

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
« ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ »**

**ΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
: Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.**

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
« ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ »**

**ΟΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
: Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗΝ
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.**

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Κωνσταντίνα Κοτταρίδη

Πειραιάς, 2023

UNIVERSITY OF PIRAEUS

DEPARTMENT OF ECONOMICS



MASTER OF SCIENCE IN HEALTH ECONOMICS AND MANAGEMENT

REGIONAL INEQUALITIES IN HEALTH: CITIZENS' ACCESS TO SECONDARY CARE

EVANGELIA PANAGIOTAKOPOULOU

Master Thesis submitted to the Department of Economics of the University of Piraeus in partial of the requirements for the degree of M.Sc. in Health Economics And Management

**SUPERVISING PROFESSOR : KONSTANTINA
KOTTARIDI**

Piraeus, Greece 2023

Περίληψη

Η πρόσβαση στην υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, ενώ η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό. Όταν οι πόροι και οι εγκαταστάσεις δεν κατανέμονται εξίσου σε μια χώρα, το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι ορισμένες περιοχές με υψηλή αστικοποίηση και ευημερία να έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση, ενώ οι υποβαθμισμένες και οι αγροτικές περιοχές να έχουν περιορισμένη πρόσβαση. Αυτή η διαφορά είναι γνωστή ως ανισότητες στην πρόσβαση. Κάποιοι από τους άξονες του ΕΣΥ είναι η αποκέντρωση και η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Με την αποκέντρωση να αποτελεί την μοναδική λύση όπου θα αντιμετωπιστούν τα χρόνια προβλήματα της διοίκησης που ταλαιπωρούν τον τόπο. Στην Ελλάδα με την υπάρχουσα κατάσταση (Covid-19 καθώς και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης), το Εθνικό Σύστημα Υγείας έφτασε στα όριά του, διότι χαρακτηρίζεται από ελλείψεις σε υποδομές και υγειονομικό δυναμικό. Με αποτέλεσμα κάποιες ομάδες του πληθυσμού να αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση. Οι κυριότεροι λόγοι ήταν το κόστος, λίστες αναμονής καθώς και τα μέτρα αποστασιοποίησης που πάρθηκαν λόγω covid-19 που απορρύθμισαν την λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων και χειρουργείων. Για αυτό κρίνεται απαραίτητο το ΕΣΥ να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών με ισότιμο τρόπο με υπηρεσίες που να προσφέρουν ποιότητα, καθώς και να επιτρέψει στις υγειονομικές περιφέρειες να είναι αυτόνομες.

Η εργασία αυτή αποτελείται από επτά κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται οι θεωρητικές προσεγγίσεις αναφορικά με την έννοια των περιφερειακών ανισοτήτων και της περιφερειακής ανάπτυξης επίσης καταγράφονται τα μοντέλα χωροθέτησης και οι προκλήσεις τους, ακόμη περιγράφονται οι έννοιες της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και το μοντέλο RAWP σε θεωρητική βάση. Το δεύτερο μέρος αφορά την οικονομική κρίση, τις επιπτώσεις της στο σύστημα υγείας, τις επιπτώσεις στην πρόσβαση στους πολίτες καθώς και τις μεταρρυθμίσεις που ψηφίστηκαν εν μέσω μνημονίων. Έπειτα, καταγράφονται τα προβλήματα της διοίκησης στα ελληνικά νοσοκομεία, τα προβλήματα της διοίκησης του ανθρώπινου δυναμικού καθώς αναλύονται τα βήματα του προγραμματισμού των ανθρώπινων πόρων. Στο τέταρτο μέρος αφορά την δομή του ΕΣΥ, σε αυτό το σημείο αναλύεται τι είναι σύστημα υγείας, η χρηματοδότηση του ΕΣΥ και τα χαρακτηριστικά του ΕΣΥ καθώς γίνεται μια σύγκριση των αριθμών της Ελλάδας σε σχέση με την ΕΕ. Ακόμη, περιγράφεται η περιφερειακή αποκέντρωση του ΕΣΥ. Στο πέμπτο μέρος θα γίνει μια αποτίμηση των υποδομών του ΕΣΥ (γιατροί, αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι και νοσηλευτές). Τα στοιχεία των νοσηλευτών, ιατρών και των τομογράφων αφορούν το δημόσιο μέρος των νοσοκομείων. Τα στοιχεία είναι αδημοσίευτα και έχουν παραχωρηθεί μέσω αιτήματος από την ελστατ. Το έκτο μέρος αφορά την πανδημία στην Ελλάδα, την επιρροή της στην πρόσβαση και την συμβολή της τηλεϊατρικής κατά την διάρκεια της πανδημίας. Τέλος, στο έβδομο μέρος περιλαμβάνονται τα συμπεράσματα και οι πολιτικές που χρειάζεται να ακολουθήσει το ΕΣΥ ώστε οι πολίτες-ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι και ταυτόχρονα το σύστημα υγείας να είναι αποδοτικό και αποτελεσματικό. Είναι μια σύγκριση των αριθμών της Ελλάδας σε σχέση με την ΕΕ. Ακόμη, περιγράφεται η περιφερειακή αποκέντρωση του ΕΣΥ. Στο πέμπτο μέρος θα γίνει μια αποτίμηση των υποδομών του ΕΣΥ (γιατροί, αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι και νοσηλευτές). Τα στοιχεία των νοσηλευτών, ιατρών και των τομογράφων αφορούν το δημόσιο μέρος των νοσοκομείων. Τα στοιχεία είναι αδημοσίευτα και έχουν παραχωρηθεί μέσω αιτήματος από την ελστατ. Το έκτο μέρος αφορά την πανδημία στην Ελλάδα, την επιρροή της στην πρόσβαση και την συμβολή της τηλεϊατρικής κατά την διάρκεια της πανδημίας. Τέλος, στο έβδομο μέρος

περιλαμβάνονται τα συμπεράσματα και οι πολιτικές που χρειάζεται να ακολουθήσει το ΕΣΥ ώστε οι πολίτες-ασθενείς να είναι ικανοποιημένοι και ταυτόχρονα το σύστημα υγείας να είναι αποδοτικό και αποτελεσματικό.

Abstract

Access to health is a fundamental human right, while health is a social good. When resources and facilities are not equally distributed across a country, the result is that some highly urbanized and prosperous areas have greater access, while deprived and rural areas have limited access. This difference is known as inequalities in access. Some of the pillars of the NHS are decentralization and the development of primary care. With decentralization being the only solution to address the chronic problems of administration that plague the country. In Greece, with the existing situation (Covid-19 and the effects of the economic crisis), the National Health System reached its limits, because it was characterized by shortages in infrastructure and health personnel. As a result, some groups of the population are facing barriers to access. The main reasons were cost, waiting lists and the distancing measures taken due to covid-19 that deregulated the operation of outpatient clinics and surgeries. It is therefore necessary for the NHS to meet the needs of citizens in an equitable manner with services that offer quality, as well as to allow health regions to be self-sufficient and autonomous.

This study consists of seven chapters. The first chapter analyzes the theoretical approaches regarding the concept of regional inequalities and regional development also lists the spatial models and their challenges, and also describes the concepts of access to health services and the RAWP model on a theoretical basis. The second part deals with the economic crisis, its impact on the health system, the effects on access to citizens and the reforms voted in the midst of memoranda. Then, the problems of management in Greek hospitals are listed, the problems of human resources management as well as the steps of human resources planning are analyzed. The fourth part deals with the structure of the NHS, in this part it is analyzed what a health system is, the financing of the NHS and the characteristics of the NHS as well as a comparison of the numbers of Greece in relation to the EU. Furthermore, the regional decentralization of the NHS is also described. The fifth part will provide an assessment of the infrastructure of the NHS (doctors, CT and MRI scanners and nurses). The data on nurses, doctors and scanners relate to the public sector of the hospitals. The data are unpublished and have been provided through a request from elstat. The sixth part deals with the pandemic in Greece, its influence on access and the contribution of telemedicine during the pandemic. At last, the seventh part includes the conclusions and the policies that the NHS needs to follow in order for the citizens-patients to be satisfied and at the same time the health system to be efficient and effective.

Εισαγωγή	1
Μεθοδολογία	4
Θεωρητικές προσεγγίσεις	5
1.1 Περιφερειακή Ανάπτυξη	5
1.2 Περιφερειακές ανισότητες	10
1.3 Γεωγραφικές ανισότητες στα συστήματα υγείας	12
1.4 Μοντέλα Χωροθέτησης υπηρεσιών υγείας	15
1.5 Οι ανισότητες στο χώρο της υγείας	19
1.7 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας	23
1.7.1 Εμπόδια στην Πρόσβαση υγείας	26
1.8 Μέθοδος RAWP	28
1.9 Η έννοια της αποκέντρωσης	31
Πίνακας 1.9.α : Τα είδη της αποκέντρωσης	32
1.10 Ισότητα στις υπηρεσίες υγείας	33
Εικόνα 1.10 α :Τα χαρακτηριστικά της Οριζόντιας και κάθετης ισότητας	35
2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα στο ΕΣΥ	37
2.1 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης	39
2.2 Οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις των μνημονίων	43
3 Διοίκηση και προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας	46
3.1 Η διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα	47
3.2 Προγραμματισμός Ανθρώπινων Πόρων	49
Κριτήρια για τον προγραμματισμό του υγειονομικού δυναμικού	50
3.3 Προβλήματα στο ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα	52
4 Η Δομή του ΕΣΥ	53
4.1 Τι είναι σύστημα υγείας	53
4.2 Περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα	54
4.3 Το ΕΣΥ σε σύγκριση με την ΕΕ	63
Εικόνα 4.3α Οι διαπεριφερειακές ροές των ασθενών	65
4.4 Η Χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας	65
4.5 Τα χαρακτηριστικά του ΕΣΥ	67
Είδη Νοσοκομειακής περίθαλψης	67
Τα επίπεδα περίθαλψης	67
Πίνακας4.5α: Επίπεδα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας	69
5 Υφιστάμενη κατάσταση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομειακών υποδομών και ανθρώπινου δυναμικού).	70
5.1 Η χωροταξική κατανομή των νοσοκομείων στην Ελλάδα	70
5.2 Το ανθρώπινο δυναμικό	72
Πίνακας 5.2α : Ποσοστιαία Κατανομή Ιατρικού Προσωπικού 2021	74
Πίνακας 5.2β : Ποσοστιαία Κατανομή Νοσηλευτικού Προσωπικού 2021	74
Πίνακας 5.2γ : Ποσοστιαία κατανομή συνολικού προσωπικού	75
5.3 Ανισότητες ως προς τις διαθέσιμες κλίνες	75
Πίνακας 5.3α :Διαθέσιμες κλίνες ανα γεωγραφική περιφέρεια 2021	75

5.4 Ανισότητες ως προς τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό	76
Πίνακας 5.4α : Πλήθος αξονικών/μαγνητικών τομογράφων ανά Περιφέρεια 2021	77
5.5 Ανισότητες ως προς τις ΜΕΘ παιδών	79
5.6 Ανισότητες ως προς το ανθρώπινο δυναμικό	79
Πίνακας 5.6α : Δείκτης Ιατρών/Κλίνη ανά Περιφέρεια 2021	80
Πίνακας 6β: Δείκτης Νοσηλευτών/ Κλίνη ανά Περιφέρεια 2021	80
6 Η Πανδημία στην Ελλάδα	81
Εικόνα 6: Σύνολο των κλινών ΜΕΘ covid ανά υγειονομική περιφέρεια	84
6.1 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εν μέσω Covid-19	84
6.2 Η συμβολή της τηλεϊατρικής στις υπηρεσίες υγείας	89
7 Συμπεράσματα	91
7.1 Οι προτάσεις για το σύστημα υγείας :	96
Βιβλιογραφία	98

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

«Δηλώνω υπεύθυνα ότι το έργο που εκπονήθηκε και παρουσιάζεται στην υποβαλλόμενη διπλωματική εργασία, έχει γραφτεί από εμένα αποκλειστικά στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης ότι αναφέρονται καταλλήλως στο σύνολό τους οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.»

Ονοματεπώνυμο

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



Εισαγωγή

Η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι ακρογωνιαίος λίθος της προσφοράς υπηρεσιών στους χρήστες του συστήματος. Το νοσοκομείο αποτελεί το βασικό υποσύστημα προσφοράς ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών, με στόχο την κάλυψη δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων και εξειδικευμένων πρωτοβάθμιων αναγκών υγείας. Ταυτόχρονα, είναι το κέντρο ανάπτυξης και έρευνας και εξειδίκευσης των ανθρώπινων πόρων του συστήματος υγείας. Τα επιτεύγματα κάθε νοσοκομειακής μονάδας εξαρτώνται από τον συνδυασμό των παραγωγικών συντελεστών συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπινων πόρων, υλικών πόρων, τεχνολογικών μεθόδων και οικονομικών πόρων. (Γούλα, 2007)

Η παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών πρέπει να χαρακτηρίζεται από ποιότητα και αποτελεσματικότητα, ενώ η πρόσβαση και κάλυψη του πληθυσμού πρέπει ιδεατά να είναι καθολική και ισότιμη στο εθνικό σύστημα υγείας. Στην Ελλάδα, ο τομέας των δημόσιων νοσοκομείων έχει δεχθεί έντονες επικρίσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα τους και επικεντρώνεται σε τέσσερις παράγοντες:

- a. Οι δημόσιες «επιχειρήσεις» δεν δέχονται να βασίσουν τον προγραμματισμό τους στην ικανοποίηση των ασθενών.
- b. Οι πόροι δεν κατανέμονται με αποτελεσματικό και δίκαιο τρόπο, με βάση τα προκαθορισμένα πρότυπα και τους στόχους που λαμβάνουν υπόψιν τις ανάγκες της υγείας του πληθυσμού.
- c. Τείνουν να υπερεκτιμούν και να υπερδιανέμουν το κόστος παραγωγής καθώς δεν έχουν το κίνητρο να αλλάξουν αυτή την συμπεριφορά.
- d. Αντιστέκονται ή καθυστερούν να προσαρμοστούν στον εκσυγχρονισμό και τις αλλαγές επειδή ανησυχούν ότι θα αφαιρέσει ή θα μειώσει την υπάρχουσα ισχύ τους.

Η πολιτική υγείας στην χώρα μας υφίσταται διαρκείς μεταρρυθμίσεις, που θυμίζουν το μύθο του Σίσυφου, αφού τίποτα δεν ολοκληρώνεται. Να αναφερθεί ότι έχουν ψηφιστεί τουλάχιστον άλλοι 5 νόμοι, χωρίς να λύνονται οι παθογένειες του συστήματος. Σύμφωνα με τους Stretton&Orchard, η απουσία σχεδιασμού και οικονομικού ελέγχου οδηγεί σε θεμελιώδη αδυναμία στη λήψη αποφάσεων, απόγονο του γεγονότος είναι οι αποφάσεις που λαμβάνονται να αντικατοπτρίζουν περισσότερο τα χαρακτηριστικά της " επιλογής του δημοσίου" παρά της "κοινωνικής επιλογής", την οποία πρέπει να εκφράζει το δημόσιο.(Πολύζος, κ.α 2008)

Η κατανομή των πόρων για την υγειονομική περίθαλψη, όπως η υποδομή, το προσωπικό και ο ιατρικός εξοπλισμός, μεταξύ διαφορετικών περιοχών μιας χώρας θα πρέπει να βασίζεται στον στρατηγικό σχεδιασμό που λαμβάνει υπόψιν διάφορους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη: γεωγραφία, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, δημογραφικά και επιδημιολογικά προφίλ. (Asefzadeh, 1996)

Στο ελληνικό σύστημα υγείας οι πόροι κατανέμονται από το κέντρο προς την περιφέρεια με βάση *ad hoc* εκτιμήσεις των αναμενόμενων αυξήσεων, χρησιμοποιώντας ως αναφορά τον προϋπολογισμό του προηγούμενου έτους. Οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την εν λόγω διαδικασία είναι οι πολιτικές πιέσεις που ασκούνται και οι πελατειακές σχέσεις σε κάθε περιφέρεια (Οικονόμου, 2012). Είναι πρόδηλο το γεγονός ότι δεν υφίστανται ορθολογικά κριτήρια και μηχανισμοί για την περιφερειακή κατανομή των πόρων, οξύνοντας έτσι τις περιφερειακές ανισότητες και την δημιουργία εμποδίων στην πρόσβαση των ασθενών.

Στην Ελλάδα στον τομέα της υγείας υλοποιήθηκαν 3 χρονικά ορόσημα το πρώτο συμπίπτει με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, το δεύτερο με την περιφερειακή οργάνωση του συστήματος υγείας και την προσπάθεια εισαγωγής σύγχρονων μεθόδων διοίκησης, ενώ το τρίτο με την οικονομική κρίση. Το κοινωνικό κράτος αντιμετώπισε πολλαπλές προκλήσεις και προβλήματα λόγω των χρόνιων διαρθρωτικών, διοικητικών και οικονομικών προβλημάτων που επιδεινώθηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό με τα μέτρα λιτότητας.

Αυτό ενισχύεται από το γεγονός ότι παρουσιάζονται εμπόδια στην πρόσβαση κατά την οικονομική κρίση που σχετίζονται με δύο παράγοντες, πρώτον η έλλειψη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία προκαλείται από την έλλειψη γιατρών και η περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα για τους γιατρούς που έχουν συμβληθεί με το ΕΣΥ. Δεύτερον με βάση το σύστημα χρηματοδότησης, το οποίο περιλαμβάνει την μετατόπιση σημαντικού μέρους του κόστους για περίθαλψη στα νοικοκυριά, με αποτέλεσμα τα άτομα με προβλήματα υγείας να έρχονται αντιμέτωπα με την κακή ποιότητα ζωής λόγω της επιβάρυνσης του κόστους. (Τούντας Γιάννης, 2020)

Μετά την δεκαετή οικονομική κρίση ακολούθησε η πανδημία, όπου άσκησε περισσότερο πίεση στο ΕΣΥ, επιταχύνοντας την υιοθέτηση στοχευμένων μέτρων και πολιτικών για την υποστήριξη του ΕΣΥ με εξοπλισμό, πρόσληψη προσωπικού διότι είχαν επιβληθεί εθνικά και περιφερειακά lockdown.

Η βελτίωση της ισότητας και η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελούν προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν. Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα αντιμετωπίζει προκλήσεις που εμποδίζουν την αποτελεσματική πρόσβαση στην περίθαλψη και απειλούν την ιδέα της καθολικότητας αυτές οι προκλήσεις οφείλονται κατά κύριο λόγο στην υποστελέχωση και τον ανεπαρκή εξοπλισμό στα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στα δημόσια νοσοκομεία που πηγάζουν από την υποχρηματοδότηση. Αν και ορισμένες πρόσφατες μεταρρυθμίσεις ήταν αποτελεσματικές από την άποψη των οικονομικών στόχων, η μείωση της χρηματοδότησης για την υγεία είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ικανότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Μεθοδολογία

Η έρευνα που θα διεξαχθεί θα γίνει με βιβλιογραφική ανασκόπηση και την ανάλυση δευτερογενών δεδομένων, χρησιμοποιώντας στοιχεία από την Elstat, Eurostat ,OECD και το υπουργείο Υγείας. Τα δεδομένα αφορούν τις υποδομές των δημόσιων νοσοκομείων(κλίνες, ιατρικό προσωπικό, αξονικοί τομογράφοι) στις 13 περιφέρειες καθώς και τον πληθυσμό τους.

Ακόμη, αναζητήθηκαν οι έννοιες πρόσβαση, προσβασιμότητα, τηλεϊατρική , οικονομική κρίση και ισότητα σε διάφορες μηχανές αναζήτησης όπως Pubmed, Springer, Google Scholar, archive.org κ.α. Ο τρόπος διεξαγωγής των αποτελεσμάτων θα γίνει με την βοήθεια του αριθμού του πληθυσμού της εκάστοτε περιφέρειας με τις υποδομές που θα αναφερθούν π.χ. για την αναλογία των κλινών ανά 1000 κατοίκους, θα διαιρεθούν οι κλίνες προς τον πληθυσμό που εξυπηρετεί η περιφέρεια πολλαπλασιάζοντας με το 1000.

Ύστερα, γίνεται μια γεωγραφική χωροθέτηση των νοσοκομείων ώστε να διευκρινιστεί ο χρόνος πρόσβασης και τα χιλιόμετρα από το κάθε νοσοκομείο της ίδιας περιφέρειας, ώστε σε περίπτωση που δεν μπορεί να εξυπηρετήσει το ένα νοσοκομείο λόγω χάρη έλλειψη κλίνης, πόσα χιλιόμετρα και πόσος χρόνος χρειάζεται ο ασθενής να διανύσει. Για την μέτρηση των χιλιομέτρων, χρησιμοποιήθηκε το gps.

Στόχος της εργασίας η ανάδειξη των επιπτώσεων που είχε η οικονομική κρίση και η πανδημία στην πρόσβαση των πολιτών, την μέτρηση των περιφερειακών ανισοτήτων ως προς την κατανομή στην υφιστάμενη περίοδο (περιλαμβάνει μέτρηση υποδομών, εξοπλισμών και ιατρικών προσωπικών) καθώς και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ΕΣΥ σχετικά με την διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και την διοίκηση των νοσοκομείων. Κάνοντας αυτήν την ανασκόπηση, η εργασία αυτή μπορεί να βοηθήσει τους σχεδιαστές χάραξης πολιτικών να λάβουν αποφάσεις σχετικά με το επιδημιολογικό προφίλ και τις ανάγκες/ ελλείψεις κάθε περιφέρειας.

Με βάση την συλλογή των στοιχείων που θα συλλεχθούν αναμένονται τα εξής :

- Σε ποιο βαθμό επηρεάζεται η πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας στην οικονομική κρίση και στον covid-19;
- Ποιες υγειονομικές ανισότητες έχουν καταγραφεί κατά την οικονομική κρίση και τον covid-19;

- Η τηλεϊατρική συνέβαλε στην άμβλυνση των ανισοτήτων;

Θεωρητικές προσεγγίσεις

1.1 Περιφερειακή Ανάπτυξη

Οι οικονομολόγοι πάντα ενδιαφέρονταν για το πόσοι πόροι είναι διαθέσιμοι για χρήση για διαφορετικούς σκοπούς, αλλά στο παρελθόν δεν έδιναν τόση σημασία στο πού βρίσκονται αυτοί οι πόροι. Στα οικονομικά, η χρονική διάσταση (πόσο θα διαρκέσει κάτι) είναι πιο σημαντική από τη χωρική διάσταση (που βρίσκεται κάτι). Από τη δεκαετία του 1930, ο χώρος έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός παράγοντας στις οικονομικές θεωρίες και στην περιφερειακή ανάλυση. (Χριστοφάκης, 2000)

Μέχρι πρότινος η παραδοσιακή οικονομική αγνοούσε τη χωρική διάσταση των οικονομικών φαινομένων διότι στήριζε τις υποθέσεις της στην τέλεια κινητικότητα των συντελεστών παραγωγής από περιοχή σε περιοχή. Οι νεοκλασικοί πιστεύουν ότι η επίδραση του χώρου στις οικονομικές δραστηριότητες είναι ανύπαρκτη γιατί δεν υπάρχει κόστος μεταφοράς και οι πόροι κινούνται άμεσα, αυτόματα και αδάπανα καθώς μπορούν να κατανεμηθούν ομοιόμορφα στο χώρο. Ουσιαστικά είναι θεωρίες αυτοεξισορρόπησης- ανάπτυξης που «υποστηρίζουν ότι οι αυτόματοι μηχανισμοί της αγοράς τείνουν να προκαλέσουν τόσο εξισορρόπηση όσο και μείωση των ανισοτήτων στο χώρο» (Λαμπρινιάδης, 2001)

Το κράτος στις Κεϋνσιανές πολιτικές, μέσω από μεγάλης κλίμακας δημόσιες επενδύσεις δίνει ενίσχυση κατά βάση στις κεντρικές περιοχές ώστε να εξασφαλιστεί η ώθηση της ανάπτυξης. Η περιφερειακή ανάπτυξη είναι πολιτική απόρροια που προέκυψε ως ανάγκη αντιμετώπισης των επιπτώσεων από την οικονομική κρίση της δεκαετίας του '30 στις καθυστερημένες περιφέρειες, καθώς και στην αναδόμηση των οικονομιών που επήλθαν από το πόλεμο.

Ωστόσο, οι έρευνες για τις περιφερειακές ανισότητες άρχισαν να μελετώνται σε βάθος από τα τέλη της δεκαετίας του '60. Υπάρχουν διάφορες μορφές ασύμμετρης ανάπτυξης, οι οποίες ποικίλλουν ανάλογα με τη φάση στην οποία βρίσκεται η χώρα.

Ο A.Hirschman (1958) διατύπωσε ότι οι περιφερειακές ανισότητες είναι αναπόφευκτες στο βαθμό που προϋποθέτουν την αναπτυξιακή διαδικασία. Στα πρώτα στάδια της ανάπτυξης μιας περιφέρειας υπάρχει μεγάλη πόλωση. Αλλά καθώς η ανάπτυξη εξαπλώνεται από τις πιο ανεπτυγμένες περιοχές στις μικρότερες, αυτή η πόλωση σταδιακά μειώνεται.

Η περιφερειακή ανάπτυξη σύμφωνα με τον Rostow είναι μια γραμμική εξέλιξη που αποτελείται από 5 στάδια καθένα από τα οποία θέτει τις βάσεις για το επόμενο. Στο πρώτο στάδιο βρίσκεται η παραδοσιακή κοινωνία, η παραγωγή των ειδών διατροφής γίνεται μέσω της αγροτικής καλλιέργειας καθώς η αγροτική οικονομία καλύπτει το 70% του πληθυσμού. Η παραγωγικότητα είναι χαμηλή επειδή δεν εκμεταλλεύονται τα τεχνολογικά επιτεύγματα. Ο Rostow τόνισε ένα μεταβατικό στάδιο μεταξύ της παραδοσιακής κοινωνίας και της απογείωσης κατά τη διάρκεια των οποίων οι χώρες ανέπτυξαν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για θεμελιακές αλλαγές και οικονομική πρόοδο που μπορούν να επιτευχθούν με την συσσώρευση κεφαλαίου, την σύνδεση της γεωργίας με την τυποποίηση, την οργάνωση του κατάλληλου θεσμικού πλαισίου καθώς και την βελτίωση του επιπέδου υγείας. Στην απογείωση η βασική δομή της οικονομίας και η κοινωνική και πολιτική δομή της κοινωνίας μετασχηματίζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται η σταθεροποίηση των ρυθμών ανάπτυξης στοχεύοντας σε σύγχρονους κλάδους καθώς παρατηρείται αύξηση στον ρυθμό αποταμιεύσεων και επενδύσεων. Έπειτα, στο στάδιο της ωριμότητας εφαρμόζεται η τεχνολογία σε όλες τις δραστηριότητες και η οικονομία ωριμάζει. Οι καρποί αυτών είναι ο πληθυσμός να αστικοποιείται, το ποσοστό των εξειδικευμένων εργαζομένων σε μια αστική περιοχή να αυξάνεται, ενισχύοντας έτσι την παραγωγικότητα και το κατά κεφαλήν εισόδημα τους. Μεταξύ των άλλων δίνεται ιδιαίτερο βάρος στις ανθρώπινες αξίες π.χ. επενδύσεις σε κοινωνικές υποδομές όπως τα νοσοκομεία. Καταλήγοντας, στο πέμπτο στάδιο υφίσταται η γενίκευση της κοινωνικής ευημερίας και μαζικοποιείται η κατανάλωση αγαθών. Συλλήβδην, η χωρική κατανομή των ηγετικών κλάδων οδηγεί σε ηγετικές περιφέρειες με αποτέλεσμα η σχετική αναπτυξιακή διαδικασία (ανάλυση σταδίων) να ενθαρρύνει τις περιφερειακές ανισότητες.

Έπειτα, ο Friedman περιγράφει τέσσερις διαφορετικές φάσεις της οικονομίας με βάση το πόσο η βιομηχανία παίζει ρόλο στο ΑΕΠ. Αρχικά, στο προβιομηχανικό στάδιο (ποσοστό βιομηχανίας 0-10%) δεν υπάρχει ενδιαφέρον για τις περιφερειακές ανισότητες, οι περιοχές είναι υποανάπτυκτες, το ενδιαφέρον των κατοίκων είναι η

γεωργία και η εξόρυξη. Οι περιοχές για να κατευθυνθούν προς την ανάπτυξη επιβάλλονται οι βελτιώσεις που αφορούν την υγεία, την εκπαίδευση κ.α. Τα κεντρικά σημεία ευνοούνται σε αυτό το στάδιο χάριν των επενδύσεων. Στο δεύτερο στάδιο (10-25%) η οικονομία περνάει σε μια μεταβατική περίοδο όπου, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην περιφερειακή πολιτική, παράλληλα οι εξωτερικές οικονομίες δημιουργούν την ανάγκη μέτρων για την οργάνωση του χώρου και συγκέντρωσης της βιομηχανίας. Ενισχύεται το κέντρο και η περιφέρεια φθίνει ή είναι στάσιμη. Η εφαρμογή μέτρων εθνικής περιφερειακής πολιτικής θα είναι επικουρική για την ανάπτυξη της οικονομίας. Στο επόμενο στάδιο (25-50%) γίνονται προσπάθειες από την περιφερειακή πολιτική να αντιμετωπίσει τα αναπτυξιακά προβλήματα των απομονωμένων περιοχών καθώς και την οργάνωση των υποδομών των αστικών κέντρων. Τέλος, στη μεταβιομηχανική φάση η περιφερειακή πολιτική στοχεύει στην ενίσχυση της κοινωνικής ευημερίας, την βελτίωση των κοινωνικών υπηρεσιών καθώς παρατηρείται και ο περιορισμός της άνισης κατανομής των συντελεστών της παραγωγής στον χώρο. (Πολύζος, 2019)

Η θεωρία της «σωρευτικής αιτιότητας» του Myrdal αποτελεί σημαντική συνεισφορά στο περιφερειακό πρόβλημα καθώς χρησιμοποιείται ως κλασικό υπόδειγμα για την κατανόηση των περιφερειακών ανισοτήτων. Η θεωρία εξηγεί πώς η οικονομική ανάπτυξη επηρεάζει τις περιφερειακές ανισότητες. Ο Myrdal προσπαθεί να καταδείξει ότι οι δυνάμεις της αγοράς αντί να μειώνουν τις περιφερειακές ανισότητες τις αυξάνουν. (Capello, 2009)

Προκειμένου να προσδιοριστούν οι περιφερειακές ανισότητες συσχετίζονται τρία στάδια ανάπτυξης μίας οικονομίας με δύο αλληλοσυνδεόμενες διαδικασίες. Η πρώτη διαδικασία ονομάζεται «σωρευτική αιτιότητα» όπου η οικονομική ανάπτυξη συγκεντρώνεται σε ορισμένα μέρη επειδή αυτά τα μέρη έχουν φυσικά ή επίκτητα πλεονεκτήματα. Η δεύτερη διαδικασία ονομάζεται «χωρική αλληλεξάρτηση» η οποία προξενεί την αποδυνάμωση των αδύναμων περιφερειών από τις ισχυρότερες.

