με τους γονείς από την Ισπανία, γεγονός που

αποδίδεται στον αυξημένο επιπολασμό της λοίμωξης στην Ιταλία και το μεγάλο αριθμό των θανάτων (Orgilés et al 2020). Η συλλογή επιπλέον δεδομένων σε δείγμα φοιτητών κολεγίου και πανεπιστημίου έδειξε ότι η επιβράδυνση των ακαδημαϊκών δραστηριοτήτων σχετίζεται με το άγχος και την εκδήλωση αλλαγών στη συμπεριφορά (Alvarez et al 2020). Οι μαθητές και οι φοιτητές παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές λόγω της διακοπής των σχολικών μαθημάτων με φυσική παρουσία, την ματαίωση πολιτιστικών και κοινωνικών εκδηλώσεων, καθώς και την έλλειψη επικοινωνίας με τους φίλους τους (Cao et al 2020, Li et al 2020)). Σε αυτή την ηλικιακή ομάδα παρατηρήθηκε ότι είναι ιδιαίτερα υψηλά τα επίπεδα διαταραχής μετατραυματικού στρες (Lei et al 2020, Olagoke et al 2020).

Η μελέτη που έγινε στην Ελλάδα έδειξε ότι τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με αυτά που προκύπτουν από τις μελέτες σε άλλες χώρες. Παράλληλα, η πρόσβαση των παιδιών σε υπηρεσίες παιδικής ψυχικής υγείας ήταν δυσκολότερη λόγω πανδημίας. Η πλειοψηφία των γονέων, αν και τα παιδιά τους αντιμετώπισαν προβλήματα ψυχικής υγείας, δε ζήτησαν βοήθεια από τους ειδικούς (Gkintoni et al 2021).

8.6.4 Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού

Οι βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στην ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού είναι πάρα πολλές και αφορούν σε μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων από πολλές διαφορετικές χώρες. Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι οι επιπτώσεις στη συγκεκριμένη ομάδα του πληθυσμού συνιστά μια δεύτερη «πανδημία» στα πλαίσια της παγκόσμιας υγειονομικής κρίσης, η οποία πρέπει να αντιμετωπισθεί μεθοδικά και οργανωμένα από τα διάφορα κράτη. Επίσης όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι η κατάσταση της υγείας του υγειονομικού προσωπικού περιγράφεται με τον όρο «επαγγελματική εξουθένωση» (burnout), όρος που χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει μια κατάσταση συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης στο πλαίσιο της εργασίας. Το ποσοστό του εξουθενωμένου προσωπικού κυμαίνεται από 7% ως και 77, 2% ανάλογα διάφορους παράγοντες οι οποίοι περιγράφονται σε επόμενη παράγραφο (Hassan et al 2021, Du et al 2020, Ng et al 2020). Η εργασία του υγειονομικού προσωπικού είναι από τη φύση της πιεστική και απαιτεί υψηλό επίπεδο αφοσίωσης. Η ισορροπία ανάμεσα στη φροντίδα και την αποστασιοποίηση από τον πάσχοντα

συνάνθρωπο είναι δύσκολη και το άθροισμα μικρών καθημερινών δυσκολιών μπορεί να παράγει σημαντικά επίπεδα πίεσης. Η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από τη δυσανάλογα υψηλή προσπάθεια και χαμηλή ικανοποίηση, σε συνδυασμό με πιεστικές και απαιτητικές εργασιακές συνθήκες. Στην πορεία της ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, η συναισθηματική εξάντληση εμφανίζεται πρώτη (Leo et al 2021, Que et al 2020, Pappa et al 2020).

Οι μελέτες που έγιναν στην Κίνα έδειξαν ότι παρατηρείται διαφοροποίηση στις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού, ανάλογα με την ειδικότητα (στις μελέτες έχουν συμπεριληφθεί ιατροί, νοσηλευτές, τεχνολόγοι, υγειονόμοι και επόπτες δημόσιας υγείας). Στην ομάδα των νοσηλευτών παρατηρούνται άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές του ύπνου στο 30% από αυτούς. Τα ποσοστά στις γυναίκες είναι μεγαλύτερα σε σχέση με τους άνδρες. Στην ομάδα των ιατρών επίσης παρατηρούνται αντίστοιχα ποσοστά επιπτώσεων στην ψυχική υγεία, κυρίως άγχος και κατάθλιψη. Περαιτέρω διαφοροποίηση παρατηρήθηκε ανάλογα με το αντικείμενο και τη θέση της εργασίας. Οι εργαζόμενοι στην πρώτη γραμμή παρουσιάζουν δυσμενέστερα αποτελέσματα σχετικά με την ψυχική τους υγεία (Suleiman et al 2020, Leo et al 2021, Que et al 2020).

Άλλοι παράγοντες που συμβάλουν σε ανάπτυξη τέτοιων διαταραχών ήταν ο φόβος για νόσηση λόγω της διαρκούς επαφής με τους ασθενείς, η έλλειψη εκπαίδευσης και πρωτοκόλλων για την άσκηση των καθηκόντων τους, η αρνητική ανατροφοδότηση που λαμβάνεται από τους συναδέλφους που εργάζονται στην πρώτη γραμμή και η απομόνωση από τις οικογένειες τους, ώστε να μην υπάρξει διασπορά. Διαπιστώνεται ότι αρκετοί εργαζόμενοι, κυρίως αυτοί που είχαν στο οικογενειακό τους περιβάλλον άτομα που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες απομονώθηκαν από τις οικογένειες τους για να τις προστατέψουν. Τα αναφερόμενα ποσοστά είναι άγχος 44,7%, κατάθλιψη 36,1% και διαταραχές ύπνου 50,4%. Υπογραμμίζεται επίσης η παντελής έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης για το υγειονομικό προσωπικό, το οποίο έχει την τάση να κρύβει τις ψυχικές επιπτώσεις φοβούμενο ότι θα στιγματισθεί ή ότι θα έχει επιπτώσεις στην επαγγελματική του εξέλιξη. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξαν και οι μελέτες που διενεργήθηκαν στο υγειονομικό προσωπικό από το Ομάν και τη Σιγκαπούρη (Awan et al 2022, Ashekaili et al 2020, Tan et al 2020, Biber et al 2022).

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει σοβαρό κοινωνικοοικονομικό αντίκτυπο. Μεγάλος αριθμός εργαζομένων παραιτείται πρόωρα λόγω εξουθένωσης, με αποτέλεσμα να χάνεται ανθρώπινο δυναμικό από τις υπηρεσίες υγείας, το οποίο έχει εξειδικευμένη γνώση, δεξιότητες και μεγάλη εμπειρία. Το κόστος αντικατάστασης ενός μέλους του προσωπικού με αυτό το επίπεδο εξειδίκευσης έχει εκτιμηθεί μεταξύ 500000 και 1000000 δολαρίων (Shanafelt et al 2021). Η απώλεια παραγωγικότητας είναι σημαντική, καθώς και η επιδείνωση της ποιότητας των υπηρεσιών, οι οποίες παρέχονται από το εξουθενωμένο προσωπικό (Maslach and Leiter 2016). Η επιδείνωση της ποιότητας των υπηρεσιών οφείλεται σε διάσπαση της προσοχής του προσωπικού, ιατρικά λάθη, κακή επικοινωνία, μειωμένη συμμόρφωση σε κανονισμούς και οδηγίες εργασίας, με συνέπεια να εκφράζονται παράπονα και να τίθεται θέμα ασφάλειας για τους ασθενείς. Για τη Ελλάδα δεν υπάρχει κάποια βιβλιογραφική αναφορά σχετικά με την εκτίμηση της εξουθένωσης και τις επιπτώσεις στην υγεία του υγειονομικού προσωπικού. Οι υπάρχουσες αναφορές ανήκουν στη γκριζα βιβλιογραφία και δεν συμπεριλήφθηκαν στην εργασία.

8.6.5 Επιπτώσεις στο ποσοστό αυτοκτονιών και στην κατανάλωση αλκοόλ

Από την αρχή της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης το 2008 έχει παρατηρηθεί αύξηση στον αριθμό των αυτοκτονιών σε παγκόσμιο επίπεδο. Το 2009 καταγράφηκαν 4900 περισσότερα περιστατικά αυτοκτονιών σε σχέση με τα προηγούμενα έτη. Υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών, καθώς και μεταξύ ατόμων διαφορετικών ηλικιακών ομάδων. Σε 27 χώρες της ΕΕ και σε 18 χώρες της Αμερικής η αύξηση στις αυτοκτονίες αφορά κυρίως στους άνδρες. Το ποσοστό αυτοκτονιών στους άνδρες όλων των ηλικιακών ομάδων για τις χώρες της ΕΕ και την Αμερική ήταν κατά 4,2% και 6,4% υψηλότερο αντίστοιχα κατά το έτος 2009. Στις χώρες της ΕΕ η ηλικιακή ομάδα που επηρεάστηκε περισσότερο είναι οι άνδρες ηλικίας 15 ως 24 ετών, ενώ στις χώρες της Αμερικής οι άνδρες ηλικίας 45 ως 64 ετών. Οι αυξήσεις του ποσοστού αυτοκτονιών το 2009 σε εθνικό επίπεδο σχετίζονται με το ποσοστό ανεργίας, ιδιαίτερα στις χώρες που πριν την κρίση το ποσοστό ανεργίας ήταν χαμηλό. Εκτιμάται ότι οι αποτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι ως και 40 φορές περισσότερες (Chang and Stuckler 2013). Αντίστοιχα αποτελέσματα καταγράφονται και σε άλλες χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα (Karakasi et al 2022). Το

ποσοστό των αυτοκτονιών αυξήθηκε, κυρίως λόγω της ανεργίας και της φτώχειας που συνδέεται και με την οικονομική ύφεση και με την υγειονομική κρίση. Το ποσοστό είναι ακόμη μεγαλύτερο σε χώρες όπως το Πακιστάν την Ινδία, το Μπαγκλαντες και άλλες αναπτυσσόμενες χώρες για λόγους κοινωνικού στιγματισμού και θρησκοληψίας (Goyal et al 2020, Mamun et al 2020).

Μικρή αύξηση στο ποσοστό των αυτοκτονιών έχει καταγραφεί και για το χρονικό διάστημα 2019 ως 2021. Και σε αυτή τη χρονική περίοδο το ποσοστό είναι υψηλότερο στους άνδρες και σχετίζεται με τη απασχόληση και την ανάγκη αναζήτησης επισφαλούς εργασίας ή μετανάστευσης στο εξωτερικό. Μια ομάδα που επίσης είναι ευάλωτη στις αυτοκτονίες είναι το υγειονομικό προσωπικό και ιδιαίτερα οι ιατροί. Ορισμένες ειδικότητες όπως αναισθησιολόγοι, ψυχίατροι, οι γενικοί ιατροί και οι γενικοί χειρουργοί παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών σε σχέση με τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Η θέση εργασίας έχει ξεχωριστή σημασία αφού το προσωπικό των ΤΕΠ των ΜΕΘ είναι πιο ευάλωτο σε αυτοκτονικό ιδεασμό και παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά της διαταραχής μετατραυματικού στρες (Vizheh et al 2020).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας έχει αυξηθεί σημαντικά η κατανάλωση του αλκοόλ σε πολλές χώρες του κόσμου στον γενικό πληθυσμό. Ο εγκλεισμός στο σπίτι, οι ελάχιστες διαθέσιμες επιλογές για διασκέδαση και ψυχαγωγία, το στρες, η έλλειψη κοινωνικών επαφών είναι κάποιες από τις αιτίες για την αυξημένη κατανάλωση. Ουσιαστικά, το αλκοόλ είναι κατασταλτικό του κεντρικού νευρικού συστήματος και συνεπώς προσφέρει την ψευδαίσθηση της ηρεμίας. Ο αριθμός θανάτων που οφείλονται στο αλκοόλ αυξήθηκε μεταξύ 2019 και 2020, από 78927 σε 99017, με σχετική αύξηση 25,5%. Οι θάνατοι που σχετίζονται με το αλκοόλ αντιπροσώπευαν το 2,8% όλων των θανάτων το 2019 και το 3% κατά το 2020. Τα ποσοστά αυξήθηκαν για όλες τις ηλικιακές ομάδες, με τις μεγαλύτερες σχετικές αυξήσεις να σημειώνονται για άτομα ηλικίας 35 ως 44 ετών (39,7%) και 25 ως 34 ετών (37%) . Οι σχετικές αυξήσεις στα ποσοστά ήταν παρόμοιες για τις γυναίκες (27,3%) και τους άνδρες (25,1%). Η αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ είναι μεγαλύτερη στα κοινωνικά ευπαθή άτομα, όπως άστεγοι και άτομα που ανήκουν σε μειονότητες (Barbosa et al 2021, Calina et al 2021, Rehm et al 2020).

Η αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται θετικά με το στρες, την κατάθλιψη και τη διαταραχή του ύπνου. Ο συνδυασμός της κατανάλωσης αλκοόλ με κάποια ψυχική διαταραχή οδηγεί σε επικίνδυνες και βίαιες συμπεριφορές. Επιπλέον, μπορεί να προκαλέσει παχυσαρκία

και να επηρεάσει αρνητικά το ανοσοποιητικό σύστημα, καθιστώντας τα άτομα πιο ευάλωτα σε λοιμώξεις. Σημαντική αύξηση στην κατανάλωση παρατηρήθηκε και στην ομάδα των αλκοολικών, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την κατάσταση της υγείας τους, την ανάγκη για περίθαλψη και φροντίδα και σε αύξηση των ηπατικών ασθενειών (Barbosa et al 2021, Calina et al 2021, Rehm et al 2020). Στις ΗΠΑ έχει ήδη παρατηρηθεί αύξηση σε ποσοτό 50% στα ηπατικά νοσήματα που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ, σύμφωνα με έρευνα των πανεπιστημίων Μίσιγκαν και Χάρβαρντ.

Σχετικά με την Ελλάδα δεν υπάρχει κάποια βιβλιογραφική αναφορά για την κατανάλωση αλκοόλ. Υπάρχουν μόνο κάποιες διάσπαρτες πληροφορίες από τον Τύπο. Σύμφωνα με ένα δημοσίευμα, όπως αναφέρει ο υπεύθυνος του Τομέα Έρευνας του ΚΕΘΕΑ, έχει καταγραφεί αύξηση στην πώληση προϊόντων αλκοόλης κατά 85% σε σχέση με το 2019. Ακόμη, έχει αυξηθεί ο αριθμός τηλεφωνημάτων που δέχεται το τηλεφωνικό κέντρο των Αλκοολικών Ανώνυμων. Ωστόσο, δε μπορούν να εξαχθούν επίσημα στατιστικά στοιχεία λόγω του πρωτοκόλου λειτουργίας του φορέα.



Εικόνα 30 Ο φαύλος κύκλος της κατανάλωσης αλκοόλ και η σχέση του με την πανδημία. Πηγή: Calina et al 2021

8.6.6 Επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις

Η πανδημία Covid-19 επηρέασε τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βιώνουν στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Τα μέτρα εγκλεισμού ανάγκασαν τους πολίτες να οργανώσουν την καθημερινότητα τους με διαφορετικό τρόπο από ότι είχαν συνηθίσει, με μεγάλη αύξηση του χρόνου παραμονής στο σπίτι και με σημαντικές αλλαγές στις συνήθειες τους. Αυτή η περίοδος θεωρήθηκε ως μια εξέλιξη στην έννοια της ενσυναίσθησης, δηλαδή στην ικανότητα κατανόησης και κοινής χρήσης των συναισθημάτων του άλλου, σύμφωνα με κοινωνιολογική και νευρολογική άποψη. Η κοινωνική απόσταση και τα μέτρα ασφαλείας έχουν επηρεάσει τη σχέση μεταξύ των ανθρώπων και την αντίληψή τους για ενσυναίσθηση προς τους άλλους. Επιπλέον η προσαρμογή στο νέο, ταχέως μεταβαλλόμενο, τεχνολογικά βελτιωμένο πλαίσιο είναι μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της εποχής μας. Ξεκινά μια νέα εποχή με αυξημένη χρήση της τεχνολογίας για επικοινωνία, εργασία και εκπαίδευση από απόσταση, αλλά και διενέργεια συναλλαγών και πράξεων διοικητικού περιεχομένου, για την οποία απαιτείται σταδιακή προσαρμογή (Saladino et al 2020).

Ο μακροχρόνιος εγκλεισμός στο σπίτι επέφερε αύξηση στην ενδοοικογενειακή βία, λόγω της παρατεταμένης συνύπαρξης των μελών των οικογενειών με προβλήματα και δυσλειτουργίες. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, τα περιστατικά ενδοοικογενειακής βίας παρουσιάζουν αυξητική τάση σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης, συμπεριλαμβανομένων και των επιδημιών. Η άσκηση της βίας είναι ιδιαίτερα αυξημένη προς τις γυναίκες και τα παιδιά. Σύμφωνα με τον ΟΗΕ η ενδοοικογενειακή βία ορίζεται ως *«οποιαδήποτε μορφή συμπεριφοράς που χρησιμοποιεί έλεγχο και εξουσία σε ένα άτομο χωρίς την άδειά του και εμφανίζεται μεταξύ των ατόμων που ζουν κάτω από την ίδια στέγη»*. Η πανδημία είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας παγκοσμίως. Η ενδοοικογενειακή βία επηρεάζει ιδιαίτερα τις γυναίκες, γιατί λόγω του περιορισμού και της απομόνωσης τα θύματα δεν είχαν τη δυνατότητα να ζητήσουν βοήθεια, με αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη απομόνωση, την οικονομική εξάρτηση και μεγαλύτερο αίσθημα ανασφάλειας (Zamba et al 2022). Οι κύκλοι της βίας αυξήθηκαν αριθμητικά και μεγάλωσε η χρονική τους διάρκεια και η ένταση τους. Όσον αφορά στα παιδιά, η παρατεταμένη παραμονή των παιδιών στο σπίτι, μακριά από την επίβλεψη των εκπαιδευτικών λόγω αναστολής λειτουργίας των σχολείων, δεν δίνει τη δυνατότητα στο παιδί να ζητήσει βοήθεια. Παράλληλα, η περικοπή των γενικών δαπανών για την υγεία, οδήγησε στη συρρίκνωση των λίγων και ανεπαρκών παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών του ΕΣΥ και στην

κατάργηση ή τη μείωση ουσιαστικών πολιτικών παιδικής μέριμνας για τις ευπαθείς παιδικές ομάδες.

Οι βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με την αύξηση της ενδοοικογενειακής βίας λόγω πανδημίας παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια αναφορικά με τις γεωγραφικές περιοχές στις οποίες αναφέρονται, το μέγεθος του δείγματος και τα χαρακτηριστικά του, τα στατιστικά εργαλεία που εφαρμόστηκαν για την αξιολόγηση των δεδομένων και κατά συνέπεια δεν μπορούν να γίνουν συγκρίσεις και γενικεύσεις. Από τα αποτελέσματα 22 μελετών σχετικά με το θέμα συμπεραίνεται ότι υπάρχει αύξηση στα περιστατικά ψυχολογικής και σεξουαλικής βίας, καθώς και αύξηση στη σοβαρότητα των περιστατικών κάθε τύπου ενδοοικογενειακής βίας. Η περιορισμένες επαφές με φίλους, συγγενείς ή συναδέλφους από τους οποίους μπορεί να ζητήσει βοήθεια το θύμα, οδηγούν σε ένα φαύλο κύκλο επανάληψης της βίας (Kourti et al 2021, Freya et al 2022). Η ζήτηση για υπηρεσίες στήριξης για την έμφυλη και ενδοοικογενειακή βία υπηρεσίες σημείωσαν πενταπλάσια αύξηση τα τελευταία χρόνια (UN-Women, 2020) ενώ σύμφωνα με τα στοιχεία της UNICEF 10 εκατομμύρια κορίτσια επιπλέον κινδυνεύουν από πρόωρο γάμο λόγω της πανδημίας. Η φτώχεια, η απομόνωση στο σπίτι, το κλείσιμο των σχολείων, η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής προστασίας δε δίνουν τη δυνατότητα στήριξης στα μικρά κορίτσια και αποφυγής τέτοιου τύπου γάμων. Από τις οικογένειες τους αντιμετωπίζονται ως κάποιο «φορτίο» από το οποίο πρέπει να απαλλαγθούν. Συνέπεια είναι να εκτίθενται σε κινδύνους από ενδοοικογενειακή βία, εγκυμοσύνη σε μικρή ηλικία με επιπλοκές και αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας

Τα στοιχεία που αφορούν στην Ελλάδα δείχνουν ότι κατά το χρονικό διάστημα 2004 ως 2008 εξετάστηκαν συνολικά 56 περιστατικά σεξουαλικής κακοποίησης και 20 περιστατικά σωματικής κακοποίησης παιδιών. Κατά το χρονικό διάστημα 2020 ως τον Οκτώβριο του 2022 εξετάστηκαν συνολικά 72 παιδιά με σωματικά τραύματα, καθώς και 60 ανήλικα αγόρια και 88 ανήλικα κορίτσια για σεξουαλική κακοποίηση. Θετικό αποτέλεσμα για σεξουαλική κακοποίηση προέκυψε στο 60% των περιπτώσεων. Την ίδια χρονική περίοδο, το 65% ως 75% των καταγγελιών σεξουαλικής κακοποίησης αφορούσαν παιδιά ηλικίας 3 ως 7 ετών, με το 92% των δραστην να προέρχονται από την άμεση οικογένεια. Πολλά περιστατικά δεν καταγράφονται από τις επειδή δεν είναι αποκεντρωμένες, και επειδή δεν έχουν όλοι οι παιδίατροι την κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να αναγνωρίσουν το πρόβλημα.