Στο στάδιο πρώτο, το προβιομηχανικό, οι περιφερειακές ανισότητες είναι ανύπαρκτες. Στο δεύτερο στάδιο της σωρευτικής αιτιότητας προκαλούνται μεγάλες περιφερειακές ανισότητες σε συνδυασμό με τα αποψιλωτικά αποτελέσματα, που προέρχονται από τη γρήγορα αναπτυσσόμενη οικονομία των κεντρικών περιφερειών. Στο τελευταίο στάδιο που είναι η επέκταση της ανάπτυξης, το αποτέλεσμα είναι η μείωση των ανισοτήτων όπου πραγματοποιείται με την διάχυση της ανάπτυξης σε όλες τις περιοχές της χώρας και με την ενίσχυση πολύ αυστηρών μέτρων

περιφερειακής πολιτικής. Οι δημόσιες επενδύσεις (νοσοκομεία, οδικά δίκτυα κ.λπ.) συμβάλλουν στη βελτίωση των υποδομών για τους ανθρώπους και την οικονομία καθώς θα βοηθήσουν στην προσέλκυση νέων επιχειρήσεων στην περιοχή. (Πολύζος, 2019)

Ως αποτέλεσμα των ανεπαρκειών στην παραδοσιακή προσέγγιση των προβλημάτων τοποθεσίας, ένα νέο σώμα σκέψης έχει εμφανιστεί τα τελευταία χρόνια που επικεντρώνεται στην έννοια των αναπτυξιακών πόλων (poles de croissance). Αυτή η έννοια διατυπώθηκε για πρώτη φορά συστηματικά σε ένα γνωστό άρθρο του Perroux, ο οποίος υποστήριξε ότι το θεμελιώδες γεγονός της χωρικής, καθώς και τομειακής ανάπτυξης είναι ότι « η ανάπτυξη δεν πραγματοποιείται παντού και ταυτόχρονα , εμφανίζεται σε σημεία ή πόλους ανάπτυξης με μεταβλητή ένταση και εξαπλώνεται μέσα από διάφορα κανάλια προκαλώντας ποικίλες τελικές συνέπειες σε ολόκληρη την οικονομία ». Έτσι, ο πόλος ανάπτυξης κατέχει κεντρική θέση στο σύστημα εισροών και εκροών και κάθε επέκταση και συρρίκνωση του πόλου οδηγεί σε μια επιπλέον επέκταση ή συρρίκνωση στο δίκτυο και στη σφαίρα επιρροής του και γενικά στη υπόλοιπη οικονομία μέσω της εξάπλωσης των πολλαπλασιαστικών επιπτώσεων. Τα σημεία και οι πόλοι ανάπτυξης βρίσκονται σε έναν αφηρημένο οικονομικό χώρο. (Πολύζος, 2019)

Ο Perroux υποστηρίζει ότι υπάρχουν τρεις τύποι οικονομικού χώρου: ο οικονομικός χώρος που ορίζεται από σχέδια, ο οικονομικός χώρος ως πεδίο δύναμης και ο οικονομικός χώρος ως ένα ομοιογενές σύνολο. Ακόμη γίνεται σαφές ότι η ανάλυση του Perroux επικεντρώνεται σε πολύπλοκες οικονομικές σχέσεις και όχι σε συγκεκριμένα γεωγραφικά ζητήματα. Ο οικονομικός χώρος ως πεδίο δύναμης είναι πιο σχετικός με το παρόν πλαίσιο, καθώς αποτελείται από κέντρα (ή πόλους ή εστίες) από τα οποία προέρχονται οι φυγόκεντρες δυνάμεις και από τις οποίες έλκονται κεντρομόλες δυνάμεις.

Οι πόλοι ανάπτυξης βρίσκονται χωρικά σε βιομηχανικές πόλεις ή σε επαρχιακά αστικά κέντρα τα οποία μέσω των φυσικών και τεχνικών πλεονεκτημάτων που διαθέτουν, δημιουργούν την εγκατάσταση των προωθητικών βιομηχανιών. Η εγκατάσταση προωθητικών βιομηχανιών στα σημεία αυτά έχει αναπτυξιακή επίδραση, πρώτα στους αναπτυξιακούς πόλους και μετέπειτα στις επιμέρους χωρικές ενότητες της πολιτικής περιφέρειας, εξαιτίας της λειτουργικής συνεκτικότητας και αλληλεξάρτησης των σημαντικών σχέσεων και ροών που υπάρχουν μεταξύ πόλου και περιφέρειας. (Πολύζος, 2019)

Ένας πόλος ανάπτυξης είναι μια σημαντική κινητήρια δύναμη στην οικονομία. Μπορεί να είναι εταιρεία, βιομηχανία ή συνδυασμός βιομηχανιών. Όταν δρα σε άλλες μονάδες με τις οποίες έχει σχέσεις, μπορεί να έχει βαθιά επίδραση στις κινήσεις αυτών των μονάδων. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των βιομηχανιών στον αναπτυξιακό πόλο συμβάλλει στην προώθηση και την τόνωση της περιφερειακής ανάπτυξης, καθώς αυτές οι βιομηχανίες αναπτύσσονται ταχύτερα από τον μέσο όρο και παράγουν προϊόντα που είναι τεχνολογικά προηγμένα. Αυτές οι βιομηχανίες αναπτύσσονται ταχύτερα από τη μέση βιομηχανική παραγωγή και το εθνικό προϊόν καθώς εκσυγχρονίζονται τεχνολογικά και διοχετεύουν διακλαδικά το υψηλό επίπεδο της τεχνολογικής αποτελεσματικότητας. Οι προωθητικές βιομηχανίες θα ενισχύσουν το εισόδημα της περιοχής, η ενίσχυση θα είναι πιο εκτεταμένη από εκείνη που θα συνέβαινε αν οι δραστηριότητες ήταν ομοιογενείς ή τυχαία κατανομημένες στο χώρο. Συνεπώς, η εγκατάσταση των προωθητικών βιομηχανιών συμβάλλει στην ανάπτυξη του ίδιου του πόλου καθώς και τον υπόλοιπο περιβάλλοντα χώρο.

Η θεωρία των πόλων ανάπτυξης επηρέασε σημαντικά τη θεωρία της περιφερειακής ανάπτυξης και εφαρμόστηκε ευρύτατα κατά τις δεκαετίες του '60 και του '70 σε πολλές χώρες. Την θεωρία αυτή την ακολούθησαν χώρες όπως η Ισπανία, η Γαλλία καθώς και η Ελλάδα την δεκαετία του 1970. Ωστόσο, η θεωρία δεν εξηγεί τους λόγους για την αρχική ύπαρξη ή τη δημιουργία της «προωθητικής βιομηχανίας» σε μια περιοχή, με συνέπεια να μην είναι δυνατόν να διακριθούν τα αναπτυξιακά αποτελέσματα ενός «φυσικού πόλου» και ενός «σχεδιασμένου (planned) πόλου». Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία των δεκαεσσάρων πόλων στην Ελλάδα και οι υγειονομικές υπηρεσίες αναβαθμίστηκαν μέσω της θεωρίας.

Προς τα τέλη της δεκαετίας του 1970, η κορύφωση της οικονομικής κρίσης, παράλληλα με την σταδιακή εμφάνιση του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης, άσκησαν σημαντικούς κλυδωνισμούς στο κυρίαρχο αναπτυξιακό πρότυπο. Στις λιγότερο ανεπτυγμένες περιοχές οι συνθήκες και η ποιότητα ζωής δεν βελτιώθηκαν όπως αναμενόταν, ενώ στα μεγάλα αστικά βιομηχανικά συγκροτήματα οι εντεινόμενες τάσεις πληθυσμιακής συσσώρευσης και δραστηριοτήτων δημιούργησαν έντονα προβλήματα κορεσμού και υποβάθμισης. Το περιβάλλον και οι αρνητικές εξωτερικές επιδράσεις έγιναν επίσης πρόβλημα.

Η δεύτερη πρόκληση για τη νεοκλασική λογική και τα συμπεράσματα σχετικά με την ισόρροπη ανάπτυξη προήλθε από τη θεωρία της ενδογενούς ανάπτυξης, όπως

παρουσιάστηκε από τον Romer(1986). Σημαντικό ρόλο στις στρατηγικές περιφερειακής και τοπικής ανάπτυξης παίζουν παράγοντες όπως η αναβάθμιση του ενδογενούς δυναμικού, η πληροφόρηση, η έρευνα και ανάπτυξη, η ενίσχυση των καινοτομιών, οι ΜΜΕ.(Χριστοφάκης, 2000) Από τη δεκαετία του 1990, υπάρχει μια σειρά από διαφορετικές βιβλιογραφίες που υποστηρίζουν μια διαφορετική, πιο ριζοσπαστική οπτική για τα οικονομικά που είναι αντίθετη της νεοκλασικής θεώρησης. Αυτή η προοπτική υποδηλώνει ότι η οικονομία της αγοράς είναι εγγενώς ασταθής και προκαλεί ανισότητες σε διάφορα χωρικά επίπεδα. Σύμφωνα με τον Krugman(1991) η αλληλεπίδραση των εξωτερικών οικονομιών κλίμακας με το κόστος μεταφοράς είναι το κλειδί για την εξήγησή της περιφερειακής βιομηχανικής δοκιμαστικής συγκέντρωσης και τον σχηματισμό των περιφερειακών «κέντρων» και «περιφερειών» Όταν το κόστος μεταφοράς είναι χαμηλό, οι εταιρείες συνήθως μετακινούνται σε μεγαλύτερες αγορές επειδή υπάρχουν μειονεκτήματα στις περιφέρειες, όπως οι οικονομίες συγκέντρωσης, σαν επακόλουθο την αύξηση των ανισοτήτων.

Ο Porter έχει υποστηρίξει ότι ο βαθμός γεωγραφικής ομαδοποίησης των βιομηχανιών σε μια εθνική οικονομία παίζει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό των τομέων εκείνων που μπορούν να αποκτήσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στη διεθνή οικονομία. Η φθίνουσα τάση ή στασιμότητα προκαλούνται από την έλλειψη ανταγωνιστικών προκλήσεων, την απομόνωση και καινοτόμες πρωτοβουλίες. (Πολύζος, 2019)

1.2 Περιφερειακές ανισότητες

Τα όρια των περιοχών εντός του εθνικού/διεθνούς χώρου μπορεί να είναι δύσκολο να καθοριστούν. Μολονότι μια περιοχή μπορεί να θεωρηθεί σαν 'τομή' πάνω στο γεωγραφικό χώρο (δηλαδή, δεν περιλαμβάνει απαραίτητα κοινά ή διαφορετικά καθορισμένα χαρακτηριστικά εντός των ορίων της) μια περιφέρεια θεωρείται κάτι πιο αυστηρά καθορισμένο. Το χαρακτηριστικό της είναι ότι αντιστοιχεί σε μια ολοκληρωμένη δομή (π.χ. οικονομική, ή/και κοινωνική, ή/και φυσική, ή/και διοικητική) ώστε να μπορεί να διαφέρει από τις άλλες περιφέρειες. Συνεπώς, η περιφέρεια δεν δύναται να χαρακτηριστεί ως γεωμετρικό σχήμα, όμως χαρακτηρίζεται από οικονομικά, κοινωνικά κ.α. χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν.

Ο ορισμός της περιφέρειας , δεν παρουσιάζει έντονες διαφοροποιήσεις στην προσέγγιση , παρόλα αυτά μπορεί να πραγματοποιηθεί από δυο ξεχωριστές θέσεις , την γεωγραφική και την κοινωνική :

1. Η πρώτη προσέγγιση , αφορά την τοποθεσία του συγκεκριμένου χώρου και κυρίως την φυσική απόσταση αυτού από το μητροπολιτικό κέντρο.

2. Η δεύτερη προσέγγιση , αφορά το κατά πόσο , το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο , η συμπεριφορά και τα συνήθη ή ειδικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της συγκεκριμένης περιοχής επηρεάζουν τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες.

Σε κάθε περίπτωση , το νόημα και των δυο πλευρών ικανοποιείται από την αποδοχή της παρακάτω προσέγγισης “ Με την έννοια περιφέρεια νοείται μια γεωγραφική , λειτουργική και ουσιαστική διακριτή από τις άλλες, σε όρους πολιτιστικής ιδιαιτερότητας , κοινωνικής πολιτικής κυρίως και δευτερευόντως οικονομικής, σύμφωνα με την σύγχρονη οικονομική λειτουργία.(Παπακωνσταντινίδης,2003).

Οι περιφερειακές ανισότητες χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό των διαφορών που αφορούν τα επίπεδα ευημερίας ή ανάπτυξης που ενυπάρχουν μεταξύ των περιφερειών. Ειδικότερα , ο ορισμός των περιφερειακών ανισοτήτων είναι οι ανισότητες στις ευκαιρίες που υπάρχουν στις χωρικές μονάδες . Οι ευκαιρίες μπορεί να αφορούν οικονομικές δραστηριότητες , αναψυχή , επενδύσεις και περίθαλψη κ.α. Για τον εντοπισμό των ανισοτήτων προκύπτουν σημαντικά προβλήματα ποσοτικής αποτύπωσης. Απαραίτητες είναι οι μετρήσεις σχετικά με τις αποστάσεις , τοπικές αντιλήψεις καθώς και την μέτρηση των υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού.

Σύμφωνα με τον M.Polese , οι περιφερειακές ανισότητες μπορούν να διακριθούν σε δυο κατηγορίες :

- Ανισότητες που αφορούν το επίπεδο ευημερίας ή το πραγματικό εισόδημα των κατοίκων των περιφερειών.
- Ανισότητες στην κατανομή των δραστηριοτήτων , θέσεων εργασίας και πληθυσμού.

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους εμφανίζονται ανισότητες μεταξύ των περιφερειών ανάλογα με τους παράγοντες που επηρεάζουν την κινητικότητα των συντελεστών παραγωγής και τη συγκέντρωση σε συγκεκριμένες περιοχές. Μερικοί από τους κοινώς αποδεκτούς λόγους για τις ανισότητες μεταξύ χωρών περιφερειών σε

περιοχές με αναπτυξιακά προβλήματα είναι το κόστος εργασίας , χαμηλή ποιότητα υποδομών και έλλειψη ειδικευμένων εργαζομένων καθώς και οι δημογραφικές τάσεις.

1.3 Γεωγραφικές ανισότητες στα συστήματα υγείας

Το πρόβλημα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας δεν είναι απλώς ένα πρόβλημα στο πλαίσιο των κοινωνικοοικονομικών διαφορών μεταξύ των ατόμων, αλλά εκδηλώνεται και σε γεωγραφικό επίπεδο, με την εμφάνιση περιφερειακών ανισοτήτων ως προς τους δείκτες υγείας και την παροχή υπηρεσιών. Μάλιστα σύμφωνα με έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι οι περιοχές που είναι φτωχές και χαρακτηρίζονται με υψηλά ποσοστά ανεργίας και υποαπασχόλησης έχουν τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας(Μουσιδίου, Παπαθεοδώρου 2011).

Στις περισσότερες χώρες, ο αριθμός των εγκαταστάσεων υγείας και των γιατρών αυξάνεται καθώς αυξάνεται το μέσο εισόδημα των περιοχών που πρέπει να εξυπηρετηθούν. Αυτή η τάση συνήθως ενισχύεται σε συστήματα προσανατολισμένα στην αγορά, όπου η υγεία παρέχεται σε μεγάλο βαθμό από ιδιώτες προμηθευτές και με μεγάλα κέρδη.

Τα περιφερειακά προβλήματα συνδέονται με τα γενικά προβλήματα και τις διακυμάνσεις των ρυθμών ανάπτυξης των περιφερειών όπου παρατηρούνται με τη σειρά τους έντονες διαφοροποιήσεις. Από τα μέσα του 1970 το φαινόμενο αυτό συναντάται στις περισσότερες χώρες και είναι αποτέλεσμα της αναδιάρθρωσης της σχέσης μεταξύ κεντρικού και τοπικού, της μείωσης των κρατικών επιχορηγήσεων σε τοπικό επίπεδο και της μείωσης των κοινωνικών κρατικών δαπανών .Αυτή η εξέλιξη έχει δημιουργήσει συνθήκες υποβάθμισης στον κοινωνικό και οικονομικό χαρακτήρα της τοπικής ανάπτυξης.

Αναφορικά

με την εξήγηση των περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία έχουν αναδειχθεί δυο προσεγγίσεις, οι οποίες αιτιολογούν το πρόβλημα :(Σουλιώτης,2001) α. «στις υφιστάμενες κοινωνικοοικονομικές διαφοροποιήσεις των περιφερειών (στην οικονομική ανάπτυξη, στο εισόδημα, στην απασχόληση, στις συνθήκες διαβίωσης κ.λ.π.) οι οποίες οδηγούν σε υγειονομικές ανισότητες (θεωρία της κοινωνικής αιτιολογίας)» και β. «στην ανορθολογική κατανομή των πόρων υγείας που οδηγεί στη δημιουργία ανισοτήτων στην πρόσβαση και τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών».

Η γεωγραφική περιοχή είναι σημαντική όσον αφορά στις ανισότητες στην

πρόσβαση υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες υγείας είναι οργανωμένες σε γεωγραφική βάση, κατά συνέπεια τα ζητήματα ισότητας μεταξύ των περιοχών καθίστανται θεμελιώδη για την κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης. Το γεγονός ότι τα νοσοκομεία και οι κλινικές συγκεντρώνονται σε ορισμένες περιοχές, ανεξάρτητα από τον τύπο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που ισχύει, υποδηλώνει ότι οι γεωγραφικοί παράγοντες μπορεί να είναι κρίσιμοι για τον προσδιορισμό της πρόσβασης στην περίθαλψη και τα αποτελέσματα της υγείας.

Ο γεωγραφικός χώρος μπορεί να έχει αντίκτυπο στην υγεία ενός ατόμου. Η διαμόρφωση των διακυμάνσεων στην υγεία μπορεί να προκληθούν από πολλούς διαφορετικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του φυσικού περιβάλλοντος και των οικονομικών συνθηκών. Οι ανεπάρκειες του κοινωνικού περιβάλλοντος όπως η μεταφορά και η κοινωνική φροντίδα μπορούν να επιφέρουν αρνητικό αντίκτυπο στην περιφερειακή υγεία. Η γεωγραφική θέση μπορεί να επηρεάσει το είδος της υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνουν τα άτομα. Οι ποικίλες τιμές των εισροών επηρεάζουν το κόστος παροχής της υγειονομικής περίθαλψης και μπορούν να επηρεάσουν την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης. Υπάρχουν διαφορές μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών όσον αφορά τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που οδηγεί σε υψηλότερο κόστος για την παροχή του ίδιου επιπέδου περίθαλψης στις αγροτικές περιοχές. (Χατζηπουλίδης Γεώργιος,2006)

Οι αγροτικές περιοχές μπορεί να χρειάζονται πρόσθετη οικονομική βοήθεια για την παροχή του ίδιου επιπέδου φροντίδας με τις αστικές περιοχές, με αποτέλεσμα χαμηλότερα επίπεδα υπηρεσιών για τους πολίτες. Οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών αντιμετωπίζουν προβλήματα με την πρόσβαση σε γιατρούς και εγκαταστάσεις γεγονός που επηρεάζει το επίπεδο υγείας τους. Ακόμη, οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών πρέπει να διανύσουν μεγαλύτερες αποστάσεις για να έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη λόγω προβλημάτων όπως κακοί δρόμοι και απουσία δημόσιων συγκοινωνιών.

Ταυτόχρονα παρατηρείται η μη προσέλκυση νέου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που θα μείωνε το πρόβλημα. Συνεπώς, η προσφορά σε ποιότητα και ποσότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών είναι χαμηλή σε σχέση με τη ζήτηση, γεγονός που φαίνεται να οδηγεί σε περιορισμό της αναζήτησης υγειονομικής φροντίδας. Αντίθετα οι αστικές περιοχές με υψηλότερη οικονομική ανάπτυξη και πυκνότητα πληθυσμού έχουν καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καθιστώντας ευκολότερο για τους

ανθρώπους να τις επισκέπτονται συχνά για να έχουν καλή υγεία (Rice and Smith, 2001).

Η προσβασιμότητα εξαρτάται από τις τοπικές ανομοιογένειες, ανομοιομορφίες μεταξύ πόλεων και επαρχιών και τη μεταφορική δυνατότητα. (European Commission, 2008). Τα γεωγραφικά εμπόδια μπορούν να μετατραπούν σε διόδους επικοινωνίας με τη χρήση συγκεκριμένης τεχνολογικής γνώσης. Οι υλικοί περιορισμοί που επιβάλλει ο χώρος στους ανθρώπους, πρέπει να συσχετιστούν με τη γνώση και τη διαθεσιμότητα της τεχνολογίας. Η έννοια της απόστασης έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εμπόδιο όπου μπορεί να αναπαρασταθεί με την διάσταση του χρόνου και το υλικό κόστος που επιβάλλει κάθε μετακίνηση, ανάλογα με το μέσο και το δίκτυο μεταφορών που θα χρησιμοποιηθεί από τον εκάστοτε ενδιαφερόμενο. Επομένως, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται από διάφορους επιμέρους παράγοντες, όπως η κινητικότητα και η οικονομική κατάσταση του ατόμου. (Haynes, 2003)

Μια σημαντική πρόκληση είναι η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, δεδομένου ότι πολλοί άνθρωποι χρησιμοποιούν τα μέσα μαζικής μεταφοράς. Παράδειγμα αυτού αποτελεί η ομάδα ανθρώπων με λειτουργικές αναπηρίες, κυρίως για εκείνα τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες όπου υπάρχει πιθανότητα να αντιμετωπίσουν εμπόδια στην πρόσβαση, ακόμα και αν οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται σε κοντινή απόσταση. (Gulliford, 2003)

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο και ειδικότερα στην Ελλάδα παρατηρείται σε σύγκριση με άλλες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης ότι η Ελλάδα βρίσκεται στη 2η θέση όσον αφορά τα εμπόδια υγείας. (OECD, 2021). Ειδικότερα, οι άνθρωποι είναι πιο πιθανό να αποκλειστούν από τις ιατρικές εξετάσεις εάν βρίσκονται μακριά από τα νοσοκομεία. Ένα μόνιμο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας είναι η άνιση περιφερειακή κατανομή των υποδομών και των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Και αυτό γιατί οι πόροι υγείας στην Ελλάδα δεν κατανεμήθηκαν ανάλογα με τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης. Αντ' αυτού, διανεμήθηκαν με βάση το ιστορικό προηγούμενο, τις πολιτικές διαπραγματεύσεις και τις συγκεντρωτικές γραφειοκρατικές διαδικασίες. (Οικονόμου, 2012)

Ορισμένες κοινωνικές ομάδες και οι άνθρωποι που ζουν σε “ακριτικές περιοχές” αντιμετωπίζουν προβλήματα που αφορούν την απόσταση. Αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί από την γεωμορφολογία της Ελλάδας όπου συμπεριλαμβάνονται βουνά και πλήθος από χωριά και νησιά με αραιούς πληθυσμούς. Σύμφωνα με μια μελέτη

διαπιστώθηκε ότι το ιατρικό προσωπικό της απομακρυσμένης υγειονομικής περίθαλψης είναι ανεπαρκές, με τα νομοθετικά κίνητρα για την πρόσληψη και τη διατήρηση γιατρών σε απομακρυσμένες τοποθεσίες να είναι αναποτελεσματικά. (Βαρδιαμπάσης, 2014). Ακόμη, η τοποθεσία επηρεάζει την απόδοση των απομακρυσμένων μονάδων π. χ. σε μικρά νησιά είναι αναποτελεσματική λόγω ανεπαρκούς διαχείρισης πόρων και σημαντικών ανισοτήτων προσωπικού. Αυτό εγείρει το ερώτημα εάν η διόρθωση της μειωμένης απόδοσης θέτει σε κίνδυνο την πρόσβαση σε υπηρεσίες για τον εξαρτημένο πληθυσμό.

Ειδικότερα, οι πολίτες αυτών των περιοχών αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση εξειδικευμένων γιατρών και εργαστηριακών κέντρων με αποτέλεσμα όσοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας να επωμίζονται τα κόστη μεταφοράς και διαμονής έτσι ώστε να απολάβουν τις διαθέσιμες υπηρεσίες που βρίσκονται στα εν λόγω σημεία. Με βάση την Noula, το γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας σε τουριστικές περιοχές καλούνται να αντιμετωπίσουν την αυξημένη ζήτηση κατά την διάρκεια συγκεκριμένων περιόδων , όπως το καλοκαίρι, καταδεικνύει την σημασία της περιφερειακής κατανομής των πόρων για την υγεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα έχει παρατηρηθεί ότι το υψηλό κόστος μεταφοράς αποτελεί πρόβλημα για τους ηλικιωμένους με χαμηλό εισόδημα. (European Commission, 2008).

Κλείνοντας, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος μείωσης των ανισοτήτων στο τομέα της υγείας είναι η αποκέντρωση όπου πραγματοποιείται μέσω της ορθής κατανομής του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων ανά γεωγραφική περιφέρεια. (Alin and Masseria, 2009).

1.4 Μοντέλα Χωροθέτησης υπηρεσιών υγείας

Το ενδιαφέρον για τα ζητήματα χωροθέτησης-κατανομής των ιεραρχικών εγκαταστάσεων υποκινείται από την δαπανηρή και αναποτελεσματική παραγωγή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους κόμβους ζήτησης και ροές των ασθενών.

Τα κέντρα υγείας , οι κλινικές των χωριών και τα νοσοκομεία είναι συχνά εγκαταστάσεις με τις μεγαλύτερες περιοχές εξυπηρέτησης. Ως ανώτερο επίπεδο κρίνεται το νοσοκομείο ή το γενικό νοσοκομείο και ως χαμηλότερο επίπεδο τα κέντρα υγείας. Οι υπηρεσίες των περιφερειακών σχεδιασμών οργανώνουν τις τοποθεσίες των δημόσιων

εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης έτσι ώστε να ελαχιστοποιήσουν την άνιση κατανομή πόρων και υπηρεσιών , οι οποίες επηρεάζουν με αρνητικό τρόπο την υγεία του πληθυσμού , την καταλληλότητα , το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και την πρόσβαση,

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης , οι ανορθολογικές αποφάσεις τοποθεσίας των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης προκαλούν πολλαπλές επιπτώσεις στην κοινωνία παρά μόνο μια . Υπάρχει πιθανότητα οι υποδομές υγειονομικής περίθαλψης να αυξήσουν το κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας και παράλληλα να δημιουργήσει την οργή του πληθυσμού. Συνεπώς , έχει καταστεί ζωτικής σημασίας η μοντελοποίηση της κατανομής της θέσης των εγκαταστάσεων. Οι αστικές και αγροτικές περιοχές είναι πολύ διαφορετικά οργανωμένες με βάση τα ιεραρχικά στοιχεία των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης.

Τα κεντρικά θέματα που απασχολούν τους ερευνητές όσον αφορά την χωροθέτηση των υπηρεσιών υγείας είναι : η τοποθεσία των εγκαταστάσεων , η συμπεριφορά των ασθενών με βάση την επίδραση της χωρικής αλληλεπίδρασης και πως κατανέμεται η ζήτηση με βάση ένα σύνολο εγκαταστάσεων.

Επικρατούν τέσσερα μοντέλα χωροθέτησης υπηρεσιών υγείας , το P-διάμεσος μοντέλο , το P-κέντρο , το μοντέλο κάλυψης και το μοντέλο μέγιστης κάλυψης. Η χωροθέτηση υπηρεσιών υγείας πρέπει να αντιμετωπίσει τρία βασικά θέματα , την προσβασιμότητα , την προσαρμοστικότητα και την διαθεσιμότητα. Με τον όρο προσβασιμότητα , εννοείται η ικανότητα της εγκατάστασης να προσεγγίζεται από ασθενείς ή όταν υπάρχει έκτακτη ανάγκη , η ικανότητα του παρόχου υγείας να προσεγγίζει τον ασθενή. Εν ολίγοις, τα μοντέλα προσβασιμότητας λαμβάνουν τις πληροφορίες του συστήματος στιγμιαία , δηλαδή για μια συγκεκριμένη στιγμή στο χρόνο καθώς σχεδιάζουν τις συνθήκες που υπάρχουν. Επομένως, είναι στατικά μοντέλα.

Τα μοντέλα προσαρμοστικότητας συχνά εξετάζουν μια ποικιλία πιθανών μελλοντικών σεναρίων ενώ προσπαθούν να επιλέξουν καλές εφαρμόσιμες λύσεις. Αυτό , οδηγεί σε μια μακροπρόθεσμη προοπτική των γεγονότων. Το κύριο επίκεντρο των μοντέλων της διαθεσιμότητας είναι η βραχυπρόθεσμη ισορροπία μεταξύ της συνεχούς μεταβαλλόμενης ζήτησης και προσφοράς των υπηρεσιών.

Για εγκαταστάσεις όπως τα νοσοκομεία που είναι δύσκολο , έως αδύνατον να μεταφερθούν καθώς οι συνθήκες μεταβάλλονται , οι επιλογές τοποθεσίας πρέπει να είναι ισχυρές λαμβάνοντας υπόψιν τις αβέβαιες μελλοντικές συνθήκες. Για την

αντιμετώπιση των μελλοντικών αβεβαιοτήτων , έχουν επινοηθεί πολλές στρατηγικές . Η μελλοντική αβεβαιότητα μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω των σεναρίων. Επίσης, τα σχέδια που αποδίδουν καλά σε όλες τις περιστάσεις δημιουργούνται μόλις καθοριστούν ορισμένες μελλοντικές συνθήκες.

Ο πραγματικός αριθμός των εγκαταστάσεων που μπορούν να κατασκευαστούν κατά την διάρκεια του χρόνου είναι άγνωστος, όταν ο σχεδιασμός τίθεται για πρώτη φορά σε εφαρμογή. Τότε, συνήθως είναι καίριο να είναι ικανή η τοποθέτηση ενός γνωστού αριθμού εγκαταστάσεων, υπολογίζοντας την πιθανότητα να κατασκευαστούν πρόσθετες εγκαταστάσεις στο μέλλον.

Η μακροπρόθεσμη αβεβαιότητα σχετικά με τις συνθήκες υπό τις οποίες θα λειτουργήσει ένα σύστημα αντικατοπτρίζεται στην προσαρμοστικότητα. Αντίθετα, η διαθεσιμότητα χειρίζεται εξαιρετικά βραχυπρόθεσμες διακυμάνσεις στην κατάσταση του συστήματος, ως αποτέλεσμα των πολυάσχολων εγκαταστάσεων. Τέτοια μοντέλα είναι εφαρμόσιμα σε συστήματα υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης , όπου ένα όχημα μπορεί να είναι απασχολημένο με την ικανοποίηση μιας ζήτησης , ενώ απαιτείται η συνδρομή του για την αντιμετώπιση μιας άλλης έκτακτης ανάγκης.

Ακόμη οι προκλήσεις της χωροθέτησης των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης έχουν περιγράψει εκτενώς στην βιβλιογραφία, συγκεκριμένα, ο Nelson έδωσε έμφαση στη σύνδεση μεταξύ της θέσης των ιατρικών εγκαταστάσεων και των αναγκών υγείας. Συζήτησε για ορισμένα λάθη που γίνονται στη βελτιστοποίηση των πόρων για την υγειονομική περίθαλψη , όπως τα λάθη που γίνονται κατά τον ορισμό των αναγκών , την μέτρηση των αναγκών και τα λάθη που γίνονται κατά την υπερβολική κατανομή υπηρεσιών σε αυτούς που το έχουν ανάγκη.

Οι προκλήσεις σύμφωνα με τους Afshari&Peng είναι 8 και είναι οι εξής :

(I) Εξέταση των εγκαταστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης που απαιτούνται για την εξυπηρέτηση όλων των ασθενών : Η μοντελοποίηση για την χωροθέτηση ενός συγκεκριμένου αριθμού εγκαταστάσεων αποσκοπεί στη μεγιστοποίηση του συνόλου των χρηστών υπηρεσιών υγείας που καλύπτονται από τις εν λόγω εγκαταστάσεις εντός μιας μέγιστης αποδεκτής απόστασης για τον αριθμό των εγκαταστάσεων που απαιτούνται για την ικανοποίηση των αιτημάτων παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

(II) Βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στην ιατρική περίθαλψη που αφορά ασθενείς που πρέπει να διανύσουν πιο μακρινή απόσταση : Οι ασθενείς που έχουν την ελάχιστη ασφάλιση είναι πιο ευάλωτοι στο να μην έχουν πρόσβαση στις

υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης , πράγμα που προκαλεί ανησυχία για να εντοπίσουν τις ιατρικές υποδομές. Βέβαια , η βελτίωση της κάλυψης αυτών των ασθενών είναι πιο σημαντική στην περίπτωση υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης.

(III) Οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης όλων των ασθενών δεν μπορούν να καλυφθούν από τον καθορισμένο αριθμό εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης : Το πρόβλημα έγκειται στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν αρκετοί πόροι για την παροχή όλων των επιθυμητών ανέσεων σύμφωνα με το μοντέλο LSCP (Location Set Covering Problem). Κύρια επιδίωξη του είναι η παροχή του μέγιστου αριθμού των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στον καθορισμένο αριθμό εγκαταστάσεων.

(IV) Σχεδιασμός ενός δικτύου με μια σειρά υπηρεσιών, επιπέδων και τύπων εγκαταστάσεων: Για την εύρεση εγκαταστάσεων που είναι σχετικά ευέλικτες ώστε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες όλων των ασθενών είναι δύσκολη, επειδή οι κοινότητες χρειάζονται διαφορετικά είδη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ένα άλλο θέμα που υπάρχει είναι η τοποθεσία των εγκαταστάσεων θεραπείας πολλαπλών επιπέδων (όπως οι χειρουργικές επεμβάσεις και υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης).

(V) Αντιμετώπιση της αβεβαιότητας κατά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους ασθενείς : Όταν δεν υπάρχει η κατάλληλη πληροφόρηση σχετικά με τις πιθανότητες για τους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων ώστε να βελτιστοποιήσουν την χειρότερη δυνατή απόδοση του συστήματος , τότε η αβεβαιότητα είναι αναπόφευκτη στα μοντέλα χωροθέτησης.

(VI) Δυσκολίες πρόσβασης των ασθενών στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης : Η ελαχιστοποίηση της απόστασης μεταξύ των εγκαταστάσεων και των σημείων ζήτησης αποτελεί πρόκληση στον προγραμματισμό της χωροθέτησης. Το μοντέλο p-median στοχεύει στη μείωση της συνολικής απόστασης του ταξιδιού για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας προς τις πλησιέστερες εγκαταστάσεις εξυπηρέτησης μεταξύ διαφόρων τεχνικών σχεδιασμού απόστασης για δεδομένο αριθμό εγκαταστάσεων και θέσεων. Τα μοντέλα p-median έχουν εφαρμοστεί ευρέως στη διατύπωση προβλημάτων χωροθέτησης για εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.

(VII) Αντιμετώπιση των ποικίλων απαιτήσεων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης: Η επιδημική και εποχιακή φύση ορισμένων ασθενειών επιφέρει δυσκολίες στην πρόβλεψη των αναγκών σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης . Μια λύση για την πρόκληση αυτή είναι η μελέτη των εποχιακών τάσεων των ασθενειών. Τα δυναμικά μοντέλα μπορούν να μεγιστοποιήσουν τον στόχο κάλυψης μέσω του

χρονικού ορίζοντα επανειλημμένα για μια διαχρονικά μεταβαλλόμενη ζήτηση που πρέπει να καλυφθεί αποτελεσματικά.

(VIII) Η ιδανική τοποθέτηση και διάταξη των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης για ένα συγκεκριμένο σύνολο προκλήσεων. Για την αντιμετώπιση αυτών των δυσκολιών , κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία ενός πλαισίου λήψης αποφάσεων.

Για την επίτευξη της βελτιστοποίησης της χωροθέτησης των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης έχουν δημιουργηθεί πλειάδα στόχων. Τα έξι μέτρα για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας είναι η κάλυψη , το κόστος, η απόσταση, ο χρόνος, η αποδοτικότητα και άλλα μέτρα(συμπεριλαμβάνεται και η προσβασιμότητα). Εκτός αυτών των μέτρων είναι και οι πολλαπλοί στόχοι, δηλαδή χρησιμοποιούνται μοντέλα πολλαπλών στόχων που επιδιώκουν να βελτιώσουν τα διαφορετικά μέτρα στις τοποθεσίες των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης . Από τα πιο συνηθισμένα μέτρα που χρησιμοποιούνται είναι η κάλυψη , η αποδοτικότητα και η απόσταση. Στα προβλήματα χωροθέτησης των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης παίζει ρόλο και ο περιορισμός για την επίτευξη των στόχων. Οι περιορισμοί αφορούν τους περιορισμούς πόρων. Οι συνηθέστεροι περιορισμοί που χρησιμοποιούνται στα προβλήματα είναι η ζήτηση, η χωρητικότητα, η απόσταση, η αποδοτικότητα και το κόστος.

1.5 Οι ανισότητες στο χώρο της υγείας

Στον χώρο της υγείας βρίσκονται δύο είδη ανισοτήτων . Το πρώτο είδος αναφέρεται στο επίπεδο υγείας. Δηλαδή η έννοια της ανισότητας συμβαίνει από τη στιγμή που δύο ίδιοι πληθυσμοί έχουν διαφορετικό επίπεδο υγείας. Το επίπεδο υγείας μπορεί να αποτυπωθεί με ποικίλους δείκτες όπως θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.α. Το δεύτερο είδος ανισοτήτων αναφέρεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας. (Σουλιώτης, 2007)

Με βάση τον ΠΟΥ η ανισότητα στην κατάσταση της υγείας ορίζεται ως « οι διαφορές στην υγεία που δεν είναι μόνο περιττές και μπορούν να αποφευχθούν αλλά επίσης θεωρούνται αθέμιτες και άδικες » Το βασικό γνώρισμα για να χαρακτηριστούν οι υγειονομικές διαφορές ως άδικες είναι ο βαθμός επιλογής του ατόμου που τους οδηγεί σε ένα κακό επίπεδο υγείας. Έτσι, μολονότι οι διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας, οι οποίες απορρέονται από ελεύθερες επιλογές ενημερωμένων

ανθρώπων που έχουν ίδιες δυνατότητες επιλογής , δεν θεωρούνται άδικες και δεν αποτελούν στόχο της πολιτικής για την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων ,όμως δεν γίνεται το ίδιο με τις επιλογές που σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον. Οι τελευταίες θεωρούνται άδικες, αθέμιτες και περιττές , οι οποίες προκύπτουν από την έκθεσή σε μη υγιεινό τρόπο ζωής και εργασίας , την ανεπαρκή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την αρνητική κοινωνική κινητικότητα των ασθενών.

Οι Braveman και Gruskin θεωρούν την ισότητα υγείας ως απουσία συστηματικών διαφορών στο επίπεδο υγείας ή στους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες που έχουν διαφορετικές θέσεις στην κοινωνική ιεραρχία. Το παραπάνω κριτήριο υποδηλώνει ότι οι κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες που βρίσκονται ήδη σε μειονεκτική θέση είναι πιο πιθανό να βιώσουν περαιτέρω μειονεκτική θέση όταν συνδέονται με άδικες κοινωνικές καταστάσεις με συστηματικό τρόπο. Οι ευκαιρίες για να παραμείνουν υγιείς όλο ένα και λιγοστεύουν.

Η Starfield ορίζει την ισότητα στην υγεία ως την απουσία συστηματικών διαφορών σε μια οι περισσότερες πλευρές του επιπέδου υγείας μεταξύ κοινωνικά , δημογραφικά και γεωγραφικά προσδιορισμένων πληθυσμών ή πληθυσμιακών ομάδων . Κρίνεται σημαντικό η διαμόρφωση του εννοιολογικού πλαισίου σχετικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας και το πώς αυτοί κατανέμονται στην κοινότητα.(Πολυσυγγραφικό, 2020)

Ο ΠΟΥ ορίζει την ισότητα στη φροντίδα υγείας μέσα σε ένα πλαίσιο δίκαιης και ισότιμης κατανομής των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων , προς όφελος όλου του πληθυσμού. Ειδικότερα, διακρίνει την ισότητα στην υγεία σε 3 επίπεδα :

1. Ίση χρησιμοποίηση για ίση ανάγκη. Αφορά την εξάλειψη της περιορισμένης χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών λόγω των κοινωνικών και οικονομικών δυσχερειών.

2. Ίση ποιότητα για όλους. Αφορά την παρουσία του ιδίου υψηλού επιπέδου. επαγγελματικής φροντίδας από τους γιατρούς προς όλους καθώς και την παροχή των υπηρεσιών που βασίζονται στην ανάγκη και όχι στην κοινωνική επιρροή.

3. Ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ανάγκη . Αφορά τα ίσα δικαιώματα των ατόμων στις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας ,οι οποίες κατανέμονται με δίκαιο τρόπο γεωγραφικά με βάση τις ανάγκες , εξασφαλίζοντας εύκολη πρόσβαση σε κάθε γεωγραφική περιοχή χωρίς την ύπαρξη εμποδίων.(Χλέτσος, 2011)

Ο εν λόγω ορισμός της ισότητας στην υγεία καθορίζει τα κριτήρια και τα στοιχεία όπου θα πρέπει να διακρίνει κάποιος ώστε να γίνει διάγνωση για τυχόν καταστάσεις ανισότητας τόσο στην πρόσβαση όσο και στην χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Δεν υπάρχει ενιαίος ορισμός της δικαιοσύνης στην υγειονομική περίθαλψη και έχουν προταθεί αρκετοί εναλλακτικοί ορισμοί. Ένας ορισμός αναφέρεται στην ιδέα ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να βασίζονται σε ίσες κατά κεφαλήν δαπάνες. (Πολυσυγγραφικό, 20020)

Μια δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας θα επιτυγχανόταν εάν ο προϋπολογισμός των υπηρεσιών υγείας κατανεμηθεί σε ίσα μέρη μεταξύ γεωγραφικών περιοχών με βάση το μέγεθος του πληθυσμού τους. Η δικαιοσύνη στη φροντίδα ορίζεται ως σύμφωνη με την επίτευξη ίσου επιπέδου υγείας. Στόχος των υπηρεσιών υγείας είναι η επίτευξη του ίδιου επιπέδου υγείας μεταξύ όλων των περιφερειών και των κοινωνικών ομάδων ή η μείωση του χάσματος μεταξύ τους. Δυστυχώς, αυτός ο στόχος είναι αδύνατο να επιτευχθεί καθώς η περίθαλψη είναι μόνο ένας από τους παράγοντες που συνθέτουν τις διαφοροποιήσεις του πληθυσμού υγείας.

Με βάση τα παραπάνω , οι ανισότητες στην υγεία προκύπτουν από διάφορες αιτίες όπως :

- ❖ Το μορφωτικό επίπεδο των διαφόρων ομάδων , το οποίο επηρεάζει τη δυνατότητα ανταπόκρισης σε προγράμματα αγωγής υγείας.

- ❖ Το ασφαλιστικό σύστημα ,το οποίο συχνά θέτει φραγμούς στη χρήση των υπηρεσιών.

- ❖ Το κοινωνικοοικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο διαφόρων ομάδων του πληθυσμού ,που λειτουργεί μέσω της επίδρασης του στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι οι πραγματικές ανάγκες διαφέρουν από τις υπηρεσίες που ζητούνται.

- ❖ Η χωροταξική κατανομή των υπηρεσιών υγείας (συχνά ευνοούνται οι αστικές περιοχές).(Σουλιώτης,2006)

Ο Δολιάτης (2001) υποστηρίζει ότι η ισότητα της υγείας είναι ανέφικτη σε ένα περιβάλλον οικονομικής, οικολογικής , πολιτικής και κοινωνικής ανισότητας. Ο Νιάκας (1993) πιστεύει ότι οι ανισότητες υγείας που υπάρχουν στις κοινωνίες λόγω της άνιση κατανομής του πλούτου , την δύναμη και την ανάπτυξη είναι εμφανείς όταν εξεταστούν οι δείκτες υγείας. Οι ανισότητες μπορούν να θεωρηθούν ως οι σχετικές διαφορές ή αποκλίσεις που προκύπτουν από τη σύγκριση διαφορετικών μετρήσεων

υγείας , που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση και την μέτρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Οι ανισότητες στην υγεία είναι σύνθετες και περίπλοκες. Οι ατομικοί και κοινωνικοί παράγοντες καθώς και η πρόσβαση των ανθρώπων στις υπηρεσίες υγείας είναι αλληλένδετες και ασκούν επιρροή ο ένας στον άλλον. Προϋπόθεση για την άρση των ανισοτήτων είναι ο σχεδιασμός κοινωνικών παρεμβάσεων από το κράτος, με σκοπό αυτές να επηρεάσουν θετικά στους τομείς που αναφέρθηκαν. Οι κύριες κατευθύνσεις των παρεμβάσεων είναι :

i. Η ανάπτυξη και αναβάθμιση του συστήματος υγείας , έτσι ώστε οι πολίτες να έχουν άμεση και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, χωρίς να παίζει ρόλο η κοινωνική , γεωγραφική και οικονομική θέση.

ii. Υιοθέτηση προγραμμάτων εκσυγχρονισμού που στοχεύουν στην πρόληψη και αγωγή υγείας , με κύριο στόχο την αλλαγή συμπεριφοράς και τρόπου ζωής που αφορούν την προστασία και βελτίωση υγείας.

iii. Την άμβλυνση των οικονομικών και περιφερειακών ανισοτήτων , με την δημιουργία καλύτερου συστήματος δίκαιης κατανομής του κοινωνικού προϊόντος, με απώτερο στόχο την βελτίωση των συνθηκών υγείας των πολιτών. (Χλέτσος,2011).

Συμπερασματικά , οι ανισότητες στον τομέα της υγείας δεν μπορούν να διορθωθούν από το σύστημα υγείας, μπορούν να διορθωθούν μόνο από τους δομικούς και ενδιάμεσους καθοριστικούς παράγοντες που τις προκαλούν. Η βελτίωση του μακροοικονομικού περιβάλλοντος, η μείωση της ανεργίας και η πρόσβαση στην εκπαίδευση είναι οι προσπάθειες που πρέπει να δώσουν μεγάλη σημασία. Επιπρόσθετα, να βελτιωθεί η πρόσβαση στην υγεία και να δημιουργηθούν προγράμματα τρόπου ζωής.

Η μείωση των ανισοτήτων επιβάλλεται όχι μόνο για ηθικούς λόγους αλλά και για λόγους οικονομικής αποτελεσματικότητας. Όταν παρατηρείται βελτίωση του επιπέδου υγείας σημαίνει ότι εξοικονομούνται πόροι για το σύστημα υγείας. Ο (Νιάκας ,1993) υποστηρίζει ότι η ενίσχυση των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας μέσω της οικονομικής υποστήριξης και παρέμβασης της προσφοράς μπορεί να αντιμετωπίσει τις υπάρχουσες ανισότητες. Η πολιτική περιφερειοποίησης των υπηρεσιών υγείας είναι μέρος μιας κεντρικής στρατηγικής για την υγεία και αποτελεί αντικείμενο κεντρικού σχεδιασμού.

1.6 Τρόποι μέτρησης των ανισοτήτων της υγείας

Η προϋπόθεση για την μέτρηση των ανισοτήτων είναι η ύπαρξη στατιστικών στοιχείων , στη βάση των οποίων μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για αυτές. Τα στοιχεία αυτά προέρχονται από τα νοσοκομειακά αρχεία και αφορούν τις μολυσματικές και μη ασθένειες , τον αριθμό των γεννήσεων και των θανάτων και γενικότερα την θνησιμότητα του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, η διαπίστωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μπορεί να γίνει μέσω της συμπλήρωσης ειδικών ερωτηματολογίων από τα άτομα.

Η μέθοδος αυτή η οποία μετρά το ποιοτικό επίπεδο υγείας είναι κατά βάση υποκειμενική , επειδή στηρίζεται στις προσωπικές απόψεις των ατόμων για την υγεία τους. Τα επίπεδα υγείας μπορούν να προσδιοριστούν μέσω των στοιχείων που προκύπτουν από τα μητρώα ασθενών , τα οποία δίνουν σημαντικές πληροφορίες για συγκεκριμένα άτομα.

Όταν συγκεντρωθούν τα στοιχεία αναφορικά με το επίπεδο υγείας , είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν διάφοροι δείκτες υγείας (όπως νοσηρότητας, θνησιμότητας) που θα καθιστούν τη σύγκριση των επιπέδων υγείας ευκολότερη. Με την συνδρομή των επιδημιολογικών αναλύσεων, των ερευνητικών και επιστημονικών τεκμηριώσεων είναι πρόδηλες οι κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες στις διάφορες περιφέρειες . Το αποτέλεσμα που προκύπτει είναι να επηρεάζεται το επίπεδο υγείας των τοπικών πληθυσμών όπου δημιουργούνται οι υγειονομικές ανισότητες. Επίσης, κύριο γνώρισμά τους είναι ότι οι υγειονομικές μονάδες τείνουν να επιμερίζονται άνισα και αναλόγως με το γενικότερο επίπεδο ανάπτυξης μιας περιοχής, γεγονός που αντανακλάται και στις αποκλίσεις ανάμεσα στο υγειονομικό επίπεδο κάθε περιοχής και επιτείνει το χάσμα ανάμεσά τους.(Χλέτσος, 2011).

1.7 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Ο αποκλεισμός προέρχεται από την ύπαρξη των κοινωνικών ανισοτήτων ως δομικού στοιχείου των κοινωνιών μας. Είναι η ανισότητα που εξελίσσεται κατά την διάρκεια της ζωής του ατόμου και αποκτά τα χαρακτηριστικά που δεν επιτρέπουν να συμμετέχει ενεργά στην καθημερινότητα, θεσμούς κλπ. Ο κοινωνικός αποκλεισμός στην πράξη εκδηλώνεται εκεί που δεν υπάρχουν δικαιώματα ή και όταν υπάρχουν είναι αδύνατη η

πρόσβαση σε αυτά όπως το σύστημα υγείας. Η σχέση που συνδέει το κοινωνικό δικαίωμα με τον κοινωνικό αποκλεισμό δεν είναι σχέση αιτίου- αιτιατού, αλλά σχέση που υποδεικνύει το σύνολο, δηλαδή το όλον. Ο κοινωνικός αποκλεισμός συνθέτει ένα μωσαϊκό προβλημάτων και χαρακτηριστικών που σημαίνει έναν πολυεπίπεδο αποκλεισμό από τα δημόσια αγαθά με αποτέλεσμα την διάρρηξη τους και την όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων.(Παπαδοπούλου, 2012)

Η ισότητα στην πρόσβαση αναφέρεται στη δυνατότητα όσων έχουν ίδια ανάγκη για φροντίδα να έχουν ίσες ευκαιρίες πρόσβασης σε αυτήν ή, άλλως, να αντιμετωπίζουν ίσο κόστος χρησιμοποίησης κατανάλωσης των σχετικών υπηρεσιών. Το κόστος μπορεί να διακριθεί σε χρηματικό κόστος που αφορά την πληρωμή των συντελεστών υγείας, ως κόστος κοινωνικό που σχετίζεται με τον απολεσθέντα παραγωγικό χρόνο των ασθενών και των οικείων τους, τέλος στην απώλεια ευημερίας των ασθενών. (Mooney,1983) Για να εξασφαλιστεί η ισότητα των ευκαιριών στην πρόσβαση στους κατοίκους των υγειονομικών περιφερειών για την ίδια υγειονομική ανάγκη θα πρέπει να αποφεύγεται η δυσανάλογη επιβάρυνση ορισμένων σε σχέση με το κόστος χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας .Δηλαδή, δύο άτομα έχουν ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εάν το κόστος αυτών των υπηρεσιών-από την άποψη χαμένων ευκαιριών-υπολογίζεται για τα δυο το ίδιο(κόστος ευκαιρίας)ή απώλεια ωφέλειας είναι και για τα δυο άτομα το ίδιο.

Ο δημόσιος τομέας ανάλογα με την έκταση της υγειονομικής ανάγκης προσπαθεί να εξασφαλίσει την ισότητα των πόρων που είναι διαθέσιμοι στις υπηρεσίες υγείας .Κάποιες μεταβλητές που δεν λαμβάνονται υπόψιν είναι η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, η τιμή των υπηρεσιών υγείας καθώς και η απόσταση από τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας. Καταλήγοντας, ισότητα στην πρόσβαση αναφέρεται στο αν προσφέρεται ή δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας στον ίδιο βαθμό από δύο άτομα με την ίδια υγειονομική ανάγκη, ακόμη και αν η χρήση δεν πραγματοποιηθεί τελικά, επειδή η έλλειψη εισοδήματος, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελούν παράγοντες μη αναζήτησης φροντίδας υγείας, ακόμα και αν υπάρχει ανάγκη. Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύονται αυτοί οι εξωτερικοί παράγοντες προσδιορισμού του επιπέδου της υγείας που συνιστούν την πραγματική πηγή των υγειονομικών ανισοτήτων .(Σουλιώτης, 2007)

Η πρόσβαση σημαίνει ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία έχει σχεδιαστεί για χρήση από όλους, ανεξάρτητα από την ηλικία, την οικονομική κατάσταση ή το επίπεδο υγείας τους. Αυτό περιλαμβάνει ίση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη

για όλους τους κατοίκους μιας χώρας, έτσι ώστε όλοι να μπορούν να επωφελούνται εξίσου. Οι έννοιες πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας αποτελούν εναλλακτικούς ορισμούς της ισότητας στη φροντίδα υγείας και αφετέρου, αν και είναι διακριτές έννοιες πολλές φορές χρησιμοποιούνται σαν έννοιες ταυτόσημες, δημιουργώντας σύγχυση. Η μεγάλη διάκριση μεταξύ των δύο εννοιών είναι ότι η μεν πρόσβαση είναι θέμα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, ενώ η χρήση είναι θέμα ζήτησης, προσφοράς και ανάγκης. Όσον αφορά το θέμα της πρόσβασης όταν δύο άτομα βρίσκονται στην ίδια απόσταση από το γενικό γιατρό και χρησιμοποιούν το αυτοκίνητό τους για να τον επισκεφτούν αντιμετωπίζουν το ίδιο κόστος (απαιτούμενος χρόνος) και έχουν την ίδια πρόσβαση στη συγκεκριμένη υγειονομική υπηρεσία. (Πολυσυγγραφικό ,2020)

Αντιθέτως, η χρήση είναι μια εξίσωση προσφοράς και ζήτησης. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας από ένα άτομο εξαρτάται όχι μόνο από τις υπηρεσίες που του προσφέρονται δηλαδή από την πρόσβαση, αλλά και από τις αντιλήψεις του για την ωφέλεια που θα προκύψει για την υγεία του από την χρήση της συγκεκριμένης φροντίδας υγείας. Έτσι όσο μεγαλύτερη αξία προσδίδουν στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας τόσο μεγαλύτερη θα είναι η ζήτηση για τις υπηρεσίες αυτές. (Πολυσυγγραφικό, 2020).

Επιπρόσθετα, η χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζεται σημαντικά από τους παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των χρηστών, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα καθώς και την έκταση των υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, κάποιος που έχει λιγότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μπορεί να τις χρησιμοποιεί περισσότερο από κάποιον άλλο που έχει ευκολότερη πρόσβαση ή το αντίστροφο. (Σουλιώτης,2006)

Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως το σύστημα υγείας, ο πληθυσμός που εξυπηρετεί, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και η έκταση της κάλυψης. Ο Tanahashi προσδιόρισε πέντε πτυχές που είτε διευκολύνουν είτε εμποδίζουν την πρόσβαση των ανθρώπων στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης: διαθεσιμότητα, αποδοχή, προσβασιμότητα, κάλυψη αποτελεσματικότητας και εξυπηρέτηση. (Τσιρώνά,2022).

Η έννοια της πρόσβασης των ατόμων στο σύστημα υγείας είναι πολύπλευρη και περιλαμβάνει πολλές διαστάσεις. Αυτές οι διαστάσεις περιλαμβάνουν τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, η οποία αναφέρεται στη σχέση μεταξύ της ποσότητας και του είδους των παρεχόμενων υπηρεσιών και των αναγκών υγείας των

χρηστών. Επιπλέον, η προσβασιμότητα είναι ζωτικής σημασίας όσον αφορά τη θέση των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο οργάνωσής τους για να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των χρηστών. Σε αυτό περιλαμβάνεται η ικανότητα των χρηστών να προσαρμόζονται στους πόρους που έχουν στη διάθεσή τους. Η διαθεσιμότητα χρημάτων είναι επίσης σημαντικός παράγοντας, καθώς περιλαμβάνει τις τιμές των υπηρεσιών υγείας και την δυνατότητα των χρηστών να πληρώσουν για αυτές. Τέλος, η αποδοχή είναι επίσης σημαντική, καθώς σχετίζεται με την συμπεριφορά των χρηστών όσον αφορά την προσωπικότητα και την επαγγελματική πρακτική των παρόχων υγειονομικής κάλυψης (Penchansky&Thomas 1981).

Σύμφωνα με την Goddard, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οριστεί με βάση τέσσερις παράγοντες: διαθεσιμότητα, ποιότητα, κόστος και πληροφορίες. Ανισότητες στην πρόσβαση μπορεί να προκύψουν όταν οι γιατροί αποτυγχάνουν να παρέχουν το ίδιο επίπεδο φροντίδας σε ασθενείς με παρόμοιες ανάγκες, ορισμένες υπηρεσίες υγείας δεν είναι προσβάσιμες σε συγκεκριμένους πληθυσμούς. Το ζήτημα της ανισότητας προκύπτει όταν ορισμένες ομάδες πληθυσμού λαμβάνουν διαφορετικά επίπεδα ποιότητας υπηρεσιών, γεγονός που καθιστά αναγκαία την κατανομή διαφορετικών πόρων και κεφαλαίων για διαφορετικούς χρήστες. Επιπροσθέτως, η έλλειψη σαφών πληροφοριών σχετικά με την προσβασιμότητα και την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης επιδεινώνει περαιτέρω το πρόβλημα.

Η πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη ορίζεται από τον Le Grand (1997) ως το προσωπικό κόστος που αντιμετωπίζουν τα άτομα, όπως χρήματα και χρόνος που απαιτούνται για το ταξίδι, τη λήψη θεραπείας ή την αναμονή. Η έννοια της ισότητας στην πρόσβαση σημαίνει ότι όλοι πρέπει να έχουν το ίδιο οικονομικό και χρονικό κόστος για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, περιλαμβάνει την ελευθερία των ατόμων να κάνουν τις δικές τους επιλογές σε διάφορες καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Για παράδειγμα όταν οι άνθρωποι επιλέγουν το σπίτι τους σε απομονωμένη και δύσβατη περιοχή μακριά από τις υπηρεσίες υγείας αποδεικνύεται ότι οι ανισότητες στην πρόσβαση δεν είναι πάντα άνισες.

1.7.1 Εμπόδια στην Πρόσβαση υγείας

Η υγειονομική περίθαλψη είναι μια υπηρεσία που οι κύριοι στόχοι της είναι η υποστήριξη, διατήρηση και η βελτίωση της ανθρώπινης υγείας από κάθε άποψη. Η υπηρεσία αυτή έχει σημαντικό αντίκτυπο στη σωματική, κοινωνική και ψυχική ευημερία των ατόμων, καθώς και στην συνολική ποιότητα ζωής τους. Το δικαίωμα στην πρόσβαση στην υγεία αναγνωρίστηκε από τον ΟΔΑΔ(Οικουμενική Διακήρυξη Ατομικών Δικαιωμάτων), το 1966. Η υγειονομική περίθαλψη ως δικαίωμα δεν συνεπάγεται ότι οι ιατρικοί οργανισμοί πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες από φιλανθρωπικό σκοπό ή ότι το κράτος είναι υπεύθυνο για την παροχή όλων των υπηρεσιών.

Αντιθέτως, το κράτος έχει την υποχρέωση να διασφαλίσει ότι ο πληθυσμός έχει πρόσβαση στις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση. (Verulava, 2021). Η προσβασιμότητα έχει τέσσερις επικαλυπτόμενες διαστάσεις 1) φυσική προσβασιμότητα 2) χωρίς διακρίσεις 3) οικονομική προσβασιμότητα 4) προσβασιμότητα στην πληροφορία. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

Η πρόσβαση στην υγεία είναι ζωτικής σημασίας για τα άτομα παγκοσμίως, καθώς προάγει την υγεία, βοηθά στην πρόληψη των ασθενειών, μειώνει τα ποσοστά θνησιμότητας και προωθεί τις ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία. Παρόλα αυτά οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγεία, οι αιτίες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση είναι το οικονομικό κόστος, η ασφαλιστική κάλυψη, η γεωγραφική απόσταση των δομών, η άνιση κατανομή των πόρων και οι λίστες αναμονής(Υφαντόπουλος, 2006). Γεγονός που μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κακών αποτελεσμάτων υγείας και ανισοτήτων στην υγεία.

Η ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη υγείας είναι ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, και η άνιση κατανομή της κάλυψης συμβάλλει στις ανισότητες στην υγεία. Οι υψηλές ιδιωτικές πληρωμές μπορεί να αναγκάσουν τα άτομα να αναβάλουν ή να μην λάβουν την απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη(επισκέψεις σε γιατρό και φάρμακα). Το ιατρικό χρέος το επωμίζονται εξίσου οι ασφαλισμένοι και οι ανασφάλιστοι. Άλλο ένα εμπόδιο που δυσκολεύει την πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας είναι η έλλειψη διαθέσιμων πόρων με αποτέλεσμα την αύξηση των αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία. Παραδείγματος χάριν η έλλειψη γιατρών μπορεί να οδηγήσουν σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής και καθυστερημένη φροντίδα για τους ασθενείς.(Health.gov).

Αξιοσημείωτο το γεγονός ότι η λίστα αναμονής για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να κάνει τους ασθενείς να έχουν λιγότερη ζήτηση για αυτές τις υπηρεσίες, οδηγώντας τους σε εγκατάλειψη ή καθυστέρηση της θεραπείας και να οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας.(Patitsa, 2022). Σύμφωνα με τον Gulliford, οι λίστες αναμονής μπορεί να οφείλονται στην μη αποτελεσματική χρήση των διαθέσιμων πόρων ή στην αποτυχία να σχεδιάσουν υπηρεσίες που να καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενών. (Gulliford et Al, 2002). Οι πρακτικές παραπομπής και ο τρόπος που παρέχονται οι κλινικές υπηρεσίες μπορούν να δημιουργήσουν εμπόδια για τα άτομα που θέλουν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για παραπομπές από την πρωτοβάθμια στην δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η αλλαγή του τρόπου οργάνωσης των υπηρεσιών, όπως η αντικατάσταση των λιστών αναμονής με συστήματα κράτησης, θα μπορούσε να βοηθήσει στην ευκολότερη πρόσβαση των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας. (Gulliford et Al, 2002). Τέλος, τα οικονομικά εμπόδια μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα, υπάρχουν χρεώσεις για ορισμένες υπηρεσίες, όπως οφθαλμολογικές εξετάσεις, οδοντιατρικές εξετάσεις και συνταγογραφούμενα φάρμακα. Επίσης, οι ασθενείς μπορεί να επιβαρυνθούν με κόστος λόγω απώλειας χρόνου από την εργασία ή με την απόσταση από και προς τις κλινικές.