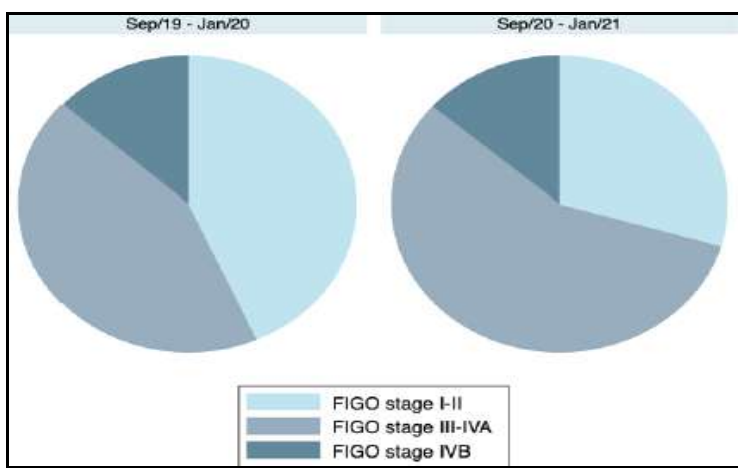
Τα παιδιά που κινδυνεύουν περισσότερο να υποστούν κάποια μορφή κακοποίησης είναι τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, διανοητική αναπηρία, νευρολογική διαταραχή, χρόνιες ασθένειες και ομοφυλοφιλική ταύτιση. Επίσης κινδυνεύουν παιδιά που ζουν με γονείς ή φροντιστές που κάνουν χρήση αλκοόλ ή ουσιών, έχουν ψυχική ή νευρολογική διαταραχή ή εμπλέκονται σε εγκληματικές δραστηριότητες (Σουμάκη και Αναγνωστόπουλος 2012).

8.6.7 Επιπτώσεις στη γυναικολογική και μαιευτική φροντίδα

Η παροχή γυναικολογικής και μαιευτικής φροντίδας επηρεάστηκε αρνητικά κατά την πανδημία. Σε δυο μεγάλα κέντρα υγείας των ΗΠΑ παρατηρήθηκε μεγάλη μείωση στη διενέργεια γυναικολογικών χειρουργικών επεμβάσεων, καθώς και ακυρώσεις στα προγραμματισμένα γυναικολογικά και μαιευτικά ραντεβού για προληπτικούς ελέγχους (Patabendige et al 2021). Η μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε κατά τις περιόδους που τα κυβερνητικά μέτρα ήταν αυστηρότερα. Σημαντική μείωση παρατηρήθηκε και στη διενέργεια μαστογραφιών, σε εργαστηριακούς ελέγχους για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και στη διενέργεια του τεστ για τον καρκίνο το τραχήλου της μήτρας. Όλες αυτές οι καθυστερήσεις στις διαγνωστικές εξετάσεις οδηγούν σε αύξηση των περιστατικών καρκίνου τα οποία διαγιγνώσκονται με καθυστέρηση, άρα και με χειρότερη πρόγνωση (Liang et al 2022, Hanna et al 2020). Αύξηση των περιστατικών γυναικολογικού καρκίνου και καρκίνου του μαστού τα οποία διαγιγνώσκονται σε προχωρημένο στάδιο αναφέρονται σε μελέτη που έγινε στη Βραζιλία. Το ποσοστό καρκίνου του μαστού σταδίου III αυξήθηκε κατά 14% και του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας σταδίου III - IVA κατά 13,5% σε σχέση με την εποχή προ πανδημίας (Banadio et al 2021).

Όσον αφορά στη μαιευτική φροντίδα αναφέρεται μεγάλη αύξηση των γεννήσεων με καισαρική τομή, χωρίς να συντρέχει ιατρικός λόγος, ώστε να είναι παρόντες κατά τον τοκετό και οι σύντροφοι των γυναικών. Τα μέτρα περιορισμού της πανδημίας δεν επέτρεπαν την πολύωρη παραμονή των συντρόφων στα μαιευτήρια και την παρατεταμένη αναμονή για φυσιολογικό τοκετό. Δυστυχώς, τέτοιου είδους αποφάσεις δεν έλαβαν υπόψη τους κινδύνους από το χειρουργείο, ούτε την παρατεταμένη παραμονή της γυναίκας στο μαιευτήριο για μετεγχειρητική παρακολούθηση με αυξημένη πιθανότητα ενδονοσοκομειακής λοίμωξης από τον ιό (Asefa et al 2021). Οι επίτοκες γυναίκες είχαν μειωμένη ψυχολογική υποστήριξη λόγω του περιορισμού της

παρουσίας των μαιών στα μαιευτήρια, αυξημένο άγχος και ανησυχία λόγω του φόβου της λοίμωξης, ενώ το προσωπικό δεν είχε πρωτόκολλα εργασίας που να αφορούν στις εγκύους και τα νεογνά, αλλά και στη διαχείριση της προεκλαμψίας και του πρόωρου τοκετού σε συνθήκες πανδημίας. Τέλος το μέτρο του αποχωρισμού του νεογνού από τη μητέρα του, το οποίο εφαρμόστηκε ως προληπτικό μέτρο για τον περιορισμό της διασποράς του ιού σε αρκετές περιπτώσεις, θεωρήθηκε ως απάνθρωπο και ως κατάφορη καταστρατήγηση των δικαιωμάτων της γυναίκας και του παιδιού (Asefa et al 2021).



Εικόνα 31 Διάγραμμα της αύξησης των περιστατικών καρκίνου του τραχήλου της μήτρας τα οποία διαγνώστηκαν με χρονική καθυστέρηση κατά τη διάρκεια της πανδημίας, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση κατά FIGO. Πηγή: Banadio et al 2021.

8.6.8 Επιπτώσεις στην παροχή φροντίδας χρόνιου πόνου και ανακουφιστικής φροντίδας

Η παροχή της φροντίδας αυτού του τύπου δέχθηκε πολύ μεγάλο πλήγμα κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ως χρόνιος πόνος ορίζεται ο πόνος που διαρκεί τουλάχιστον 12 εβδομάδες. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ακαδημία Ιατρικής Πόνου, περισσότεροι από 1,5 δισεκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο έχουν χρόνια πόνο, που είναι η πιο κοινή αιτία μακροχρόνιας αναπηρίας. Ο χρόνιος πόνος ως πολυπαραγοντική κλινική οντότητα απαιτεί τη συνδρομή πολλών ειδικών για την αντιμετώπιση του. Ο περιορισμός στις μετακινήσεις και η

αποφυγή της επαφής μεταξύ των ατόμων δεν επέτρεπε τη φυσική εξέταση των ασθενών, τις επισκέψεις σε ψυχολόγους και ψυχιάτρους, ούτε την παροχή φυσικοθεραπειών και υδροθεραπειών για την ενίσχυση της κινητικότητας τους. Η ψυχολογική επιβάρυνση επιδείνωσε τον πόνο και τα συμπτώματα των ασθενών. Σε πολλές περιπτώσεις συνταγογραφήθηκαν οπιοειδή, ως λύση για την αντιμετώπιση της κατάστασης (Javed et al 2020, Mohamed et al 2022, Nair, et al 2022).

8.7 Το σύνδρομο Long-COVID, ένα νέο χρόνιο νόσημα

Με τον όρο «σύνδρομο Long- Covid» περιγράφονται τα συμπτώματα, τα σημεία και οι επιπλοκές, όσμες ή μακροχρόνιες, που είτε εμμένουν είτε εμφανίζονται 4 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη με το ιό. Σύμφωνα με τον ΕΟΔΥΥ υπάρχουν τρεις κλινικές οντότητες που έπονται της λοίμωξης από τον ιό:

- I. Οξεία Covid-19 (Acute Covid-19), δηλαδή κλινική οντότητα με σημεία και συμπτώματα που διαρκούν ως 4 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη
- II. Συνεχιζόμενη συμπτωματική Covid-19 (Ongoing symptomatic Covid-19), δηλαδή κλινική οντότητα με σημεία και συμπτώματα διάρκειας από 4 έως 12 εβδομάδες μετά τη λοίμωξη
- III. Μετά-Covid-19 σύνδρομο (Post-Covid-19 syndrome), δηλαδή κλινική οντότητα με σημεία και συμπτώματα που αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια ή μετά από τη λοίμωξη με και διαρκούν για περισσότερο από 12 εβδομάδες, χωρίς να μπορούν να αποδοθούν σε εναλλακτική διάγνωση.

Ο όρος «σύνδρομο Long- Covid» περιλαμβάνει τις κλινικές οντότητες (ii) και (iii), ενώ το είδος και η βαρύτητα των συμπτωμάτων παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια.

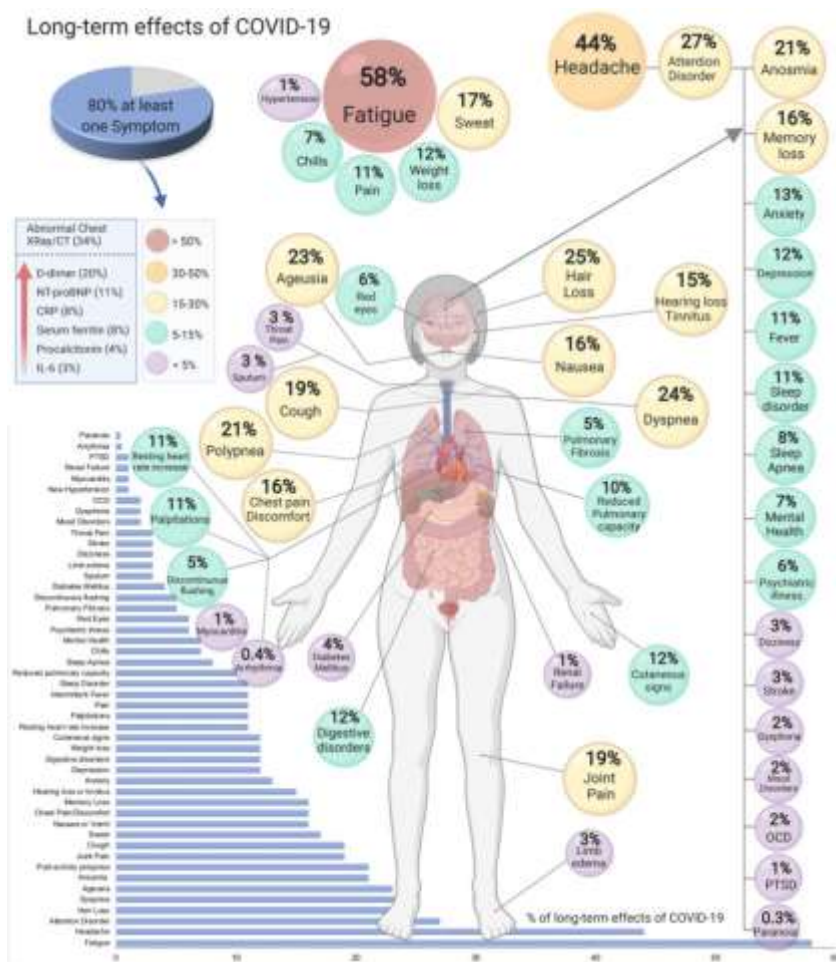
Από μελέτες βιβλιογραφικής ανακόπησης που έχουν γίνει, προκύπτει ότι το 80% των ατόμων συνεχίζει να έχει τουλάχιστον ένα σύμπτωμα 15 ημέρες μετά την οξεία λοίμωξη. Για το σύνδρομο Long- Covid έχουν αναφερθεί περισσότερα από 55 διαφορετικά συμπτώματα, μεταξύ των οποίων τα πιο συνηθισμένα είναι κόπωση, ανοσμία, πνευμονική δυσλειτουργία, έντονος πονοκέφαλος, παθολογικά ευρήματα στην ακτινογραφία θώρακος, διάσπαση της προσοχής, δύσπνοια, απώλεια μαλλιών και νευρολογικές διαταραχές (Lopez et al 2021). Επιπλέον

παρατηρούνται παθολογικές τιμές σε αρκετές εργαστηριακές παραμέτρους για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι εργαστηριακές παράμετροι είναι τα D dimer, το νατριουρητικό πεπτίδιο NT-proBNP, η C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, η φερριτίνη ορού, η προκαλσιτονίνη και η ιντερλευκίνη-6. Όλες αυτές οι παράμετροι είναι δείκτες οξείων βλαβών και οξείας φλεγμονής του οργανισμού (Lopez et al 2021). Το σύνδρομο μπορεί να επηρεάσει όλα τα όργανα και τα συστήματα του οργανισμού, σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Τα συμπτώματα εμφανίζονται σε άτομα όλων των ηλικιών, ακόμη και σε νέα άτομα, με ηλικία μικρότερη των 50 ετών, τα οποία πριν τη λοίμωξη ήταν απολύτως υγιή (Oxley et al 2020).

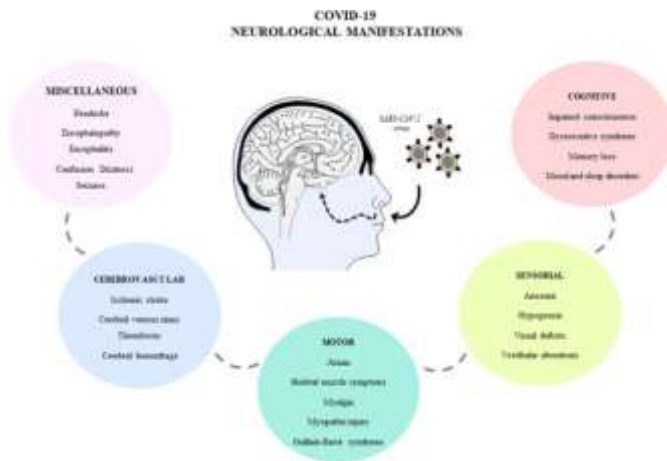
Οι πλέον πρόσφατες δημοσιεύσεις εστιάζουν στις νευρολογικές διαταραχές του συνδρόμου, οι οποίες μπορεί να έχουν πολύ βαριά συμπτωματολογία. Σε μεγάλη εθνική μελέτη που έγινε στο Ηνωμένο Βασίλειο, αναφέρονται ως επιπλοκές, εκτός από την ανοσμία, εγκεφαλικά επεισόδια, παραλήρημα, φλεγμονή του εγκεφάλου, εγκεφαλοπάθεια, πρωτογενή ψυχιατρικά σύνδρομα και σύνδρομα περιφερικών νεύρων (Varatharaj et al 2020). Οι νευρολογικές επιπλοκές της λοίμωξης είναι παρόμοιες με αυτές που είχαν παρατηρηθεί κατά τις επιδημίες SARS το 2003 και MERS in το 2012. Τα περιστατικά με νευρολογικές διαταραχές που είχαν καταγραφεί τότε παρουσίαζαν εγκεφαλίτιδα, εγκεφαλοπάθεια, ισχαιμικά και αιμορραγικά εγκεφαλικά επεισόδια. Ωστόσο ο συνολικός αριθμός των ασθενών με τέτοιου τύπου επιπλοκές ήταν σημαντικά μικρότερος, περίπου 8000 άτομα κατά την επιδημία SARS και 2500 κατά την επιδημία MERS (Paterson et al 2020, Ellul et al 2020). Παρόμοιες μελέτες έχουν γίνει στην Ιταλία, τη Γαλλία, την Ισπανία, τη Σουηδία, την Κίνα και τις ΗΠΑ (Brüssow and Timmis 2021). Στο τέλος του Ιανουαρίου του 2022 περίπου 2,5% του πληθυσμού του Ηνωμένου Βασιλείου είχε συμπτώματα του συνδρόμου long Covid, ενώ ποσοστό 45% από αυτούς δηλώνει ότι η ποιότητα της καθημερινής του ζωής επηρεάστηκε αρνητικά από την κατάσταση της υγείας του. Πρόσφατα ευρήματα δείχνουν ότι άτομα που έχουν λάβει δυο δόσεις εμβολίου έχουν 50% λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν το σύνδρομο long Covid, σε σχέση με τα ανεμβολίαστα άτομα, γεγονός ιδιαίτερα ενθαρρυντικό για τη μείωση του αριθμού των χρονίως πασχόντων (Antonelli et al 2022).

Αν και ο αριθμός των ασθενών με νευρολογικές επιπλοκές είναι μικρότερος από αυτό των ασθενών με αναπνευστικά προβλήματα, προκαλεί ανησυχία το γεγονός ότι οι νευρολογικές επιπλοκές ευθύνονται για σημαντικό βαθμού αναπηρία σε όλη τη διάρκεια της ζωής του

ατόμου, με ανάγκη για παροχή μοκροχρόνιας και εξειδικευμένης φροντίδας και σημαντικές επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας, αλλά και με σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις. Δεδομένου ότι η πανδημία συνεχίζεται και υπολογίζεται ότι το 50% ως 80% του παγκόσμιου πληθυσμού θα μολυνθεί από τον ιό πριν επιτευχθεί η ανοσία της αγέλης, αναμένεται ότι ο αριθμός των ασθενών θα αυξηθεί σημαντικά. Η επίπτωση αυτού του φαινομένου στην ποιότητα ζωής και την παραγωγικότητα θα είναι μεγάλη, όπως επίσης και η πίεση που θα δεχθεί το σύστημα υγείας (Brüssow and Timmis 2021). Επειδή πολλές από τις νευρολογικές επιπλοκές συνιστούν παράγοντες αυξημένης θνησιμότητας, είναι πολύ σημαντικό να μελετηθούν οι μοριακοί μηχανισμοί της δράσης του ιού στον εγκέφαλο και το νευρικό σύστημα, ώστε να βρεθούν οι κατάλληλες θεραπείες (Sarubbo et al 2022).



Εικόνα 32 Οι μακροχρόνιες επιπτώσεις της λοίμωξης COVID-19 σε όλα τα όργανα και τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Πηγή: Lopez et al 2021.



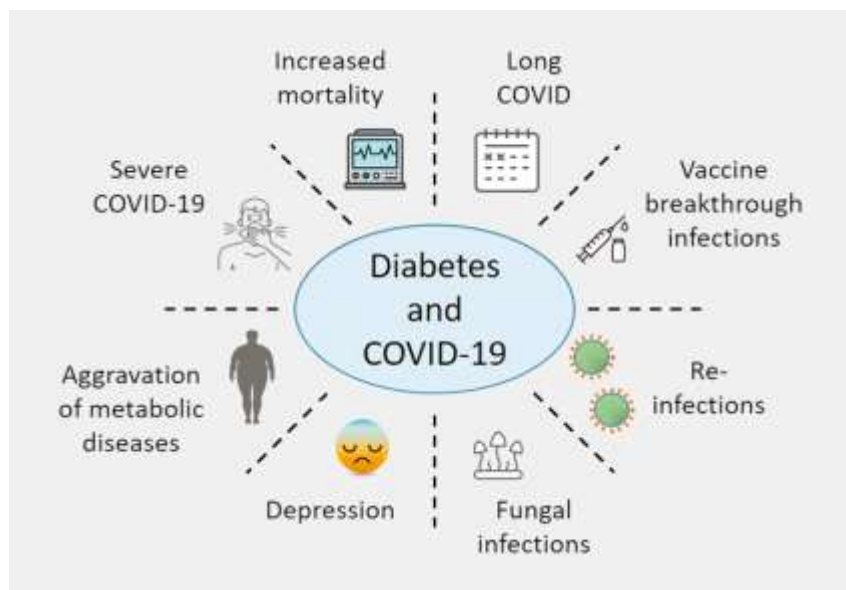
Εικόνα 33 Κατηγορίες νευρολογικών επιπλοκών σε ασθενείς που μολύνθηκαν από τον ιό Πηγή: Sarubbo et al 2022.

Στο πλαίσιο του συνδρόμου long-covid, η νόσος ενδέχεται να απορρυθμίσει σοβαρά έναν ήδη υπάρχοντα σακχαρώδη διαβήτη αλλά και να εμφανίσει συμπτώματα ενός οξέος ινσουλινοεξαρτώμενου σακχαρώδη διαβήτη σε μη διαβητικά άτομα, λόγω της τοξικής επίδρασης του ιού στα β-κύτταρα του παγκρέατος. Σε μελέτη ανάλυσης μεγάλης βάσης δεδομένων που έγινε στις ΗΠΑ, συγκρίθηκε ο κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη σε 180000 άτομα που νόσησαν από COVID-19, για ένα έτος μετά τη νόσησή τους. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 στα άτομα που νόσησαν από ήταν αυξημένος κατά 40% και παρουσίαζε κυμαινόμενη αύξηση από 31% ως 100%, ανάλογα με την παρουσία ή μη παραγόντων κινδύνου όπως η ηλικία, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) και ο προδιαβήτης. Στους ασθενείς για τους οποίους απαιτήθηκε νοσηλεία ο κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη ήταν αυξημένος κατά 173%, ενώ σε ασθενείς που διασωληνώθηκαν σε ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό. Ακόμη και άτομα με ήπια νόσηση παρουσίασαν κατά 25% αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη ένα χρόνο μετά στο πλαίσιο του συνδρόμου long Covid (Bode et al 2020, Pasquel et al 2021).

Παρόμοια μελέτη που δημοσιεύθηκε σε έγκριτο επιστημονικό περιοδικό, αφορούσε σε στοιχεία από γερμανική βάση δεδομένων. Στη μελέτη εξετάστηκε η επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 σε πληθυσμό 35856 ασθενών που νόσησαν από COVID-19, έναν χρόνο μετά

τη νόσηση τους και η αντίστοιχη επίπτωση σε ομάδα ελέγχου. Και σε αυτή τη μελέτη παρατηρήθηκε αυξημένη επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 κατά ποσοστό 30% (Steenblock et al 2021, Catriona et al 2022).

Οι μοριακοί μηχανισμοί που έχουν προταθεί για την εξήγηση αυτού του φαινομένου είναι πολλοί και απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση τους. Ωστόσο τα αναπάντητα μέχρι στιγμής ερωτήματα είναι αν ο σακχαρώδης διαβήτης αυτού του τύπου είναι αναστρέψιμος και για πόσο διάστημα μετά τη νοσηλεία ο κίνδυνος εμφάνισης του παραμένει αυξημένος. Για τη διαχείριση αυτής της επίπτωσης της πανδημίας θα απαιτηθούν πολλοί εργαστηριακοί έλεγχοι, ιατρικές επισκέψεις, φαρμακευτική αγωγή και θεραπείες, δηλαδή αύξηση των παρεχομένων υπηρεσιών και περαιτέρω επιβάρυνση του ΕΣΥ. Επιπλέον δεν γνωρίζουμε αν αυτή η ομάδα των ασθενών θα αποτελέσει στο μέλλον μια καινούρια ομάδα χρονίως πασχόντων, με την αντίστοιχη αύξηση στη θνησιμότητα, τη μείωση στην ποιότητα ζωής και την παραγωγικότητα και γενικά όλες τις επιπτώσεις των χρονίων νοσημάτων στα συστήματα υγείας, στην κοινωνία και την οικονομία.



Εικόνα 34 Η σχέση του σακχαρώδη διαβήτη με τη λοίμωξη COVID-19, με βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες επιπτώσεις. Πηγή: Steenblock et al 2021

8.8 Επιπτώσεις της πανδημίας στο περιβάλλον

Σε αυτή την παράγραφο γίνεται μια σύντομη αναφορά στις επιπτώσεις που είχε η πανδημία στο περιβάλλον, δεδομένου ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής των ανθρώπων συσχετίζεται θετικά με την ποιότητα του περιβάλλοντος στο οποίο διαβιούν.

Οι περιβαλλοντικές επιπτώσεις από την πανδημία είναι τόσο θετικές όσο και αρνητικές. Οι περιορισμοί που τέθηκαν στα ταξίδια, τις μεταφορές προϊόντων και τις μετακινήσεις, στη λειτουργία των εργοστασίων και των βιομηχανιών συνεισέφεραν στην πτώση των εκπομπών των αερίων θερμοκηπίου. Το επίπεδο ατμοσφαιρικής ρύπανσης στη Νέα Υόρκη μειώθηκε κατά 50%, ενώ στην Κίνα, χώρα με πολύ αυξημένα επίπεδα ατμοσφαιρικής ρύπανσης, καταγράφηκε μείωση κατά 50% στις εκπομπές μονοξειδίου του άνθρακα και οξειδίου του αζώτου. Σύμφωνα με τον European Environmental Agency οι εκπομπές διοξειδίου του αζώτου μειώθηκαν κατά 30 ως 60% σε πολλές ευρωπαϊκές πόλεις, όπως η Βαρκελώνη, η Μαδρίτη, η Ρώμη, το Μιλάνο και το Παρίσι. Παρόμοιες μειώσεις παρατηρήθηκαν σε πολλές χώρες του κόσμου, καθώς και στα ποσοστά των ατμοσφαιρικών μικροσωματιδίων $PM_{2.5}$ and PM_{10} (Algathani et al 2020, Rume and Islam 2020). Παράλληλα οι περιορισμοί που προαναφέρθηκαν είχαν σαν συνέπεια τη μείωση στην κατανάλωση καυσίμων και ενέργειας, με σημαντική εξοικονόμηση ενεργειακών πόρων.

Βελτιωμένη ήταν η εικόνα και σχετικά με την ρύπανση των υδάτων. Η διακοπή της βιομηχανικής παραγωγής επέφερε μείωση των αποβλήτων, με αποτέλεσμα σε πολλές περιοχές που υπήρχε υψηλό φορτίο ρύπων στο νερό να παρατηρηθεί βελτίωση, λόγω μείωσης των εκροών αποβλήτων προς τα ποτάμια και τη θάλασσα (Singhal and Matto 2020, Somani et al 2020). Σε πολλά ποτάμια και λίμνες παρατηρήθηκε βελτίωση των φυσικοχημικών χαρακτηριστικών του νερού, όπως η θερμοκρασία και το pH, στα ολικά κολοβακτηριοειδή και στους δείκτες βιολογικής (Biochemical Oxygen Demand-BOD) και χημικής οξείδωσης (Chemical Oxygen Demand-COD) (Zambrano-Monserrate et al 2020). Ο περιορισμός των αθλητικών δραστηριοτήτων στο νερό (θαλάσσια σπόρ, καγιάκ στα ποτάμια, ιστιοπλοία, καταδύσεις) λόγω αναστολής του τουριστικού κλάδου, επίσης συνεισέφερε στη βελτίωση της ποιότητας των υδάτων. Στην Ιταλία στο Μεγάλο Κανάλι της Βενετίας βελτιώθηκε η όψη του νερού, λόγω μείωσης του ευτροφισμού και επανεμφανίστηκαν διάφορα υδρόβια είδη. Η

κατανάλωση του νερού από τις βιομηχανίες μειώθηκε, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση υδάτινων πόρων. Οι εκροές αποβλήτων προς τη θάλασσα μειώθηκαν και λόγω του περιορισμού του εμπορίου και των πλόων των εμπορικών πλοίων (Yunus et al 2020).

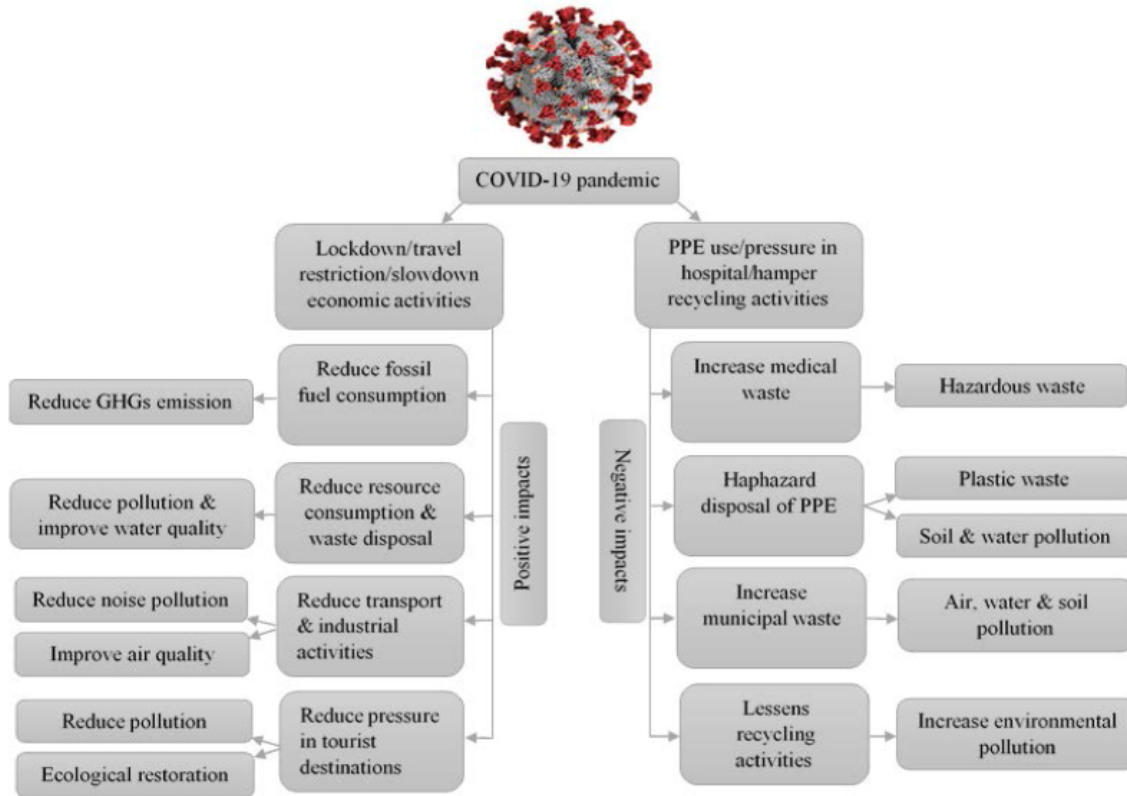
Κατά τη διάρκεια της πανδημίας παρατηρήθηκε μείωση των επιπέδων θορύβου, ο οποίος οφείλεται σε δραστηριότητες του ανθρώπου, όπως οικοδομικές εργασίες, λειτουργία μηχανημάτων και κινήσεις οχημάτων. Τα επίπεδα θορύβου στο Δελχί της Ινδίας υπολογίζεται ότι μειώθηκαν κατά 40 ως 50% κατά τη διάρκεια της πανδημίας, λόγω μείωσης της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων. Υπολογίζεται ότι παγκοσμίως περίπου 360 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν απώλεια ακοής σε κάποιο ποσοστό, λόγω του θορύβου στον οποίο είναι εκτεθειμένοι (Terry et al 2021). Επιπλέον υπήρξαν θετικές επιπτώσεις στο περιβάλλον από τη μείωση της τουριστικής δραστηριότητας στις παραλίες και τα μέρη φυσικής ομορφιάς, με την αντίστοιχη μείωση στις ποσότητες των απορριμμάτων και τον περιορισμό της κατανάλωσης ενέργειας από τις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται σε αυτές τις περιοχές, όπως εστιατόρια, ξενοδοχεία και χώροι διασκέδασης.

Στις αρνητικές επιπτώσεις συγκαταλέγεται η αύξηση του όγκου των ιατρικών αποβλήτων λόγω του τεράστιου όγκου των διενεργούμενων τεστ, των γαντιών και των масκών μιας χρήσης, καθώς και των ειδικών ενδυμάτων ατομικής προστασίας για το υγειονομικό προσωπικό. Στην Κίνα, κατά τη διάρκεια της πανδημίας παράγονται 240 τόνοι ιατρικών αποβλήτων περισσότεροι κάθε μέρα, ποσότητα πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με το χρονικό διάστημα πριν την πανδημία (Saadat et al 2020). Το ίδιο φαινόμενο έχει παρατηρηθεί και σε άλλες γεωγραφικές περιοχές, όπως η Ινδία, οι Φιλιππίνες και οι χώρες της Ινδοκίνας. Αυτή η απότομη αύξηση του όγκου των ιατρικών αποβλήτων και η διαχείριση τους συνιστά πρόκληση για τις τοπικές αρχές στις διάφορες χώρες του κόσμου. Δεδομένου ότι ο ιός επιβιώνει ως 3 μέρες στο χαρτόνι και στο ανοξείδωτο ατσάλι, όλα τα ιατρικά απόβλητα (σύριγγες, βελόνες, επίδεσμοι, βιολογικά δείγματα ασθενών, αναπνευστικές συσκευές και άλλα) πρέπει να διαχειρίζονται με κατάλληλο τρόπο ώστε να περιοριστεί η περιβαλλοντική επιβάρυνση, αλλά και ο κίνδυνος περαιτέρω διασποράς του ιού και επιμολύνσεων (Van-Doremaalen et al 2020).

Στις αρνητικές περιβαλλοντικές επιπτώσεις της πανδημίας περιλαμβάνεται και η αύξηση των μικροπλαστικών στο περιβάλλον από τις μάσκες και τα γάντια μιας χρήσεως, τα οποία α-

πορρίπτονται στα οικιακά απορρίμματα. Για την κατασκευή των μασκών N-95 χρησιμοποιείται το πολυπροπυλένιο, ενώ για τα προστατευτικά ενδύματα, τα γάντια και τις προσωπίδες το Tyvek. Τα υλικά αυτά παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα στο περιβάλλον και κατά τη διάσπαση τους αποβάλλουν διοξίνη και τοξικά συστατικά. Η αύξηση των μικροπλαστικών προκύπτει και από την αύξηση του ηλεκτρονικού εμπορίου. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, λόγω του κλεισίματος των καταστημάτων, έγινε στροφή προς το ηλεκτρονικό εμπόριο για την προμήθεια διαφόρων ειδών, με αποτέλεσμα τη μεγάλη αύξηση στα υλικά συσκευασίας (χαρτόνια, πλαστικές σακούλες, ειδικά φυσαλιδωτά νάυλον και άλλα) σε ποσότητες που συνιστούν περιβαλλοντική επιβάρυνση (Somani et al 2020, Zambrano-Monserrate et al 2020). Σε πολλές χώρες διακόπηκε η λειτουργία των δραστηριοτήτων ανακύκλωσης με σκοπό τον περιορισμό της διασποράς του ιού στους εργαζόμενους στις διάφορες εγκαταστάσεις. Στις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες οι δραστηριότητες διαχείρισης αποβλήτων, ανακύκλωσης και επαναχρησιμοποίησης μειώθηκαν κατά 46% (Somani et al 2020, Zambrano-Monserrate et al 2020). Ο ιός ανευρίσκεται και στα αστικά λύματα, οπότε απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στη διαχείριση τους, ιδιαίτερα στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές της γης, όπου αυτά απορρίπτονται σε ποτάμια και θάλασσες. Στην Κίνα εφαρμόστηκε πρωτόκολλο που περιλαμβάνει την προσθήκη μεγάλης ποσότητας χλωρίνης στα λύματα, ώστε να αποφευχθεί η διασπορά του ιού στο περιβάλλον. Η εκτεταμένη χρήση της χλωρίνης ωστόσο, μπορεί να προκαλέσει την παραγωγή επιβλαβών υπο-προϊόντων (Zambrano-Monserrate et al 2020).

Μεγάλη αρνητική περιβαλλοντική επίπτωση συνιστούν οι μεγάλες ποσότητες και η εκτεταμένη χρήση αντισηπτικών διαλυμάτων και απολυμαντικών σε δρόμους, κοινόχρηστους χώρους, ιδρύματα, γραφεία, δομές υγείας αλλά και στις κατοικίες σε καθημερινή βάση. Αυτή η ευρεία χρήση μπορεί να προκαλέσει την απώλεια διαφόρων ειδών στο περιβάλλον διαταράσσοντας την ισορροπία του. Σε πολλές εγκαταστάσεις βιολογικής επεξεργασίας αποβλήτων έχει παρατηρηθεί αυξημένο οργανικό φορτίο με χημικές ουσίες, λόγω της εκτεταμένης χρήσης αυτών των διαλυμάτων (Elsaid et al 2021, Rume et al 2020).



Εικόνα 35 Οι περιβαλλοντικές επιπτώσεις της πανδημίας. Πηγή: Rume et al 2020

8.9 Η πανδημία των ανισοτήτων

Οι προσπάθειες για τον έλεγχο και τον περιορισμό της πανδημίας έχουν εξαντλήσει τις δυνατότητες των συστημάτων υγείας σε όλα τα επίπεδα, τοπικό περιφερικό και εθνικό, σε όλες τις χώρες. Η αρχική εκτίμηση για την πανδημία ήταν ότι πρόκειται για μια κρίση που δεν κάνει διακρίσεις και ότι όλοι είμαστε εξίσου ευάλωτοι απέναντι στον ιό. Ωστόσο, όπως φαίνεται κατά την εξέλιξη της κατάστασης, η πανδημία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως πανδημία των ανισοτήτων, εξαιτίας των διαφορετικών επιπτώσεων της σε διαφορετικές ομάδες του πληθυσμού.

8.9.1 Ανισότητες λόγω της φύσεως της εργασίας

Για πολλές κατηγορίες εργαζομένων προκύπτουν ανισότητες ανάλογα με το είδος της εργασίας τους. Πολλοί άνθρωποι παγκοσμίως κατά τη διάρκεια της πανδημίας είχαν τη δυνατότητα να εργάζονται από το σπίτι και να μην κινδυνεύουν να μολυνθούν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους. Υπάρχουν ωστόσο επαγγέλματα για τα οποία η τηλεργασία δεν ήταν εφικτή με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να είναι διαρκώς εκτεθειμένοι στον ιό. Το μεγαλύτερο μέρος του υγειονομικού προσωπικού απασχολήθηκε σε νέες θέσεις εργασίας, ώστε να αντιμετωπισθεί η οξεία φάση της πανδημίας. Είχε αυξημένες πιθανότητες να μολυνθεί και λόγω της φύσεως της εργασίας του αλλά και λόγω της μεγάλης κόπωσης και εξάντλησης. Εργαζόμενοι στα μέσα μαζικής μεταφοράς, στην καθαριότητα των πόλεων και στην αποκομιδή των απορριμάτων, στην παραγωγή και διανομή τροφίμων, στην εφοδιαστική αλυσίδα, διανομείς και εργαζόμενοι στον τομέα των κατασκευών, ήταν διαρκώς εκτεθειμένοι στον ιό λόγω της επαφής με το κοινό. Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Καλιφόρνια των ΗΠΑ για το χρονικό διάστημα από το Μάρτιο του 2020 ως το Νοέμβριο του 2021, αυτές οι ομάδες εργαζομένων παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα από τον ιό, σε σχέση με άλλα επαγγέλματα. Οι εργαζόμενοι στα μέσα μαζικής μεταφοράς είναι η κατηγορία εργαζομένων που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας (Chen et al 2022).

8.9.2 Ανισότητες λόγω υποκείμενων νοσημάτων

Ανισότητες καταγράφονται και λόγω της υγείας και των υποκείμενων νοσημάτων. Η πλειοψηφία των ασθενών που απεβίωσαν στα νοσοκομεία της Ιταλίας (96, 2%) είχαν κάποιο υποκείμενο νόσημα όπως αρτηριακή υπέρταση (69,2%), σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (31,8%), καρδιαγγειακή νόσο (28,2%), χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (16,9%) και καρκίνο (16,3%). Τα ποσοστά που προαναφέραμε προέρχονται από μελέτη που έγινε στην Ιταλία, χώρα με μεγάλες ανθρώπινες απώλειες. Η συσχέτιση της βαρύτητας της λοίμωξης με τα υποκείμενα νοσήματα έχει επίσης καταγραφεί στην Ισπανία, την Κίνα και τις ΗΠΑ. Οι αναβολές και οι ματαιώσεις προγραμματισμένων ιατρικών επισκέψεων και ελέγχων επέφερε καθυστερήσεις στη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα με αποτέλεσμα να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας τους. Συνέπειες όλων αυτών είναι η αυξημένη θνησιμότητα, αναπηρία και θνητότητα. Αν υπολογίσουμε ότι περιπτώσεις με σακχαρώδη διαβήτη ή αρτηριακή υπέρταση δεν έχουν διαγνωσθεί λόγω των αναβολών που προαναφέρθηκαν, ο αριθμός των ασθενών με υποκείμενο

νόσημα αναμένεται να αυξηθεί κατά πολύ τα επόμενα έτη. Οι χώρες της Ευρώπης σύμφωνα με τον ΠΟΥ έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας και θνητότητας λόγω υποκείμενων νοσημάτων.