Ο αντίκτυπος των δαπανών και των χρεώσεων στην πρόσβαση υγειονομικής περίθαλψης ποικίλει μεταξύ των διάφορων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, για ορισμένες ομάδες ανθρώπων μπορεί το κόστος να μην τους επηρεάζει, ενώ για άλλες ομάδες ανθρώπων το κόστος να είναι αποτρεπτικό. Ο αντίκτυπος εξαρτάται από το ύψος του κόστους και την προθυμία του ατόμου να πληρώσει. (Gulliford et Al, 2002)

1.8 Μέθοδος RAWP

Η κατανομή των οικονομικών πόρων ανά περιφέρεια στα συστήματα υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών πραγματοποιείται με βάση την μέθοδο RAWP (Resource Allocation Working Party). Η μέθοδος RAWP υφίσταται ώστε να εκτιμηθούν οι πραγματικές ανάγκες και η ορθολογική κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης στις περιφέρειες υγείας. Στόχος της μεθόδου RAWP ήταν η θέσπιση προϋπολογιστικών

στόχων ανά υγειονομική περιφερειακή αρχή. Πρώτα, οι κατηγορίες διάγνωσης διαχωρίστηκαν.

Οι προϋπολογιστικοί στόχοι βασίζονται στον πληθυσμό , φύλο , δείκτες θνησιμότητας , ηλικία , τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης καθώς και το φύλο. Η εν λόγω προσέγγιση οδήγησε στην ιδέα των σταθμισμένων κατά κεφαλήν πόρων για υγειονομική περίθαλψη. (Holland W. W. 1986). Η φόρμουλα ξεκίνησε να χρησιμοποιείται και από άλλες χώρες, όμως είχε και αρκετές αναθεωρήσεις με την πιο σημαντική από την ομάδα του York 1994. Οι χώρες που χρησιμοποίησαν την φόρμουλα ήταν οι Πορτογαλία, Ιταλία, Σουηδία, Φινλανδία και Γαλλία.

Η τελευταία αναθεώρηση έγινε το 2005 με τέσσερις τομείς για κατανομή χρηματοδότησης:

- Hospital & Community Health Services (77,4%) (Follow up των ασθενών)
- Prescribing (13,2%)
- Primary Medical services (8,8%)
- HIV/AIDS(0,6%)

Για την επίτευξη της ισότητας ,έχουν εφαρμοστεί φόρμουλες που έχουν ως πρότυπο το αγγλικό μοντέλο της RAWP , βέβαια στην Ελλάδα χρησιμοποιείται το υπόδειγμα των ΚΣΜ . Το μοντέλο των ΚΣΜ αποτελείται από τρία κριτήρια που αφορούν το επίπεδο υγείας , την προσφορά και την ζήτηση.

Ειδικότερα :

- Το κριτήριο της ζήτησης - χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας κατά φύλο και ηλικία του πληθυσμού.
- Το κριτήριο της κάλυψης από τις υπηρεσίες υγείας .
- Το κριτήριο της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.(αναφέρεται στην υγειονομική ανάγκη.)

Η δυνατότητα πρόσβασης της υγείας μπορεί να συναχθεί μέσω του κριτηρίου χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας που πραγματοποιούνται τελικά σε σχέση με την υγειονομική ανάγκη. (Σίσσουρας, 2018)

Το μοντέλο των ΚΣΜ πιστεύει ότι για να εκπληρωθεί το κριτήριο ζήτησης στα νοσοκομεία , θα πρέπει να προσμετρηθεί το μέγεθος χρησιμότητας του νοσοκομείου. Συνεπώς, υπολογίζονται οι ημέρες νοσηλείας με βάση τους εξελθόντες ασθενείς κατά διαγνωστική αιτία σε κάθε υγειονομική περιφέρεια σε σχέση με το σύνολο της χώρας.

Παρομοίως , στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας λαμβάνονται υπόψη οι ιατρικές εξετάσεις καθώς και η πρόληψη. Όμως, με βάση τους δείκτες προκύπτει μόνο η εκφρασμένη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας , η οποία σύμφωνα με τον Νιάκα συνεπάγεται όχι μόνο από την χρησιμοποίηση αλλά και από τις λίστες αναμονής.

Το κριτήριο της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού είναι μια έννοια που είναι δύσκολο να μετρηθεί γιατί η κατάσταση της υγείας δεν είναι εύκολο να επαληθευτεί εμπειρικά. Τα νοσοκομεία χρησιμοποιούν τυποποιημένες αναλογίες θνησιμότητας (Standardized Mortality Ratios) ως σχετικό δείκτη για κάθε υγειονομική περιφέρεια και διαγνωστική αιτία. Αν και τα SMR χρησιμοποιούνται για την αποτύπωση της κατάστασης της υγείας , ωστόσο θεωρούνται ανεπαρκή για την πραγματική έκφραση της υγειονομικής ανάγκης, επειδή υπάρχουν ορισμένες ασθένειες που συνιστούν υγειονομικά προβλήματα. Στην ΠΦΥ, δείκτες της κατάστασης της υγείας είναι η εξέταση της θνησιμότητας , το κατά κεφαλήν εισόδημα και η γονιμότητα των γυναικών

Τέλος , όσον αφορά το κριτήριο της κάλυψης από τις υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία , υπολογίζονται ο αριθμός των κλινών ,ο αριθμός των ιατρών σε κάθε περιφέρεια και ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών κατά τόπο έδρας του θεραπευτηρίου (δηλαδή οι διαπεριφερειακές ροές των ασθενών). Αναλογικά στις ΠΦΥ δείκτες αποτελούν οι κλίνες ανά περιφέρεια , οι γιατροί ανά περιφέρεια και ο αριθμός των ιατρικών μηχανημάτων.

Με βάση τα προαναφερθέντα κριτήρια οι ΚΣΜ δημιούργησαν τον εξής ενοποιημένο μαθηματικό τύπο :

$$TKP = \sum_{\alpha} \sum_{\beta} \alpha_{\alpha\beta} \cdot \beta_{\alpha\beta}$$

Με περιορισμούς

$$\sum_{\alpha} \alpha_{\alpha} = 1$$

$$\sum_{\alpha} \sum_{\beta} \alpha_{\alpha\beta} = 1$$

Όπου

TKΠ = Τελική Κατανομή Πόρων

$j=1, \dots, 3$ Κριτήρια α, β, γ

$i=1, 2$ Νοσοκομεία, ΠΦΥ (ΚΥ)

a =συντελεστής βαρύτητας

TK= Τελική Κατανομή Κριτηρίου

Η TK είναι ο συνδυασμός των κατανομών των κριτηρίων (με βάση τους δείκτες που χρησιμοποιούνται σε κάθε περιφέρεια). Οι ειδικοί στο πάνελ ιεραρχούν τους συντελεστές βαρύτητας με σκοπό την δημιουργία προβλέψεων και ή εκτιμήσεων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Η φόρμουλα διαφοροποιείται σε ξεχωριστή εξίσωση για την κατανομή πόρων υγείας στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη σε κάθε υγειονομική περίθαλψη και σε ξεχωριστή για την κατανομή πόρων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Το προτεινόμενο μοντέλο αποσκοπεί σε μια πολυκριτηριακή κατανομή πόρων με επίκεντρο την ισότητα ως προς την πρόσβαση, η οποία εμφανίζει ένα ερμηνευτικό εύρος που αφήνει μεγάλα περιθώρια όσον αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματος. Σπουδαία είναι η χρήση συντελεστών βαρύτητας η οποία επιτρέπει την ιεράρχηση αναγκών από τους ασκούντες της πολιτικής υγείας. Οι συντελεστές συμμετέχουν στο να εξαλειφθεί μια στεγνή τεχνοκρατική προσέγγιση και οριοθετούν δυνατές τις προσωπικές αξιολογήσεις και αποφάσεις. Με άλλα λόγια, εισάγουν και τον ανθρώπινο παράγοντα, θέτοντας ορθολογικά πλαίσια για την λήψη αυτών.

1.9 Η έννοια της αποκέντρωσης

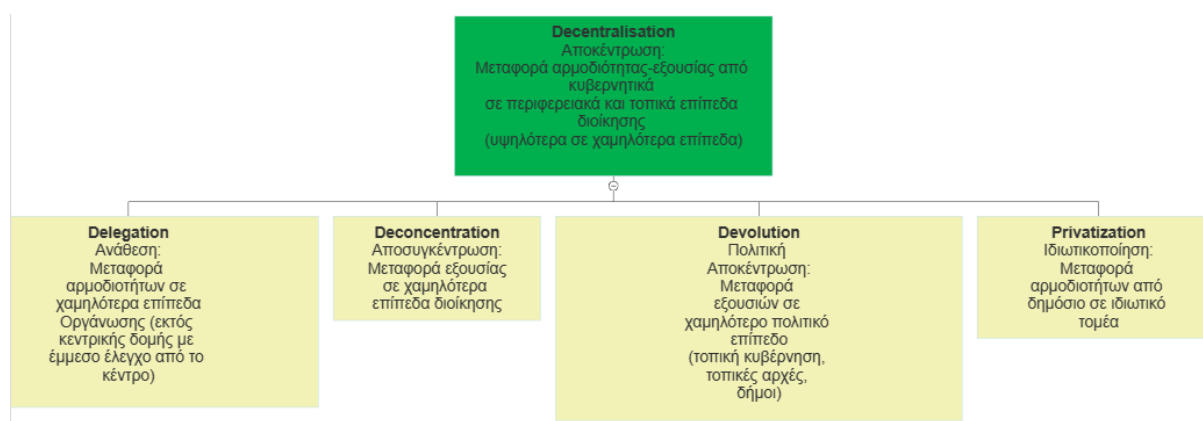
Τις τελευταίες δεκαετίες, χώρες σε όλο τον κόσμο έχουν εφαρμόσει μεταρρυθμίσεις αποκέντρωσης για διάφορους λόγους και με διαφορετικούς βαθμούς επιτυχίας. Μέχρι τη δεκαετία του 1990, εκτιμάται ότι τουλάχιστον το 80% των χωρών του κόσμου είχαν εφαρμόσει κάποια μορφή αποκέντρωσης. Η αποκέντρωση, αφενός, είναι ένας τρόπος οργάνωσης μιας κυβέρνησης, ώστε οι πολίτες να μπορούν να ικανοποιούν τις ανάγκες τους πιο γρήγορα και εύκολα και αφετέρου εξυπηρετεί την λειτουργία του πολιτεύματος. Ιστορικά, έχει αποδειχθεί ότι η συγκέντρωση της εξουσίας σε ένα πρόσωπο το οποίο νομοθετεί και εκτελεί τους νόμους που ο ίδιος αποφασίζει και ελέγχει την κατάλληλη ή μη εφαρμογή των νόμων, αποτελεί παθογένεια που οδηγεί σε αλαζονεία και καταπίεση των πολιτών. (Συμαντήρης, 2010)

Η αποκέντρωση έχει υποστηριχθεί ως επιθυμητή διαδικασία για τη βελτίωση των συστημάτων υγείας. Πρόσφατα, έχει θεωρηθεί ως αναπόσπαστο μέρος ευρύτερων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας για την επίτευξη βελτιωμένης ισότητας, αποτελεσματικότητας, ποιότητας και οικονομικής ευρωστίας. Ειδικότερα, τα αποκεντρωμένα συστήματα υγείας θεωρείται ότι διασφαλίζουν ανταποκρισιμότητα και ευελιξία στα συστήματα διαχείρισης για την κάλυψη των τοπικών αναγκών και την καλύτερη ευθυγράμμιση με τις βασικές αρχές της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον, η τοπική δημοσιονομική θεωρία προτείνει ότι, μέσω της αποκέντρωσης, οι υποεθνικές κυβερνήσεις θα παρέχουν ένα βέλτιστο επίπεδο δημόσιων αγαθών και υπηρεσιών, μειώνοντας έτσι τις σπατάλες και ικανοποιώντας τις προτιμήσεις και τις ανάγκες των πολιτών.

Η αποκέντρωση στοχεύει να φέρει την υγειονομική περίθαλψη “πιο κοντά στις ανάγκες του πληθυσμού” (Mills 1990). Με βάση αυτό το επιχειρήμα, η τοπική αυτοδιοίκηση αντικατοπτρίζει καλύτερα την πολιτική βούληση των πολιτών και, ως εκ τούτου, ανταποκρίνονται καλύτερα στις υγειονομικές τους ανάγκες, καθώς, η πολιτική η διαδικασία γίνεται πιο απτή και διαφανής και περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να συμμετάσχουν. Επιπλέον, συνδέεται στενά με το επιχειρήμα της επικουρικότητας, σύμφωνα με το οποίο η λήψη αποφάσεων πρέπει να μεταφέρεται στο χαμηλότερο κατάλληλο επίπεδο.

Σε αυτό το πλαίσιο των Cheema και Rondinelli 1983 η μεταφορά εξουσίας μπορεί να γίνει στα παρακάτω επίπεδα.

Πίνακας 1.9.α : Τα είδη της αποκέντρωσης



Πηγή : (Dennis A. Rondinelli, John R. Nellis, και . Shabbir Cheema 1983)

Η επιτυχής εφαρμογή της αποκέντρωσης απαιτεί πολύπλοκη ισορροπία μεταξύ πολιτικών, οικονομικών και διοικητικών πολιτικών. Ειδικότερα, η

αποκέντρωση λειτουργεί ως εργαλείο των συστημάτων υγείας ώστε να βελτιωθεί η παροχή των υπηρεσιών υγείας αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των οικονομικών πόρων ανάλογα με τις ανάγκες και τη συμμετοχή της τοπικής κοινότητας στις αποφάσεις.(Regmi 2014, World Bank 2013). Ωστόσο, το διαχρονικό πρόβλημα που εμφανίζεται με την αποκέντρωση είναι η έλλειψη δυναμικότητας.

Ακόμη, αποκεντρωμένες μονάδες δεν διαθέτουν την απαραίτητη τεχνική και διοικητική ικανότητα κάτι που απαιτεί πολύ χρόνο για την ανάπτυξή τους. Παράλληλα, συχνά δεν υπάρχουν αρκετά στελέχη για να υπηρετήσουν τους νέους ρόλους στο υπουργείο Υγείας . Το αποτέλεσμα ήταν η διοικητική αδυναμία των αποκεντρωμένων μονάδων να οδηγεί σε οικονομική κακοδιαχείριση, σπατάλη πόρων και διαφθορά, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που οι τοπικές αρχές απέκτησαν εξουσίες δημιουργίας εσόδων.

Η κάθετη ολοκλήρωση του υγειονομικού συστήματος με τη διατήρηση των κάθετων γραμμών ελέγχου από το υπουργείο υγείας προς τις αποκεντρωμένες μονάδες, έχει συχνά περιορίσει την αποκέντρωση, στην καλύτερη περίπτωση, σε απλή αποσυγκέντρωση. Για τη διερεύνηση της αποκέντρωσης (σε delegation και devolution), κάποιες χώρες έφτασαν στο σημείο να σπάσουν την κάθετη ολοκλήρωση με τη δημιουργία με τη δημιουργία περιφερειακών υγειονομικών επιτροπών με αρμοδιότητες σχεδιασμού, διοίκησης και χρηματοδοτικού ελέγχου (οριζόντια ολοκλήρωση). Σχετικό παράδειγμα αποτελούν τα Διοικητικά Συμβούλια των ΠΕΣΥΠ προγενέστερα και των ΔΥΠΕ σήμερα, στη χώρα μας, αν και μέχρι και σήμερα αυτή η λύση δεν έχει φέρει τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα (Παρασκευόπουλος,2006).

1.10 Ισότητα στις υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με τον Culyer το αγαθό υγεία δημιουργεί εξωτερικές επιδράσεις , υπό την έννοια ότι η παραγωγή ή χρήση τους παρέχει όφελος όχι μόνο στο άτομο που τα παράγει ή τα χρησιμοποιεί, αλλά και σε άλλα άτομα , χωρίς τα τελευταία να καταβάλουν τιμή για τα οφέλη που αποκομίζουν. Συνεπώς , για την ευημερία της κοινωνίας , είναι απαραίτητο να αντιμετωπίζονται οι άνθρωποι με ίσο τρόπο ανεξάρτητα την κοινωνική ή

γεωγραφική τους θέση. Έτσι, τα άτομα ενδιαφέρονται να βλέπουν ή να γνωρίζουν ότι οι άλλοι μέσα στην κοινωνία τους λαμβάνουν έγκαιρη, αναγκαία υγειονομική περίθαλψη .

Η ισότητα είναι αλληλένδετη έννοια με την δικαιοσύνη . Οι έννοιες αυτές παραπέμπουν είτε στο δικαίωμα όλων των πολιτών να απολαμβάνουν ίσες ευκαιρίες στη ζωή τους , είτε να κατέχουν όλοι ένα ελάχιστο επίπεδο εισοδήματος , το οποίο θα τους αποτρέπει να υπάρξουν φτωχοί ή αποκλεισμένοι κοινωνικά.

Σε αυτό το σημείο θεωρείται αξιόλογο να γίνει διάκριση μεταξύ ισότητας και ισοτιμίας . Η ισοτιμία (equality) ορίζεται ως η διανομή του αγαθού που γίνεται σε ίσα μέρη. Μια ισότιμη διανομή δημόσιων δαπανών για την υγεία νοείται ότι η ανά κεφαλή δαπάνη είναι ίση. Ενώ , η ισότητα επικεντρώνεται στην δίκαια κατανομή όπου υπάρχει πιθανότητα να μην αποφέρει ίσα μερίδια. Οι υπέρμαχοι της κοινωνικής δικαιοσύνης υποστηρίζουν ότι η διανομή που δεν είναι ισότιμη δεν μπορεί να είναι ίση. Όπως άλλωστε υποστηρίζουν οι Wagstaff & Culyer η ισοτιμία θα πρέπει να είναι η κυρίαρχη αρχή και η ισότητα να συνεπάγεται με τρόπο ώστε να επιτυγχάνεται όσο το δυνατόν περισσότερο η ίση κατανομή υγείας.

Η αρχή της ισότητας όσον αφορά την κατανομή των πόρων προσπαθεί να μειώσει τις ανισότητες στην υγεία , οι οποίες οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες όπως η ηλικία, φύλο και γενετική προδιάθεση καθώς σε γενικούς κοινωνικοοικονομικούς και γεωγραφικούς λόγους , κοινωνικοί παράγοντες και (υπό)ανάπτυξη περιφέρειας, βέβαια υπάρχουν και οι ατομικοί παράγοντες όπως ο τρόπος ζωής των ανθρώπων. Ακόμα και αν καταβάλλεται προσπάθεια για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη ωστόσο δεν είναι ολοκληρωμένη όσο θα μπορούσε να είναι , διότι επικεντρώνεται σε μερικά σημεία του προβλήματος με αποτέλεσμα να μην έχει διορθωτική δράση στην ύπαρξη των ανισοτήτων.

Στον χώρο των δημόσιων οικονομικών η ισότητα στην κατανομή αναφέρεται σε δύο διαφορετικές έννοιες : την οριζόντια και την κάθετη. Στον τομέα της υγείας η έννοια της οριζόντιας ισότητας αναφέρεται κυρίως στην αρχή ότι όλα τα άτομα λαμβάνουν ίσες παροχές ανεξαρτήτως εισοδήματος . Η οριζόντια ισότητα μπορεί να εκφραστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της υγειονομικής περίθαλψης παράγωγή, εισροές και εκροές. Ενώ , η έννοια της κάθετης ισότητας στην κατανομή αναφέρεται στο ότι τα άτομα λαμβάνουν άνισες παροχές, που προσδιορίζονται από τις ιδιαιτερότητες του ατόμου όπως η βαρύτητα της ασθένειας της νόσου. (Donaldson και Gerard 1993).

Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τον Culyer(1995) η οριζόντια ισότητα σημαίνει ότι παρέχονται ίδιες υπηρεσίες υγείας σε άτομα που έχουν τις ίδιες ανάγκες , διαφορετικά η κάθετη ισότητα νοείται ότι τα άτομα που έχουν διαφορετικές ανάγκες λαμβάνουν διαφορετικές υπηρεσίες υγείας. Για την κάθετη και οριζόντια ισότητα πρέπει να έχει εξασφαλιστεί η ορθολογική κατανομή των πόρων με στόχο την μεγιστοποίηση της χρησιμότητας του κοινωνικού συνόλου.

Εικόνα 1.10 α :Τα χαρακτηριστικά της Οριζόντιας και κάθετης ισότητας

<p>Κριτήρια της οριζόντιας ισότητας</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Ίσες δαπάνες για ίσες ανάγκες. π. χ. ίσες αναλογίες κόστους νοσοκόμου ανά κρεβάτι σε όλα τα νοσοκομεία.❖ Ίση χρήση για ίσες ανάγκες π. χ. ίση διάρκεια διαμονής ανά κατάσταση υγείας.❖ Ίση πρόσβαση για ίση ανάγκη. π. χ. ίσος χρόνος αναμονής για θεραπεία για ασθενείς με παρόμοιες καταστάσεις.❖ Ίση υγεία και μειωμένες ανισότητες στην υγεία π. χ. ίσες αναλογίες προτυποποιημένων ηλικιακών θνησιμότητας προσαρμοσμένες στην ηλικία και το φύλο σε όλες τις περιοχές υγείας. <p>Κριτήρια της κάθετης ισότητας</p> <ul style="list-style-type: none">❖ Άνιση μεταχείριση για άνιση ανάγκη.❖ Προοδευτική χρηματοδότηση με βάση την ικανότητα πληρωμής, όπου τα άτομα ή πληθυσμοί με άνισες δυνατότητες στην κάλυψη υγειονομικών δαπανών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας προβαίνουν σε διαφορετικές πληρωμές , δηλαδή δεν κρίνεται με βάση της επιθυμίας αλλά της ικανότητας να πληρώσει. πχ οι πλούσιοι πληρώνουν και τους παρέχονται περισσότερες υπηρεσίες υγείας.

Πηγή : (Donaldson και Gerard 1993)(Σουλιώτης,2007)

Ο Cochraine ήταν ο πρώτος που εισήγαγε τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία για να ισχύει η ισότητα πρέπει να έχουν επιτευχθεί τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας. Για την επίτευξη μεγαλύτερης δικαιοσύνης, πρέπει να θυσιαστεί ένα μέρος της αποδοτικότητας. Αυτό ονομάζεται αντιστάθμιση ισότητας και

αποτελεσματικότητας.(Κυριόπουλος&Γείτονα2008).Για την συνύπαρξη της αποδοτικότητας και της ισότητας έχει εκφραστεί από τον Weale 1983 . Σύμφωνα με τον Weale, η αρχή Pareto στην οικονομική αποδοτικότητα είναι ένα μέτρο κοινωνικής ευημερίας που ουσιαστικά συγκρίνει τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αποδίδουν σε μια κοινωνική επιλογή και με το πως κάνουν σε μια άλλη. Αντιθέτως, η ισότητα επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αποδίδουν σε σύγκριση μεταξύ τους σε πολλές επιλογές.

Η έννοια της ισότητας και της αποδοτικότητας έχει τεκμηριωθεί από πολλούς ότι είναι ανταγωνιστικές μεταξύ τους και δύσκολα επιτυγχάνεται παράλληλα η μεγιστοποίηση και των δυο. Αυτό γίνεται γιατί η ισότητα στοχεύει στην δίκαιη κατανομή των πόρων , όμως δεν αναφέρεται πουθενά αν το αποτέλεσμα παράγεται στο μέγιστο δυνατό λαμβάνοντας υπόψιν τις εισροές-αποδοτικότητας. Ειδικότερα , μπορεί να έχει επιτευχθεί η εφαρμογή της ισότητας σε ένα νοσοκομείο όπου βρίσκεται σε αραιοκατοικημένη περιοχή και φτωχή περιφέρεια , όμως από οικονομική πλευρά να θεωρείται δαπανηρό. Επομένως, επειδή οι πόροι είναι σπάνιοι κρίνεται απαραίτητο να θυσιάσει ένας από τους στόχους για να εξασφαλιστεί η μερική ικανοποίηση του άλλου. Στις περιπτώσεις αυτές είναι αναγκαία η λύση του συμβιβασμού για την εύρεση της άριστης ισορροπίας ή ισοδύναμο σημείο μεταξύ αποδοτικότητας και ισότητας. (Donaldson και Gerard 1993)

Ακόμη, όταν δεν γίνεται μια ενδελεχής επικέντρωση στη μεγιστοποίηση της υγείας τότε παρατηρείται ότι οι άνθρωποι δεν έχουν εύκολη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη που χρειάζονται ή δεν είναι διαθέσιμη στην σωστή ποσότητα και ποιότητα. Απόρροια αυτών, έχει υποστηριχθεί ότι είναι αντιπαραγωγικό και αδικαιολόγητο να επιδιώκεται η ισότητα και αποδοτικότητα ως ξεχωριστούς στόχους της υγείας. Δεδομένου αυτού οι Cylyer & Bombard ενσωμάτωσαν τις δύο έννοιες σε συμπληρωματικές έννοιες που στόχος τους είναι η επιδίωξη της μέγιστης και ίσης υγείας των πληθυσμών. Έτσι η αποδοτικότητα πρέπει να λειτουργεί για την ισότητα και η ισότητα , με την σειρά της , να βελτιώνει την αποδοτικότητα μακροπρόθεσμα.

Υπάρχει δυνατότητα να επιτευχθεί τόσο η ισότητα όσο και η αποδοτικότητα μεταφέροντας τους πόρους από περιοχές με μεγάλες υποδομές υγείας και χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας σε περιοχές με ανεπαρκείς υποδομές και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας.(Γείτονα,2012)

2 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα στο ΕΣΥ

Το 2010, η ελληνική οικονομία πέρασε σε μια βαθιά, διαρθρωτική και πολύπλευρη κρίση. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, τεράστιο δημόσιο χρέος και την συνεχή διάβρωση της ανταγωνιστικής της θέσης. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος η ελληνική κυβέρνηση ζήτησε από την ΕΕ και το ΔΝΤ την ενεργοποίηση μηχανισμού στήριξης. Στο πλαίσιο αυτό συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που προέρχονταν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα έναντι των πιστωτών της. Σημαντικό μερίδιο των μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν και συνεχώς προωθούνται, κατέχει ο τομέας της υγείας. Πρέπει, ωστόσο, να σημειωθεί ότι οι οικονομικές πιέσεις προϋπήρχαν της κρίσης και τα διαρθρωτικά προβλήματα είχαν συσσωρευτεί εδώ και μια δεκαετία.

Αναφορικά , τα μέτρα που υιοθετήθηκαν είχαν έμφαση

- ❖ Στην αύξηση της άμεσης και έμμεσης φορολογίας
 - ❖ Στη μείωση του εργασιακού κόστους
 - ❖ Στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα
 - ❖ Στην πλήρη απορρύθμιση της αγοράς εργασίας,
 - ❖ Στην κατάργηση του κοινωνικού κράτους και τη μετατροπή του σε ένα υπολειμματικού τύπου δίκτυ ασφαλείας
 - ❖ Στην περικοπή του προγράμματος δημόσιων επενδύσεων στην ιδιωτικοποίηση.
- (Οικονόμου, 2016)

Άξιο αναφοράς είναι ότι η ελληνική κρίση έχει καταγραφεί ως μία από τις πιο έντονες και «επίμονες» παγκοσμίως, τόσο για τις συνέπειες όσο και για τη διάρκειά της. Εκείνη την περίοδο η χώρα εισήλθε σε ύφεση, τα ποσοστά ανεργίας αυξάνονται δραματικά με αποτέλεσμα τα νοικοκυριά να αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους και το βιοτικό επίπεδο να μειώνεται. Την ίδια στιγμή, το κοινωνικό κράτος αναδεικνύεται σε «αδύναμο κρίκο» του κράτους και πλήττεται σημαντικά από τον συνδυασμό της μείωσης των εσόδων του και της διόγκωσης του ευάλωτου πληθυσμού και των αναγκών.(Σουλιώτης κ.α 2018)

Στην αρχή της παγκόσμιας οικονομικής και χρηματοπιστωτικής κρίσης, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα λειτουργούσε κάτω από ένα

απαρχαιωμένο πλαίσιο που ήταν εστιασμένο στην κλινική ιατρική και τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Το σύστημα δεν έχει κατάλληλη μονάδα προγραμματισμού και εύκολα προσβάσιμα δεδομένα σχετικά με την κατάσταση της υγείας, τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης και τα κόστη της υγείας. Επιπρόσθετα, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης απέτυχε να υιοθετήσει μια προοδευτική και προληπτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού μέσω πρωτοβουλιών δημόσιας υγείας και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. (Econoμou, 2017).

Σε θεωρητικό πλαίσιο έχει υποστηριχθεί ότι η οικονομική κρίση και οι εκτεταμένες επιπτώσεις της έχουν αντίκτυπο στην κατάσταση της υγείας των ανθρώπων. Η επίδραση αυτή αποδίδεται στις αλλαγές στην αγορά εργασίας, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν αρνητικά τους βασικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας όπου είναι η απασχόληση και το εισόδημα, ακόμα οξύνονται οι ήδη υπάρχουσες κοινωνικές ανισότητες.

Η εφαρμογή των μέτρων λιτότητας και η μείωση των φορολογικών εσόδων μαζί με τη μείωση των δαπανών για την τόνωση της οικονομίας, έχει αρνητικό αντίκτυπο στον προϋπολογισμό και τελικά προκαλεί μείωση του βιοτικού επιπέδου και της υγειονομικής περίθαλψης. Καθώς η κυβέρνηση μειώνει τις δαπάνες για την υγεία και συρρικνώνεται το κράτος πρόνοιας επακόλουθο είναι η επιδείνωση των υγειονομικών ανισοτήτων. (Ανδρέας Φερόνας, 2013).

Ειδικότερα, η αύξηση των θανάτων στην Ελλάδα κατά το 2011-2012 είναι πιθανότατα το πρώτο ενδεικτικό στοιχείο των αρνητικών επιπτώσεων των μέτρων λιτότητας στη θνησιμότητα, αυτή η αύξηση μπορεί να οφείλεται στην περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για χρόνια πάσχοντες ασθενείς ως αποτέλεσμα των μειωμένων πολιτικών υγείας και της αύξησης των ανασφάλιστων ατόμων. (Nikolaos Vlachadis, 2014)

Στα χρόνια της κρίσης, οι κρατικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του ΑΕΠ παρέμειναν σταθερές αλλά ήταν χαμηλότερες από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο λόγω της μείωσης του ΑΕΠ κατά την κρίση, ο προϋπολογισμός για την υγειονομική περίθαλψη μειώθηκε κατά 60% τις χρονιές 2010 και 2014. (Θοδωρής Γεωργακόπουλος 2016)).

Οι περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες οδήγησαν σε μείωση των κλινών και δομών καθώς και ποιοτική υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που προέρχονταν από το δημόσιο τομέα, επίσης επέφερε αδυναμία κάλυψης του κόστους των υπηρεσιών

υγείας με ίδιους πόρους και πρόσβασης στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, ελλείψεις σε φάρμακα και αναλώσιμα στο δημόσιο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας, και επιβολή περιορισμών σε ορισμένες παροχές, όπως η κατανάλωση πρωτότυπων φαρμάκων και η διενέργεια ορισμένων προληπτικών εξετάσεων. (Οικονόμου, 2013).

Ταυτόχρονα, παρατηρήθηκε αύξηση θνησιγένειας της τάξης του 32% μεταξύ 2008 και 2010 (Vlachadis&Kornarou,2013). Σχετικά με μια άλλη έρευνα η ψυχική υγεία επιδεινώνεται και επηρεάζει κυρίως τα κατώτερα στρώματα. (Θοδωρής Γεωργακόπουλος 2016). Κατά την χρονική περίοδο 2010-2018 προκλήθηκαν επιπλέον θάνατοι και καταγράφηκαν περισσότερα λοιμώδη και χρόνια νοσήματα.(Τούντας,2021).