Η διατροφή, ως παράμετρος υγείας, είναι ένας ακόμη παράγοντας ανισοτήτων. Ο περιορισμός της κυκλοφορίας και η απομόνωση στο σπίτι επηρεάζουν τη διατροφή, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ, που με τη σειρά τους, σαν φαύλος κύκλος, επιδεινώνουν το υποκείμενο νόσημα (Vardavas and Nikitara 2020). Οι ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία έχουν ανάγκη από συνεχή και εξειδικευμένη φροντίδα με αποτέλεσμα το σύστημα υγείας να δέχεται μεγαλύτερη πίεση. Ο δείκτης μάζας σώματος συσχετίζεται θετικά με τη βαρύτητα της λοίμωξης. Στην Κίνα, άτομα με βαρεία λοίμωξη που δεν επεβίωσαν είχαν BMI (Body Mass Index) μεγαλύτερο από 25 kg/m².

8.9.3 Ανισότητες κοινωνικής και οικονομικής φύσεως

Κοινωνικές επιδημιολογικές μελέτες από τις προηγούμενες δεκαετίες έχουν καταδείξει ότι ο κίνδυνος ασθένειας και θανάτου συσχετίζεται και την κοινωνική-οικονομική κατάσταση του ατόμου. Η πιθανότητα νόσησης και προώρου θανάτου αυξάνεται τόσο περισσότερο, όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Ανισότητες αυτού του τύπου έχουν περιγραφεί για χρόνια λοιμώδη νοσήματα, όπως η φυματίωση, και συνήθως συνδέονται με κακές συνθήκες εργασίας και διαβίωσης (Wachtler et al 2020). Η ανισότητες αυτές μπορεί να παρατηρηθούν μεταξύ διαφορετικών χωρών, μεταξύ λιγότερο και περισσότερο προνομιούχων περιοχών σε μια χώρα, μεταξύ κοινωνικών ομάδων, μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Για παράδειγμα η Ινδία έχει κατά 40 φορές μεγαλύτερο δείκτη θνησιμότητας από τον ιό, σε σχέση με τη Δανία, λόγω του χάσματος της ποιότητας ζωής μεταξύ των δυο χωρών.

Άτομα με χαμηλό εισόδημα έχουν αυξημένο κίνδυνο λοίμωξης από τον ιό, αυξημένη πιθανότητα να χρειαστούν νοσηλεία και αυξημένη θνησιμότητα σε σχέση με πιο προνομιούχες ομάδες του πληθυσμού. Η διαβίωση σε μικρούς χώρους μαζί με πολλά άλλα άτομα ευνοεί τη διασπορά του ιού. Ομάδες του πληθυσμού που διαβιούν σε κοινόχρηστα καταλύματα θεωρείται επίσης ότι διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο μόλυνσης. Οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτό το φαινόμενο σε τοπικό επίπεδο είναι το εισόδημα, το ποσοστό φτώχειας, το ποσοστό

ανεργίας, το ποσοστό απασχόλησης, το μορφωτικό επίπεδο, το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης και οι συνθήκες διαβίωσης της χώρας. Σε ατομικό επίπεδο οι κοινωνικοί προσδιοριστές είναι η μόρφωση, το επάγγελμα, η κατοικία και οι συνθήκες διαβίωσης (Álvarez et al 2011, Sydenstricker 2006). Πρόδρομα αποτελέσματα από την Καταλωνία στην Ισπανία δείχνουν ότι η πιθανότητα νόσησης από τον ιό είναι κατά επτά φορές μεγαλύτερη στις μη προνομιούχες περιοχές. Μπορούμε λοιπόν να συμπεράνουμε ότι η πανδημία συνιστά συνδημία με τους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, δηλαδή η ασθένεια συσπειρώνεται σε πληθυσμούς που πλήττονται δυσανάλογα από τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις κακές συνθήκες διαβίωσης (διαβίωση σε περιοχές με ρύπανση και υγρασία, κακή διατροφή, κακές συνθήκες άφιξης πρόσβαση στους πόρους, αδυναμία πρόσβασης σε καθαρό νερό) (Yadav et al 2020).

Ο όρος συνδημία αναπτύχθηκε στα πλαίσια της ιατρικής ανθρωπολογίας για την κατανόηση του συνδρόμου HIV/AIDS. Η συνδημική θεωρία προβλέπει ότι η κατανόηση της πανδημίας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με την εξέταση της δυναμικής αλληλεπίδρασης της νόσου με άλλα προβλήματα υγείας και κοινωνικά προβλήματα. Οι διάφοροι παράγοντες είναι αλληλένδετοι, διαδραστικοί και δρουν αθροιστικά για την κακή έκβαση της νόσου, υπερτονίζοντας το φορτίο από τη νόσο και αυξάνοντας τις αρνητικές επιπτώσεις. Άστεγοι, φυλακισμένοι, ιερόδουλες, εθνικές μειονότητες όπως οι Ρομά και γενικά άτομα που αντιμετωπίζουν κοινωνικό αποκλεισμό, έχουν αυξημένη πιθανότητα νόσησης και κακής έκβασης της λοίμωξης, ως αποτέλεσμα της άφιξης έκθεσης στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας. Οι κοινωνικοί προσδιοριστές δρουν συνεργιστικά και με το ψυχικό στρες, την ανασφάλεια και την διαρκή αβεβαιότητα, παράγοντες που οδηγούν σε ανοσοκαταστολή με αυξημένες πιθανότητες λοίμωξης (Cohen S (2020, Kim and Bostwick 2020)

Οι αιφνίδιες οικονομικές κρίσεις, όπως η παγκόσμια οικονομική κρίση το 2008, οδηγούν σε αύξηση της θνησιμότητας, επιδείνωση της πνευματικής και ψυχικής υγείας, αύξηση των αυτοκτονιών και των θανάτων από χρήση ουσιών και αλκοόλ. Μετά την οικονομική κρίση το 2008 παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών στις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ισπανία και την Ιρλανδία. Το φαινόμενο είναι συχνότερο σε περιοχές με μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας, φτώχεια, και κακές συνθήκες εργασίας. Στις χώρες που τα μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας ήταν πολύ αυστηρά και η ύφεση μεγαλύτερη, όπως στην Αγγλία, την Ελλάδα, την Ιταλία και την

Ισπανία, οι επιπτώσεις της πανδημίας ήταν δυσμενέστερες, λόγω των χειρότερων οικονομικών συνθηκών σε αυτές τις χώρες (Bambra 2011, Bambra et al 2022).

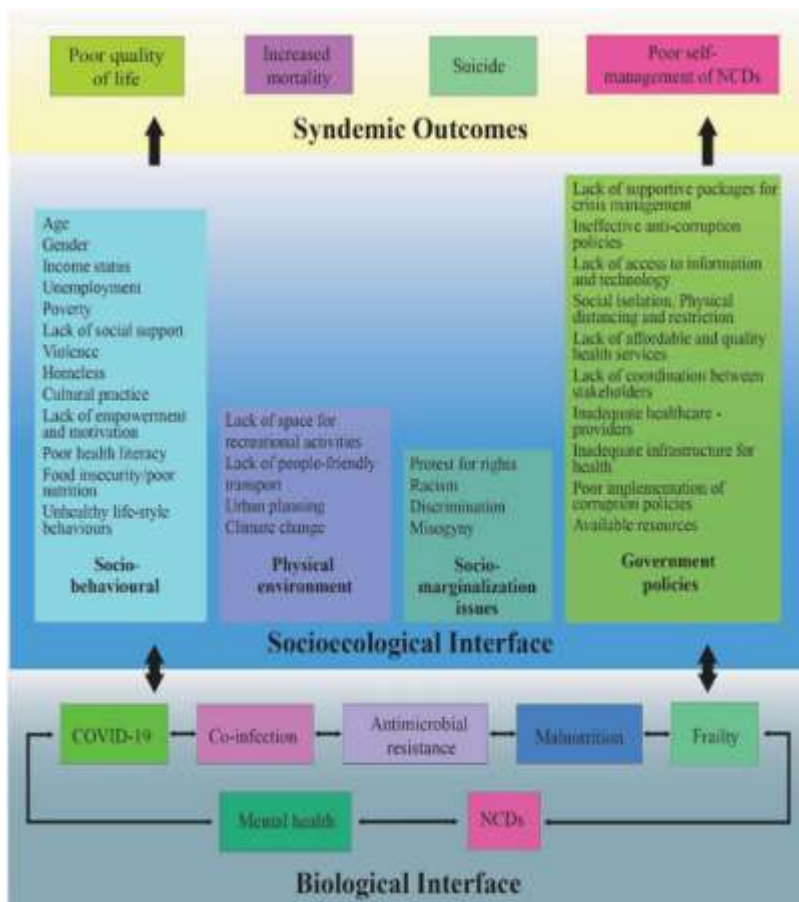
8.9.4. Ανισότητες στον εμβολιασμό και στην ασφαλιστική κάλυψη

Οι ανισότητες στην ασφαλιστική κάλυψη και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθορίζουν και τις επιπτώσεις της πανδημίας σε πολλές ομάδες του πληθυσμού. Στις ΗΠΑ περίπου 33 εκατομμύρια άτομα σε όλες τις πολιτείες, ανήκουν στα πιο περιθωριοποιημένες κοινωνικές ομάδες και έχουν ανεπαρκή ή καθόλου ασφαλιστική κάλυψη. Στο Ηνωμένο Βασίλειο ο δείκτης αντιστοιχίας αριθμού ασθενών ανά ιατρό είναι κατά 15% υψηλότερος στις πιο φτωχές περιοχές. Συμπεραίνουμε ότι μεγάλος αριθμός ανθρώπων δεν έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, αλλά ούτε και την οικονομική δυνατότητα να πληρώσει για αυτές στον ιδιωτικό τομέα (Bambra et al 2020, Forster et al 2018)

Χώρες με υψηλότερο δείκτη οικονομικής ανάπτυξης έχουν υψηλότερα ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης, με αποτέλεσμα να υπάρχει σαφής ανισότητα στην εμβολιαστική κάλυψη μεταξύ των χωρών. Η οικονομική δύναμη μιας χώρας καθορίζει και την επένδυση στην ανάπτυξη, την παραγωγή και τη διάθεση των εμβολίων. Η προώθηση του εμβολιασμού σχετίζεται με το σύστημα υγείας και κατά συνέπεια με τις οικονομικές του δυνατότητες. Σύμφωνα με τη UNICEF το μέσο κόστος ενός εμβολίου έναντι του COVID-19 κυμαίνεται μεταξύ 2 και 36 δολαρίων ανά δόση και το κόστος διανομής ανέρχεται σε 3,7 δολάρια ανά άτομο, ποσό πολύ μεγάλο για τις χώρες με χαμηλό ή μέσο εισόδημα. Τα στατιστικά δεδομένα δείχνουν ότι το ποσοστό θανάτων, το ποσοστό νοσηλειών και το ποσοστό νοσηλειών σε ΜΕΘ μειώνεται σημαντικά αν η εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού μιας χώρας ανέρχεται σε 70%. Επομένως χώρες με μικρότερη εμβολιαστική κάλυψη βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση έναντο των υπολοίπων. Τα δεδομένα μέχρι τον Ιανουάριο του 2022 δείχνουν ότι το στόχο του 70% έχουν επιτύχει 79 χώρες (Ning et al 2022).

Στην Ελλάδα το εμβολιαστικό πρόγραμμα εφαρμόζεται σε 1600 εμβολιαστικά κέντρα σε 500 σημεία σε όλη την επικράτεια. Τα δεδομένα που αφορούν στον εμβολιασμό δείχνουν ότι έχουν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό τους περισσότεροι από 7630000 πολίτες, δηλαδή το 72,7% του γενικού πληθυσμού και το 81,3% του ενήλικου πληθυσμού. Ο αντίστοιχος μέσος όρος στην

ΕΕ είναι 72,6% του γενικού πληθυσμού και 83,2% του ενήλικου πληθυσμού. Η Ελλάδα βρίσκεται στην 14η θέση σύμφωνα με το European Center of Disease Control. Τα στοιχεία της πρώτης αναμνηστικής δόσης (3η δόση), δείχνουν ότι έχουν πραγματοποιηθεί περισσότεροι από 5865000 εμβολιασμοί, ποσοστό 81,5% των δικαιούχων. Το ποσοστό άνω των 60 ετών ανέρχεται στο 88,1%. Το ποσοστό εμβολιασμού του συνόλου του ενήλικου πληθυσμού με πρώτη αναμνηστική δόση ανέρχεται στο 66,1% και το αντίστοιχο ποσοστό στην ΕΕ είναι 64,9%, με την Ελλάδα να βρίσκεται στην 14η θέση. Το ποσοστό εμβολιασμού του συνόλου του πληθυσμού άνω των 60 ετών με αναμνηστική δόση, ανέρχεται στο 80%, με το αντίστοιχο ποσοστό στην ΕΕ να είναι στο 84%. Σε σχέση με την δεύτερη και τρίτη αναμνηστική δόση, έχουν πραγματοποιηθεί 838000 εμβολιασμοί, ενώ έχουν προγραμματιστεί περισσότερα από 62000 ραντεβού. Στο πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας έχουν πραγματοποιηθεί περισσότεροι από 200000 εμβολιασμοί σε 135000 πολίτες (ιστοσελίδα gr.euronews.com προσπέλαση 1/11/2022).



Εικόνα 36 Η συνδημία και οι συσχετίσεις των διαφόρων παραγόντων που αφορούν στην υγεία.

Πηγή: Bamba et al 2020)

Η άνιση πρόσβαση των ασθενών σε αντικατάστατα φάρμακα οδήγησε σε αγορά φαρμάκων μέσω διαδικτύου. Για τα φάρμακα αυτά δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι είναι ασφαλή και ότι η παραγωγή τους πληρεί τις απαιτήσεις ποιοτικού ελέγχου. Επιπλέον στις περισσότερες περιπτώσεις λαμβάνονται χωρίς ιατρική επίβλεψη και οι παρενέργειες τους είναι άγνωστες. Η ευρεία και ανεξέλεγκτη χρήση τους πιθανόν να οδηγήσει σε μικρή αντοχή στο μέλλον, κατά αναλογία με την μικροβιακή αντοχή λόγω ανεξέλεκτης χρήσης των αντιβιοτικών (Phuong and Le 2022, Brophy 2022).

8.9.5 Ανισότητες που αφορούν στα παιδιά

Η πανδημία με τις οικονομικές και κοινωνικές της συνέπειες επηρεάζουν αρνητικά τη ζωή πολλών παιδιών. Η πανδημία αύξησε τον κίνδυνο της παιδικής κακοποίησης, της ενδοοικογενειακής βίας, της κακής διατροφής, ενώ τα μέτρα περιορισμού στέρησαν από τα παιδιά την ευκαιρία να έχουν πρόσβαση τόσο σε δομές υποστήριξης, όσο και στην εκπαίδευση. Πολλές οικογένειες δεν διέθεταν εξοπλισμό για τηλεεκπαίδευση στο σπίτι, ούτε είχαν τη δυνατότητα να τον προμηθευτούν (Thévenon and Edmonds 2019). Πολλά παιδιά έχουν αυξημένη πιθανότητα να μείνουν χωρίς στέγη, λόγω της φτώχειας που επέφερε η πανδημία και η οικονομική κρίση στις οικογένειες τους. Περίπου ένα στα πέντε παιδιά, ηλικίας μέχρι 17 ετών, μένει σε σπίτι με πολλά άτομα στις χώρες της Ευρώπης που ανήκουν στον ΟΕCD, ποσοστό που αγγίζει το 50% στην Ουγγαρία, την Πολωνία, την Λατβία και τη Σλοβακία, γεγονός που καθιστά την απομόνωση και την αποφυγή συνωστισμού τελείως ανέφικτη. Η αυξημένη φτώχεια έχει σαν συνέπεια και τη στέρηση τροφής. Πολλά παιδιά στερούνται σημαντικές θρεπτικές ουσίες από τη διατροφή τους (Almond, Currie and Duque 2018). Η διατροφή του ενός στα δέκα παιδιά δεν περιλαμβάνει φρέσκα φρούτα και λαχανικά και ούτε ένα γεύμα που να περιέχει κρέας κοτόπουλο ή ψάρι, ή ισοδύναμης θρεπτικής αξίας χορτοφαγική τροφή. Η κακή διατροφή έχει σαν συνέπεια την αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού τους συστήματος και τα καθιστά ευάλωτα στη λοίμωξη. Για πολλά παιδιά το κλείσιμο των σχολείων συνεπάγεται διακοπή των σχολικών γευμάτων στα οποία μπορούσαν να βασίζονται για την καθημερινή τους σίτιση.

Τα παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών βιώνουν μεγαλύτερο ποσοστό φτώχειας, γιατί υποστηρίζονται μόνο από ένα γονέα, ο οποίος ενδέχεται να έχει μείνει άνεργος από την

οικονομική κρίση ή τα μέτρα περιορισμού της πανδημίας. Οι διατροφές που έχουν εκδικασθεί για τα παιδιά χωρισμένων γονέων σε καιρό κρίσης δεν καταβάλλονται (Mincy, Miller and De la Cruz Toledo 2016). Εκτιμάται ότι 160000 ως 250000 παιδιά παγκοσμίως βρίσκονται σε ιδρύματα και φυλακές, με περιορισμό σε επισκέψεις και επαφές με τα μέλη της οικογένειάς τους, αυξημένα επίπεδα άγχους, αλλά και με κακές συνθήκες διαβίωσης που επιβαρύνουν την υγεία τους (The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action and UNICEF 2020). Τα παιδιά των οικογενειών μεταναστών είναι επίσης ευάλωτα στις συνέπειες της πανδημίας γιατί ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας και σε κακές συνθήκες διαβίωσης. Οι γονείς δεν εργάζονται, υπάρχουν περιορισμοί στην επικοινωνία γιατί δεν ομιλούν τη γλώσσα της χώρας που τους φιλοξενεί και η οικογένεια δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Το μέτρο του Ελληνικού κράτους για τη χορήγηση προσωρινού ΑΜΚΑ, προκειμένου να μην στερηθούν τα άτομα αυτά τη δυνατότητα εμβολιασμού είναι πάρα πολύ καλό από υγειονομική και ανθρωπιστική άποψη. Δεν γνωρίζουμε όμως ακόμη τα αποτελέσματα από την εφαρμογή του και τι ποσοστό των μεταναστών έκανε χρήση του μέτρου.

Η πανδημία επέφερε σημαντικές αλλαγές στην καθημερινότητα των παιδιών με αναπηρία όσον αφορά στην μόρφωση, την υγεία, την οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή. Η τηλεκπαίδευση δεν έχει αποτέλεσμα στα παιδιά με αναπηρία, δεδομένου ότι οι ανάγκες τους είναι εξατομικευμένες. Από ψυχολογική άποψη είναι δύσκολο για κάποια από αυτά να αποκτήσουν μια άλλη ρουτίνα στην καθημερινότητα τους και να προσαρμοστούν σε αλλαγές. Η παροχή της εξειδικευμένης φροντίδας υγείας και των υποστηρικτικών υπηρεσιών που χρειάζονται ήταν περιορισμένη σε σημαντικό βαθμό.

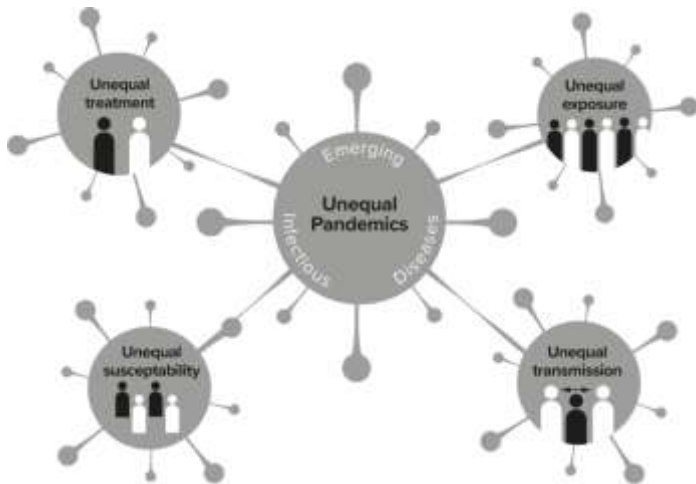
Τέλος, ένα φαινόμενο που αναδύεται λόγω των δυο κρίσεων είναι η αύξηση της παιδικής εργασίας. Η μείωση του ποσοστού απασχόλησης των γονέων και το κλείσιμο των σχολείων οδήγησε σε αύξηση του ποσοστού παιδικής εργασίας. Εκτιμάται ότι παγκοσμίως εργάζονται 152 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 5 ως 17 ετών και τα μισά από αυτά εργάζονται σε επικίνδυνες εργασίες εκτεθειμένα σε κινδύνους που έχουν σχέση με την υγεία και την ασφάλεια (OECD 2022).

8.9.6 Ανισότητες που προκύπτουν από δημογραφικά χαρακτηριστικά

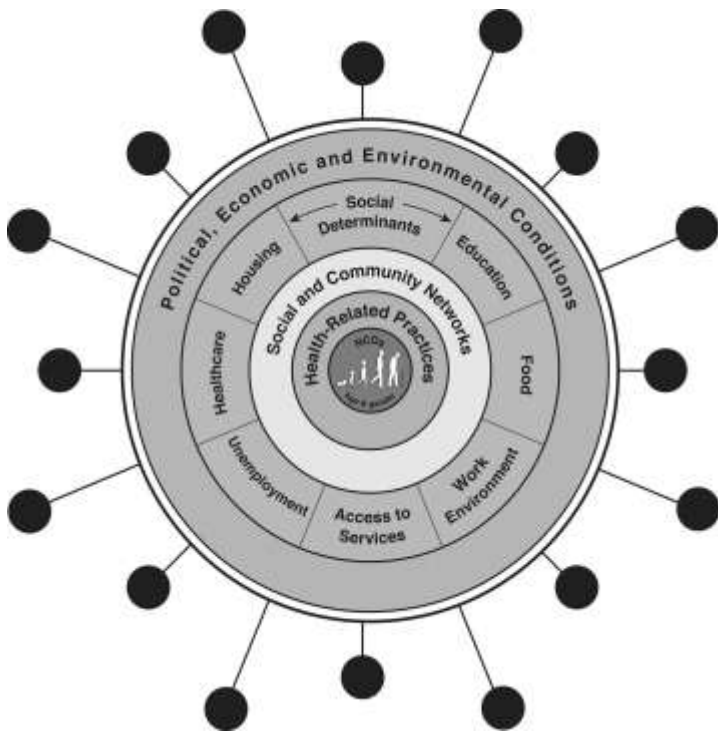
Η πρώτη ανισότητα που διαπιστώθηκε στην πανδημία ήταν η ανισότητα λόγω ηλικίας. Η θνησιμότητα ήταν μεγαλύτερη με άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών, ενώ στους άνδρες παρατηρήθηκαν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας σε σχέση με τις γυναίκες. Ο δείκτης «ειδικά κατά ηλικία ποσοστά θνησιμότητας» (age-standardized mortality rate-ASMR) ήταν για τους άνδρες 65.1 θάνατοι ανά 100000 άνδρες και για τις γυναίκες compared to 43.3 θάνατοι ανά 100000 γυναίκες (Mirsha et al 2021, Ramirez-Soto et al 2021).

Άτομα που ανήκουν στη μαύρη φυλή και σε εθνικές μειονότητες είχαν δυσανάλογα αρνητικές επιπτώσεις από την πανδημία, με μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας και μεγαλύτερο ποσοστό βαρέων επιπλοκών. Η θνησιμότητα στα άτομα μαύρης φυλής ήταν 2.7 φορές υψηλότερη σε σχέση με την Καυκάσια φυλή (Aburto et al 2022). Το φαινόμενο αποδίδεται στις συνοσηρότητες, οι οποίες είναι περισσότερες στις ομάδες των μειονοτήτων.

Ανισότητες παρατηρήθηκαν και μεταξύ διαφορετικών γεωγραφικών περιοχών. Η γεωγραφία λειτουργεί ως προσδιοριστής της υγείας γιατί δημιουργεί διαβαθμίσεις που αφορούν σε διαφορετικά φυσικά περιβάλλοντα, κοινωνικές συνθήκες, τοπικές οικονομικές συνθήκες, κατανομή των δομών υγείας και διαφοροποιήσεις ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ο πιο σημαντικός διαχωρισμός γίνεται μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρήθηκε ότι τα ειδικά κατά ηλικία ποσοστά θνησιμότητας για τις αστικές περιοχές ήταν 132.8 θάνατοι ανά 100000 του πληθυσμού ενώ για τις αγροτικές περιοχές 24.4 θάνατοι ανά 100000 του πληθυσμού. Κατά τον Coccia υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της υψηλότερης ατμοσφαιρικής ρύπανσης των πόλεων και των μετεωρολογικών συνθηκών που επικρατούν σε αυτές, με τη μετάδοση του ιού (Coccia 2020).



Εικόνα 37 Η πανδημία των ανισοτήτων Πηγή Bambra 2022



Εικόνα 38 Οι παράγοντες που συνεισφέρουν στην άνιση προσβολή από τη λοίμωξη και στην άνιση πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας Πηγή Bambra 2022

8.10 Η χρήση των ψηφιακών εφαρμογών

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας χρησιμοποιήθηκαν, όπου ήταν εφικτό, ψηφιακές εφαρμογές σαν εναλλακτικές επιλογές για την απόσταση πρόληψη, διάγνωση, παροχή συμβουλών και οδηγιών προς τους ασθενείς, λήψη και παρακολούθηση ζωτικών σημείων, σύνδεση με τον ατομικό ηλεκτρονικό φάκελο υγείας και διαχείριση διαγνωστικών εξετάσεων, διευκολύνοντας σε αρκετές περιπτώσεις την κάλυψη αναγκών παρακολούθησης και φροντίδας. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι ψηφιακές εφαρμογές ορίζονται ως οι εφαρμογές που συνεισφέρουν σε *«παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από όλους τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, εκεί όπου η απόσταση είναι ένας κρίσιμος παράγοντας, χρησιμοποιώντας τις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών για την ανταλλαγή έγκυρων πληροφοριών για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη ασθενειών και βλαβών, την έρευνα και την αξιολόγηση, καθώς και για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των παρόχων υπηρεσιών υγείας, όλα προς όφελος της αναβάθμισης της υγείας των ατόμων και των κοινοτήτων τους»*.

Τέτοιου τύπου εφαρμογές κερδίζουν ολοένα και περισσότερο έδαφος λόγω της αλματώδους ανάπτυξης της ψηφιακής τεχνολογίας. Η ψηφιακή τεχνολογία αποτελεί αυτή τη στιγμή ένα ασφαλή και αποτελεσματικό τρόπο απομακρυσμένης παρακολούθησης των ασθενών με χρόνια καρδιολογικά νοσήματα, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η αρτηριακή υπέρταση και η κολπική μαρμαρυγή. Ωστόσο η χρήση τους απαιτεί σύγχρονο εξοπλισμό με κάμερες και οθόνες υψηλής ευκρίνειας, εξελιγμένα προγράμματα αμφίδρομης επικοινωνίας και περιφερειακές συσκευές που μπορούν να βοηθήσουν στη φυσική εξέταση του ασθενούς. Η προμήθεια τέτοιου εξοπλισμού, λόγω του υψηλού κόστους, είναι ανέφικτη για τις πλέον ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Επιπλέον υπάρχουν μεγάλες δυσκολίες στην εφαρμογή τους, λόγω της έλλειψης ψηφιακών δεξιοτήτων σε άτομα μεγάλης ηλικίας και σε άτομα με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, που ταυτόχρονα είναι αυτά που τη χρειάζονται περισσότερο (Kanc et al 2020, Guo et al 2021, Jaffe et al, 2021, Negrini et al 2022).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας έγινε χρήση ψηφιακών εφαρμογών, είτε μέσω κινητού τηλεφώνου, είτε μέσω βιντεοκλήσεων από ηλεκτρονικό υπολογιστή. Η ανάπτυξη αυτών των εφαρμογών και η ευρύτερη χρήση τους μπορεί να αποσυμφορήσει σημαντικά το ΕΣΥ και την

ΠΦΥ στο μέλλον. Ωστόσο για να είναι αποτελεσματική η χρήση τους θα απαιτηθεί εκτεταμένη ψηφιακή υποδομή και ανάπτυξη ψηφιακών δεξιοτήτων στους χρήστες των εφαρμογών. Μέχρι σήμερα δεν έχει δημιουργηθεί κάποιο θεσμικό πλαίσιο που να διέπει τη χρήση τους, ώστε να διασφαλίζεται το απόρρητο των πληροφοριών και των δεδομένων υγείας, δεν υπάρχει προτυποποίηση στην παροχή τέτοιου τύπου υπηρεσιών, ούτε υπάρχουν δείκτες ποιότητας που να αξιολογούν την αποτελεσματικότητά τους και την ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον δεν είναι όλες οι εφαρμογές κατάλληλες για όλους τους ασθενείς και δεν είναι όλοι οι ασθενείς εξοικειωμένοι με την τεχνολογία. Η καλύτερη οργάνωση αυτού του τομέα συνιστά μια πρόκληση για το μέλλον.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε στη χώρα μας το 2008 και η υγειονομική κρίση που οφείλεται στην πανδημία, είχαν δυσμενείς επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και στην υγεία των πολιτών. Διαφορετικές χώρες με διαφορετικό πολιτιστικό και οικονομικό υπόβαθρο διαχειρίστηκαν τις κρίσεις με διαφορετικό τρόπο όσον αφορά στην υγεία, την οικονομία, την εκπαίδευση, την απασχόληση, τις ατομικές ελευθερίες και τα κοινωνικά ζητήματα που απορρέουν από αυτές.

Όσον αφορά στην οικονομική κρίση, το επίπεδο της υγείας σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο επιδεινώθηκε λόγω της απώλειας εισοδήματος, της ανεργίας και των περικοπών που επέβαλε το κράτος. Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στις διάφορες κοινωνικές τάξεις και τα άτομα που βρίσκονται στις χαμηλότερες θέσεις παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η διατροφή και οι συνθηκες διαβίωσης δρουν συνεργιστικά, εντείνοντας περισσότερο τις επιπτώσεις στην υγεία. Οικονομία και υγεία είναι δυο συγκαταβαλλόμενα δοχεία και οι μεταβολές στο ένα από αυτά επηρεάζουν άμεσα και το άλλο. Οι επιπτώσεις αφορούν τόσο στη σωματική, όσο και στην πνευματική και ψυχική υγεία. Αξιοσημείωτη αύξηση παρουσιάζουν τα περιστατικά άγχους, οι κρίσεις πανικού, η κατάθλιψη και το ποσοστό των αυτοκτονιών. Οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία είναι ιδιαίτερα εμφανείς στην καθημερινή ειδησιογραφία με μεγάλη έξαρση της βίας, ιδιαίτερα στα κλειστά περιβάλλοντα, όπως το σχολείο και η οικογένεια. Η μακροχρόνια ύφεση έχει αναδείξει την ανάγκη για ριζική αναδιάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας, ώστε να μπορεί να προσφέρει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες εξίσου.

Οι συνέπειες της υγειονομικής κρίσης στην υγεία μπορούν να διακριθούν στις άμεσες, στις οποίες περιλαμβάνονται οι λοιμώξεις και οι θάνατοι, στις βραχυπρόθεσμες έμμεσες, όπως είναι οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας λόγω της επιβάρυνσης του συστήματος υγείας και οι μακροπρόθεσμες έμμεσες που αφορούν στις επιπτώσεις της πανδημίας σε σημαντικούς τομείς που σχετίζονται με την υγεία (όπως η απασχόληση, η εκπαίδευση και η περιβαλλοντική ρύπανση), οι ψυχολογικές επιπτώσεις και η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων.

Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και των νεοπλασιών θα αποτελέσει σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας στο μέλλον. Λόγω της ελλειπούς φροντίδας που έλαβαν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της πανδημίας αναμένεται να παρουσιάσουν αυξημένη νοσηρότητα και

θνητότητα, αυξημένα ποσοστά αναπηρίας, μειωμένη παραγωγικότητα, μειωμένη ποιότητα ζωής αλλά και αυξημένες απαιτήσεις για εξειδικευμένη φροντίδα και θεραπείες. Στην κατηγορία αυτή εντάσσεται και το σύνδρομο Long COVID με τις μακροχρόνιες επιπλοκές της νόσου. Ενδέχεται οι ασθενείς που υποφέρουν από το σύνδρομο να αποτελέσουν μελλοντικά μια νέα ομάδα χρονίως πασχόντων, με μειωμένο προσδόκιμο ζωής, μειωμένη παραγωγικότητα και ανάγκη για χρόνια φροντίδα. Οι αναφορές στη βιβλιογραφία καταγράφουν ποσοστό εμφάνισης του συνδρόμου στο 10% των ασθενών που νόσησαν.

Το ΕΣΥ επιβαρύνθηκε και από τις δυο κρίσεις. Οι περικοπές στην υγειονομική περίθαλψη και στη φαρμακευτική δαπάνη, η απώλεια στελεχών λόγω μετανάστευσης στο εξωτερικό, η υποστελέχωση των δομών υγείας, οι ελλείψεις σε εξοπλισμό και υλικά υποβάθμισαν σημαντικά την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών. Η αλλαγή των προτεραιοτήτων λόγω της πανδημίας και η προσπάθεια όλων των εμπλεκόμενων για τον περιορισμό της έκτασης της, η αγορά προστατευτικού εξοπλισμού, αναπνευστήρων, διαγνωστικών τεστ και εμβολίων κόστισαν μεγάλα χρηματικά ποσά, στη ήδη επιβαρυσμένη οικονομία της χώρας.

Ο συνδυασμός των δυο κρίσεων επηρέασε πολλές από τις διαστάσεις της ποιότητας στην υγεία. Η ισότητα στην πρόσβαση είναι αυτή που καταστρατηγήθηκε περισσότερο, λόγω των πάσης φύσεως ανισοτήτων που περιγράφηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο. Παρατηρούμε ότι όσον αφορά στην ανταποκρισιμότητα, η παροχή πολλών υπηρεσιών υγείας δεν ήταν εφικτή στις δύσκολες και μη προγραμματισμένες συνθήκες της πανδημίας, ενώ σχετικά με το βαθμό ολοκλήρωσης παρατηρήθηκε ότι κάποιες υπηρεσίες είτε δεν παρέχονταν καθόλου, είτε παρέχονταν μόνο κατά ένα μέρος τους. Η διαθεσιμότητα πολλών υπηρεσιών περιορίστηκε λόγω της ιεράρχησης των προτεραιοτήτων και λόγω της έλλειψης πόρων και η προσβασιμότητα ήταν ανέφικτη λόγω των περιοριστικών μέτρων και λόγω αναστολής πολλών προγραμμάτων πρόληψης και ελέγχου. Οικονομική δυνατότητα για παροχή υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα δεν υπήρχε για πολλούς πολίτες, επειδή αρκετά επαγγέλματα επλήγησαν από τις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες και αυξήθηκε το ποσοστό ανεργίας. Η συνέχεια και η συνέπεια ήταν ανέφικτες λόγω των διαρκών αλλαγών στα δεδομένα της πανδημίας, αλλά και των συνεχών προσαρμογών που έπρεπε να γίνονται στο σύστημα υγείας και στη χρήση των δομών υγείας. Όσον αφορά στο χρόνο, όλες οι υπηρεσίες υγείας παρέχονταν με χρονική καθυστέρηση, ενώ η εστίαση στον ασθενή, μια τόσο σημαντική παράμετρος κατά την άποψη

των ειδικών, ήταν εντελώς ανέφικτη, γιατί δεν υπήρχε η δυνατότητα παροχής εξατομικευμένης φροντίδας. Τέλος η εμπιστευτικότητα και η προστασία των προσωπικών δεδομένων αποτέλεσαν θέματα δημόσιας ανησυχίας και συζήτησης. Η επιβεβλημένη επίδειξη πιστοποιητικών και η κοινοποίηση ιατρικών δεδομένων προκάλεσαν θύελλα κοινωνικών αντιδράσεων.

Η μελέτη των βιβλιογραφικών αναφορών για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας δείχνει ότι η βιβλιογραφία σχετικά με τον ιό είναι πολύ εκτεταμένη, όσον αφορά στη μοριακή δομή του, στο μηχανισμό με τον οποίο προσβάλλει το ανθρώπινο σώμα, στα διαγνωστικά τεστ, στη φαρμακευτική αντιμετώπιση των επιπλοκών και στον εμβολιασμό. Αυτό είναι αναμενόμενο, διότι η γνώση όλων αυτών των πεδίων είναι απαραίτητη για την προστασία της δημόσιας υγείας, που είναι και η πρώτη προτεραιότητα στις περιπτώσεις υγειονομικής κρίσης. Σχετικά με τον οικονομικό αντίκτυπο της πανδημίας υπάρχουν αρκετά στοιχεία, κυρίως για τις δαπάνες σε ατομικά μέσα προστασίας, υλικά και εξοπλισμό, διαγνωστικά τεστ και την προμήθεια εμβολίων. Είναι γεγονός ότι δαπανήθηκαν πολύ μεγάλα ποσά από τα τμήματα έρευνας και ανάπτυξης των εταιρειών, προκειμένου να υπάρξουν άμεσα διαθέσιμα αξιόπιστα τεστ, ώστε να γίνει ορθή διαχείριση των ύποπτων κρουσμάτων. Οι βιβλιογραφικές αναφορές που αφορούν στις επιπτώσεις της πανδημίας μπορούμε να πούμε ότι χαρακτηρίζονται από μεγάλη ετερογένεια, τόσο στο περιεχόμενο όσο και στη μεθοδολογία της έρευνας που έχει ακολουθηθεί. Από γεωγραφική άποψη αφορούν σε τοπικό, περιφερικό ή εθνικό επίπεδο, ενώ από άποψη πληθυσμού, μπορεί να αφορούν σε ενήλικες, παιδιά, γενικό πληθυσμό ή σε ειδικές ομάδες πληθυσμού, όπως για παράδειγμα οι ασθενείς με νεοπλασίες. Διαφορές παρατηρούνται και στο χρονικό διάστημα στο οποίο αναφέρονται οι δημοσιεύσεις (πρώτο κύμα πανδημίας, πρώτο εξάμηνο, χρονικά διαστήματα με συγκεκριμένα όρια κλπ). Τα δεδομένα για την Ελλάδα είναι λίγα σε σχέση με άλλες χώρες. Για παράδειγμα υπάρχουν 106 δημοσιεύσεις σχετικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις ΗΠΑ, ενώ οι δημοσιεύσεις με το ίδιο θέμα για την Ελλάδα είναι μόνο 4. Για κάποιες χώρες όπως το Ιράν και η Τυνησία υπάρχει 1 δημοσίευση ενώ για κάποιες χώρες καμία. Στο σημείο αυτό επισημαίνεται ότι οι αναφορές που αναφέρονται σε μεγάλες περιοχές, όπως για παράδειγμα στην Ευρώπη, ενδέχεται να εμπεριέχουν κάποιο ποσοστό σφάλματος, γιατί δεν έχουν επηρεαστεί όλες οι χώρες εξίσου και με τον ίδιο τρόπο. Οι βιβλιογραφικές αναφορές σχετικά με τις επιπτώσεις σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, όπως είναι οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα και τα παιδιά, αλλά και συγκεκριμένες υπηρεσίες, όπως η αιμοδοσία και οι μεταμοσχεύσεις είναι λίγες. Οι περισσότερες είναι αποσπασματικές και αναφέρονται είτε σε

συγκεκριμένες χώρες και γεωγραφικές περιοχές, είτε σε συγκεκριμένου τύπου δομές υγείας, όπως για παράδειγμα πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Αρκετές από αυτές περιλαμβάνουν και στοιχεία από την Ελλάδα, αλλά αναφορά αμιγώς σχετικά με τον Ελληνικό χώρο δεν υπάρχει. Μια πιθανή ερμηνεία για αυτή τη διαπίστωση είναι ότι δόθηκε προτεραιότητα στην πρώτη γραμμή και δεν υπήρξε χρόνος για συλλογή και επεξεργασία δεδομένων. Επιπλέον θεωρούμε ότι το χρονικό διάστημα το οποίο έχουμε διανύσει από την έναρξη της πανδημίας είναι πολύ μικρό, από επιδημιολογική άποψη, ότι ακόμη η πανδημία βρίσκεται σε εξέλιξη και επομένως η πληροφορία θα συνεχίσει να συλλέγεται. Για τον ίδιο λόγο κάποιες από τις επιπτώσεις ίσως δεν έχουν γίνει ακόμη αισθητές. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ο μεγάλος αριθμός των αναφορών που σχετίζονται με τις επιπτώσεις στην πνευματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού. Υπάρχουν αρκετές αναφορές που να αφορούν και στην Ελλάδα σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα, είτε για το σύνολο του πληθυσμού, είτε για ειδικές ομάδες, όπως τα παιδιά, οι έφηβοι και για το υγειονομικό προσωπικό. Μέχρι τώρα η πληροφορία είναι πολύ περιορισμένη για άλλες ομάδες του πληθυσμού, όπως οι χρήστες ουσιών, οι μειονότητες και οι άστεγοι, γιατί οι ομάδες αυτές δεν προσεγγίζονται εύκολα από τους ερευνητές. Είναι αξιοσημείωτο ότι η πρόσβαση στις αναφορές είναι ελεύθερη, ώστε να διαχεάται η μέχρι τώρα γνώση σχετικά με την πανδημία και τις επιπτώσεις της.