2.1 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Στην υγεία το σύστημα υποχρηματοδοτείται ολοένα και περισσότερο από δημόσιες πηγές, τη στιγμή που οι πολίτες, με μειωμένους πλέον τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς, δεν είναι πλέον σε θέση να καλύπτουν με ίδιες δαπάνες το κόστος της περίθαλψης. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής επικεντρώθηκαν μόνο στην πραγματοποίηση γρήγορων και απλών δημοσιονομικών αλλαγών, αγνοώντας την απαίτηση για θεμελιώδεις αλλαγές και το δικαίωμα πρόσβασης των ανθρώπων στην υγειονομική περίθαλψη ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση(Goranitis,2014).

Οι φτωχοί άνθρωποι συχνά έχουν περιορισμένη εκπαίδευση και στερούνται γνώσεων σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία και τις επιλογές ενός υγιεινού τρόπου ζωής, με αποτέλεσμα να τους είναι δύσκολο να έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας λόγω του χαμηλού εισοδήματός τους.(Public Health Association,2005). Η έλλειψη ακριβών επίσημων δεδομένων σχετικά με τις λίστες αναμονής καθιστά δύσκολο τον προσδιορισμό του τρόπου με τον οποίο τα μέτρα περιορισμού επηρεάζουν την πρόσβαση των ανθρώπων στην υγειονομική περίθαλψη. Η δυσκολία είναι απόρροια της απουσίας ενός καλά οργανωμένου συστήματος διαχείρισης των χρόνων και των λιστών αναμονής. Ειδικότερα,με στοιχεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) (ΕΣΔΥ, 2012), το 59% των πολιτών

αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ 2011 και 2012 λόγω οικονομικών δυσχερειών ή/και εξαιτίας εμποδίων ως προς την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, ενώ πάνω από 4 στους 10 πολίτες δήλωσαν ότι οι νέες υγειονομικές δομές κατέστησαν δυσχερέστερη την πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις.

Επίσης τα άτομα με αναπηρία έχουν συχνά χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης και υψηλότερα ποσοστά ανεργίας με αποτέλεσμα να έχουν χαμηλότερο εισόδημα, ενδέχεται να επηρεαστούν αρνητικά από την οικονομική κρίση και τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας που περιλαμβάνουν τα μέτρα λιτότητας.(Elena.S Rotarou & Dikaios Sakellariou,2017). Παράλληλα, τα προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου του καρκίνου, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας για την απεξάρτηση από τα ναρκωτικά είτε υπέστησαν περικοπές είτε έκλεισαν.(Kerasidou Angeliki κ.ά. 2016).

Καθώς η πρόσβαση στο ΕΣΥ στην Ελλάδα ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με το επάγγελμα των ανθρώπων, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, πολλοί άνθρωποι έχασαν την δουλειά τους, με αποτέλεσμα, οι άνθρωποι δεν μπορούσαν να πληρώσουν την εισφορά τους για την κοινωνική ασφάλιση υγείας ή δεν είχαν κάλυψη υγείας επειδή δεν εργάζονταν πια. Ο ΕΟΠΥΥ παρείχε κάλυψη μόνο για δύο χρόνια αφού οι άνθρωποι σταμάτησαν να εργάζονται, αφήνοντας πάνω από δύομισι εκατομμύρια ανθρώπους ανασφάλιστους το 2016, οι οποίοι δεν είχαν πρόσβαση στο σύστημα υγείας, αναγκάζοντας τους να πληρώνουν για αυτή χρήματα από την τσέπη τους. (Espn,2018). Η έλλειψη ασφάλισης ήταν ένα σημαντικό εμπόδιο για τους ανθρώπους που αναζητούσαν υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της κρίσης. Διάφορα κυβερνητικά προγράμματα εισήχθησαν το 2013 για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος, αλλά τα διοικητικά εμπόδια εμπόδισαν την αποτελεσματικότητά τους.

Τελικά το 2016 ψηφίστηκε νόμος για την παροχή καθολικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για τα ανασφάλιστα άτομα και οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. (European Observatory on Health Systems and policies, 2017) Παρόλο που ενισχύθηκε η πρόσβαση δεν υπήρξε η αντίστοιχη αύξηση στη χρηματοδότηση και στο προσωπικό, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν σε αυτήν την αυξημένη ζήτηση, η αύξηση των ασθενών ανήλθε σε 30-40% με το ίδιο προσωπικό και πόρους, βάζοντας τους εργαζόμενους στην υγεία σε δεινή θέση με τρόπο που να διπλασιάζει τη δουλειά τους και το χρόνο που εργάζονται.

Ένα από τα προβλήματα που ανέκυψαν κατά την οικονομική κρίση ήταν ότι οι

ευάλωτες κοινωνικές ομάδες(άνεργοι, ηλικιωμένοι) προσέφευγαν στην οικονομική λύση να επισκεφτούν τις δημόσιες δομές κυρίως, τα νοσοκομεία, επειδή δεν μπορούσαν να καλύψουν το κόστος ιδιωτικά, με συνέπεια να υπάρξει μια μείωση όσον αφορά την επισκεψιμότητα τους στα απογευματινά ιατρεία και στους ιδιώτες γιατρούς. Ειδικότερα, μέσα σε μια πενταετία από την εκδήλωση της κρίσης το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά εισοδήματα που ανέφερε αδυναμία να καλύψει κάποια ιατρική ανάγκη διπλασιάστηκε (από 7% το 2008 σε 13,9% το 2013) (Karanikolos, M, Kentikelenis,2016).

Ακόμα, η Έρευνα Υγείας του 2014 της ΕΛΣΤΑΤ (2016), έδειξε ότι χρειάστηκε να λάβει αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα και καθυστέρησε να τη λάβει ή δεν την έλαβε καθόλου το 12,9% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω λόγω μεγάλης λίστας αναμονής. Το 6% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω, αντιμετώπισαν εμπόδια λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μεταφορά. Το 9,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω αντιμετώπισε εμπόδια στην πρόσβαση λόγω έλλειψης ειδικοτήτων γιατρών και επαγγελματιών υγείας.

Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα έχει καταδειχθεί ότι το 26% Των ασθενών Που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα αντιμετώπισε προβλήματα στην πρόσβαση σε ρευματολόγο. Επιπρόσθετα, ανισότητες στην πρόσβαση αντιμετωπίζουν και οι ασθενείς με καρκίνο, συγκεκριμένα το 51% δεν μπορούσε να κλείσει ραντεβού έγκαιρα λόγω της λίστας αναμονής, καθώς το 44% δήλωσε ότι δεν μπορεί να πάει σε ιδιώτη γιατρό επειδή δεν είχε χρήματα . Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η πρόσβαση ήταν χειρότερη σε σχέση με το 2009 (Souliotis κ.α,2014) Οι καρκινοπαθείς είναι μια από τις πιο πληγείσες ομάδες ασθενών από τις περικοπές στον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης όσον αφορά τον χρόνο αναμονής και την πρόσβαση σε κατάλληλα φάρμακα (Kaitelidou&Economou,2014)

Για την ορθότερη χρησιμοποίηση των πόρων οι δημόσιες νοσοκομειακές δομές συγχωνεύονται γεγονός το οποίο, σε συνδυασμό με τη μειωμένη δημόσια χρηματοδότηση των νοσοκομείων, φαίνεται ότι δυσχέρανε τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αφού αφενός περιόρισε τα σημεία παροχής τους και αφετέρου την ποιότητά τους, δεδομένης της μεγάλης ζήτησης και των ελλείψεων που επικρατούν. (Κ.Σουλιώτης κ.α 2018).

Σύμφωνα με μελέτες της ελληνικής βιβλιογραφίας, το δυσμενές οικονομικό περιβάλλον προκάλεσε ουσιαστική αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας στην

Ελλάδα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η Ελλάδα είναι χώρα με το υψηλότερο ποσοστό ατόμων που δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα πρόσβασης, λόγω κόστους στις υπηρεσίες υγείας. (Eurofound, 20212). Όλα τα παραπάνω, συντελούν σε αυτό που είχε δηλώσει ο Musgrove(1987) ότι οι επιδεινούμενες οικονομικές συνθήκες έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο επίπεδο της υγείας.

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης τη νοσηρότητα, θνησιμότητα αλλά και την πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας. Κατά συνέπεια, η υγεία του πληθυσμού στην Ελλάδα διατρέχει αυξημένο κίνδυνο λόγω των ριζικών οικονομικών αλλαγών που έχουν εφαρμοστεί σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Γενικότερα, άτομα και οικογένειες που βρίσκονται στα πιο χαμηλά επίπεδα της κοινωνικής ιεραρχίας παρουσιάζουν διπλάσια αύξηση στη θνησιμότητα και την νοσηρότητα εξαιτίας του εισοδήματος, της εκπαίδευσης και της ιατρικής περίθαλψης (Bartley et al. 1997, Blane et al 1997). (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε συμβουλευτικές θεραπευτικές (συνταγογράφηση των φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη) υπηρεσίες με υψηλή ποιότητα . Ενώ, όσοι έχουν υψηλότερο εισόδημα είναι πιο πιθανό να έχουν πρόσβαση σε εξειδικευμένη φροντίδα . Στην Ελλάδα έχει δημιουργηθεί και εδραιωθεί μια εκτεταμένη ζώνη αποκλεισμού από τις δημόσιες υπηρεσίες που αφορά το 30% του πληθυσμού που είναι άποροι, ανασφάλιστοι, επαγγελματίες που χρεοκόπησαν και δεν μπορούν να καλύψουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές, μετανάστες χωρίς χαρτιά. Μια υφέρπουσα ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας είναι εμφανής, Ωστόσο χωρίς να έχει παρατηρηθεί σημαντικές ενδείξεις εξοικονόμησης πόρων καθώς και ιδιωτική δαπάνη για την υγεία βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα.(Ανδρέας Φερόνας, 2013)

Κατά το διάστημα της οικονομικής μεταξύ 2015 και 2018, σημειώθηκε σημαντική αύξηση στον αριθμό των προσφύγων και μεταναστών που εισήλθαν στην Ελλάδα και χορηγήθηκε ευρωπαϊκή χρηματοδότηση για την αντιμετώπιση της έκτακτης ανάγκης που προέκυψε. Οι ΜΚΟ διαδραμάτισαν κρίσιμο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στους νεοαφιχθέντες, καθώς ήταν σε θέση να δράσουν γρήγορα, σε αντίθεση με τις κρατικές υπηρεσίες. Τα γραφειοκρατικά εμπόδια εμπόδισαν τις κυβερνητικές υπηρεσίες να αντιμετωπίσουν επαρκώς την κατάσταση.(Espn, 2018)

Ο νόμος 4368/201627 εγγυάται στους πρόσφυγες και τους μετανάστες το δικαίωμα πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη, ακόμα και αν δεν διαθέτουν νόμιμα

έγγραφα, σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Οι πρόσφυγες και οι μετανάστες στην Ελλάδα μένουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα σε Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (Hotspots) και κέντρα κράτησης (ESPN,2018). Σύμφωνα με την έρευνα των (Γαλάνη,Οικονόμου,2020), οι μετανάστες στα νοσοκομεία και τις κλινικές αντιμετωπίζουν συχνά γραφειοκρατικές προκλήσεις, απαθές ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και σημαντικά εμπόδια επικοινωνίας.

Με βάση μελετών των ΗΠΑ, οι μετανάστες είχαν μικρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους γηγενείς(Γαλάνης, Καϊτελίδου κ.α. 2012). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανέφερε ότι η πρόσβαση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη ήταν είτε ελάχιστη είτε ανύπαρκτη. Επιπλέον, η πρόσβαση σε όλες τις κατηγορίες φαρμάκων αξιολογήθηκε ως επί το πλείστον ως ελάχιστη ή μέτρια. Όσοι ζουν στα νησιά του Ανατολικού Αιγαίου αντιμετώπιζαν προβλήματα πρόσβαση τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη σε σύγκριση με εκείνες στην ηπειρωτική χώρα. (Farmakioti, 2023)Είναι κοινώς διαπιστωμένο τόσο από το Υπουργείο Υγείας όσο και από άλλες οργανώσεις ότι οι συνθήκες διαβίωσης των ευάλωτων ομάδων έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη σωματική και ψυχική τους υγεία.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων των ατομικών χαρακτηριστικών όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, οι προσωπικές πεποιθήσεις και τα γλωσσικά εμπόδια, καθώς και τα χαρακτηριστικά του εκάστοτε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της χώρας υποδοχής, όπως η ασφαλιστική κάλυψη και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να έχουν διαφορετικές πολιτιστικές πεποιθήσεις και γλωσσικά εμπόδια, περιορισμένους πόρους και ηθικές συγκρούσεις κατά την θεραπεία των ασθενών μεταναστών.(Γαλάνης κ.α 2020)

2.2 Οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις των μνημονίων

Στο πλαίσιο υλοποίησης των μνημονιακών υποχρεώσεων τα μέτρα που πραγματοποιήθηκαν κατηγοριοποιούνται σε τρεις τομείς:

1) μέτρα για τον έλεγχο δαπανών και την χρηματοδότηση υγείας 2) μέτρα που σχετίζονται με την ένταση και την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας 3)μέτρα για τον έλεγχο του κόστους.

Στον πρώτο τομέα εντάσσονται οι προσπάθειες μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας, η αύξηση των εσόδων μέσω της φορολογικής πολιτικής, η αύξηση

της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών (Καταβολή 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε Κέντρα Υγείας και εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων, επέκταση του θεσμού των απογευματινών ιατρείων που προϋποθέτει την καταβολή από τον ασθενή 35-90 ευρώ, η συμμετοχή 25 ευρώ για ενδονοσοκομειακή νοσηλεία και 1 ευρώ για κάθε ιατρική συνταγή, διαδοχικές αυξήσεις συμμετοχής των ασθενών στα φάρμακα, τις διαγνωστικές εξετάσεις). (Οικονόμου, 2013)

Ο δεύτερος τομέας αφορά μέτρα που περιορίζουν την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι συνεχείς αλλαγές του Κανονισμού Παροχών του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) έχουν συντελέσει σε αντίστοιχους περιορισμούς του πακέτου παροχών όπως η καθιέρωση ανώτατων ορίων χρήσης, μείωση ποσοστάν κάλυψης(εισαγωγή εισοδηματικών κριτηρίων για την δωρεάν χορήγηση υγειονομικού υλικού σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες(νεφροπαθείς), αφαίρεση επιλεγμένων υπηρεσιών , ο περιορισμός του αριθμού συγκεκριμένων θεραπειών που δικαιολογούνται από τον Οργανισμό (π.χ. λογοθεραπειών) και η μη κάλυψη συγκεκριμένων ακριβών εξετάσεων. Επιπρόσθετα, η μείωση του προσωπικού του ΕΟΠΥΥ κατά 50% σε σχέση με αυτό που είχαν τα τέσσερα συγχωνευμένα ταμεία(ΙΚΑ, ΟΠΑΔ,ΟΑΕΕ,ΟΓΑ), η μείωση κατά 25% των συμβεβλημένων γιατρών και η επιβολή πλαφόν στις επισκέψεις των συμβεβλημένων γιατρών αυξάνουν το κόστος χρόνου για τους ασφαλισμένους ,περιορίζουν τις επιλογές των ασθενών, τους βάζει στην διαδικασία να αναζητήσουν υπηρεσίες και τους ταλαιπωρεί προκειμένου να βρουν τον κατάλληλο γιατρό που θα τους προσφέρει τις υπηρεσίες που χρειάζονται.(Φερόνας, 2013)

Στον τρίτο τομέα περιλαμβάνονται τα μέτρα που αποσκοπούν στον έλεγχο των τιμών των ιατρικών προϊόντων, στον επαναπροσδιορισμό των αμοιβών των επαγγελματιών υγείας, της αποζημίωσης των προμηθευτών και στην αναδιοργάνωση των διοικητικών δομών των υπηρεσιών υγείας. Υπό το πρίσμα αυτό εισάγεται ο προγραμματισμός των προμηθειών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο με την θεσμοθέτηση των Περιφερειακών Προγραμμάτων Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ) και της Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών (ΣΕΠ), θεσμοθετείται η Επιτροπή Προδιαγραφών και το Παρατηρητήριο Τιμών, με τον Ν3918/11 επιχειρείται ο εξορθολογισμός των συστημάτων αδειοδότησης, κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων, θεσμοθετείται η θετική και αρνητική λίστα φαρμάκων με τον Ν3816/10, μειώνεται το κέρδος των φαρμακοποιών , μειώνονται οι

αποζημιώσεις των προμηθευτών (Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια-KEN) , εισάγεται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και επιβάλλονται οριζόντιες περικοπές στις αμοιβές των εργαζομένων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.(Φερόνας, 2013)

Ενώ ορισμένα μέτρα όπως οι λίστες φαρμάκων και οι έλεγχοι τιμών έχουν συμβάλει στη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, είναι σημαντικό να αντιμετωπιστεί επίσης η υπερκατανάλωση των φαρμάκων, οι συνταγογραφικές συνήθειες των γιατρών και η στάση του κοινού απέναντι στα φάρμακα. Άλλες μεταρρυθμίσεις σημειώνουν πρόοδο αλλά για να είναι αποτελεσματικές πρέπει να προγραμματιστούν και να εκτελεστούν σωστά. Ωστόσο, η εφαρμογή μιας πολιτικής οριζόντιων μειώσεων των μισθών χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν η απόδοση και η σύνδεση της με τις αποδοχές μπορεί να προκαλέσει την εγκατάλειψη του ειδικευμένου προσωπικού στο εξωτερικό, στην έλλειψη ειδικοτήτων και προβλήματα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Σχετικά με την αναδιάρθρωση των διοικητικών δομών του ΕΣΥ, σημαντικό σημείο ήταν η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ(Ν.3918/2011),όπου ενσωματώθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών αργότερα προστέθηκαν περισσότερα ταμεία (ΙΚΑ,ΟΠΑΔ,ΟΑΕΕ και ΟΓΑ).Ο κύριος στόχος ήταν η δημιουργία ενός τυποποιημένου συστήματος για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος και την διαδικασία χορήγησης. Άξιο αναφοράς είναι ότι η πληθώρα των ασφαλιστικών ταμείων δημιουργούσε ανισότητες όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών. (Πολύζος, 2014)

Παρόλαυτα, ο στόχος του οργανισμού να παρέχει επαρκή υγειονομική περίθαλψη παρεμποδίστηκε από διάφορους παράγοντες, όπως η περιορισμένη χρηματοδότηση (0.4 έναντι του προβλεπόμενου 0,6% του ΑΕΠ), μειωμένες εισφορές λόγω της ραγδαίας αύξησης της ανεργίας και το υψηλό κόστος νοσηλείας λόγω (KEN). Αυτά τα ζητήματα οδήγησαν στην αδυναμία του οργανισμού να εκπληρώσει τα καθήκοντά του και την μείωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους.

Το σχέδιο αναδιοργάνωσης των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης στο ΕΣΥ περιλαμβάνει την συνένωση παρόμοιων κλινικών και εργαστηρίων, τη μετατροπή μικρών μονάδων σε μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, την συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε ομοειδείς υπηρεσίες και τον εξορθολογισμό της κατανομής των

πόρων. Ενώ αυτές οι αλλαγές θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα όπως εξοικονόμηση του κόστους και καλύτερη χρήση των πόρων, έχει σημειωθεί μικρή πρόοδος στην εφαρμογή αυτών των αλλαγών. (Πολύζος, 2014)

3 Διοίκηση και προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας

Ο όρος «διοίκηση» είναι ταυτόσημος με την γαλλική λέξη administration και σχετίζεται με το διοικητικό δίκαιο και την οργάνωση. Σε αντίθεση με το management, που εστιάζει πιο πολύ στην οργάνωση και λιγότερο στη διαχείριση.

Οι βασικές λειτουργίες της διοίκησης είναι :1) σχεδιασμός- προγραμματισμός 2) οργάνωση 3) διεύθυνση-καθοδήγηση 4) έλεγχος 5) ανασκόπηση (Πολύζος, 2014). Η διοίκηση υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζει δυσκολίες εξαιτίας των ιδιομορφιών του αγαθού της υγείας και των «εξωτερικοτήτων», όπως τα κέρδη(θετικές) ή τις ζημιές(αρνητικές) στον ευρύτερο πληθυσμό. Π.χ. ο εμβολιασμός των παιδιών για την χηλαση ή πρόληψη του μαστού. Άρα, οι υπηρεσίες υγείας σε κάθε επίπεδο θα πρέπει να έχουν ένα ετήσιο σχέδιο δράσης, με γνώμονα, όπου θα περιορίσουν ή όχι την αβεβαιότητα και θα κάνουν πράξη την αλληλεξάρτηση τους με πολιτικά και κοινωνικά γεγονότα(Burns κ.α,2012).

Ο βασικός λόγος σχεδιασμού και προγραμματισμού είναι η οργάνωση της μεγαλύτερης κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού από περιορισμένους πόρους μιας κοινωνίας, μέσω της θέσπισης προτεραιοτήτων. Στις υπηρεσίες υγείας αυτό μεγεθύνεται, δεδομένου, τις ιδιομορφίες της συγκεκριμένης αγοράς και το σχετικό έλλειμμα της σε στοιχειώδεις μηχανισμούς απορρόθμισης. Ο ιδεατός σχεδιασμός διασφαλίζει τις εξής προϋποθέσεις:

- ❖ Ισορροπία με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες και με άλλα δημόσια αγαθά
- ❖ Απαραίτητες και κατάλληλες υπηρεσίες υγείας
- ❖ Υπηρεσίες υγείας διασφαλισμένες ποιοτικά
- ❖ Παραγωγή υπηρεσιών υγείας στο σωστό μέρος και χρόνο
- ❖ Την επίτευξη των προαναφερθέντων στο χαμηλότερο δυνατό κόστος.(Πολύζος, 2014)

Κάθε δημόσια υπηρεσία είναι υποχρεωμένη να καταρτίζει ένα στρατηγικό σχέδιο όπου θα αποτυπώνονται οι μακροχρόνιοι στόχοι της υπηρεσίας και οι τρόποι

υλοποίησής τους και ένα επιχειρησιακό σχέδιο, στο οποίο να εξειδικεύονται οι στόχοι του στρατηγικού σχεδίου και να προσδιορίζονται ο χρόνος, οι ενέργειες και η παρακολούθηση της πραγματοποίησής τους. Η εισαγωγή του επιχειρησιακού σχεδιασμού στις περιφερειακές δομές και μονάδες του εθνικού συστήματος υγείας της Ελλάδας είναι μια σημαντική και καινοτόμος κίνηση προς την πρόοδο. Αντίθετα, με άλλες χώρες η Ελλάδα άργησε να υιοθετήσει ένα τέτοιο σχέδιο γεγονός που οδήγησε στην συνέχιση απαρχαιωμένων πρακτικών στην διοίκηση και οργάνωση του κλάδου της υγείας.

Τα ανεπαρκή εργαλεία ορθολογικού management, η αυξανόμενη γραφειοκρατία, η ανάγκη για αποκέντρωση της εξουσίας και η μείωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας έχουν αναγκάσει το σύστημα υγείας να αναπτύξει σχέδια για τον εκσυγχρονισμό των λειτουργικών και οργανωτικών δομών, την αναδιάρθρωση της διοίκησης, την εξυγίανση των οικονομικών και την βελτίωση της απόδοσης, την διασφάλιση ποιότητας και την μέτρηση των αποτελεσμάτων (outcomes).

Η υλοποίηση της παρέμβασης στους προαναφερθέντες τομείς είναι καθοριστικής σημασίας για τη δημιουργία ενός επιχειρησιακού σχεδίου μιας μονάδας υγείας. Το σχέδιο αυτό σκιαγραφεί τις βασικές προτεραιότητες και τους στρατηγικούς και τακτικούς στόχους, οι οποίοι τελικά οδηγούν στην ενίσχυση των λειτουργικών δυνατοτήτων του οργανισμού(ΔΥΠΕ ή νοσοκομείο)(Πολύζος,2014). Βάσει αυτού του επιχειρησιακού σχεδίου αξιολογείται η απόδοση του οργανισμού και κατ' επέκταση η διοίκησή του. Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι οργανισμοί υγείας έχουν σχεδιαστεί για να παρέχουν υψηλής ποιότητας περίθαλψη σε ένα αυστηρό κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο.

3.1 Η διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα τα νοσοκομεία συνήθως χρησιμοποιούν έναν κατακόρυφο και ιεραρχικό τρόπο διοίκησης όπου οι αποφάσεις λαμβάνονται από τα ανώτερα στελέχη και κοινοποιούνται προς τα κάτω για να εφαρμοστούν. Τα τμήματα και οι υπηρεσίες λειτουργούν ανεξάρτητα και έχουν τις δικές τους αρμοδιότητες, οι οποίες ενδέχεται να μην είναι πλήρως καθορισμένες. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα στις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες όπου απαιτείται η αυξημένη παραγωγή και προσφορά, γεγονός που θυμίζει

την παραδοσιακή διοικητική προσέγγιση του 20ου αιώνα.(Γώγος Β Χρήστος, 2011).

Αξίζει να επισημανθεί ότι η διοίκηση των νοσοκομείων στην Ελλάδα παρουσιάζουν παθογένειες. Το κράτος έχει κάνει πολλές καλοπροαίρετες προσπάθειες βελτίωσης, αλλά συχνά ήταν ελλιπείς είτε ήταν κακοσχεδιασμένες , είτε δεν είχαν συνέχεια, συντελώντας την αναποτελεσματικότητά τους (Σπηλιωτόπουλος και Ζερβού-Βάλβη 2022). Πολλές κρατικές παρεμβάσεις έχουν γίνει με πρόχειρο τρόπο και χωρίς την κατάλληλη έρευνα(Υφαντόπουλος, 2006). Οι προσπάθειες ανασχηματισμού της λειτουργίας των νοσοκομείων έμειναν ανολοκλήρωτες, επειδή οι κυβερνήσεις φοβούνταν τις πιθανές πολιτικές συνέπειες σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο.(Σπηλιωτόπουλος και Ζερβού-Βάλβη 2022).

Αρκετά σημαντικά στοιχεία στατιστικών δεδομένων, όπως οι εισαγωγές ασθενών και η χρήση υλικού εξοπλισμού, δεν καταγράφονται επαρκώς, γεγονός που εμποδίζει τον αποτελεσματικό προγραμματισμό, την κοστολόγηση, τον έλεγχο και την αυτοαξιολόγηση(Πολύζος, 2014).

Υπάρχει πιθανότητα να προκύψουν θέματα αναποτελεσματικότητας, καθυστερήσεων και διαφθορών. Πολιτικά πρόσωπα δίνουν προτεραιότητα στα συμφέροντα του κόμματός τους διαταράσσοντας την λειτουργία των νοσοκομείων, ενώ ο απαρχαιωμένος συνδικαλισμός μπορεί να εμποδίσει τις απαραίτητες αλλαγές στην βάση της συντεχνιακής λογικής(Σουλιώτης, 2006). Η κατανομή των γιατρών και των ειδικοτήτων τους είναι άνιση, σε εθνικό επίπεδο, καθιστώντας τον προγραμματισμό δύσκολο καθώς και την λειτουργία του νοσοκομείου, ενώ μεγεθύνει το κόστος των υπηρεσιών((Σπηλιωτόπουλος και Ζερβού-Βάλβη 2022). Η συνεργασία και ο συντονισμός μεταξύ δυο διαφορετικών νοσοκομείων ή μονάδων υγείας για την θεραπεία ενός περίπλοκου περιστατικού είναι συχνά δυσχερής.

Η άνιση τοποθέτηση των νοσοκομείων και η στελέχωση τους πρέπει να αναδιαρθρωθεί με βάση αντικειμενικούς παράγοντες, όπως ο πληθυσμός, τα ποσοστά νοσηρότητας και οι γεωγραφικοί παράγοντες. Η διαχείριση των ελληνικών νοσοκομείων συχνά δεν ανατίθεται σε ειδικευμένους managers, αλλά σε άτομα που επιλέγονται βάσει πολιτικών πεποιθήσεων ή υποκειμενικών παραγόντων. Κατά συνέπεια, τα νοσοκομεία συχνά επιβλέπονται από άτομα που δεν διαθέτουν την απαιτούμενη τεχνογνωσία και εμπειρία(Πολύζος, 2014).Το σύστημα προμηθειών στερείται ευελιξίας, γεγονός που οδηγεί σε σπατάλη δημόσιων χρημάτων και καθυστερήσεων. Παρατηρούνται επίσης περιπτώσεις διαφθοράς, όπως γιατροί που

δέχονται παράνομες πληρωμές, σκανδαλώδεις πρακτικές προμηθειών, τα γεγονότα αυτά δυστυχώς δεν μπορούν να ελεγχθούν.

3.2 Προγραμματισμός Ανθρώπινων Πόρων

Σε κάθε επιχειρησιακή μονάδα, είτε του δημοσίου είτε του ιδιωτικού τομέα, η πολιτική των διοικήσεων εστιάζεται στη βελτίωση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας τους με στόχο, τη δημιουργία κέρδους στην περίπτωση των ιδιωτικών επιχειρήσεων, και στην κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, όταν πρόκειται για δημόσιους οργανισμούς.(Γούλα,2007).

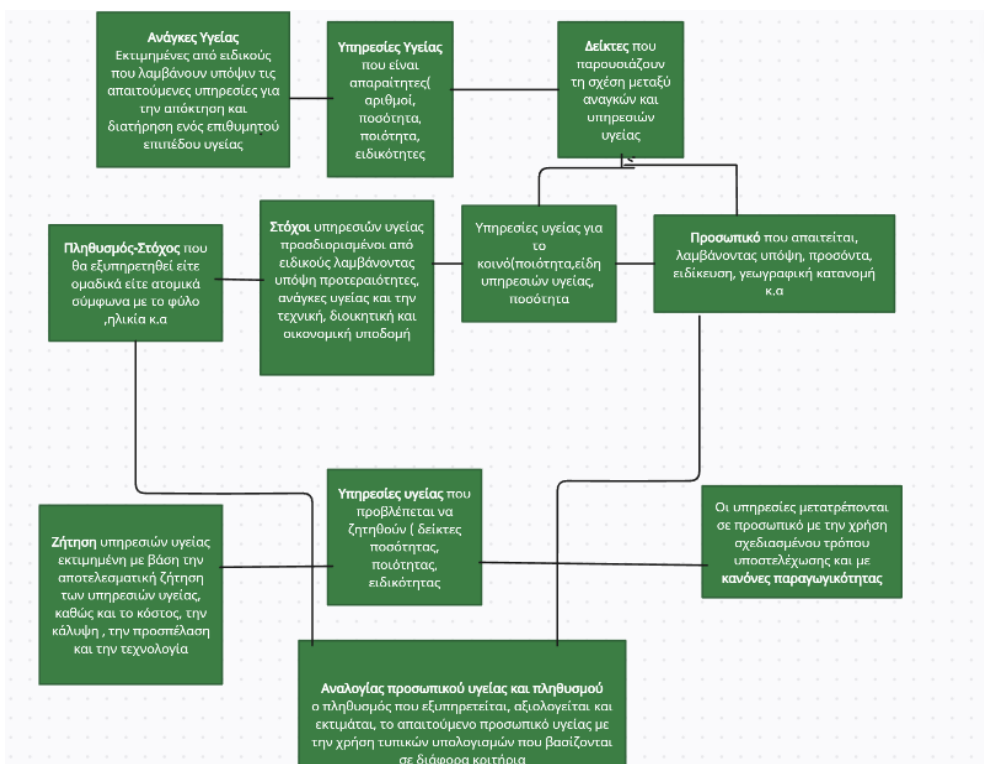
Ο στόχος επιτυγχάνεται μέσω του κατάλληλου συνδυασμού των παραγωγικών συντελεστών για οποιαδήποτε επιχείρηση. Ενώ στην περίπτωση του νοσοκομείου ο στόχος διέρχεται κυρίως από τον τρόπο αξιοποίησης των ανθρώπινων πόρων. Η διαχείριση των ανθρώπινων πόρων αποτελεί το θεμελιώδες κεφάλαιο άσκησης διοικητικού έργου στις νοσοκομειακές μονάδες. Ο επιστημονικός προγραμματισμός του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού δυναμικού, ο σχεδιασμός των ειδικοτήτων εκπαίδευση και κυρίως η απαιτούμενη δια βίου μετεκπαίδευση ήταν έννοιες οι οποίες δεν αποτυπώθηκαν με την απαιτούμενη επιστημονική τεκμηρίωση στη χώρα μας .