Κρίσεις σίγουρα θα υπάρξουν και στο μέλλον και είναι σημαντικό τα συστήματα υγείας να έχουν την ικανότητα ανάκαμψης και προσαρμογής στις νέες συνθήκες. Έχει ιδιαίτερη σημασία να υπάρχει ετοιμότητα του συστήματος υγείας, δηλαδή να μπορεί να αντιμετωπίσει μια κρίση μεγάλου μεγέθους, έχοντας τα κατάλληλα εργαλεία και εφόδια για αυτό. Θα πρέπει να γίνει επαναπροσδιορισμός των στόχων και των προτεραιοτήτων, να υπάρξουν οι κατάλληλες οργανωτικές αλλαγές και οι υποδομές, να εκτιμηθεί σωστά το τεράστιο φορτίο που επωμίστηκε το υγειονομικό προσωπικό. Υπάρχει αυξημένη ανάγκη για γνώσεις σε εφαρμοσμένη έρευνα, επιδημιολογία, διαχείριση κρίσεων και δημόσια υγεία, ανάγκες που πρέπει άμεσα να καλυφθούν με τα κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης.

Προκειμένου να περιοριστεί η εξάπλωση του ιού και να βελτιωθούν οι διαγνωστικές ικανότητες, πολλοί ερευνητές ασχολήθηκαν με την ανάπτυξη προγνωστικών μοντέλων για γρήγορη και ακριβή αναγνώριση των ασθενών με τη λοίμωξη και υψηλότερο κίνδυνο δυσμενούς εξέλιξης της νόσου. Τα μοντέλα αυτά περιλαμβάνουν πολλά στοιχεία, όπως αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, δημογραφικά στοιχεία, αποτελέσματα επικοινωνιακών εξετάσεων και ζωικά σημεία ασθενών. Επομένως υπάρχει αυξημένη ανάγκη για τα κατάλληλα εργαλεία

καταγραφής, συλλογής και επεξεργασίας του τεράστιου όγκου δεδομένων που συλλέγονται σχετικά με την πανδημία, αλλά και άτομα με τις κατάλληλες ψηφιακές δεξιότητες που θα μπορέσουν να τα αξιοποιήσουν κάνοντας μοντέλα πρόβλεψης, που θα βοηθήσουν στην ορθή προετοιμασία και την ορθή διαχείριση των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Η λοίμωξη COVID-19 είναι μια από τις πλέον μελετημένες ασθένειες όλων των εποχών, λόγω των δραματικών επιπτώσεων που επέφερε στη ζωή μας. Όλη αυτή η έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί θα οδηγήσει σε σημαντικές ανακαλύψεις πάνω τις οποίες θα βασιστούν νέα αντιδραστήρια και διαγνωστικά τεστ, νέες τεχνολογίες παρακολούθησης και προφύλαξης, καινούριες θεραπείες και εμβόλια, αλλά και κατευθυντήριες οδηγίες για την υγειονομική περίθαλψη και την οργάνωση του συστήματος υγείας. Όλη αυτή η προσπάθεια θα βοηθήσει την ανθρωπότητα να αντιμετωπίσει την επόμενη υγειονομική κρίση με λιγότερο καταστροφικές συνέπειες.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aburto, J.M., Tilstra, A.M., Floridi, G., Dowd, J.B. (2022) Significant impacts of the COVID-19 pandemic on race/ethnic differences in US mortality. Proc Natl Acad Sci U S A. 30;119(35):e2205813119.

2. Ahmed, M.Z, Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., Ahmad, A. (2020), Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian J Psychiatr.*, 51:102092
3. Afolabi, M.O., Folayan, M.O., Munung, N.S., Yakubu, A., Ndow, G., Jegede, A., Ambe, J., Kombe, F. (2021) Lessons from the Ebola epidemics and their applications for COVID-19 pandemic response in sub-Saharan Africa. *Dev World Bioeth.* 21(1):25-30.
4. Alamoudi, R.A., Basudan, S., Mahboub, M., Baghlaf, K., (2022), Impact of COVID-19 Pandemic on Dental Treatment in Children: A Retrospective Cross-Sectional Analysis in Jeddah City. *Clin Cosmet Investig Dent.* 13;14:95-102.
5. Alamri, A.M., Alkhilaiwi, F.A., Ullah, K.N. (2022). Era of Molecular Diagnostics Techniques before and after the COVID-19 Pandemic. *Curr. Issues Mol. Biol.*, 44, 4769–4789
6. Algahtani, F.D., Hassan, S.U., Alsaif, B., Zrieq, R. (2021) Assessment of the Quality of Life during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey from the Kingdom of Saudi Arabia. *Int J Environ Res Public Health.* 20;18(3):847.
7. Almeida, M., Shrestha, A.D., Stojanac, D., Miller, L.J., (2020), The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Arch Womens Ment Health,* 23(6):741-748.
8. Almond, D., Currie, J., Duque, V. (2018). Childhood Circumstances and Adult Outcomes: Act II. *Journal of Economic Literature.* 56 (4): 1360-1446.
9. Álvarez, J.L., Kunst, A.E., Leinsalu, M. et al. (2011) Educational inequalities in tuberculosis mortality in sixteen European populations. *Int J Tuberc Lung Dis* 15(11):1461-1467
10. Al-Riyami, A. Z., Abdella, Y. E., Badawi, M. A., Panchatcharam, S. M., Ghaleb, Y., Maghsudlu, M., and Raouf, M. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on blood supplies and transfusion services in Eastern Mediterranean Region. *Transfusion Clinique et Biologique,* 28(1), 16-24.
11. Al-Khrabsheh, A.A., Zainal, K.A. (2014). Characteristics of Crisis and Decision Making Styles: The Mediating Role of Leadership Styles. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 129. 282-288.
12. Al-Jabir, A., Kerwan, A., Nicola, M., Alsafi, Z., Khan, M., Sohrabi, C., O'Neill, N., Iosifidis, C., Griffin, M., Mathew, G., Agha, R., (2020), Impact of the Coronavirus (COVID-19) pandemic on surgical practice - Part 1. *Int J Surg.*79:168-179.
13. Amati, R., Kaissi, A.A. and Hannawa, A.F. (2018), Determinants of good and poor quality as perceived by US health care managers: A grounded taxonomy based on evidence from narratives of care", *Journal of Health Organization and Management,* 32(5):708-725.
14. Antonelli, M., Penfold, R.S., Merino, J., Sudre, C.H., Molteni, E., Berry, S., Canas, L.S., Graham, M.S., Klaser, K., Modat, M., Murray, B., Kerfoot, E., Chen, L., Deng J., Österdahl, M.F., Cheetham, N.J., Drew, D.A., Nguyen, L.H., Pujol, J.C., Hu, C., Selvachandran, S., Polidori, L., May, A., Wolf, J., Chan, A.T., Hammers, A., Duncan, E.L., Spector, T.D., Ourselin, S., Steves, C.J. (2022), Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested, case-control study. *Lancet Infect Dis.* 22(1):43-55.

15. Arian, M., Vaismoradi, M., Badiee, Z, Soleimani, M., (2021) Understanding the impact of COVID-19 pandemic on healthrelated quality of life amongst Iranian patients with beta thalassemia major: a grounded theory. *Primary Health Care Research & Development* 22(e67): 1–11.
16. Arwal, S.H., Aulakh, B.K., Bumba, A. et al. (2017) Learning by doing in practice: a roundtable discussion about stakeholder engagement in implementation research. *Health Res Policy Sys* 15 (Suppl 2), 105 (2017).
17. Asefa A, Semaan A, Delvaux T, Huysmans E, Galle A, Sacks E, Bohren MA, Morgan A, Sadler M, Vedam S, Benova L. The impact of COVID-19 on the provision of respectful maternity care: Findings from a global survey of health workers. *Women Birth.* 2022 Jul;35(4):378-386.
18. Ashekaili, M., Hassan, W., Al Said, N., Al Sulaimani, F., Jayapal, S.K., Al-Mawali, A., Chan, M.F., Mahadevan, S., Al-Adawi, S. (2020) Factors associated with mental health outcomes across healthcare settings in Oman during COVID-19: frontline versus non-frontline healthcare workers. *BMJ Open.* 10;10(10):e042030.
19. Aubert, O., Yoo, D., Zielinski, D., Cozzi, E., Cardillo, M., Dürr, M., Domínguez-Gil, B., et al, (2021), COVID-19 pandemic and worldwide organ transplantation: a population-based study *Lancet Public Health.* 6(10):e709-e719
20. Awan, S., Diwan, M.N., Aamir, A., Allahuddin, Z., Irfan, M., Carano, A., Vellante, F., Ventriglio, A., Fornaro, M., Valchera, A., Pettoruso, M., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., Ullah, I., De Berardis, D. (2022), Suicide in Healthcare Workers: Determinants, Challenges, and the Impact of COVID-19. *Front Psychiatry.* 3;12:792925.
21. Aylward, R., Bieber, B., Guedes, M., Pisoni, R., Tannor, E.K., Dreyer, G., Liew, A., Luyckx, V., Shah, D.S., Phiri, C., Evans, R., Albakr, R., Perl, J., Jha, V., Pecoits-Filho, R., Robinson, B., Caskey, F.J. (2022) The Global Impact of the COVID-19 Pandemic on In-Center Hemodialysis Services: An ISN-Dialysis Outcomes Practice Patterns Study Survey. *Kidney Int Rep.* 7(3):397-409
22. Bambra C. (2011) Work, worklessness and the political economy of health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 65:746–50.
23. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* 2020 Nov;74(11):964-968
24. Bandyopadhyay, S., Baticulon, R.E., Kadhum, M., Alser, M., Ojuka, D.K., Badereddin, Y., et al (2020), Infection and mortality of healthcare workers worldwide from COVID-19: a systematic review. *BMJ Glob Health.* 5(12):e003097.
25. Bansal, M. Cardiovascular disease and COVID-19. (2020) *Diabetes Metab Syndr.* 14(3):247-250.
26. Barbosa, C., Cowell, A.J., Dowd, W.N. (2021) Alcohol Consumption in Response to the COVID-19 Pandemic in the United States. *J Addict Med.* 01;15(4):341-344.
27. Barone, M.T.U., Harnik, S.B., de Luca, P.V., Lima, B.L.S., Wieselberg, R.J.P, et al., (2020) The impact of COVID-19 on people with diabetes in Brazil. *Diabetes Res Clin Pract.* 166:108304.
28. Bartsch, S.M., Ferguson, M.C., McKinnell, J.A., O'Shea, K.J., Wedlock, P.T., Siegmund, S.S., Lee, B.Y. (2020), The Potential Health Care Costs And Resource

- Use Associated With COVID-19 In The United States. *Health Aff (Millwood)*, 39(6):927-935.
29. Bashkin, O., Otok, R., Leighton, .L, Czabanowska, K., Barach, P., Davidovitch, N., Dopelt, K., Duplaga, M., Okenwa Emegwa, L., MacLeod, F., Neumark, Y., Raz, M.P., Tulchinsky, T. and Mor, Z. (2022) Emerging lessons from the COVID-19 pandemic about the decisive competencies needed for the public health workforce: A qualitative study. *Front. Public Health* 10:990353
 30. Beran, D., Aebischer Perone. S., Castellsague Perolini, M., Chappuis, F., Chopard, P., Haller, D.M., Jacquerioz Bausch, F., Maisonneuve, H., Perone, N., Gastaldi, G. (2021) Beyond the virus: Ensuring continuity of care for people with diabetes during COVID-19. *Prim Care Diabetes*. 15(1):16-17.
 31. Bernell, S., Howard, S.W. (2016) Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Front Public Health*. 2;4:159.
 32. Biber, J., Ranes, B., Lawrence, S., Malpani, V., Trinh, T.T., Cyders, A., English, S., Staub, C.L., McCausland, K.L., Kosinski, M., Baranwa,l N., Berg, D., Pop, R. (2022) Mental health impact on healthcare workers due to the COVID-19 pandemic: a U.S. cross-sectional survey study. *J Patient Rep Outcomes*. 13;6(1):63.
 33. Bode, B., Garrett,V., Messler, J., et al. (2020) Glycemic characteristics and clinical outcomes of COVID-19 patients hospitalized in the United States. *J Diabetes Sci Technol* :813–821
 34. Bonadio Colombo, R., Messias, A.P., Moreira, O.A., Vecchi Leis, L., Zanin Orsi, B., Testa, L. and Estevez-Diz M. P.(2021) Impact of the COVID-19 pandemic on breast and cervical cancer stage at diagnosis in Brazil, *Ecancermedicalsecience*. 2021 Oct 4;15:1299.
 35. Bourdas, D.I. and Zacharakis, E.D. (2020) Impact of COVID-19 Lockdown on Physical Activity in a Sample of Greek Adults, *Sports*, 8, 139,1-13
 36. Brooks, S.K., Weston, D., Greenberg, N. (2021) Social and psychological impact of the COVID-19 pandemic on people with Parkinson's disease: a scoping review. *Public Health*. 199:77-86.
 37. Brophy, J.M. (2022) Molnupiravir’s authorisation was premature. *BMJ* 376: o443.
 38. Brüßow, H. and Timmis, K. (2021), COVID-19: long covid and its societal consequences. *Environ Microbiol*, 23: 4077-4091
 39. Busse, R., Panteli, D., Quentin, W. (2019) An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, et al., editors. *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; Health Policy Series, No. 53
 40. Calina, D., Hartung,T., Mardare, I., Mitroi, M., Poulas, K., Tsatsakis, A., Rogoveanu, I., Docea, A.O. (2021) COVID-19 pandemic and alcohol consumption: Impacts and interconnections, *Toxicology Reports*, 8, 529-535
 41. Cantillon B., Chzhen Y., Handa S, A., Nolan, B. (2017), *Children of Austerity: Impact of the Great Recession on Child Poverty in Rich Countries*, United Nations Children’s Fund and Oxford University Press

42. Capano, G., Howlett, M., Jarvis, D., Ramesh, M., Goyal, N., (2020) Mobilizing Policy (In) Capacity to Fight COVID-19: Understanding Variations in State Responses, *Policy and Society*, 39:3, 285-308
43. Carta, A., Conversano, C. (2021) Cost utility analysis of Remdesivir and Dexamethasone treatment for hospitalised COVID-19 patients - a hypothetical study. *BMC Health Serv Res* 18;21(1):986.
44. Catriona, C., Paolo, P. (2022) SARS-CoV-2 induced post-translational protein modifications: A trigger for developing autoimmune diabetes? *Diabetes Metab Res Rev.* 38(1):e3508.
45. Chadban, S.J., McDonald, M., Wyburn, K., Opdam, H., Barry, L., Coates, P.T. (2020) Significant impact of COVID-19 on organ donation and transplantation in a low-prevalence country: Australia. *Kidney Int.* 98(6):1616-1618.
46. Chan, E.Y.Y., Kim, J.H., Lo, E.S.K., Huang, Z., Hung, H., Hung, K.K.C., Wong, E.L.Y., Lee, E.K.P., Wong, M.C.S., Wong, S.Y.S., (2020), What Happened to People with Non-Communicable Diseases during COVID-19: Implications of HEDRM Policies. *Int J Environ Res Public Health*, 3;17(15):5588.
47. Chang L, Yan Y, Wang L, et al. (2020) Coronavirus disease 2019: coronaviruses and blood safety. *Transfus Med Rev* 34(2): 75–80
48. Chen, Y.H., Riley, A., Duchowny, K., Aschmann, H., Chen, R., Kiang, M., Mooney, A., Stokes, A., Glymour, M., Bibbins-Domingo, K., (2022) COVID-19 mortality and excess mortality among workingage residents in California, USA, by occupational sector: a longitudinal cohort analysis of mortality surveillance data *Lancet Public Health* 7(9): e744–753
49. Choi, D.H., Jung, J.Y., Suh, D., Choi, J.Y., Lee, S.U., Choi, Y.J., Kwak, Y.H., Kim, D.K. (2021), Impact of the COVID-19 Outbreak on Trends in Emergency Department Utilization in Children: a Multicenter Retrospective Observational Study in Seoul Metropolitan Area, Korea. *J Korean Med Sci.* 36(5):e44.
50. Chudasama, Y.V., Gillies, C.L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M.J., Seidu, S., Khunti, K. (2020) Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr.* 14(5):965-967.
51. Claessens, S. and Kose, M. A. (2013) Financial Crises Explanations, Types, and Implications. IMF Working Paper No. 13/28, Available at SSRN Electronic Journal: <https://ssrn.com/abstract=2222492>
52. Coccia M. (2020) Factors determining the diffusion of COVID-19 and suggested strategy to prevent future accelerated viral infectivity similar to COVID. *Sci Total Environ.* 10;729:138474.
53. Cohen, S. (2020) Psychosocial Vulnerabilities to Upper Respiratory Infectious Illness: Implications for Susceptibility to Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Perspectives on Psychological Science* 16(1):161-174
54. Colombo, G.L, Agabiti-Rosei, E., Margonato, A., Mencacci, C., Montecucco, C.M., Trevisan, R. (2013) Off-patent generic medicines vs. off-patent brand medicines for six reference drugs: a retrospective claims data study from five local healthcare units in the Lombardy Region of Italy. *PLoS One.* 18;8(12):e82990
55. Congly, S.E., Varughese, R.A., Brown, C.E. et al. (2021) Treatment of moderate to severe respiratory COVID-19: a cost-utility analysis. *Sci Rep* 11(1): 17787

56. Cook, T., Kursumovic, E., Leanne, S. (2020). Exclusive: deaths of NHS staff from covid-19 analysed. *Health Serv J*, <https://www.hsj.co.uk/exclusive-deaths-of-nhs-staff-from-covid-19-analysed/7027471.article>
57. Cucinotta, D., Vanelli, M. (2020) WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed.*, 91(1): 157-160
58. Cui, J.; Li, F.; Shi, Z.L. (2019) Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. *Nat. Rev. Microbiol.* 17(3): 181–192
59. Davaki, K., Mossialos, E., (2005) Plus ça Change: Health Sector Reforms in Greece. *J Health Polit Policy Law* 1 30 (1-2): 143–167.
60. Dell’Anno, R., Gómez-Antonio, M., Alanon-Pardo, A., (2007), The shadow economy in three Mediterranean countries: France, Spain and Greece. *A MIMIC approach*, *Empirical Economics*, 33(1) :51- 84
61. Devlin, E. S. (2007) *Crisis management planning and execution*, Auerbach Publications, New York
62. Di Cosimo, S., Susca, N., Apolone, G., Silvestris, N., Racanelli, V. (2022), The worldwide impact of COVID-19 on cancer care: A meta-analysis of surveys published after the first wave of the pandemic. *Front Oncol.* 29;12:961380.
63. Di Mascio, D., Khalil, A., Saccone, G., et al. (2020) Outcome of coronavirus spectrum infections (SARS, MERS, COVID-19) during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2(2):100107
64. Dickson-Swift, V., Kangutkar, T., Knevel, R., and Down, S., (2022), The impact of COVID-19 on individual oral health: a scoping review *BMC Oral Health*, 22(1) :422
65. Dinmohamed, A.G., Visser, O., Verhoeven, R.H.A., Louwman, M.W.J., van Nederveen, F.H., Willems, S.M., Merckx, M.A.W., Lemmens, V.E.P.P., Nagtegaal, I.D., Siesling, S. (2020), Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. *Lancet Oncol.* 21(6):750-751.
66. Drydakis, N. (2015) "The effect of unemployment on self reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: a logintudinal study before and during the financial crisis", *Social Science and Medecine*, No 128, p. 43 - 51.
67. Doetsch, J., Pilot, E., Santana, P., Krafft T. (2017) Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: a qualitative case study in Lisbon, Portugal, *International Journal for Equity in Health* , 16:184
68. Du, J., Dong, L., Wang, T., Yuan, C., Fu, R., Zhang, L., et al. (2020) Psychological symptoms among frontline healthcare workers during COVID-19 outbreak in Wuhan. *Gen Hosp Psychiatry.* 67:144-145.
69. Economakis, G., Androulakis, G. and Markaki, M. (2018) The Marxial Law and the Current Greek Economic Crisis *East-West Journal of Economics and Business* Vol XXI Nos 1-2, pp 91-118
70. Economou, Ch. (2010) Greece. Health system review, *Health Syst Transit.* 2010;12(7):1-177, xv-xvi.
71. Economou C., (2012), “The impact of the economic crisis on health care systems”, *Social Cohesion and Development*, 7(1): 5-9.
72. Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A., Maresso A. (2014). The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece. In:

- Thomson S., Jowett M., Evetovitis T., Mladovsky P., Maresso A., Figueras J. (eds.). The impact of the financial crisis on health and health systems in Europe. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies (in press).
73. Einstein, A.J. Einstein AJ, Shaw LJ, Hirschfeld C, Williams MC, Villines TC, Better N, Vitola JV, Cerci R, Dorbala S, Raggi P, Choi AD, Lu B, Sinitsyn V, Sergienko V, Kudo T, et al. (2021) International Impact of COVID-19 on the Diagnosis of Heart Disease. *J Am Coll Cardiol.* 19;77(2):173-185.
 74. Ellul, M.A., Benjamin, L., Singh, B., Lant, S., Michael, B.D., Easton, A., Kneen, R., Defres, S., Sejvar, J., Solomon, T. (2020) Neurological associations of COVID-19. *Lancet Neurol.* 19(9):767-783.
 75. Elsaid, K., Olabi, V., Taha, E., Tabbi Wilberforce S., Ali Abdelkareem, M. (2021) Effects of COVID-19 on the environment: An overview on air, water, wastewater, and solid waste, *Journal of Environmental Management*, 15, 292, 112694
 76. European Commission, (2009), Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. European Economy, Brussels. Pp.1-108
 77. Farmakis, D., Giakoumis, A., Cannon, L., Angastiniotis, M. and Eleftheriou, A (2020) COVID-19 and thalassaemia: a position statement of the thalassaemia international federation. *European Journal of Haematology* 105(4), 378–386
 78. Fekadu, G., Bekele, F., Tolossa, T., Fetensa, G., Turi, E., Getachew, M., Abdisa, E., Assefa, L., Afeta, M., Demisew, W., Dugassa, D., Diriba, D.C., Labata, B.G., (2021), Impact of COVID-19 pandemic on chronic diseases care follow-up and current perspectives in low resource settings: a narrative review. *Int J Physiol Pathophysiol Pharmacol.* 15;13(3):86-93.
 79. Ferland, L., Carvalho, C., Gomes Dias, J., Lamb, F., Adlhoch, C., Suetens. C., et al(2021). Risk of hospitalization and death for healthcare workers with COVID-19 in nine European countries, January 2020-January 2021. *J Hosp Infect.* 119:170-174.
 80. Fernández-Ávila, D.G., Barahona-Correa, J., Romero-Alvernia, D., Kowalski, S., Sapag, A., Cachafeiro-Vilar, A. et al (2022) Impact of COVID-19 pandemic on patients with rheumatic diseases in Latin America. *Rheumatol Int.* 42(1):41-49.
 81. Forster, T., Kentikelenis, A., Bambra, C. (2018) Health inequalities in Europe: setting the stage for progressive policy action, Foundation for European Progressive Studies and the Think Tank for Action on Social Change (TASC). Available <https://www.feps-europe.eu/resources/publications/629:health-inequalities-in-europe-setting-the-stage-for-progressive-policy-action.html>
 82. Freya, T., Büechl Verena C. S., Rehberg, F., Mojahed, A., Daniels, J.K., Schellong J., Garthus-Niegel S. (2022) Changes in Prevalence and Severity of Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review *Frontiers in Psychiatry*, 13;13:874183
 83. Geetha, D., Kronbichler, A., Rutter, M., Bajpai, D., Menez, S., Weissenbacher, A., Anand, S., Lin, E., Carlson, N., Sozio, S., Fowler, K. et al., (2022), Impact of the COVID-19 pandemic on the kidney community: lessons learned and future directions. *Nat Rev Nephrol.* 18(11):724-737.
 84. Gentile, S., Strollo, F., Ceriello, A. (2020) COVID-19 infection in Italian people with diabetes: Lessons learned for our future (an experience to be used). *Diabetes Res Clin Pract.* 162:108137..

85. Gikas, A., Lambadiari, V., Sotiropoulos, A., Panagiotakos, D., Pappas S. (2016) Prevalence of Major Cardiovascular Risk Factors and Coronary Heart Disease in a Sample of Greek Adults: The Saronikos Study. *Open Cardiovasc Med J.* 24;10:69-80.
86. Gkintoni, E., Koutsopoulou, I., Antonopoulou, H., Christopoulos, P., (2021) Consequences of the COVID-19 Pandemic on Greek Students' Mental Health: Quality of Life and Trauma Stressful Events Correlation Proceedings of ICERI2021 Conference
87. González Herrero, A., and Pratt, C.B. (1996) An Integrated Symmetrical Model for Crisis-Communications Management, *Journal of Public Relations Research*, 8(2), 79-105,
88. Graetz, D., Agulnik, A., Ranadive, R., Vedaraju, Y., Chen, Y., Chantada, G., et al (2021). Global effect of the COVID-19 pandemic on paediatric cancer care: a cross-sectional study. *The Lancet. Child & adolescent health.* (5): 332-340
89. Greaney, T.L. (2018) The new health care merger wave: does the “Vertical, Good” maxim apply? *J Law Med Ethics* 46:918–926.
90. Greek Ministry of Finance. 2010. Update of the Hellenic Stability and Growth Programme. Athens, Greece: European Commission.
91. Guo, Y., Zhang, Y., Lyu, T., Prosperi, M., Wang, F., Xu, H., et al. (2021). The application of artificial intelligence and data integration in COVID-19 studies: a scoping review. *J Am Med Inf Assoc* 28: 2050–2067.
92. Gupta R, Rathore B, Srivastava A, Biswas B. (2022) Decision-making framework for identifying regions vulnerable to transmission of COVID-19 pandemic. *Comput Ind Eng.* 169:108207
93. Ha, R., Jung-Choi, K., Kim, C.Y. (2018) Employment Status and Self-Reported Unmet Healthcare Needs among South Korean Employees. *Int J Environ Res Public Health.* 20;16(1):9.
94. Haider, I.I., Tiwana, F., Tahir, S.M. (2020) Impact of the COVID-19 Pandemic on Adult Mental Health. *Pak J Med Sci.* 36(COVID19-S4):S90-S94.
95. Hamplová, D., Klusáček, J., Mráček, T. (2022) Assessment of self-rated health: The relative importance of physiological, mental, and socioeconomic factors. *PLoS ONE* 17(4): e0267115.
96. Hanna, T.P., King, W.D., Thibodeau, S. et al (2020) Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 4, 371:m4087
97. Hannawa, A. F., Wu, A. W., Kolyada, A., Potemkina, A., & Donaldson, L. (2021). The aspects of healthcare quality that are important to health professionals and patients: A qualitative study. *Patient Education & Counseling* 105(6):1561-1570.
98. Hassan MZ, Monjur MR, Styczynski AR, Rahman M, Banu S. Protecting frontline healthcare workers should be the top priority in low-resource health systems: Bangladesh and COVID-19. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2021 Jan;42(1):121-122.
99. Holmes, E.C., Goldstein, S.A., Rasmussen, A.L., Robertson, D.L., Crits-Christoph, A., Wertheim, J.O., et al. (2021) The origins of SARS-CoV-2: A critical review. *Cell.* 16;184(19):4848-4856.
100. Hong, X., Fang, L., Yao, H., Xiaochen, D., Zhenhui, L., Weiyan, J., Joseph, M. U., (2022), Unequal impact of the COVID-19 pandemic on paediatric cancer care: a

- population-based cohort study in China, *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 19:100347
101. Iacobucci, G. (2020), Covid-19: all non-urgent elective surgery is suspended for at least three months in England. *BMJ*.18:368 m1106.
 102. Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., Kalofonos, H., (2013) Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care, *Health Policy*, 113(1-2):8-12
 103. Jaffe, T.A., Hayden, E., Uscher-Pines, L., Sousa, J., Schwamm, L.H., Mehrotra, A, et al. (2021) Telehealth 384 use in emergency care during coronavirus disease 2019: a systematic review. *J Am Coll 385 Emerg Physicians Open*. 2(3):e12443
 104. Javed, S., Hung, J., Huh, B.K. (2020) Impact of COVID-19 on chronic pain patients: a pain physician's perspective. *Pain Manag*. 10(5):275-277.
 105. Jin J, Lee SW, Lee WK, Jeon JH, Kim JG, Lee IK, Choi YK, Park KG. Year-Long Trend in Glycated Hemoglobin Levels in Patients with Type 2 Diabetes during the COVID-19 Pandemic. *Endocrinol Metab (Seoul)*. 2021 Oct;36(5):1142-1146
 106. Kahnert, K., Lutter, J.I., Welte, T., et al. (2021) Impact of the COVID-19 pandemic on the behaviour and health status of patients with COPD: results from the German COPD cohort COSYCONET. *ERJ Open Res*, 23;7(3):00242-2021
 107. Kanc, K., Komel, J., Kos, M., Wagner, J. (2020) H(ome)bA1c testing and telemedicine: High satisfaction of people with diabetes for diabetes management during COVID-19 lockdown. *Diabetes Res Clin Pract*, 166:108285.
 108. Kancherla, N., Garlapati, S.K.P., Raparla, Y.K., Jamil, M., Jamil, J., Mannava, S.M. (2021) Survey of Stress in COVID Patient Post Treatment: A Qualitative Research. *J Pharm Bioallied Sci*, 13(Suppl 2):S1646-S1649
 109. Karakasi, M.V., Voultzos, P., Fotou, E., Nikolaidis, I., Kyriakou, M.S, Markopoulou, M., Douzenis, A., Pavlidis, P. (2022) Emerging trends in domestic homicide/femicide in Greece over the period 2010-2021. *Med Sci Law*., 1:258024221103700.
 110. Kauhanen, L. , Wan Mohd Yunus, W.M.A., Lempinen, L., Peltonen, K., Gyllenberg, D., Mishina, K., Gilbert, S., Bastola, K., Brown, J.S.L., Sourander, A. A., (2022), Systematic review of the mental health changes of children and young people before and during the COVID-19 pandemic. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 12:1–19.
 111. Kentikelenis, A., Karanikols, M., Papanicolas, N., Basu, S., Reeves, A., Mckee, M., Stuckler, D. (2011) "Greece's health crisis : from austerity to denialism", *Lancet*, 378, p.1457 - 1458
 112. Kim SJ, Bostwick W (2020) Social Vulnerability and Racial Inequality in COVID-19 Deaths in Chicago. *Health Education & Behavior*: 47(4):509-513
 113. Kirkpatrick, J., Mitchell, C., Taub, C., Kort, S., Hung, J., Swaminathan, M., (2020) ASE Statement on Protection of Patients and Echocardiography Service Providers During the 2019 Novel Coronavirus Outbreak: Endorsed by the American College of Cardiology, *Journal of the American Society of Echocardiography*,33(6): 648-653
 114. Kotios, A., Galanos, G. and Pavlidis, G. (2011). Greece and the Euro: The Chronicle of an Expected Collapse. *Intereconomics, Review of European Economic Policy*, Springer;ZBW - Vol. 46 (5), pp. 263-269

115. Kourti, A., Stavridou, A., Panagouli, E., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsolia, M., Sergentanis, T. N., & Tsitsika, A. (2021). Domestic Violence During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *Trauma, Violence and Abuse*, 17:15248380211038690.
116. Kuipers, S.J., Nieboer, A.P. and Cramm, J.M. (2021), Easier Said Than Done: Healthcare Professionals' Barriers to the Provision of Patient-Centered Primary Care to Patients with Multimorbidity, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 4;18(11):6057.
117. Kujawski, S.A., Yao, L., Wang, E.H., Carias, C., Chen, Y.T., (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on pediatric and adolescent vaccinations and well child visits in the United States: A database analysis, *Vaccine*, 40, (5), 706-713
118. Kumar, A., Singh, R., Kaur, J., Pandey, S., Sharma, V., Thakur, L., Sati, S., Mani, S., Asthana, S., Sharma, T.K., Chaudhuri, S., Bhattacharyya, S. and Kumar, N. (2021) Wuhan to World: The COVID-19 Pandemic. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 30, 11:596201.
119. Kuter, B.J., Offit, P.A., Poland, G.A. (2021) The development of COVID-19 vaccines in the United States: why and how so fast? *Vaccine* 39:2491–5.
120. Kyriopoulos, J. and Tsiantou, V., (2010), The financial crisis and its impact on health and medical care, *Archives of Hellenic Medicine*, 27(5):834–840
121. Lakshmanan, G. (2017), Critical Analysis on Inclusion of Healthcare Quality Dimensions. *International Journal of Management*. 8,19, 33-43.
122. Lasalvia, A., Amaddeo, F., Porru, S., Carta, A., Tardivo, S., Bovo, C., Ruggeri, M., Bonetto, C. (2021) Levels of burn-out among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open*. 17;11(1):e045127.
123. Lee, B., Young, S., Williams, R., Liang, P.S. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on colorectal cancer screening in New York City. *J Med Screen*. Sep 26:9691413221128666.
124. Leo, C.G., Sabina, S., Tumolo, M. R., Bodini, A., Ponzini, G., Sabato, E., Mincarone, P. (2021), Burnout Among Healthcare Workers in the COVID 19 Era: A Review of the Existing Literature *Frontiers in Public Health* 29;9:750529.
125. Liang, A.L., Turner, L.C., Voegtline, K.M., Olson, S.B., Wildey, B., Handa, V.L. (2022) Impact of COVID19 on gynecologic and obstetrical services at two large health systems. *PLoS ONE* 17(6): e0269852.
126. Loh TP, Greaves RF, Mak CM, Salomons GS, Bonham JR, Lang T; IFCC Committee on Emerging Technologies in Paediatric Laboratory Medicine. Impact of COVID-19 on Pediatric Laboratory Medicine: An IFCC C-ETPLM, SSIEM, ISNS Global Survey. *EJIFCC*. 2022 8;33(2):194-208.
127. London, J.W., Fazio-Eynullayeva, E., Palchuk, M.B., Sankey, P., McNair, C. (2020) Effects of the COVID-19 Pandemic on Cancer-Related Patient Encounters. *JCO Clin Cancer Inform*. 4:657-665.
128. Lopez-Leon, S., Wegman-Ostrosky, T., Perelman, C., Sepulveda, R., Rebolledo, P.A., Cuapio, A., Villapol, S. (2021) More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *medRxiv [Preprint]*. 9;11(1):16144.

129. Luecke, R. and Barton, L. (2004) *Crisis management: master the skills to prevent disasters*, Boston, Mass., Harvard Business School Press
130. Maia, R., Carvalho, V., Faria, B., Miranda, I., Catarino, S., Teixeira, S., Lima, R., Minas, G., Ribeiro, J. (2022) *Diagnosis Methods for COVID-19: A Systematic Review*. *Micromachines*, 19, 13(8), 1349.
131. Makaris, E., Michas, G., Micha, R. et al, (2013), Greek socio-economic crisis and incidence of acute myocardial infarction in Southwestern Peloponnese. *Int J Cardiol*, 168 (5), 4886-4887
132. Mamun, M.A., Ullah, I., (2020) COVID-19 suicides in Pakistan, dying off not COVID-19 fear but poverty? – The forthcoming economic challenges for a developing country, *Brain, Behavior, and Immunity*, 87,163-166
133. Mariani, M., Sisti, L.G., Isonne, C., Nardi, A., Mete, R., Ricciardi, W., Villari, P., De Vito, C., Damiani, G. (2022) *Impact of hospital mergers: a systematic review focusing on healthcare quality measures*. *Eur J Public Health*. 1;32(2):191-199.
134. Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Sullivan, R., Rachet, B., Aggarwal, A. (2020). *The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study*. *Lancet Oncol*. 21(8):1023-1034.
135. Martinez, M.A., Franco, S., (2021), *Impact of COVID-19 in liver disease progression*. *Hepatol Commun*, 5 (7) :1138–1150
136. Maslach, C., Leiter, M.P. (2016) *Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry*. *World Psychiatry*. 15(2):103-111.
137. Mathauer I, Vinyals Torres L, Kutzin J, Jakab M, Hanson K. (2020) *Pooling financial resources for universal health coverage: options for reform*. *Bull World Health Organ*. 1;98(2):132-139.
138. Mauro, V., Lorenzo, M., Paolo, C., Sergio, H. (2020), *Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases*. *Intern Emerg Med*. 15(5):787-790.
139. Mavroudis, C.L., Landau, S., Brooks, E. et al. (2021) *Exploring the experience of the surgical workforce during the Covid-19 Pandemic*. *Ann Surg*. 273 (3): e91-e96
140. McKee, M. (2004) *Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned?* WHO, *European Observatory on Health systems and Policies*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107615>
141. Meyerowitz-Katz, G., Bhatt, S., Ratmann, O., et al. (2021) *Is the cure really worse than the disease? The health impacts of lockdowns during COVID-19*. *BMJ Global Health* ,6 (8) :e006653.
142. Mincy, R., Miller, D., De la Cruz Toledo, E. (2016). *Child support compliance during economic downturns*. *Children and Youth Services Review*. 65.
143. Mishra, V., Seyedzenouzi, G., Almohtadi, A., Chowdhury, T., Khashkhasha, A., Axiaq, A, Wong W,Y,E., Harky, A. (2021). *Health Inequalities During COVID-19 and Their Effects on Morbidity and Mortality*. *J Healthc Leadersh.*, 19;13:19-26.
144. Mohamed Ali, O., Borg Debono, V., Anthonypillai, J., Hapidou, E.G. (2022) *A Qualitative Study of the Impact of the COVID-19 Pandemic on a Sample of Patients With Chronic Pain*. *Journal of Patient Experience.*, 7;9:23743735221089698

145. Mohseni, M., Ahmadi, S., Azami-Aghdash, S., Mousavi Isfahani, H., Moosavi, A., Fardid, M., Etemadi, M., Ghazanfari, F. (2021), Challenges of routine diabetes care during COVID-19 era: A systematic search and narrative review. *Prim Care Diabetes*. 15(6):918-922.
146. Mosadeghrad, A.M. (2012) A conceptual framework for quality of care. *Mater Sociomed*. 24(4):251-261.
147. Muresan, A.V., Russu, E., Arbanasi, E.M., Kaller, R., Hosu, I., Arbanasi, E.M., Voidazan, S.T. (2022) Negative Impact of the COVID-19 Pandemic on Kidney Disease Management—A Single-Center Experience in Romania. *J. Clin. Med.*, 27;11(9):2452.
148. Nadeau, S.A., Vaughan, T.G., Scire, J., Huisman, J.S., Stadler, T. (2021) The origin and early spread of SARS-CoV-2 in Europe. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2;118(9):e2012008118
149. Nair, D., Raveendran, K., Sukthankar, V., (2022) COVID-19 pandemic has taken away focus, resources from cancer patients needing palliative care. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11 (6):2263-2265
150. Negrini, D., Danese, E., Henry, B.M., Lippi, G., Montagnana, M. (2022) Artificial intelligence at the time of COVID-19: who does the lion's share? *Clin Chem Lab Med*. 25;60(12):1881-1886.
151. Niakas, D. (2013) "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, 43 (4): 597 – 602
152. Ning, C., Wang, H., Wu, J., Chen, Q., Pei, H., Gao, H. (2022) The COVID-19 Vaccination and Vaccine Inequity Worldwide: An Empirical Study Based on Global Data. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 26;19(9):5267.
153. Ng, K., Poon, B.H., Kiat Puar, T.H., Shan Quah, J.L., Loh, W.J., Wong, Y.J., Tan, T.Y., Raghuram, J. (2020), COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. *Ann Intern Med*. 2;172(11):766-767.
154. Nune, A., Iyengar, K., Ahmed, A., Sapkota, H., (2020), Challenges in delivering rheumatology care during COVID-19 pandemic. *Clin Rheumatol*, 39(9):2817-2821
155. OECD 2020 Combatting COVID-19'S Effect on Children <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/combating-covid-19-s-effect-on-children-2e1f3b2f/>
156. OECD (2021). *Economic Surveys, Greece* <https://www.oecd.org/greece/>
157. Omar, A.S., Kaddoura, R., Orabi, B., Hanoura, S. (2021), Impact of COVID-19 pandemic on liver, liver diseases, and liver transplantation programs in intensive care units. *World J Hepatol*. 27;13(10):1215-1233.
158. Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., Espada, J.P. (2020), Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Front Psychol*. 6;11:579038.
159. Ötker-Robe, I., and Podpiera, A. M., (2013). The Social Impact of Financial Crises – Evidence from the Global Financial Crisis. Background paper to the World Bank's World Development Report 2014 'Risk and Opportunity: Managing Risk for Development'. World Bank's Policy Research Working Paper 6703. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/16912>
160. Oxley, T.J., Mocco, J., Majidi, S., Kellner, C.P., Shoirah, H., Singh, I.P., De Leacy, R.A., Shigematsu, T., Ladner, T.R., Yaeger, K.A., Skliut, M., Weinberger, J.,