Ο προγραμματισμός των ανθρώπινων πόρων ή είναι η λειτουργία με την οποία γίνεται ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων πόρων σε όλες τις θέσεις εργασίας για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου με το μικρότερο δυνατό κόστος. Οι βασικοί στόχοι του προγραμματισμού είναι η εκτίμηση των γνώσεων των ικανοτήτων και των δεξιοτήτων του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού, η καταγραφή των αδυναμιών και ελλείψεων σε τεχνογνωσία του υπάρχοντος, ανθρώπινου δυναμικού, ο εντοπισμός των μελλοντικών αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό η ανάπτυξη πρόσθετων ικανοτήτων του κατάλληλου προσωπικού για την επίτευξη των στόχων του στρατηγικού προγραμματισμού της επιχείρησης, ο καθορισμός στόχων η διαμόρφωση λειτουργικών προγραμμάτων και ανάπτυξη σχεδίων δράσης και η πρόβλεψη για μελλοντική προσφορά και ζήτηση ανθρώπινων πόρων.(Πολύζος,2014)

Το υπουργείο Υγείας στην Ελλάδα είναι υπεύθυνο για την χάραξη πολιτικών υγείας και τον προσδιορισμό της ανάγκης για το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας. Αυτό γίνεται μέσω Πρωτοβάθμιων,

Δευτεροβάθμιων και Τριτοβάθμιων μονάδων. Σε κάθε οργανισμό αναφέρονται οι οργανικές θέσεις του υγειονομικού και λοιπού βοηθητικού δυναμικού. Οι θέσεις αυτές ορίζονται από την διεύθυνση της ιατρικής αντίληψης του υπουργείου υγείας .Ο προσδιορισμός των θέσεων βασίζεται σε περισσότερο εμπειρικά κριτήρια και λιγότερο επιστημονικά. Να επισημανθεί ότι δεν λαμβάνεται υπόψιν ούτε η επιδημιολογική καθώς ούτε η οικονομική προσέγγιση. Το πλεόνασμα ή το έλλειμμα σε υγειονομικό δυναμικό ορίζεται ως εξής : έλλειμμα ή πλεόνασμα = καλυφθείσες θέσεις/ οργανικές θέσεις*100.(Υφαντόπουλος,2006)

Κριτήρια για τον προγραμματισμό του υγειονομικού δυναμικού



Πηγή : ΠΟΥ (Υφαντόπουλος,2006).

Με βάση τους ανωτέρω στόχους οι βασικές δραστηριότητες του προγραμματισμού είναι η εξής: ανάλυση της ζήτησης και της προσφοράς του ανθρώπινου δυναμικού στην αγορά εργασίας, η πρόβλεψη των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό ανάλογα με τους στόχους της επιχείρησης, η διαμόρφωση πλάνων προκειμένου να εξασφαλίσουν το απαραίτητο σε ποσότητα και ποιότητα προσωπικό και τέλος η αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων που ενδέχεται να προκύψουν από την υπερεπάρκεια ή από την έλλειψη του ανθρώπινου δυναμικού.

Τα βήματα που περιλαμβάνονται στον προγραμματισμό των ανθρώπινων πόρων είναι:

1) Μελέτη του γενικότερου επιχειρησιακού σχεδιασμού

□ Ανάλυση εξωτερικού περιβάλλοντος, με κύρια στάδια τις οικονομικές κοινωνικές συνθήκες, τις πολιτιστικές και νομικές αποφάσεις, τις συνθήκες απασχόλησης, περιοχής και κλάδου, όπως η υγείας, ανάλογα στατιστικά στοιχεία πληθυσμού και απασχολούμενων.

□ Ανάλυση του εσωτερικού περιβάλλοντος με βασικό αρχικό στάδιο την ετήσια πρόβλεψη ζήτησης και προσφοράς θέσεων εργασίας και τις ανάλογες εκτιμήσεις αρμόδιων στελεχών και υπηρεσίας προσωπικού για αποχωρήσεις (συνταξιοδοτήσεις, παραιτήσεις, απολύσεις, κινητικότητες) και ανάλογες αναγκαίες προσλήψεις.

2) Προσδιορισμός αναγκών. Ο οργανισμός ή η επιχείρηση έχει δυνατότητα να προβλέψει τις μελλοντικές ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό. Στον προσδιορισμό των αναγκών συγκαταλέγεται το είδος και η ποσότητα του ανθρώπινου δυναμικού που απαιτείται.

3) Επιχειρησιακά σχέδια δράσης. Μόλις ολοκληρωθούν τα προαναφερθέντα στάδια, ο οργανισμός ή η επιχείρηση είναι εξοπλισμένη να σχεδιάσει και να εκτελέσει τον σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού της. Οι ανάγκες που θα προκύψουν σε συνδυασμό με τους πόρους που διαθέτει η επιχείρηση οδηγούν στην υιοθέτηση συγκεκριμένων σχεδίων δράσης σχετικά με το ανθρώπινο δυναμικό. Υπό το πρίσμα του συνεχώς μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος, είναι επιτακτική ανάγκη για όλους τους οργανισμούς να αναπτύξουν προσαρμόσιμα σχέδια δράσης που θα σχετίζονται με προσλήψεις, αναδιοργάνωση θέσεων εργασίας, εκπαίδευση και ανάπτυξη, απόδοση και αμοιβές όπως και τον προϋπολογισμό του προσωπικού, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που θα προκύψουν.

4) Παρακολούθηση και αξιολόγηση του ως άνω προγραμματισμού και των ανάλογων σχεδίων δράσης, με ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία, όπως είναι ο μέσος όρος απασχόλησης των αποχωρούντων εργαζόμενοι/έσοδα, εργαζόμενοι/έξοδα, εργαζόμενοι παραγόμενο έργο(π.χ. νοσοκομείο).

Η τακτική αξιολόγηση των προγραμμάτων είναι ζωτικής σημασίας για να διασφαλιστεί ότι μπορούν να προσαρμοστούν στο συνεχώς εξελισσόμενο επιχειρησιακό τοπίο. Η διαδικασία αξιολόγησης έχει το ίδιο επίπεδο σημασίας με το

στάδιο του προγραμματισμού και τα δεδομένα που συλλέγονται από αυτήν θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την αναθεώρηση των σχεδίων δράσης.

3.3 Προβλήματα στο ανθρώπινο δυναμικό στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Οι στόχοι κάθε νοσοκομειακής μονάδας επιτυγχάνονται με τον κατάλληλο συνδυασμό των παραγωγικών συντελεστών όπως οι εισροές, ανθρώπινοι πόροι, υλικοί πόροι και οικονομική πόροι. Θα χαρακτηριζόταν το νοσοκομειακό υποσύστημα ως «μονάδα εντάσεως εργασίας».(Γούλα,2007).

Τα προβλήματα στις υπηρεσίες υγείας έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα και δύναται να κατηγοριοποιηθούν στις παρακάτω κατηγορίες: Προβλήματα στο σχεδιασμό, οι αποφάσεις συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις. Προβλήματα στην παραγωγή το μοντέλο εκπαίδευσης και παραγωγής είναι ιατροκεντρικό με έμφαση στην επεμβατική ιατρική. Ενώ η πρόληψη, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αποκατάσταση έρχονται σε δεύτερη μοίρα.

Τα προβλήματα στη διαχείριση, η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές προκαλεί τη μη αποτελεσματική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών. Η έλλειψη σχεδιασμού οδηγεί συχνά σε ζητήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού. Ο πληθωρισμός των ειδικευμένων ιατρών οφείλεται στην απουσία κεντρικού σχεδιασμού μεταξύ του του εκπαιδευτικού και υγειονομικού συστήματος, απότοκο των γεγονότων είναι η αποτυχία να εξισορροπηθεί η προσφορά των ανθρώπινων πόρων με τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.(Υφαντόπουλος, 2009)

Όσον αφορά την παραγωγή του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να είναι ένας μακροπρόθεσμος σχεδιασμός που θα στοχεύει την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, καθώς και σε εσωτερικές διαδικασίες της παρακίνησης του προσωπικού και την διαχείριση του με ορθολογικό τρόπο.(Πολύζος, Υφαντόπουλος ,2000).Το προσωπικό στα νοσοκομεία είναι δύσκολο να διαχειριστούν λόγω του ποικίλου φάσματος ειδικοτήτων συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, νοσηλευτών και των παραϊατρικών(Σπηλιωτόπουλος, 2022).

Στον τομέα του ιατρικού δυναμικού η Ελλάδα παρουσιάζει τον μεγαλύτερο πληθωρισμό εξειδικευμένων γιατρών και την άνιση γεωγραφική κατανομή τους, την μεγαλύτερη έλλειψη των γενικών ιατρών(απουσία πρωτοβάθμιας), την έλλειψη

νοσηλευτικού και διοικητικού δυναμικού και τις αδυναμίες στο σύστημα εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.(Υφαντόπουλος, 2009) .

4 Η Δομή του ΕΣΥ

4.1 Τι είναι σύστημα υγείας

Προτού αναλυθεί η δομή του εθνικού συστήματος υγείας αναγκαίο είναι να επεξηγηθεί η σημασία του συστήματος υγείας. Ειδικότερα , ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας , ορίζει το σύστημα υγείας ως « οι ενσυνείδητες προσπάθειες , των οποίων οι πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή , η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας». Το σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος διαχείρισης των ανθρώπινων και υλικών πόρων για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού , που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στην μεγιστοποίηση της στάθμης της υγείας του πληθυσμού στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας. (Πολυσυγγραφικό΄, 2020).

Καταλήγοντας τα σύστημα υγείας είναι ένα δίκτυο υποσυστημάτων που συνδέονται στενά και αλληλοεπιδρούν τόσο μεταξύ τους όσο και με το ευρύτερο , οικονομικό , κοινωνικό , πολιτικό περιβάλλον που στοχεύει στη βελτίωση της υγείας. Το σύστημα υγείας χρειάζεται να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο, με άλλα λόγια να παράγει υπηρεσίες υγείας στην μεγαλύτερη δυνατή ποσότητα με το μικρότερο δυνατό κόστος , διασφαλίζοντας παράλληλα την ίση πρόσβαση σε όλους τους πολίτες.

Ο ανώτερος σκοπός των συστημάτων υγείας είναι η προστασία, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, παρέχοντας θεραπευτικές και προληπτικές υπηρεσίες, αλλά και μέσω της προστασίας και της προαγωγής της δημόσιας υγείας και της ετοιμότητας για έκτακτες καταστάσεις. Οι ευρύτεροι στόχοι τους σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι η ανταποκρισιμότητα (responsiveness)των συστημάτων υγείας στις προσδοκίες των πολιτών, η οποία απαιτεί σεβασμό στην προσωπικότητα ,στα δικαιώματα και στην αξιοπρέπεια τους, την συμμετοχή των χρηστών στην ανάπτυξη πολιτικών υγείας και τον σεβασμό στην παροχή υπηρεσιών υγείας.(Πολυσυγγραφικό,2020)

Απαραίτητο ακόμη, να παρέχεται κατά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων, υποστήριξη στη συνεχή ανακατανομή των πόρων μέσω της οποίας θα διασφαλίζεται πως δεν αποκλείονται κοινωνικά περιθωριοποιημένες ομάδες του πληθυσμού.

Επιπροσθέτως, σημαντικός σκοπός είναι η δικαιοσύνη (fairness) στην κατανομή του κόστους της χρηματοδότησης τους που θα έχει σαν επακόλουθο το κόστος να κατανέμεται δίκαια στις ομάδες του πληθυσμού και με την παρουσία ασθένειας να προσφέρεται προστασία στα νοικοκυριά από τα καταστροφικά κόστη που αυτή θα επιφέρει. (Χλέτσος,2011)

Για επίτευξη των παραπάνω στόχων των συστημάτων υγείας , απαραίτητη προϋπόθεση είναι η χρησιμοποίηση των πόρων με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Επομένως, χρειάζεται να εκπληρωθούν τα κριτήρια της αποδοτικής λειτουργίας του συστήματος, αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, της ισότητας στη φροντίδα υγείας και παροχής ποιοτικών υπηρεσιών.

Καθολική κάλυψη υγείας είναι η δυνατότητα να έχουν απρόσκοπτη πρόσβαση και δυνατότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας που έχουν ανάγκη όλοι οι άνθρωποι, είτε ως άτομα είτε ως κοινότητες ανεξάρτητα από τις συνθήκες .Επίσης, διασφαλίζεται ότι δεν θα κινδυνεύουν να έρθουν αντιμέτωποι με οικονομικές δυσκολίες. (Πολυσυγγραφικό, 2020). Οικονομικές δυσκολίες προκύπτουν όταν οι άνθρωποι πρέπει να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας και να πληρώσουν για αυτές, δηλαδή την καταβολή των άμεσων πληρωμών για την υγεία (out of pocket payments), οι οποίες ξεπερνούν την οικονομική δυνατότητα τους να τις καλύψουν.

4.2 Περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα

Με τον όρο περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας υποδηλώνεται διεθνώς ο περιφερειακός προγραμματισμός των συστημάτων υγείας. Στόχος της περιφερειακής οργάνωσης στην υγεία είναι να υπάρξει ενιαίος σχεδιασμός με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας, συμπληρωματικότητα και όχι αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών, ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, οικονομίες κλίμακας με τη δημιουργία κοινών δια-νοσοκομειακών υποδομών (σίτιση, ιματισμός, διαχείριση απορριμμάτων, κ.ά.) εξοικονόμηση πόρων με τη διενέργεια ενιαίων περιφερειακών διαγωνισμών, καθώς και αποτελεσματικός συντονισμός σε κρίσιμους τομείς, όπως οι εφημερίες και τα επείγοντα περιστατικά (Τούντας,2008).

Με βάση το ελληνικό σύνταγμα και συγκεκριμένα στο άρθρο 101 «η διοίκηση του κράτους οργανώνεται σύμφωνα με το αποκεντρωτικό σύστημα». Ο ορισμός της αποκέντρωσης αναλύεται στο άρθρο 103 όπου «τα περιφερειακά όργανα του

Κράτους έχουν γενική αποφασιστική αρμοδιότητα για τις υποθέσεις της περιφέρειάς τους». Για την εφαρμογή του αποκεντρωτικού συστήματος και διοίκησης έχουν γίνει πολλές προσπάθειες στην Ελλάδα που ξεκινάνε από την ίδρυση του ΕΣΥ μέχρι σήμερα. Αυτές οι προσπάθειες κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικές αφού με την εφαρμογή του αποκεντρωτικού καθεστώτος αποτυπώνονται με σαφήνεια οι ανάγκες του τοπικού πληθυσμού της κάθε περιφέρειας, η ικανοποίηση και αντιμετώπιση των αναγκών αυτών θα επιτευχθούν μέσω του προγραμματισμού και του σχεδιασμού. Οι προσπάθειες για την βέλτιστη αποκέντρωση του συστήματος υγείας θα αναλυθούν παρακάτω.

Μετά την μεταπολίτευση ωριμάζει σταδιακά η προοπτική συγκρότησης ενός δημόσιου συστήματος υγείας, με στόχο την καθολική κάλυψη του πληθυσμού με ποσοτικά και ποιοτικά επαρκείς παροχές και στην αντιμετώπιση του οργανωτικού κατακερματισμού της άνισης γεωγραφικής κατανομής στον υγειονομικό τομέα (Υφαντόπουλος, 2006). Οι θεμελιώδεις αρχές του η κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες και η εφαρμογή ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης και λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών. Ακόμη οι θεμελιώδεις αρχές του ήταν η αποκέντρωση των υπηρεσιών, ο κοινωνικός έλεγχος, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, η πλήρης αποκλειστική απασχόληση των ιατρών στο ΕΣΥ.

Η χώρα επρόκειτο να διαιρεθεί σε υγειονομικές περιφέρειες στις οποίες τα περιφερειακά συμβούλια υγείας (ΠΕΣΥ) θα ήταν υπεύθυνα για τον προγραμματισμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Με βάση τον νόμο 1278/1982, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, είχε στρατηγικό, γνωμοδοτικό και επιτελικό χαρακτήρα. Τα νοσοκομεία μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ και είναι απαγορευτική η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίθηκαν σε περιφερειακά και νομαρχιακά.

Μια μεγάλη μεταρρυθμιστική προσπάθεια αποτελεί ο Ν.2889/2001, που είναι η πιο σημαντική μεταρρύθμιση μετά τον Ν.1397/1983. Ο Σιγάλας αναφέρει ότι ο Ν 2889/2001 αποτέλεσε μια προσπάθεια αντιστοίχισης του υγειονομικού συστήματος με τις νέες ανάγκες που προέκυψαν, μέσω κανόνων και μηχανισμών για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων και πολιτικών, ενώ παράλληλα επιδιώχθηκε «η κατοχύρωση των βασικών αρχών, που αποτελούν την παρακαταθήκη του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ», οι οποίες βέβαια δεν είχαν εφαρμοστεί εξ ολοκλήρου, ειδικότερα όσον αφορά στην περιφερειακή του οργάνωση. Οι στόχοι της πολιτικής υγείας που τέθηκαν ήταν η ανασυγκρότηση των νοσοκομείων, η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και

η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ, έτσι ώστε οι ανάγκες υγείας να αντιμετωπιστούν, σχεδιαστούν και να καταγραφούν, με στόχο την εξάλειψη των ανισοτήτων που αφορούν το επίπεδο και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρατηρούνται σε χώρους με γεωγραφική και κοινωνική ενότητα, όπως οι περιφέρειες.

Στην αιτιολογική έκθεση του Ν. 2889/2001 αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι «η Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί κεντρική επιλογή για την Κυβέρνηση και θεμελιώδους σημασίας απόφαση για το ΕΣΥ. Η αποκεντρωμένη διοίκηση αποτελεί για χρόνια το μοναδικό και κατά κανόνα επιτυχές μοντέλο διοίκησης για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Η λύση για τα χρόνια προβλήματα της διοίκησης αποτελεί η αποκέντρωση.

Με τον νόμο αυτό η Ελλάδα διαιρείται σε 17 υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές, παράλληλα σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύθηκε ένα αυτοτελές ΠΕ.Σ.Υ, που ήταν Ν.Π.Δ, που συμπληρώθηκε από το όνομα της οικείας περιφέρειας. Η έδρα του ήταν η πόλη που έδρευε η διοικητική περιφέρεια, επόπτης και ελεγκτής ήταν ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Όλα τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας υπάγονταν στα ΠΕ.Σ.Υ, ως αποκεντρωμένες μονάδες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠΕ.ΣΥ με *διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, αφαιρώντας την νομική τους υπόσταση*. Η διοίκηση των νοσοκομείων ανατέθηκε σε Μάνατζερ-Διοικητές (Υφαντόπουλος, 2006).

Τα περιφερειακά συστήματα υγείας συγκροτήθηκαν με στόχο την αντιμετώπιση των δυσλειτουργιών του ΕΣΥ. Με τα ΠΕ.Σ.Υ οικοδομείται ένα σύστημα όχι μόνο με *διοικητικά αλλά και με λειτουργικά χαρακτηριστικά*. με την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας ασκείται *αποτελεσματική διοίκηση και πραγματικός έλεγχος, εκπονείται ο υγειονομικός χάρτης*, διαγιγνώσκονται με καλύτερο τρόπο οι ανάγκες υγείας, σχεδιάζονται ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Η βασική επιδίωξη είναι η άρση περιφερειακών ανισοτήτων και η λειτουργική διασύνδεση τόσο μεταξύ των μονάδων μέσα σε μια υγειονομική περιφέρεια όσο και μεταξύ των μονάδων διαφορετικών περιφερειών. Τέλος, ήταν η πρώτη φορά μεταπολεμικά που επιχειρήθηκε μια πραγματική διοικητική αποκέντρωση του Συστήματος Υγείας.

Η νομοθετική παρέμβαση 3106/2003 *διευρύνει* τις αρμοδιότητες των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας για να συμπεριλάβει και τον τομέα της πρόνοιας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι δυσλειτουργίες και λειτουργικοί περιορισμοί του τομέα

της υγείας υπάρχουν και στον τομέα της πρόνοιας. Με την ένταξη των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στα Πε.Σ.Υ υφίσταται καλύτερος συντονισμός, παρακολούθηση και αξιολόγηση αυτών. Επιπροσθέτως, ο τομέα της υγείας και πρόνοιας θα υπάγονται στο ίδιο θεσμικό όργανο, επιτυγχάνοντας την διασύνδεση τους. Με βάση το άρθρο 1 παράγραφος 2 του νόμου Τα Περιφερειακά Συστήματα (Πε.Σ.Υ.) μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.). Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν *αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες* του Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και εφεξής θα αναφέρονται ως μονάδες κοινωνικής φροντίδας. Στις *αρμοδιότητες* του Διοικητικού Συμβουλίου των Πε.Σ.Υ. προστέθηκε ο συντονισμός, η εξειδίκευση και η άσκηση πολιτικών παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, η εκπόνηση Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης και Χάρτη Πρόνοιας, η εισήγηση χωροταξικής κατανομής, ίδρυσης, κατάργησης ή συγχώνευσης μονάδων κοινωνικής φροντίδας, καθώς και η αξιολόγηση της λειτουργίας και η οικονομική διαχείρισή τους. (Σιγάλας, 2013).

Τα όργανα Διοίκησης της Υγειονομικής Περιφέρειας ήταν: α) ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και το Διοικητικό Συμβούλιο. Οι κύριες *αρμοδιότητες* των διοικητών είναι ο σχεδιασμός η οργάνωση ο συντονισμός και ο έλεγχος της εφαρμογής των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στις περιφέρειες ευθύνης του, η κατάρτιση του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης, .Κάθε Δ.Υ.ΠΕ είχε δικό της προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, αρχείο, σφραγίδα και Αριθμό Φορολογικού Μητρώου (Α.Φ.Μ.) παράλληλα σε επίπεδο περιφέρειας συστάθηκαν τα Συμβούλια Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.ΠΕ.) ως γνωμοδοτικά όργανα για τον εναρμονισμό των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. (Βασιλόπουλος, 2009)

Η αιτιολογική έκθεση του Ν.3329/2005 τόνισε ότι τα Πε.ΣΥΠ από την αρχή αποδείχθηκαν αναξιόπιστα και δαπανηρά, επομένως αυτές οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν ήταν επιβεβλημένης ανάγκης. Δεδομένου της σημαντικότητας της αποκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας συστάθηκαν τα Πε.Σ.Υ.Π , στερώντας στα νοσοκομεία από οποιαδήποτε δυνατότητα αυτενέργειας. Αυτή η λανθασμένη ιδέα είχε ως αποτέλεσμα να συγκεντρώνονται στο Πε.Σ.Υ.Π όχι μόνο ζητήματα ουσίας, τακτικής και στρατηγικής αλλά και υποθέσεις ρουτίνας και καθημερινού όγκου, ενισχύοντας την δυσλειτουργία και την συσσώρευση της γραφειοκρατίας. Επιπλέον, πρέπει να δοθεί έμφαση στον γεγονός ότι δεν αναπτύσσεται για μια ακόμη φορά η πρωτοβάθμια περίθαλψη, η πρόληψη και η ασφάλεια, δεν υπάρχει συντονισμός καθώς δεν ανανεώνεται

ο εξοπλισμός, με τον συγκερασμό όλων αυτών, η κατάληξη είναι η αδυναμία της χρηστής οικονομικής διοίκησης.(Πολύζος,2014)

Με τον νόμο αυτόν το νοσοκομείο είναι τώρα ένα ανεξάρτητο νομικό πρόσωπο με ουσιαστικές εξουσίες που ανταποκρίνονται ευέλικτα στις ανάγκες τους, Είναι δυνατός ο στρατηγικός σχεδιασμός ανάπτυξης και ο εκσυγχρονισμός τους. Με την ίδρυση των Δ.Υ.ΠΕ ως Ν.Π.Δ.Δ γίνεται μια προσπάθεια πλήρους και πραγματικής αποκέντρωσης, αναπτύσσοντας έτσι διοικητικούς μοχλούς που περιλαμβάνουν τον συντονισμό, την ανάπτυξη ,την χάραξη πολιτικής και βασικότερα τον έλεγχο της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη.

Σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ είναι ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος της λειτουργίας των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας. Ως Φορέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται τα νοσοκομεία, κέντρα ψυχικής και απεξάρτησης, τα κέντρα υγείας και μονάδες κοινωνικής φροντίδας, καθώς και τα ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ του δημόσιου τομέα, τα οποία εποπτεύονται από τον Υπουργό υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Τα όργανα διοίκησης στο νοσοκομείο του ΕΣΥ είναι το επταμελές Διοικητικό συμβούλιο και ο Διοικητής. Εν προκειμένω είναι σκόπιμο να επισημανθεί ότι κατά την περίοδο 2001-2005 ο Διοικητής διοριζόταν κατόπιν διαγωνισμού με πενταετή ανανεώσιμη θητεία και δεσμευόταν με συμβόλαιο αποδοτικότητας, στο οποίο καταγραφόταν οι ειδικότερες υποχρεώσεις που αναλάμβανε για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Η μεταβολή που επήλθε στη διαδικασία επιλογής-διορισμού των Διοικητών των νοσοκομείων αποτελεί ασφαλώς διοικητική και λειτουργική οπισθοδρόμηση.

Μετά από δυο χρόνια ψηφίζεται ο Ν.3527/2007 με τίτλο «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις». Ο Ν.3527/2007 προέβλεπε ότι οι Δ.Υ.ΠΕ θα περιοριστούν από 17 σε 7 στο πλαίσιο μιας μεταβατικής περιόδου που θα οδηγήσει στην πλήρη εξάλειψη τους εντός της επόμενης διετίας.(Βασιλόπουλος,2009).

Η επικράτεια διαιρείται στις ακόλουθες επτά Υγειονομικές Περιφέρειες:

Υγειονομικές Περιφέρειες	Έδρα	Συγχώνευση υγειονομικών Περιφερειών
1 η Υ. Π. Αττικής	Αθήνα	Συγχώνευση δια απορροφήσεως της Υ.Π. Α΄ Αττικής από την Υ.Π. Β΄ Αττική
2 η Υ. Π. Πειραιώς και Αιγαίου	Πειραιά	Συγχώνευση δια απορροφήσεως της Υ.Π. Βορείου Αιγαίου, Υ. Π. Α΄ Νοτίου Αιγαίου, Υ. Π. Β΄ Νοτίου Αιγαίου, από την Υ. Π. Γ΄ Αττικής
3η Υ. Π. Μακεδονίας	Θεσσαλονίκη	Συγχώνευση δια απορροφήσεως της Υ. Π. Δυτ. Μακεδονίας από την Β΄Υ. Π. Κεντρικής Μακεδονίας
4 η Υ. Π. Μακεδονίας και Θράκης	Θεσσαλονίκη	Συγχώνευση δια απορροφήσεως της Υ. Π. Ανατ. Μακεδονίας από την Α΄ Υ. Π. Κεντρικής Μακεδονίας
5 η Υ. Π. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας	Λάρισα	Συγχώνευση δια απορροφήσεως της Υ. Π. Στερεάς Ελλάδας από την Υ. Π. Θεσσαλίας
6 η Υ. Π. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας	Πάτρα	Συγχώνευση δια απορροφήσεως των Υ. Π. Πελοποννήσου, Υ. Π. Ηπείρου, Υ. Π. Ιονίων

		Νήσων από την Υ. Π. Δυτικής Ελλάδας
7 η Υ. Π. Κρήτης	Ηράκλειο	Δεν έχει αλλάξει κάτι

Πηγή: Ν. 3527/2007

Τα Διοικητικά Συμβούλια των Δ.Υ.ΠΕ και η θέση του αντιπροέδρου σε κάθε μια από αυτές καταργούνται και οι αρμοδιότητες τους ασκούνται πλέον από τον Διοικητή και τους δυο Υποδιοικητές κάθε Δ.Υ.ΠΕ.. Όργανα διοίκησης της Δ.Υ.ΠΕ. ήταν ο Διοικητής και οι δύο Υποδιοικητές της Υγειονομικής Περιφέρειας. Ο διοικητής διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ύστερα από γνώμη της Βουλής, με διετή ανανεώσιμη θητεία.ς. Ο Διοικητής του νοσοκομείου διορίζεται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με διετή ανανεώσιμη θητεία, της οποίας επιτρέπεται η πρόωρη λήξη για σπουδαίο λόγο σχετικό με την άσκηση των καθηκόντων του.