- Dangayach, N.S., Bederson, J.B., Tuhim, S., Fifi, J.T. (2020) Large-Vessel Stroke as a Presenting Feature of Covid-19 in the Young. *N Engl J Med.* 14;382(20):e60.
161. Özdin, S., Bayrak Özdin, Ş., (2020), Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry.* 66(5):504-511.
162. Pal, R., Bhadada, S.K. (2020), COVID-19 and diabetes mellitus: an unholy interaction of two pandemics. *Diabetes Metab. Syndr.* 14(4):513–517
163. Palmer, K., Monaco, A., Kivipelto, M., Onder, G., Maggi, S., Michel, J.P., et al. (2020). The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. *Aging Clin Exp Res [Internet].* 2020, 26;32(7):1189–1194.
164. Papanikolaou, V., Zygiaris, S. (2014) Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health Expect.*, 17(2):197-207.
165. Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., Niakas, D. (2013) Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *Int J Environ Res Public Health.* 17;10(5):2017-27.
166. Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., and Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 901–907.
167. Passavanti, M., Argentieri, A., Barbieri, D.M., Lou, B., Wijayarathna, K., Foroutan Mirhosseini, A.S., Wang, F., Naseri, S., Qamhia, I., Tangerang, M., Pellicciari, M., Ho, C.H. (2021), The psychological impact of COVID-19 and restrictive measures in the world, *Journal of Affective Disorders*, 15, 283:36-51
168. Pasquel FJ, Messler J, Booth R, et al. (2021) Characteristics of and mortality associated with diabetic ketoacidosis among US patients hospitalized with or without COVID-19. *JAMA Netw Open*, 1, 4(3):e211091
169. Patabendige, M., Gamage, M.M., Jayawardane, A. (2021) The Potential Impact of COVID-19 Pandemic on the Antenatal Care as Perceived by Non-COVID-19 Pregnant Women: Women's Experience Research Brief. *Journal of Patient Experience.* 2;8:2374373521998820.
170. Patt, D., Gordan, L., Diaz, M., Okon, T., Grady, L., Harmison, M., Markward, N., Sullivan, M., Peng, J., Zhou, A. (2020) Impact of COVID-19 on Cancer Care: How the Pandemic Is Delaying Cancer Diagnosis and Treatment for American Seniors. *JCO Clin Cancer Inform.* 4:1059-1071.
171. Paterson, R.W., Brown, R.L., Benjamin, L, Nortley, R., Wiethoff, S., Bharucha, T, et al (2020) The emerging spectrum of COVID-19 neurology: clinical, radiological and laboratory findings. *Brain.* 1;143(10):3104-3120.
172. Phuong, P.L. and Le, C. (2022) High demand boosts black market for covid drug. *VN Express.* 7 March 2022. <https://e.vnexpress.net/news/news/high-demand-boosts-black-market-for-covid-drug4435874.html>
173. Pleguezuelos, E., Del Carmen, A., Moreno, E., Ortega, P., Vila, X., Ovejero, L., Serra-Prat, M., Palomera, E., Garnacho-Castaño, M.V., Loeb, E., Farago, G., Miravittles, M. (2020), The Experience of COPD Patients in Lockdown Due to the COVID-19 Pandemic. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 23;15:2621-2627.

174. Psaltopoulou, T., Hatzis, G., Papageorgiou, N., Androulakis, E., Briasoulis, A., Tousoulis, D. (2017) Socioeconomic status and risk factors for cardiovascular disease: Impact of dietary mediators, *Hellenic J Cardiol*, 58 (1):32-42
175. Que, J., Shi, L., Deng, J., et al. (2020) Psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers: a cross-sectional study in China. *General Psychiatry* 14;33(3):e100259.
176. Ramírez-Soto, M.C., Ortega-Cáceres, G, Arroyo-Hernández, H. (2021) Sex differences in COVID-19 fatality rate and risk of death: An analysis in 73 countries, 2020-2021. *Infez Med.* 10;29(3):402-407.
177. Raturi, M., Kusum, A. (2020) The blood supply management amid the COVID-19 outbreak, *Transfus Clin Biol.* 27:147-51.
178. Rehm, J., Kilian, C., Ferreira-Borges, C., et al. (2020) Alcohol use in times of the COVID 19: implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Rev*, 39 (4):301–304.
179. Richards, F., Kodjamanova, P., Chen, X., Li, N., Atanasov, P., Bennetts, L., Patterson, B.J., Yektashenas, B., Mesa-Frias, M., Tronczynski, K., Buyukkaramikli, N., El Khoury, A.C. (2022), Economic Burden of COVID-19: A Systematic Review. *Clinicoecon Outcomes Res.*, 28;14:293-307
180. Rodríguez-Leor, O., Cid-Álvarez, B., Ojeda, S. et al (2020) Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España *REC Interv Cardiol.* 2020;2:82–89.
181. Rohde, T., Torvatn, H. (2017) A strategic document as a tool for implementing change. Lessons from the merger creating the South-East Health region in Norway. *Health Policy.* 121(5):525-533.
182. Roy, D., Tripathy, S., Kar, S.K., Sharma, N., Verma, S.K., Kaushal, V. (2020) Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr.* 51:102083.
183. Rume, T., Islam SMD. (2020) Environmental effects of COVID-19 pandemic and potential strategies of sustainability. *Heliyon.* 6(9):e04965.
184. Rundle A.G., Park Y., Herbstman J.B., Kinsey E.W., Wang Y.C. (2020) COVID-19–Related School Closings and Risk of Weight Gain Among Children. *Obesity*,28:1008–1009
185. Saadat, S., Rawtani, D., Mustansar, C. (2020) Hussain environmental perspective of COVID-19. *Sci. Total Environ.*, 1;728:138870
186. Saladino, V., Algeri, D. and Auriemma, V. (2020) The Psychological and Social Impact of Covid-19: New Perspectives of Well-Being. *Front. Psychol.* 11:577684.
187. Sarriegi, J.T., Paseo, J.L. (2009). *The Dynamics of Crisis Lifecycle for Emergency Management.*
188. Sarubbo, F., El Haji, K., Vidal-Balle, A., Bargay Leonart, J. (2022) Neurological consequences of COVID-19 and brain related pathogenic mechanisms: A new challenge for neuroscience, *Brain, Behavior, & Immunity Health*, 19, 100399
189. Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., Amore, M. (2020), The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM.* 22;113(8):531–7.
190. Sethi, A., Bach, H. (2020) Evaluation of Current Therapies for COVID-19 Treatment. *Microorganisms.* , 22;8(8):1097.

191. Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K., Patel, R.S. (2020) Focus on Mental Health During the Coronavirus (COVID-19) Pandemic: Applying Learnings from the Past Outbreaks. *Cureus*. 25;12(3):e7405.
192. Shanafelt, T.D., West, C.P., Sinsky, C., Wang, H., Carlasare, L., Dyrbye, L.N., (2022). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2020, 97(3), 491-506
193. Shuja, K.H., Aqeel, M., Jaffar, A., Ahmed, A. (2020) COVID-19 Pandemic and Impending Global Mental Health Implications. *Psychiatr Danub*. 32(1):32-35.
194. Singhal, S., Matto, M. (2020) COVID-19 lockdown: a ventilator for rivers. *DownToEarth*. In: Somani M., editor. Vol. 11. p. 100491
195. Sloan, M., Gordon, C., Harwood, R., Lever, E., Wincup, C., Bosley, M., Brimicombe, J., Pilling, M., Sutton, S., Holloway, L., D'Cruz, D., (2020), The impact of the COVID-19 pandemic on the medical care and health-care behaviour of patients with lupus and other systemic autoimmune diseases: a mixed methods longitudinal study. *Rheumatol Adv Pract*. 14;5(1):rkaa072.
196. Somani, M., Srivastava A.N., Gummadivalli S.K., Sharma, A. (2020) Indirect implications of COVID-19 towards sustainable environment: an investigation in Indian context. *Biores. Technol. Rep.*,11:100491
197. Steenblock, C., Schwarz, P.E. H., Ludwig, B. et al. (2021) COVID-19 and metabolic disease: mechanisms and clinical management. *Lancet Diabetes Endocrinol.*, 9(11):786–798
198. Stennett, M., Tsakos, G. (2022), The impact of the COVID-19 pandemic on oral health inequalities and access to oral healthcare in England. *Br Dent J*. 232(2):109-114.
199. Summan, A.N., Shet, A., Laxminarayand, R., (2022), The effect of the COVID-19 pandemic on routine childhood immunization coverage and timeliness in India: Retrospective analysis of the National Family Health Survey of 2019–2021 data *Lancet Reg Health Southeast Asia*. 2022 Oct 21:100099
200. Suleiman A, Bsisu I, Guzu H, Santarisi A, Alsatari M, Abbad A, Jaber A, Harb T, Abuhejleh A, Nadi N, Aloweidi A, Almustafa M. Preparedness of Frontline Doctors in Jordan Healthcare Facilities to COVID-19 Outbreak. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 2;17(9):3181.
201. Sydenstricker E. (2006) The incidence of influenza among persons of different economic status during the epidemic of 1918. 1931. *Public Health Rep*. 2006;121 Suppl 1:191-204; discussion 190.
202. Tan, B.Y.Q., Kanneganti, A., Lim, L.J.H., Tan, M., Chua, Y.X., Tan, L., Sia, C.H., Denning, M., Goh, E.T., Purkayastha, S., Kinross, J., Sim, K., Chan, Y.H., Ooi, S.B.S. (2020) Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*, 21(12):1751-1758.e5.
203. Tanaka, N., Hamamoto, Y., Kurotobi, Y., Yamasaki, Y., Nakatani, S., Matsubara, M., et al. (2021) Lifestyle changes as a result of COVID-19 containment measures: bodyweight and glycemic control in patients with diabetes in the Japanese declaration of a state of emergency. *J Diabetes Investig* 12 (9):1718-22.

204. Tapias Granados, J.A., Rodriguez, J.M. (2015) "Health, economic crisis and austerity: a comparison of Greece, Finland and Iceland", *Health Policy*, No 119, p. 241 – 953
205. Taquet, M., Geddes, J.R., Husain, M., Luciano, S., Harrison, P.J.(2021) 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records. *Lancet Psychiatry*. 8(5):416-427.
206. Terry, C., Rothendler, M., Zipf, L., Dietze, M.C., Primack, R.B. (2021) Effects of the COVID-19 pandemic on noise pollution in three protected areas in metropolitan Boston (USA). *Biol Conserv.*, 256:109039.
207. Thévenon, O., and Edmonds, E. (2019). "Child labour: Causes, consequences and policies to tackle it," *OECD Social, Employment and Migration Working Papers 235*, OECD Publishing.
208. Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T. et al., (2013), *Health, health systems and economic crisis in Europe*, Policy Summary 10, European Observatory on Health systems and Policies, WHO Regional Health for Europe, Copenhagen
209. Ting, X., Qianwen, L., Qiongyao, Z., Wei, L., Junping, W., Li, L., Gang, C. (2020), Blood glucose levels in elderly subjects with type 2 diabetes during COVID-19 outbreak: a retrospective study in a single center. <https://www.semanticscholar.org/paper/Blood-glucose-levels-in-elderly-subjects-with-type-Xue-Li/254701825853540dc20b47c3212ccace64bdbc8f>
210. Torjesen, I. (2021), HPV vaccine cut cervical cancer rates in England by 87 *British Medical Journal*, 5;375:n2689.
211. Toyoda, H., Huang, D.Q., Le, M.H., Nguyen, M.H. (2020) Liver care and surveillance: the global impact of the COVID-19 pandemic. *Hepatol Commun*. 3;4 (12):1751–7
212. Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A. (2014) *National Health Systems. The New Public Health*. 2014:643–728.
213. United Nations. What Is Domestic Abuse? Available online: <https://www.un.org/en/coronavirus/what-is-domestic-abuse>
214. Vantoros, S., Hessel, P., Leone, T., Avendano, M. (2013), Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi - experimental approach, *European Journal of Public Health*, 23, 5, 727 - 731.
215. Van Doremalen, N., Bushmaker, T., Morris, D.H., Holbrook, M.G., Gamble, A., Williamson, B.N., Tamin, A., et al (2020) Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N Engl J Med*, 16;382(16):1564-1567.
216. Varatharaj, A., Thomas, N., Ellul, M.A., Davies, N.W.S., Pollak, T.A., et al (2020) CoroNerve Study Group. Neurological and neuropsychiatric complications of COVID-19 in 153 patients: a UK-wide surveillance study. *Lancet Psychiatry*. 7(10):875-882.
217. Vardavas, C.I., Nikitara, K. (2020) COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis* 18 (March):20
218. Vizheh, M., Qorbani, M., Arzaghi, S.M., Muhidin, S., Javanmard, Z., Esmaili, M. (2020) The mental health of healthcare workers in the COVID-19 pandemic: A systematic review. *J Diabetes Metab Disord*. 26;19(2):1967-1978.

219. Vlachadis, N., Iliodromiti, Z., Vlachadi, M., et al. (2014), Cardiovascular mortality and the financial crisis in Greece: Trends and outlook, *Int J Cardiol*, 176:1367-1368
220. Wachtler, B., Michalski, N., Nowossadeck, E., Diercke, M., Wahrendorf, M. et al. (2020) Socioeconomic inequalities and COVID-19 – A review of the current international literature. *Journal of Health Monitoring* 5(S7): 3–17.
221. Wang, C., Zhao, H., (2020) The Impact of COVID-19 on Anxiety in Chinese University Students *Frontiers in Psychology*, 22;11:1168.
222. Watson, O.J., Barnsley, G., Toor, J., Hogan, A., Winskill, R., Azra, C. G. (2022) Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis.*, 22(9):1293-1302.
223. Williams, T.C., MacRae, C., Swann, O.V., et al. (2021), Indirect effects of the COVID-19 pandemic on paediatric healthcare use and severe disease: a retrospective national cohort study, *Arch. Dis Child*, 106(9):911–917.
224. Williams MD, Asiedu GB, Finnie D, Neely C, Egginton J, Finney Rutten LJ, Jacobson RM.(2019) Sustainable care coordination: a qualitative study of primary care provider, administrator, and insurer perspectives. *BMC Health Serv Res.* 1;19(1):92.
225. Wong, J., Goh, Q.Y., Tan, Z., Lie, S.A., Tay, Y.C., Ng, S.Y., Soh, C.R. (2020), Preparing for a COVID-19 pandemic: a review of operating room outbreak response measures in a large tertiary hospital in Singapore. *Can J Anaesth.* 67(6):732-745.
226. World Health Organization (2005) Distribution of health payments and catastrophic expenditures. Methodology, Discussion Paper No 2, Dept. Health System Financing and Cluster, Evidence and information for policy, Geneva.
227. World Health Organization (2014) Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage, Geneva.
228. World Health Organization (WHO) (2020) Disease outbreak news update. Novel Coronavirus – China 2020. Geneva.
229. Wu, F., Burt, J., Chowdhury, T., et al., (2021), Specialty COPD care during COVID-19: patient and clinician perspectives on remote delivery. *BMJ Open Resp Res*, 8(1):e000817.
230. Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., He, J. (2013) The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health.* 9;13:320.
231. Xie, Y., Xu, E., Al-Aly, Z. (2022) Risks of mental health outcomes in people with covid-19: cohort study *BMJ*, 16, 376 :e068993
232. Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L.M.W., Gill, H., Phan,L., Chen-Li, D., Iacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., McIntyre, R.S. (2020) Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*, 1, 277, 55-64
233. Yadav, U.N., Rayamajhee, B., Mistry, S.K., Parsekar, S.S. and Mishra, S.K. (2020) A Syndemic Perspective on the Management of Non-communicable Diseases Amid the COVID-19 Pandemic in Low- and Middle-Income Countries. *Front. Public Health* 25(8):508.

234. Yin, Y., Wunderink, R.G. (2018) MERS, SARS and other coronaviruses as causes of pneumonia. *Respirology*. 23(2):130-137.
235. Younossi, Z.M., Yilmaz, Y., El-Kassas, M., Duseja, A., Hamid, S., Esmat, G. (2022) The impact of the COVID-19 pandemic on patients with chronic liver disease: Results from the Global Liver Registry. *Hepatol Commun*. 2022; 6 (10): 2860– 2866.
236. Yunus, A.P., Masago, Y., Hijioaka Y. COVID-19 and surface water quality: improved lake water quality during the lockdown. *Sci. Total Environ*. 20; 731:139012.
237. Zaidan, M., Legendre, C. (2021) Solid Organ Transplantation in the Era of COVID-19: Lessons from France. *Transplantation*. 1;105(1):61-66.
238. Zamba, C., Mousoulidou, M., Christodoulou, A. (2022) Domestic Violence against Women and COVID-19. *Encyclopedia*, 2(1), 441–456.
239. Zambrano-Monserrate, M.A., Ruanob, M.A., Sanchez-Alcalde. L. (2020) Indirect effects of COVID-19 on the environment. *Sci. Total Environ*. 1;728:138813.
240. Zavras, D., Tsiantou, V., Ravi E., Mylona, K. and Kyriopoulos, J. (2012) Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self - rated health in Greece, *European Journal of Pubic Health*, 23, 2, 206 - 210.
241. Zhang, H., Guo, L.W., Gao, Y.Y., Yao, H., Xie, Z.K., Zhang, W.X. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Pediatric Clinical Practice in Wenzhou, China: A Retrospective Study *Frontiers in Pediatrics*, 16;8:585629

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αντωνοπούλου, Λ. (2008), Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα: Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2) : 109-120
2. Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν., Μεγήρ, Κ., (2010) , Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα: Μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία London, *The Reforming Economist*
3. διαΝΕΟσις 2020, Έρευνα με θέμα: Η Υγεία στην Ελλάδα, https://www.dianeosis.org/research/greek_health/
4. Κουλλόλλι, Δ., Μιχαηλίδης, Π., Μιχαηλίδης Δ. Ανεργία στην Ελλάδα <https://greeceinfigures.com/anergia> 31/10/2022
5. Κότιος, Α., Γαλανός, Γ. και Ρουκανάς, Σ. (2012). Η Ελληνική Κρίση και η Κρίση του Συστήματος Διακυβέρνησης της Ευρωζώνης. *Σειρά Ερευνητικών Εργασιών*, 18(1): 1-26
6. Κουφάρης, Γ. (2010). Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές». *Περιοδικό Χρήμα*, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010
7. Νιάκας, Δ., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής* 2014, 5 (1):3-7

8. Σουμάκη Ε. και Αναγνωστόπουλος, Δ. (2012), Οι επιπτώσεις της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων Ψυχιατρική 23 (1)
9. Σωτηρόπουλος, Δ.Α. (2017). Η ελληνική κοινωνία πολιτών και η οικονομική κρίση. Αθήνα, Εκδόσεις Ποταμός.
10. Τριχόπουλος, Δ. (2002) Επιδημιολογία: Βασικές Μέθοδοι και Εφαρμογές, Εκδόσεις Παρισιάνος
11. Ξανθοπούλου Σ., Κατσαλιάκη Κ., (2015) Αξιολόγηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 33(5): 583-595

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Δεδομένα για τον Κορονοϊό στην Ελλάδα Εβδομαδιαία Εισκόπηση <https://covid19.gov.gr/covid19-live-analytics>
- Ανεργία στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση <https://greeceinfigures.com/anergia>
- Δελτίο Τύπου ΕΛΣΤΑΤ Έρευνα Υγείας Έτους 2019, Υγεία Παιδιών 4-14 ετών <https://www.statistics.gr/documents/20181/ab68d4a7-c00f-3ba8-d28f-c8b167b8ec76>
- COVID Live -Coronavirus Statistics Worldometer <https://www.worldometers.info/coronavirus>
- Constitution of the World Health Organization <https://www.who.int/about/governance/constitution>
- COVID-19 Τα επικαιροποιημένα εμβόλια και οι μελλοντικές μεταλλάξεις <https://gr.euronews.com/2022/11/01/covid-19-epikaiproihmena-embolia-mellontikes-metallaxeis>
- European Union Statistics on Income and Living Conditions <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions>
- Ecpat (End Child Prostitution and Trafficking) International (2020), Why Children are at Risk of Sexual Exploitation During COVID-19 https://ecpat.exposure.co/covid19?fbclid=IwAR3Z7DgyDZ8NeKwfaN6fkB6zwXdFYnQOuk5D8A55S-t_cN1x2igwPpfkzo.
- Coronavirus Vaccinations Our World in Data <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- UN Women-The United Nations entity dedicated to gender equality and the empowerment of women. <https://www.unwomen.org/en>
- The Global health Observatory <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- OECD 2022 Starting Unequal How is life for disadvantaged children? <https://www.oecd.org/wise/Starting-unequal-How-is-life-for-disadvantaged-children-Policy-Insights-July-2022.pdf>