Τον Ιούνιο του 2010 θεσμοθετήθηκε ο Ν.3852/2010 με τίτλο νέα αρχιτεκτονική της αυτοδιοίκησης και της αποκεντρωμένης διοίκησης. Το φημισμένο σχέδιο Καλλικράτης που προέβλεπε την δημιουργία 7 αποκεντρωμένων διοικήσεων 13 διοικητικών περιφερειών, την κατάργηση των νομαρχιών και τον περιορισμό των δήμων σε 325. Το σχέδιο Καλλικράτης, με γνώμονα την αποτελεσματικότερη άσκηση των αρμοδιοτήτων προέβλεπε τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αρμοδιοτήτων των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΜΠΥ), από τις ΔΥΠΕ, στην τοπική αυτοδιοίκηση, δηλαδή στους δήμους. Γενικά, η επιδίωξη ήταν οι υγειονομικές αρχές να είχαν περισσότερο ρόλο στη διαχείριση και οργάνωση των πόρων μέσα στο σύστημα υγείας, και στην παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επιπλέον, με βάση προεδρικού διατάγματος η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (λειτουργία Κέντρων Υγείας) θα είναι υπό την ευθύνη των τοπικών αρχών. Με το ανωτέρω διάταγμα ρυθμίζεται η απόδοση στους δήμους των ανάλογων οικονομικών πόρων για την άσκηση τους, η κατάργηση υπηρεσιακών μονάδων των Δ.Υ.Π.Ε. και των αντίστοιχων οργανικών τους θέσεων, καθώς και οι ουσιαστικές και διαδικαστικές προϋποθέσεις μετάταξης του υπηρετούντος Προσωπικού. (Σιγάλας, 2013)

Η μεταρρύθμιση που αφορά την οργάνωση των υγειονομικών περιφερειών στην Ελλάδα περιλαμβάνεται στον Ν. 4052/2012 όπου έχει στόχο την καλύτερη χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας, με βασική κατεύθυνση

την γεωγραφική ταύτιση των Υγειονομικών Περιφερειών του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τις Αποκεντρωμένες Διοικήσεις του Ν. 3852/2010, έτσι ώστε να συμπίπτουν τα γεωγραφικά όρια αρμοδιοτήτων των Υγειονομικών Περιφερειών με αυτά των αποκεντρωμένων διοικήσεων. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 4052/2012, η χώρα διαιρείται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες, τα γεωγραφικά όρια των οποίων ταυτίζονται με τα όρια των επτά Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας. Ακόμα σύμφωνα με το άρθρο 1 παράγραφος 2 «Έδρα έχει την πόλη όπου εδρεύει κάθε Αποκεντρωμένη Διοίκηση και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να μεταβιβάζονται αρμοδιότητές του σχετικά με τον έλεγχο και εποπτεία των Δ.Υ.ΠΕ. στον Γενικό Γραμματέα Αποκεντρωμένης Διοίκησης.» Τα υπάρχοντα επτά Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.» μετονομάζονται την 1.7.2013 ως ακολούθως:

Υγειονομικές Περιφέρειες	Έδρα	Νομοί/Δήμοι
Η 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής	Αθήνα	Εκτείνεται στα όρια της περιφέρειας Αττικής και περιλαμβάνει τους Δήμους του Νομού Αττικής
2η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας - Στερεάς Ελλάδας	Λάρισα	Εκτείνεται στα όρια των περιφερειών Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας, Τρικάλων Βοιωτίας, Εύβοιας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδος και Φωκίδος
3η Υγειονομική Περιφέρεια Ηπείρου - Δυτικής Μακεδονίας	Ιωάννινα	Εκτείνεται στα όρια των περιφερειών Ηπείρου και Δυτικής Μακεδονίας και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, Πρέβεζας, Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας

4η Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου	Πάτρα	Εκτείνεται στα όρια των περιφερειών Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Αργολίδος, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας, Μεσσηνίας, Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας, Ηλείας, Ζακύνθου, Κέρκυρας, Κεφαλληνίας και Λευκάδας
5η Υγειονομική Περιφέρεια Αιγαίου	Πειραιά	Εκτείνεται στα όρια των περιφερειών Βορείου Αιγαίου και Νοτίου Αιγαίου και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Λέσβου, Σάμου, Χίου, Κυκλάδων και Δωδεκανήσου. Για το 2013 προστίθενται και οι Δήμοι της Αντιπεριφέρειας Πειραιώς και Νήσων
6η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης	Ηράκλειο	Εκτείνεται στα όρια της περιφέρειας Κρήτης και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων
7η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας - Θράκης	Θεσσαλονίκη	Εκτείνεται στα όρια της περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας-Θράκης και Κεντρικής Μακεδονίας και περιλαμβάνει τους Δήμους των Νομών Δράμας, Έβρου, Καβάλας, Ξάνθης, Ροδόπης, Ημαθίας, Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Πιερίας, Πέλλας, Σερρών και Χαλκιδικής

Πηγή: Ν.4052/2012

Όμως, σύμφωνα με τον Εσοπομου,2017 οι παραπάνω αλλαγές δεν εφαρμόστηκαν με αποτέλεσμα να ισχύουν οι αλλαγές σύμφωνα με τον Ν.3527/2007.

Οι Υγειονομικές Περιφέρειες εξαρτώνται από την κεντρική αρχή για οικονομική

στήριξη, πράγμα που σημαίνει ότι έχουν μικρή δύναμη να λαμβάνουν αποφάσεις μόνες τους. Ο ρόλος τους ήταν κυρίως εποπτικός και συμβουλευτικός, σε υπηρεσίες με μη αποφασιστικές αρμοδιότητες, χωρίς δυνατότητα αποφασιστικής διαχείρισης κονδυλίων, διορισμών, πειθαρχικού ελέγχου, σχεδιασμού και υλοποίησης μεταβολών στο Χάρτη Υγείας. Η διαδικασία αποκέντρωσης δεν ήταν πολύ επιτυχής επειδή οι υγειονομικές περιφέρειες είχαν μικρή ανεξαρτησία, γεγονός που τους εμπόδιζε να βελτιώσουν τη διοίκησή τους, αφού οι διοικητές διορίζονταν από το Υπουργείο Υγείας.

Η αδυναμία προώθησης σημαντικών μεταρρυθμίσεων στην Ελλάδα σχετίζεται με την έλλειψη πολιτικής βούλησης και συστηματικότητας στην προετοιμασία και εφαρμογή μεταρρυθμίσεων από τις εκάστοτε κυβερνήσεις καθώς και έλλειψη πρόθεσης της κεντρικής εξουσίας να προχωρήσει σε ουσιαστική αποκέντρωση, αλλά και την εφαρμογή μιας πολιτικής με γνώμονα όχι έναν εθνικό σχεδιασμό, αλλά την εξυπηρέτηση των αναγκών του ΥΥΚΑ ή των προσωπικών επιδιώξεων του εκάστοτε Υπουργού Υγείας.(Κακαλέτσης,2013,Κουρής κ.ά., 2007).

Ειδικότερα ,παρόλο που έχουν καταβληθεί προσπάθειες για την αποκέντρωση της διακυβέρνησης του ΕΣΥ με την οριζόντια ενσωμάτωση των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, η κύρια δομή και κατεύθυνση του οργανισμού παραμένει κάθετη, με προσέγγιση από πάνω προς τα κάτω και ένα ενιαίο σημείο εστίασης για τη λήψη αποφάσεων.(Iionis,2009). Σύμφωνα με τον Βασιλόπουλο,2008 τα προβλήματα θα συνεχίσουν να υπάρχουν, όσο μοναδικό κέντρο αποφάσεων εξακολουθεί να μένει η Αθήνα. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ορθολογική ανάπτυξη του συστήματος υγείας είναι η ενεργοποίηση του δυναμικού του, ανά υγειονομικές περιφέρειες.

4.3 Το ΕΣΥ σε σύγκριση με την ΕΕ

Η Ελλάδα έχει τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών αλλά τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην ΕΕ. Η αναλογία των γιατρών προς κατοίκους είναι 1 προς 16 έναντι 1 προς 4 στην ΕΕ. Η πλειονότητα των γιατρών είναι ειδικοί ιατροί, αντίθετα οι γενικοί ιατροί αντιπροσωπεύουν μόλις το 7% του συνόλου των ιατρών έναντι 26% που είναι ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, η κατανομή του προσωπικού είναι άνιση, με τις επαρχίες να χάνουν προσωπικό και

ειδικότητες σε σύγκριση με τα αστικά κέντρα. Ωστόσο, βάσει με το προφίλ του 2021, υπάρχουν λιγότερες νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 άτομα σε σύγκριση με το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η Ελλάδα κατέγραψε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης πριν από την πανδημία covid-19. Το 2019 η Ελλάδα διέθεσε 7,8% του ΑΕΠ στην υγεία σε σύγκριση με 9,9% που διέθεσε στο σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης λόγω της νόσου covid 19 είχε επίσης αποτέλεσμα τη χορήγηση πρόσθετης χρηματοδότησης του 2020 για τη στήριξη του τομέα υγείας. Σχετικά με τις ιδιωτικές άτυπες πληρωμές για την υγεία το ποσοστό φτάνει το 9%, που πραγματοποιείται από ασθενείς που αναζητούν καλύτερη και ταχύτερη περίθαλψη στο δημόσιο τομέα. Αυτές οι πληρωμές ονομάζονται «φακελάκι» συμβάλλουν στην άνιση πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και συνήθως πραγματοποιούνται από άτομα με χαμηλότερο εισόδημα και προέρχονται από φτωχότερες (οι μακροχρόνια άνεργοι, οι συνταξιούχοι και οι χρόνια ασθενείς). και αγροτικές περιοχές που διαθέτουν περιορισμένη γνώση των δικαιωμάτων τους και υψηλές προσδοκίες από το ιατρικό προσωπικό.

Το σημερινό ΕΣΥ περιλαμβάνει 125 νοσοκομεία, 201 Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και 1.487 Περιφερειακά Ιατρεία στις αγροτικές περιοχές, περίπου 200 πρώην Πολυϊατρεία του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές που έχουν ενταχθεί πρόσφατα στο ΕΣΥ συγκροτώντας μαζί με τα ΚΥ το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), καθώς και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.) σε αστικές περιοχές.

Η διάρθρωση αυτή θεωρείται επαρκής όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, ωστόσο, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να υπολειτουργεί, ενώ και η πιο πρόσφατη παρέμβαση με την ίδρυση των Το.Μ.Υ. εφαρμόστηκε μόνο κατά το ήμισυ του αρχικού σχεδιασμού, με αποτέλεσμα να καλύπτεται μόνο το 1/5 του αστικού πληθυσμού. Αν και η εικόνα μπορεί να υποδηλώνει ότι υπάρχουν άφθονες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης διαθέσιμες για τους πολίτες, η πραγματικότητα είναι ότι τα δημόσια νοσοκομεία σε μικρότερες περιοχές έχουν περιορισμένη χωρητικότητα. Πολλοί ασθενείς επιλέγουν να αναζητήσουν θεραπεία σε νοσοκομεία της Αθήνας ή σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία τα οποία τείνουν να έχουν καλύτερη τεχνολογία, εν αντιθέσει με τα νοσοκομεία τα περιφερειακά τα οποία έχουν αρκετές ελλείψεις ιατρονοσηλευτικού προσωπικού καθώς και υποδομών (Economou, 2017).

Όπως αναφέρει ο Κυριόπουλος 2011 παρατηρείται διαπεριφερειακή ροή ασθενών που σχετίζεται με την ελεύθερη επιλογή. Οι Έλληνες ασθενείς έχουν

κατακτήσει μέσω της ιδιωτικής δαπάνης την ελεύθερη επιλογή, από την άποψη των οικονομολόγων είναι ιδιαίτερα σημαντικό γιατί δείχνει τις μόνιμες και σταθερές προτιμήσεις του κοινού προς αυτήν την κατεύθυνση η οποία συνδυάζεται με το μικρό κόστος χρόνου και την επιλογή του προμηθευτή. Συνεπώς, η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας δεν βασίζεται στις ανάγκες και την προσφορά αλλά στις προτιμήσεις των χρηστών και στην ελκυστικότητα των μονάδων υγείας, η ισορροπία επιτυγχάνεται κυρίως μέσω του εισοδήματος (πληρωμές, παραπληρωμές) και το κόστος του χρόνου, που επηρεάζουν τη δημόσια εμπλοκή και χρηματοδότηση. Κρίνεται αναγκαίο να επισημανθεί ότι το κράτος αρνείται να έχει μια πολιτική για την ιδιωτική δαπάνη υπό την έννοια της προστασίας των καταναλωτών και πιο συγκεκριμένα την προστασία των έξι δις που καταβάλλουν τα νοικοκυριά τον χρόνο στην ιδιωτική δαπάνη.

Εικόνα 4.3α Οι διαπεριφερειακές ροές των ασθενών



Πηγή : Κυριόπουλος 2011

* Τα σημεία που είναι σχεδιασμένα με στρογγυλό μοτίβο είναι τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που δέχονται τους ασθενείς από άλλες περιφέρειες.

4.4 Η Χρηματοδότηση του εθνικού συστήματος υγείας

Το μοντέλο του κράτους πρόνοιας που χρησιμοποιείται στην Ελλάδα είναι ένας συνδυασμός των μοντέλων Beveridge και Bismarck, με την χρηματοδότηση του

κράτους να προέρχεται από φόρους και κοινωνική ασφάλιση, με βασικές πηγές χρηματοδότησης τον δημόσιο τομέα σε ποσοστό περίπου 60% και τον ιδιωτικό τομέα σε ποσοστό περίπου 40%. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα που προέρχεται από τον δημόσιο τομέα έχει ως κύριες πηγές χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω των εσόδων από τη φορολογία και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης από τις εισφορές εργαζόμενων και εργοδοτών.

Η χρηματοδότηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει κατά κύριο λόγο παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όπως νοσοκομεία, φαρμακεία, προμηθευτές ιατρικού εξοπλισμού και ιατρικό προσωπικό, διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική χρηματοδότηση. Στη δημόσια περιλαμβάνεται η φορολογία και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης ενώ στην ιδιωτική είναι ιδιωτική ασφάλιση, οι απευθείας πληρωμές και σε πολύ μικρό ποσοστό οι δωρεές από διάφορους οργανισμούς.

Ο προϋπολογισμός για την υγεία αποφασίζεται με κοινή συμφωνία μεταξύ του Υπουργείου Οικονομικών και του Υπουργείου Υγείας και ένα μέρος των εσόδων από τη φορολογία των πολιτών διατίθεται για την κάλυψη των αναγκών των υγειονομικών περιφερειών ,κυρίως στα νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας και στα πανεπιστημιακά καθώς και στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα έσοδα χρησιμοποιούνται κυρίως για την περίθαλψη, τις πληρωμές του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και τις προμήθειες. Οι εισφορές του πληθυσμού στον εθνικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης (ΕΦΚΑ) και τους υπόλοιπους μη εντασόμενους στον ΕΦΚΑ φορείς αποδίδονται στον εθνικό οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ). Στον ΕΟΠΥΥ επίσης καταλήγουν και επιχορηγήσεις από το υπουργείο υγείας. Τα έσοδα που εισπράττονται δίνονται σε ιδιωτικές κλινικές, εργαστήρια ,ιατρεία και ιατρικό προσωπικό που έχει σύμβαση με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα δημοτικά ιατρεία χρηματοδοτούνται από φόρους, κρατικό προϋπολογισμό και μερικές φορές από την ιδιωτική πρωτοβουλία.

Με βάση τα παραπάνω η χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας γίνεται από:

- Τον κρατικό προϋπολογισμό
- Τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης
- Την ιδιωτική ασφάλιση (περιορισμένη και καλύπτει ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού, κυρίως για νοσοκομειακές υπηρεσίες)
- Ιδιωτικές δαπάνες , οι οποίες ανέρχονται στο 40% ενώ στην ΕΕ 20% κατά το 2018 (Σουλιώτης,2006)

4.5 Τα χαρακτηριστικά του ΕΣΥ

Είδη Νοσοκομειακής περίθαλψης

Η υγειονομική περίθαλψη με βάση τον ορισμό του Υπουργείου Υγείας είναι το σύνολο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας προς τους ασθενείς με σκοπό την εκτίμηση, διατήρηση ή την επαναφορά της κατάστασης της υγείας τους. Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης από το κράτος επιτελείται από το σύστημα υγείας και διακρίνεται σε ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή και κλειστή ή νοσοκομειακή.

Ως νοσοκομειακή περίθαλψη ορίζονται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις που απαιτούν νοσηλεία, εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα θεραπευτήρια, όπως νοσοκομεία ή κλινικές που αφορούν την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Τα θεραπευτήρια διακρίνονται σε :

- (i) Ιδιωτικά ή Κρατικά, δημοτικά ή ιδρύματα ασφαλιστικών οργανισμών
- (ii) Τοπικά, νομαρχιακά ή περιφερειακά, ανάλογα με την γεωγραφική τους θέση και την παρεχόμενη κάλυψη του πληθυσμού
- (iii) Πανεπιστημιακά ή μη εκπαιδευτικά νοσοκομεία ανάλογα με την παροχή εκπαίδευσης ή όχι
- (iv) Γενικά ή ειδικά ανάλογα με την λειτουργία τους

Τα επίπεδα περίθαλψης

Η περίθαλψη διακρίνεται σε τρία επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες (ΠΦΥ). Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν πληθυσμό που είναι υγιής και άρρωστος, με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και φροντίδα, που δεν απαιτείται νοσηλεία. Η ΠΦΥ παρέχεται από πολλές υπηρεσίες που εξυπηρετούν μικρές ομάδες του πληθυσμού. Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο, συνήθως, περιλαμβάνεται και η έννοια της αυτοφροντίδας. Οι φορείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι ο οικογενειακός ιατρός, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, κέντρα υγείας και τα περιφερειακά Ιατρεία.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟ.ΜΥ.), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και τα Τοπικά Ιατρεία. Σε δεύτερο επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι τα Κέντρα Υγείας. Βασική τους λειτουργία είναι η παροχή ειδικευμένης περιπατητικής φροντίδας. Αξίζει να σημειωθεί ότι με βάση τη « Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας », οι ΤΟ.ΜΥ και τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν ως σημεία εισόδου του ασθενή στο ΕΣΥ, με την παροχή εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Ωστόσο στην περίπτωση που το πρόβλημα του ασθενούς κρίνεται πολύπλοκο τότε ο ασθενής παραπέμπεται προς τους φορείς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Στο δεύτερο επίπεδο περικλείεται η νοσοκομειακή περίθαλψη, που παρέχεται από μικρού ή μεσαίου μεγέθους νοσοκομεία. Στα νοσοκομεία αυτά υπάρχουν οι βασικές ιατρικές ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική, παιδιατρική και γυναικολογία) και τα εργαστήρια (μικροβιολογικό, ογκολογικό και ακτινολογικό). Σε αυτό το σημείο ο ασθενής θα νοσηλευτεί στο νοσηλευτικό ίδρυμα σε αντίθεση με το προηγούμενο επίπεδο, θα του παρασχεθούν οι κλινικές και αρακλινικές εξετάσεις, καθώς και οι γενικές παρεμβάσεις π.χ. φαρμακευτική αγωγή έτσι ώστε να αποκατασταθεί η υγεία του.

Το τριτοβάθμιο επίπεδο περικλείει την νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από μεγάλα νοσοκομεία. Ο σκοπός των νοσοκομείων αυτών είναι η αντιμετώπιση σύνθετων και πολύπλοκων προβλημάτων υγείας. Για να εφαρμοστεί η κατάλληλη θεραπεία απαιτείται ένας συνδυασμός διαφορετικών ειδικοτήτων ή εξειδικευμένων μεθόδων. Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που αναπτύσσουν εξειδικευμένη εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα καθώς και ειδικές μονάδες όπως τα κέντρα μαστού, υπάγονται στο εν λόγω επίπεδο

Πίνακας 4.5α: Επίπεδα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας

Επίπεδο φροντίδας	Διοικητική (γεωγραφική) ενότητα	Πληθυσμός	Παρέχόμενες υπηρεσίες
Τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη	Διαπεριφερειακό ή εθνικό επίπεδο	1.500.000-5.000.000	Υπερεξειδικευμένα τμήματα γενικού νοσοκομείου, ειδικά νοσοκομεία Γενικό νοσοκομείο (τριτοβάθμιο ή περιφερικό με όλες τις ειδικότητες)
	Περιφέρεια	500.000-1.500.000	
Δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη	Νομός	50.000-500.000	Τοπικό νοσοκομείο (δευτεροβάθμιο) με τις βασικές ειδικότητες
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Τοπικό επίπεδο (επαρχία)	500-50.000	Γενικός γιατρός, κέντρο υγείας, παλιόιατρείο
Αυτοφροντίδα (πρωτοβάθμια μη επαγγελματική φροντίδα)	Άτομο, οικογένεια, ένωση προσώπων	1-10	

Πηγή: Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας.

Πηγή: (Πολυσυγγραφικό, 2020)

Γενικά οι δομές υγείας που παρέχουν νοσοκομειακή περίθαλψη είναι :

1. Νοσοκομεία του Υπουργείου Παιδείας
2. Στρατιωτικά Νοσοκομεία
3. Δευτεροβάθμιες και Τριτοβάθμιες δομές υγείας του ΕΣΥ
4. Κλινικές και ιδρύματα χρόνιων νοσημάτων
5. Κέντρα αποκατάστασης - αποθεραπείας
6. Νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού οργανισμού
7. Μονάδες αιμοκάθαρσης και Ψυχικής Υγείας
8. Συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό Ιδιώτες

Η σωστή οργάνωση ενός συστήματος υγείας προϋποθέτει τη λειτουργική διασύνδεση μεταξύ των 3 επιπέδων. Η λειτουργική διασύνδεση επιτρέπει την καλύτερη δυνατή επιστημονική διαχείριση του αρρώστου, αυξάνοντας την ικανοποίησή του, περιορίζοντας παράλληλα το χρόνο και δαπάνες περίθαλψης. Σύγχρονες προνοσοκομειακές και μετανανοσοκομειακές υπηρεσίες είναι σε θέση να αποσυμφορίσουν τη δαπάνη της νοσοκομειακής λειτουργίας, περιορίζοντας τον αριθμό των εισαγωγών καθώς και τη μέση διάρκεια νοσηλείας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ύπαρξη συστήματος παραπομπών για εισαγωγή στο νοσοκομείο.

5 Υφιστάμενη κατάσταση στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομειακών υποδομών και ανθρώπινου δυναμικού).

5.1 Η χωροταξική κατανομή των νοσοκομείων στην Ελλάδα

Ξεκινώντας με την **περιφέρεια Αττικής** όπου αποτελείται από τον Νομό Πειραιώς, Νομό Αττικής και το υπόλοιπο Αττικής και διαθέτει στο σύνολο της 33 νοσοκομεία, από αυτά, τα 27 νοσοκομεία βρίσκονται στην περιφέρεια Αττικής, τα πέντε στο Νομό Πειραιώς και ένα στο Υπόλοιπο Αττικής. Οι αποστάσεις των νοσοκομείων δεν είναι μεγάλες, αν και ο χρόνος πρόσβασης μπορεί να ξεπεράσει την μισή ώρα λόγω της κυκλοφορικής συμφόρησης.

Τα νοσοκομεία της περιφέρειας Αττικής δεν έχουν χτιστεί με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Ειδικότερα, οι περισσότερες και μεγαλύτερες νοσοκομειακές μονάδες βρίσκονται στην Λεωφόρο Μεσογείων και Βασιλίσσης Σοφίας, μολονότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις σε άλλα σημεία της περιφέρειας. Βασικό παράδειγμα αποτελεί η περιφέρεια Ανατολικής Αττικής όπου είναι η τρίτη περιφέρεια σε πληθυσμό μετά την Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Είναι ο χώρος όπου ζουν και εργάζονται περισσότερα από 800.000 άτομα με εκρηκτική αύξηση τους καλοκαιρινούς μήνες. Ακόμη, μόνιμοι κάτοικοι και χιλιάδες εργαζόμενοι αποτελούν μια κινούμενη ανθρώπινη μάζα, καθώς και οι οικιστικός ιστός γίνεται πυκνότερος. Παρόλο της δυναμικής της, η εν λόγω περιοχή διαθέτει μόνο ένα Γενικό Νοσοκομείο το οποίο είναι Ασκληπιείο Βούλας, όπου οι κάτοικοι από τις νότιες περιοχές χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του. Οι υπόλοιποι χρειάζεται να κάνουν χρήση των υπηρεσιών από το κεντρικό τμήμα της Αθήνας με συνέπεια να χρειαστεί να μετακινηθούν και να προκαλέσουν συμφόρηση στα κεντρικά νοσοκομεία. Το τελευταίο διάστημα έχει απασχολήσει η συγκεκριμένη περιφέρεια καθώς κρίνεται αναγκαίο να ιδρυθεί ένα δημόσιο νοσοκομείο όπου οι κάτοικοι δεν θα χρειάζεται να ταλαιπωρούνται και να μετακινούνται στις άλλες περιφέρειες της Αττικής.

Η Περιφέρεια **Κεντρικής Μακεδονίας** περιλαμβάνει επτά νομούς: Θεσσαλονίκης, Κιλκίς, Ημαθίας, Πέλλας, Πιερίας, Σερρών και Χαλκιδικής. Η περιφέρεια διαθέτει 19 νοσοκομεία. Οι νομοί Ημαθίας, Κιλκίς και Πέλλας διαθέτουν από δύο νοσοκομεία, ενώ οι υπόλοιποι νομοί διαθέτουν από ένα νοσοκομείο και η Θεσσαλονίκη επειδή είναι πυκνοκατοικημένη διαθέτει 10 νοσοκομεία. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας είναι μικρές, ο χρόνος

πρόσβασης είναι περίπου 2 ώρες. Όσον αφορά τις νοσοκομειακές υποδομές, η Περιφέρεια δίνει σημασία στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, ιδιαίτερα στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία όπως το ΑΧΕΠΑ και το Παπαγεωργίου. Αυτά τα νοσοκομεία διαθέτουν το καλύτερο ιατρικό προσωπικό και εξοπλισμό, για αυτό και είναι πιο δημοφιλή από άλλα νοσοκομεία της περιοχής, όπως τα μικρά νοσοκομεία Νάουσας, Κιλκίς, Κατερίνης και Έδεσσας. Η

Περιφέρεια **Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης** περιλαμβάνει πέντε νομούς: τους νομούς Έβρου, Δράμας, Καβάλας, Κομοτηνής και Ξάνθης. Ο κάθε νομός έχει από ένα νοσοκομείο, με την διαφορά του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου που διαθέτει ο νομός Έβρου. Οι αποστάσεις μεταξύ των νομών είναι μεγάλες αφού φτάνουν τα 274 χλμ. καθώς ο χρόνος πρόσβασης φτάνει τις 3 ώρες.

Η Περιφέρεια **Δυτικής Μακεδονίας** περιλαμβάνει τέσσερις νομούς: Γρεβενών, Καστοριάς, Κοζάνης και Φλώρινας. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της συγκεκριμένης περιφέρειας είναι μικρές, με μέγιστο χρόνο πρόσβασης μεταξύ των μονάδων περίπου τις 1,5 ώρες.

Η Περιφέρεια **Ηπείρου** περιλαμβάνει τέσσερις νομούς: Θεσπρωτίας, Άρτας, Ιωαννίνων και Πρέβεζας. Ο κάθε νομός διαθέτει από ένα νοσοκομείο, με εξαίρεση το νομό Ιωαννίνων που έχει δύο. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας δεν είναι μεγάλες, ενώ ο μέγιστος χρόνος πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων προσεγγίζει τις δύο ώρες. Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο προσελκύει σημαντικό αριθμό ασθενών από την περιφέρεια.

Η Περιφέρεια **Θεσσαλίας** περιλαμβάνει τέσσερις νομούς: Μαγνησίας, Καρδίτσας, Λάρισας και Τρικάλων. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της περιφέρειας είναι ελάχιστες, ενώ ο μέγιστος χρόνος πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων προσεγγίζει τις δύο ώρες. Και εδώ παρατηρείται το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Λάρισας να προτιμάται από τους κατοίκους.

Η Περιφέρεια **Στερεάς Ελλάδας** περιλαμβάνει πέντε νομούς: Εύβοιας, Φωκίδας, Ευρυτανίας, Φθιώτιδας και Βοιωτίας. Ο νομός Εύβοιας διαθέτει τρία νοσοκομεία, ο νομός Βοιωτίας δύο Νοσοκομεία ενώ οι υπόλοιποι τρεις νομοί έχουν από ένα νοσοκομείο. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων είναι πολύ μεγάλες φτάνοντας τα 354χλμ, με το μέγιστο χρόνο πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων προσεγγίζει τις πέντε ώρες.

Η Περιφέρεια **Δυτικής Ελλάδας** έχει τρεις νομούς: Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας, οι οποίοι διαθέτουν συνολικά έντεκα νοσοκομεία.. Αν και μεταξύ

των νοσοκομείων η απόσταση ξεπερνά τα 195 χλμ., ο αριθμός των νοσοκομείων το αντισταθμίζει. Το Νοσοκομείο που δέχεται ασθενείς από άλλες περιφέρειες είναι το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, επισκιάζοντας τα δευτεροβάθμια νοσοκομεία.

Η Περιφέρεια **Πελοποννήσου** περιλαμβάνει πέντε νομούς: Αργολίδος, Αρκαδίας, Κορινθίας, Λακωνίας και Μεσσηνίας. Οι νομοί Αργολίδος, Μεσσηνίας και Λακωνίας έχουν από δύο νοσοκομεία, ενώ οι νομοί Αρκαδίας και Κορινθίας έχουν από ένα νοσοκομείο. Οι αποστάσεις που σημειώνονται μεταξύ των νοσοκομείων της συγκεκριμένης περιφέρειας προσεγγίζουν τα 170 χλμ., με το μέγιστο χρόνο πρόσβασης μεταξύ των νοσοκομείων προσεγγίζει τις δύομιση ώρες. Να σημειωθεί ότι η εν λόγω περιφέρεια δεν διαθέτει πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Η Περιφέρεια **Κρήτης** περιλαμβάνει τέσσερις νομούς: Ηράκλειο, Λασιθί, Ρέθυμνο και Χανιά. Στο νομό Ηρακλείου λειτουργούν δύο νοσοκομεία και στους υπόλοιπους 2 νομούς από ένα νοσοκομείο. Ενώ στο νομό Λασιθίου λειτουργούν τρία νοσοκομεία-Κέντρα Υγείας (Ιεράπετρας, Νεάπολης και Σητείας). Το Πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ηρακλείου είναι το νοσοκομείο με την μεγαλύτερη επισκεψιμότητα από άλλες περιφέρειες λόγω του κύρους του. Ωστόσο, τα νοσοκομεία της περιοχής απέχουν πολύ μεταξύ τους, με μερικά να χρειάζονται έως και 3,5 ώρες για να φτάσουν.

Τέλος, η ανάλυση της απόστασης και της πρόσβασης των περιφερειακών ενοτήτων **Ιονίων Νήσων**, Βορείου και Νοτίου Αιγαίου δεν είναι διαθέσιμη καθώς δεν υπάρχει οδικό δίκτυο που να τα συνδέει.

5.2 Το ανθρώπινο δυναμικό

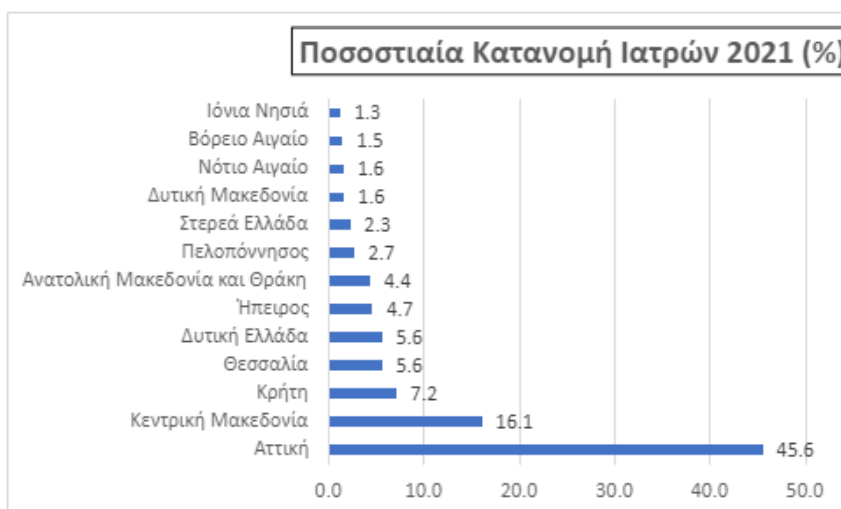
Η άνιση κατανομή γιατρών στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι γεγονός που αποτελεί διαχρονικό ζήτημα στο σύστημα υγείας της χώρας. Η πλειοψηφία των γιατρών στην Ελλάδα βρίσκεται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, αφήνοντας τις αγροτικές περιοχές και τις μικρές πόλεις με λιγότερους επαγγελματίες υγείας. Αυτό όχι μόνο περιορίζει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για αυτές τις κοινότητες, αλλά επίσης επιβαρύνει το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στις αστικές περιοχές, καθώς οι ασθενείς αναγκάζονται να διανύουν μεγάλες αποστάσεις για θεραπεία.

Η άνιση κατανομή των γιατρών στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είχε ως αποτέλεσμα τον συνωστισμό και τον μεγάλο χρόνο αναμονής των ασθενών σε ορισμένες περιοχές. Το ζήτημα αυτό επιδεινώνεται από την έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας, όπως νοσηλευτές και βοηθητικό προσωπικό, σε ορισμένες περιοχές της Ελλάδας. Η έλλειψη γιατρών σε πολλά μέρη της Ελλάδας είναι αποτέλεσμα μιας σειράς παραγόντων.

Ένας από τους κύριους λόγους είναι η μετανάστευση των γιατρών σε άλλες χώρες, η ανισορροπία συχνά οφείλεται σε παράγοντες όπως η τοποθεσία και το μέγεθος των νοσοκομείων, η πυκνότητα του πληθυσμού και οι οικονομικές συνθήκες. Η ελληνική κυβέρνηση προσπάθησε να αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα παρέχοντας κίνητρα στους επαγγελματίες του ιατρικού τομέα να εργαστούν σε λιγότερο κατοικημένες περιοχές και υποστηρίζοντας προγράμματα κατάρτισης για την ανάπτυξη της ικανότητας του εργατικού δυναμικού. Ωστόσο, υπάρχει ακόμη πολλή δουλειά που πρέπει να γίνει για να διασφαλιστεί η δίκαιη πρόσβαση σε ποιοτική υγειονομική περίθαλψη σε ολόκληρη τη χώρα. Με βάση τα επίσημα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ 2021 σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας (Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κ.λπ.) υπάρχουν 101.326 εργαζόμενοι όλων των ειδικοτήτων. Με βάση τις καταγραφές, εργάζονται περίπου 24.132 Γιατροί (6,080 εργάζονται σε Κέντρα Υγείας) και 42,681 Νοσηλευτές (5,160 σε Κέντρα Υγείας).

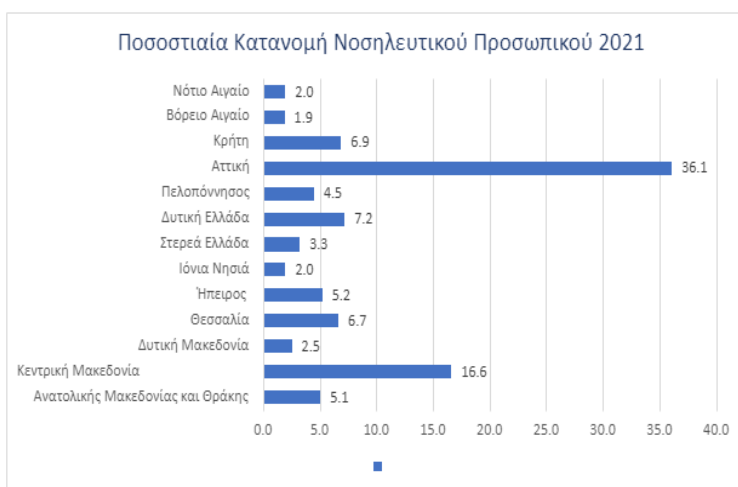
Το ανθρώπινο δυναμικό στον υγειονομικό τομέα μπορεί να χωριστεί σε 5 βασικές ομάδες ιατρικό νοσηλευτικό, διοικητικό, τεχνικό και παραϊατρικό προσωπικό. Κρίθηκε κατάλληλο να καταγραφούν τα ποσοστά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και το συνολικό ποσοστό των εργαζομένων στα νοσοκομεία.

Πίνακας 5.2α : Ποσοστιαία Κατανομή Ιατρικού Προσωπικού 2021



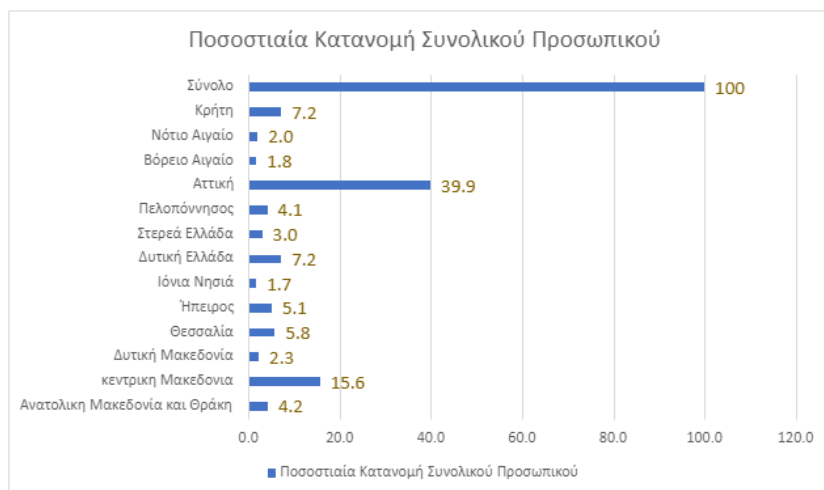
Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ,2021 (ίδιοι υπολογισμοί)

Πίνακας 5.2β : Ποσοστιαία Κατανομή Νοσηλευτικού Προσωπικού 2021



Πηγή :ΕΛΣΤΑΤ,2021 (ίδιοι υπολογισμοί)

Πίνακας 5.2γ : Ποσοστιαία κατανομή συνολικού προσωπικού



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2021

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, συνολικό ποσοστό των απασχολούμενων στα νοσοκομεία βρίσκεται στις περιοχές της Αττικής και της Κεντρικής Μακεδονίας. Ειδικότερα, σχετικά με τα ποσοστά του ιατρικού δυναμικού φτάνουν στα 61,7% και για το νοσηλευτικό προσωπικό ανέρχεται 53,2%.

5.3 Ανισότητες ως προς τις διαθέσιμες κλίνες

Πίνακας 5.3α : Διαθέσιμες κλίνες ανα γεωγραφική περιφέρεια 2021

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΚΛΙΝΕΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ	ΔΕΙΚΤΗΣ ΚΛΙΝΕΣ/1000	ΠΟΣΟΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΛΙΝΩΝ (%)
ΑΝΑΤΟΛΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗ	1654	562.201	2.94	5.5%
ΑΤΤΙΚΗ	11542	3,814.064	3.03	38.2%
ΒΟΡΕΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	599	194.943	3.07	2.0%
ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ	1680	648.220	2.59	5.6%
ΔΥΤΙΚΗ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	668	254.595	2.62	2.2%

ΗΠΕΙΡΟΣ	1551	319.991	4.85	5.1%
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	1730	688.255	2.51	5.7%
ΙΟΝΙΑ ΝΗΣΙΑ	614	204.532	3	2.0%
ΚΕΝΤΡΙΚΗ				
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	4928	1,795.669	2.74	16.3%
ΚΡΗΤΗ	2107	624.408	3.37	7.0%
ΝΟΤΙΟ ΑΙΓΑΙΟ	1035	327.820	3.16	3.4%
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	1165	539.535	2.16	3.9%
ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ	936	508.254	1.84	3.1%
ΣΥΝΟΛΟ	30,209	10,482.487	2.88	100

Πηγή: Eurostat, Ελστατ, 2021 (ίδιοι υπολογισμοί)

Ο δείκτης κλίνες/1.000 κατοίκους στο σύνολο της χώρας είναι 2.88, ωστόσο παρατηρούνται ορισμένες διαφοροποιήσεις σε κάποιες περιφέρειες. Ειδικότερα, η περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας εμφανίζει το χαμηλότερο δείκτη αναλογίας κλινών ανά 1.000 κατοίκους, γεγονός που μπορεί να δικαιολογηθεί από το ότι οι κάτοικοι ίσως να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας της Αττικής, λόγω της εύκολης πρόσβασης. Επιπρόσθετα, αμέσως επόμενες με χαμηλότερο δείκτη είναι η περιφέρεια Πελοποννήσου και η περιφέρεια της Θεσσαλίας. Παράλληλα, οι περιφέρειες που έχουν ξεπεράσει το σύνολο της χώρας σε κλίνες είναι η περιφέρεια της Ηπείρου και της Κρήτης και του Βόρειου Αιγαίου.

Όσον αφορά την περιφέρεια Αττικής όπου είναι η πολυπληθέστερη περιφέρεια ξεπερνάει και αυτή το συνολικό μέσο όρο της χώρας ως προς τη διαθεσιμότητα των κλινών. Όμως είναι αξιοσημείωτο ότι η περιφέρεια Αττικής είναι ένα σημείο προσέλκυσης όπου άτομα από άλλες περιφέρειες δύναται να νοσηλευτούν με αποτέλεσμα οι κλίνες να μην είναι επαρκείς. Αναφορικά με την ποσοστιαία κατανομή των κλινών παρατηρούνται διαφοροποιήσεις. Οι περιφέρειες που καταλαμβάνουν τον περισσότερο αριθμό κλινών είναι οι περιφέρειες της Αττικής και της Κεντρικής Μακεδονίας.

5.4 Ανισότητες ως προς τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό

Στους υγειονομικούς πόρους ανήκει και η διαθεσιμότητα τεχνολογίας που επιτρέπει καλύτερη διάγνωση και θεραπεία ασθενών, αλλά αυξάνει και το κόστος και συνήθως αναγνωρίζεται ως μια από τις κύριες αιτίες αύξησης των δαπανών για την υγεία.

Η μελέτη του δείκτη αυτού, των διαθέσιμων τεχνολογιών μπορεί να δώσει σημαντικές πληροφορίες στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών, αφού μικρός αριθμός μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα πρόσβασης όσον αφορά την γεωγραφική εγγύτητα και τους χρόνους αναμονής ενώ υψηλός αριθμός μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική χρήση αυτών των δαπανηρών διαγνωστικών διαδικασιών με ελάχιστα οφέλη για τους ασθενείς.

Με άλλα λόγια, ο επαρκής αριθμός των εγκαταστάσεων ανάλογα με το μέγεθος του πληθυσμού και η κατανομή τους σε σχέση με την γεωγραφική θέση των κοινοτήτων, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην ικανότητα ανταπόκρισης του συστήματος υγείας. Στην παρούσα εργασία θα παρουσιαστούν οι αξονικοί τομογράφοι και οι μαγνητικοί τομογράφοι ανά περιφέρεια ανά 100.000 κατοίκους, τα στοιχεία που θα αναλυθούν προέρχονται από την Ελστατ 2021.

Πίνακας 5.4α : Πλήθος αξονικών/μαγνητικών τομογράφων ανά Περιφέρεια 2021

Περιφέρειες	Αριθμός Αξονικών Τομογράφων	Αξονικοί τομογράφοι ανά 100.000 κατοίκους	Αριθμός Μαγνητικών Τομογράφων	Μαγνητικοί τομογράφοι ανά 100.000 Κατοίκους
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	7	1.2	3	0.5
Κεντρική Μακεδονία	19	1.1	4	0.2
Δυτική Μακεδονία	5	2.0	1	0.4
Θεσσαλία	6	0.9	5	0.7
Ήπειρος	5	1.6	3	0.9
Ιόνια Νησιά	4	2.0	1	0.5
Δυτική Ελλάδα	21	3.2	3	0.5

Στερεά Ελλάδα	7	1.4	2	0.4
Πελοπόννησος	6	1.1	2	0.4
Αττική	43	1.1	17	0.4
Βόρειο Αιγαίο	5	2.6	2	1.0
Νότιο Αιγαίο	5	1.5	2	0.6
Κρήτη	8	1.3	3	0.5
Σύνολο	141	1.3	48	0.5

Πηγή: Ελστάτ 2021

Με βάση τα παραπάνω στοιχεία, ο υψηλότερος δείκτης των αξονικών τομογράφων βρίσκεται στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας με πληθυσμό 648.220, δεύτερη κατά σειρά είναι η περιφέρεια των Βορείου Αιγαίου με πληθυσμό 194.943 κατοίκους και τρίτη, η Περιφέρεια Ιονίων Νήσων με πληθυσμό 204.532 κατοίκους. Από την άλλη πλευρά οι περιφέρειες που αντιμετωπίζουν έλλειψη στους αξονικούς τομογράφους είναι οι περιφέρειες της Θεσσαλίας με πληθυσμό 688.255 και η περιφέρεια Πελοποννήσου με πληθυσμό 535.539 καθώς και η Περιφέρεια Αττικής με πληθυσμό 3,814.064 κατοίκους.

Όσον αφορά τον αριθμό των μαγνητικών τομογράφων ο μεγαλύτερος δείκτης από το σύνολο της χώρας βρίσκεται στην περιφέρεια Ηπείρου, στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου και στην περιφέρεια Θεσσαλίας. Παράλληλα, ο χαμηλότερος δείκτης παρουσιάζεται στην περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας με πληθυσμό 508.254 κατοίκους και στην Κεντρική Μακεδονία. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο σύνολο των νομών της Μακεδονίας και της Θράκης με πληθυσμό 2,612.465 κατοίκους οι μαγνητικοί τομογράφοι είναι μόνο 8. Γεγονός που σημαίνει ότι οι ασθενείς που απαιτείται να κάνουν χρήση των εν λόγω εξοπλισμών υπάρχει πιθανότητα να επωμιστούν οι ίδιοι το κόστος, χρησιμοποιώντας ιδιωτική υπηρεσία ή να χρειαστεί να ταξιδέψουν σε άλλο νομό. Ακόμη, είναι απαραίτητο να υπάρχει το έμψυχο δυναμικό ώστε να συντηρεί τα μηχανήματα, γιατί έχουν σημειωθεί αρκετές ελλείψεις ακτινολόγων.

5.5 Ανισότητες ως προς τις ΜΕΘ παιδών

Σε όλη την Ελλάδα υπάρχουν μόνο 55 κλίνες ΜΕΘ σε νοσοκομεία Παίδων από τις οποίες οι 32 είναι στην Αττική και υπόλοιπες στις περιφέρειες. Συλλήβδην 10 στο Ιπποκράτειο, 6 ΜΕΘ στο ΠΑΓΝΗ, 7 ΜΕΘ στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου, ενώ δεν υπάρχει καμία κλίνη σε Ήπειρο, Θεσσαλία, Στερεά Ελλάδα, Νήσων και Θράκη. Χαρακτηριστικό είναι ότι η μοναδική ΜΕΘ Παίδων που λειτουργεί είναι στο Ιπποκράτειο.

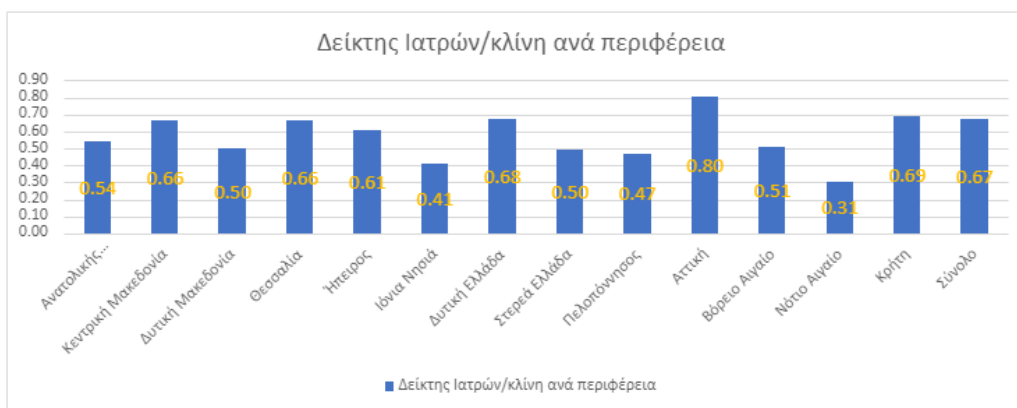
Σύμφωνα με την Ποεδήν, οι διακομιδές παιδιών σε ΜΕΘ Αττικής και Θεσσαλονίκης καταδεικνύουν την ανάγκη ίδρυσης νέων ΜΕΘ στα νοσοκομεία της περιφέρειας. Αν και οι διακομιδές είναι ασφαλείς, είναι ακόμα δύσκολες για τα παιδιά και τους γονείς που πρέπει να διανύσουν μεγάλες αποστάσεις από τον τόπο κατοικίας τους. Με την επερχόμενη περίοδο γρίπης, ιών και του Covid-19, είναι απαραίτητο να σχεδιαστούν και να δημιουργηθούν νέες ΜΕΘ σε νοσοκομεία της περιφέρειας.

5.6 Ανισότητες ως προς το ανθρώπινο δυναμικό

Οι κύριες προκλήσεις στο σχεδιασμό και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας είναι η διασφάλιση ότι υπάρχει επαρκής αριθμός καταρτισμένων επαγγελματιών με συνδυασμό διαφορετικών ειδικοτήτων και ότι κατανέμονται με βάση τις περιφερειακές ανάγκες και την ζήτηση. Ο κυριότερος στόχος του σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία είναι να επιτευχθεί και να διατηρηθεί ο σωστός αριθμός εξειδικευμένων επαγγελματιών στις σωστές θέσεις.

Για την ανάλυση των ανισοτήτων στους ανθρώπινους πόρους ο δείκτης που έχει επιλεγεί είναι ο δείκτης ιατρός και νοσηλευτής ανά κλίνη, ο οποίος αποτυπώνει την αναλογία κλινών και ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού της κάθε περιφέρειας.

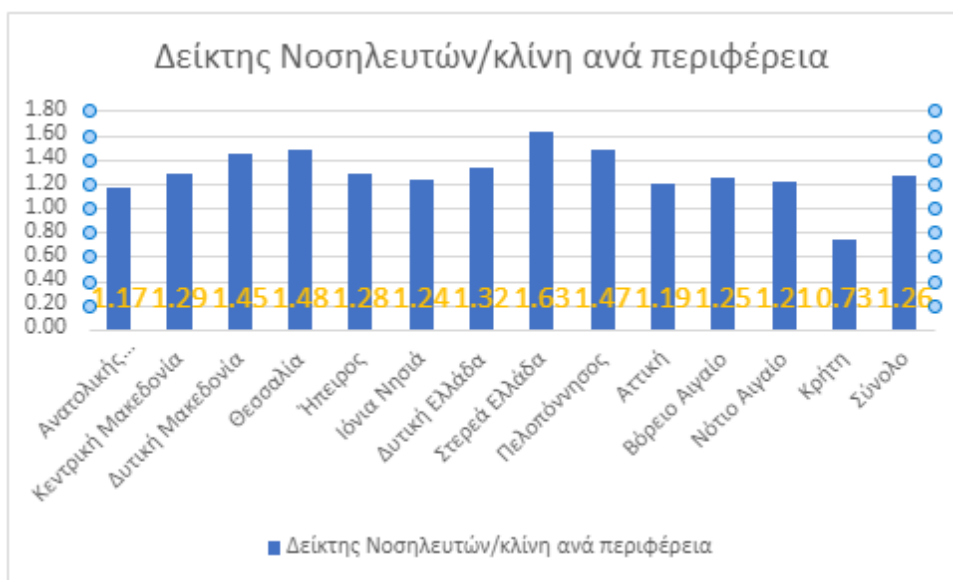
Πίνακας 5.6α :Δείκτης Ιατρών/Κλίνη ανά Περιφέρεια 2021



Πηγή: Ελστατ,2021

Οι υψηλότερες τιμές του δείκτη ιατρών ανά κλίνη βρίσκονται στις Περιφέρειες Αττικής με δείκτη πάνω από το μέσο όρο της χώρας.(0,80), στην Περιφέρεια Κρήτης με 0,69 και στην Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας με 0,69. Αντίστοιχα οι περιοχές που παρουσιάζουν χαμηλό δείκτη ιατρών/ανά κλίνη είναι οι Περιφέρειες Νοτίου Αιγαίου με 0,31, Ιόνιων Νησιών 0,41 και Πελοποννήσου 0,47. Να σημειωθεί ότι στην Περιφέρεια Αττικής ότι ο δείκτης δεν αποτυπώνεται με ακρίβεια γιατί τα νοσοκομεία της Αττικής εξυπηρετούν πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό από τις υπόλοιπες περιφέρειες.

Πίνακας 6β:Δείκτης Νοσηλευτών/ Κλίνη ανά Περιφέρεια 2021



Πηγή: Ελστατ,2021

Αναφορικά με τους νοσηλευτές ανά κλίνη, υψηλότερη τιμή του δείκτη αποτυπώνεται στις Περιφέρειες Στερεάς Ελλάδας(1,63), Θεσσαλίας(1,48), Πελοποννήσου(1,47). Διαφορετικά, η χαμηλότερη αναλογία νοσηλευτών σε σχέση με

τις κλίνες παρουσιάζεται Στις περιφέρειες Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, Αττικής και Κρήτης.

6 Η Πανδημία στην Ελλάδα

Τα πρώτα κρούσματα άτυπης πνευμονίας στην Κίνα, εντοπίστηκαν στην πόλη Wuhan στις 31 Δεκεμβρίου 2019. Η αναφορά και η ανίχνευση των νέων κρουσμάτων από τις Κινεζικές αρχές ήταν έγκαιρη. Η πόλη όμως Wuhan, η οποία και αποτέλεσε το επίκεντρο της επιδημίας στην Κίνα, τέθηκε σε αποκλεισμό στις 23-24 Ιανουαρίου 2020. Οι απόπειρες περιορισμού της νόσου απέτυχαν, με συνέπεια ο ΠΟΥ να εξαγγέλλει ότι αποτελεί Έκτακτη Ανάγκη Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Ενδιαφέροντος στις 30 Ιανουαρίου 2020 και στις 11 Μαρτίου ότι αποτελεί πανδημία.

Η πανδημία είναι μια από τις πιο θανατηφόρες μολύνσεις αφού έχει προκαλέσει πάνω από 6 εκατομμύρια θανάτους. Από τις 13 Μαρτίου 2020, ο ΠΟΥ έχει ανακηρύξει την Ευρώπη ως το κέντρο της πανδημίας του κορονοϊού 2019-2020. Η πανδημική κρίση αποτελεί μια πρόκληση που δεν έχει προηγούμενο για την Ευρωπαϊκή Ένωση . Σαφώς κατέδειξε την ευρωπαϊκή αλληλεγγύη, όμως ταυτόχρονα έδειξε ότι οι θεσμοί της ΕΕ δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένοι για να αντιμετωπίσουν την κρίση της νόσου Covid19. (Πολυσυγγραφικό, 2020)

Όταν ο ιός έφτασε σε ευρωπαϊκό έδαφος ήδη από τα τέλη του 2020, δεν υπήρξε κάποια άμεση και συντονισμένη ευρωπαϊκή απάντηση για την εξάπλωση του ιού. Τα μέλη της ΕΕ χάραξαν και ακολούθησαν την δική τους εθνική στρατηγική, παίρνοντας την απόφαση να κλειστούν τα σύνορα στους πολίτες άλλων ευρωπαϊκών χωρών που βίωναν εντονότερα τις συνέπειες του ιού.

Το πρώτο κρούσμα του ιού στην Ελλάδα ήταν στις 26 Φεβρουαρίου 2020. Η Ελλάδα, όπως και πολλές άλλες χώρες σε όλο τον κόσμο, αντιμετώπισε σημαντικές προκλήσεις στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19. Ειδικότερα, η Ελλάδα μπήκε σε lockdown στις 23 Μαρτίου. Στα πρώτα στάδια της πανδημίας, η Ελλάδα ήταν σχετικά επιτυχής στον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού, λόγω της έγκαιρης και αποφασιστικής δράσης της κυβέρνησης. Η Ελλάδα αποδείχθηκε αρκετά αποτελεσματική στον έλεγχο της εξάπλωσης του Covid-19 κατά το αρχικό ξέσπασμα. Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην άμεση εφαρμογή του κλεισίματος των συνόρων, της υποχρεωτικής χρήσης μάσκας και της κοινωνικής απόστασης. Επιπλέον,

η ελληνική κυβέρνηση κατέβαλε σημαντικές προσπάθειες για την ενίσχυση των δυνατοτήτων του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της ίδρυσης εξειδικευμένων νοσοκομείων για περιπτώσεις Covid-19. Ως αποτέλεσμα, κατάφερε να διατηρήσουν τον αριθμό των κρουσμάτων τους σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Στη συνέχεια, στο δεύτερο κύμα, η Ελλάδα σημείωσε αύξηση των κρουσμάτων τον Οκτώβριο και τον Νοέμβριο του 2020, αλλά κατάφεραν να μειώσουν τους αριθμούς μέσω στοχευμένων περιορισμών και αυξημένων tests και ιχνηλάτισης. Τα μέτρα που ελήφθησαν ήταν αποτελεσματικά στη μείωση του αριθμού των κρουσμάτων. Το τρίτο κύμα, που έπληξε την Ελλάδα τον Φεβρουάριο και τον Μάρτιο του 2021, ήταν πιο σοβαρό με μεγαλύτερο αριθμό κρουσμάτων και θανάτων.

Ωστόσο, η Ελλάδα εξακολουθούσε να πηγαίνει καλύτερα από πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες λόγω της συνεχιζόμενης εφαρμογής των περιορισμών και των προσπαθειών εμβολιασμού. Από τα τέλη του Ιουλίου 2021, η Ελλάδα βιώνει ένα τέταρτο κύμα, με σημαντική αύξηση του αριθμού των ημερήσιων αναφερόμενων κρουσμάτων, κυρίως λόγω της εξαιρετικά μεταδοτικής παραλλαγής Δέλτα. Ενώ η ελληνική κυβέρνηση έχει εφαρμόσει μια σειρά μέτρων για τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού, συμπεριλαμβανομένου του υποχρεωτικού εμβολιασμού για τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας και το προσωπικό σε χώρους υψηλού κινδύνου, την υποχρεωτική χρήση μάσκας σε εσωτερικούς δημόσιους χώρους και τους περιορισμούς στις δημόσιες συγκεντρώσεις, η αποτελεσματικότητα αυτών των μέτρων εξακολουθεί να είναι ασαφής. Η παραλλαγή Δέλτα έχει αποδειχθεί εξαιρετικά μολυσματική και ικανή να ξεπεράσει τα υπάρχοντα μέτρα εμβολιασμού και περιορισμού. Υπήρξε σημαντική αύξηση του αριθμού των νοσηλειών και των θανάτων. Από τον Οκτώβριο του 2021, η Ελλάδα έχει δει μείωση των κρουσμάτων και των νοσηλειών, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στην εκστρατεία εμβολιασμού και στους αυστηρούς περιορισμούς. Ωστόσο με τα πιο πρόσφατα δεδομένα από την ECDC, η Ελλάδα είναι πρώτη με 946 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους στις ηλικίες των άνω των 65 ετών, όπως και σε όλες τις ηλικίες με 758 κρούσματα ανά 100.000 κατοίκους καθώς αποκτά πρωτιά και στους θανάτους από κορονοϊό, οι οποίοι φτάνουν τους 25 ανά εκατομμύριο πληθυσμό.

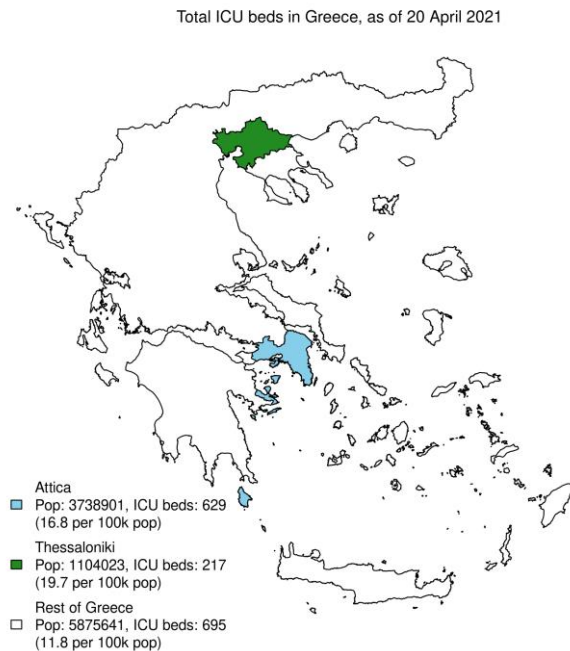
Το Εθνικό σύστημα υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας κλυδωνίστηκε και έφτασε στα όρια του, σχετικά με την επάρκεια των κλινών ΜΕΘ. Κοινώς αποδεκτό είναι το γεγονός ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας ήταν απροετοίμαστο για την

αντιμετώπιση ενός κινδύνου της δημόσιας υγείας εξαιτίας της υποχρηματοδότησης του και υποστελεχώσης του σε υποδομές και προσωπικό. Ειδικότερα, πριν την πανδημία τον Ιούνιο το 2019 λειτουργούσαν 557 κλίνες ΜΕΘ. Στην πανδημία η Ελλάδα έφτασε τις 1017 κλίνες από τις οποίες οι 840 ήταν σε δημόσια νοσοκομεία . Ο σκοπός ήταν να ξεπεράσει τις 1.200 κλίνες ΜΕΘ ώστε να προσεγγίσουν τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Όμως παρά την προσπάθεια για την επέκταση των ΜΕΘ, η ραγδαία εξάπλωση της πανδημίας ξεπέρασε την χωρητικότητα των ΜΕΘ που είχε σαν αποτέλεσμα το ΕΣΥ να μην μπορεί να αντιμετωπίσει επαρκώς τον υψηλό αριθμό θανάτων. (Υπουργείο Υγείας, Ετήσιο Σχέδιο Δράσης. (Ποεδην).

Στα ελληνικά νοσοκομεία υπάρχουν πάνω από 700 ΜΕΘ για την αντιμετώπιση των κρουσμάτων covid-19. Οι εν λόγω ΜΕΘ διαθέτουν εξειδικευμένο προσωπικό. Για την αντιμετώπιση των κρουσμάτων στην Ελλάδα, οι ΜΕΘ COVID-19 έχουν αναβαθμιστεί σημαντικά από την αρχή της πανδημίας, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αυξανόμενες ανάγκες των ασθενών. Μολονότι αυτό είναι ένα σπουδαίο επίτευγμα για την υγεία των πολιτών καθώς και για το ΕΣΥ, παρατηρείται ότι στην ποιότητα της περίθαλψης υπό αυξανόμενο φορτίο ασθενών δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή.

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την μελέτη Tsiotra&Lytra,2021 κατά την διάρκεια του δεύτερου και τρίτου κύματος, η νοσηλεία εκτός ΜΕΘ αυξάνει κατά 87% την θνητότητα. Ταυτόχρονα, αποτυπώνονται περιφερειακές ανισότητες, αφού όσοι είναι διασωληνωμένοι εκτός Αττικής έχουν κίνδυνο θνητότητας 35% Αυτό μπορεί να επιβεβαιωθεί από το γεγονός ότι από το σύνολο του δείγματος που εξετάστηκε όσοι ήταν διασωληνωμένοι στην Αττική πέθανε το 57% ενώ όσοι ήταν στις επαρχίες το ποσοστό ανέβηκε στο 70%. . Μία σαφώς μεγαλύτερη επίπτωση νοσηρότητας και θνητότητας προκύπτει στις πιο φτωχές κοινωνίες καθώς οι χαμηλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες σχετίζονται με μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης και μόλυνσης από τον νέο κορονοϊό καθώς, η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η πιθανότητα κατάληξης εξ' αφορμής της νόσου Covid-19 επηρεάζονται από τις προϋπάρχουσες ανισότητες υγείας.(Σταχτέας,2020).

Εικόνα 6: Σύνολο των κλινών ΜΕΘ covid ανά υγειονομική περιφέρεια



Πηγή: Tsiodras & Lytras, 2021

Η προαναφερθείσα κατάσταση επιστά την προσοχή στη συνεχιζόμενη ανισορροπία στην κατανομή των πόρων υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας. Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί πολλάκις ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας, νοσοκομειακών κλινών και ιατρικού εξοπλισμού βρίσκεται στις μεγάλες πόλεις.

Οι ελλείψεις προσωπικού συνεχίστηκαν στα δημόσια νοσοκομεία και επετράπη σε ιδιώτες γιατρούς να εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία τον Απρίλιο του 2020. Η ανακατανομή της υγειονομικής περίθαλψης για την πλήρωση κρεβατιών με ασθενείς με COVID-19, οι μετατοπίσεις προσωπικού από την πρωτοβάθμια περίθαλψη στα νοσοκομεία και επιπλέον υπερωρίες από εργαζομένους στον τομέα της υγείας ήταν απλώς μερικές από τις πρόσθετες απαιτήσεις που θέτει η πανδημία στο σύστημα υγείας.

6.1 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εν μέσω Covid-19

Η έλευση του covid-19 έχει επιφέρει αρκετές αλλαγές στο σύστημα υγείας, ορίζοντας 14 νοσοκομεία αναφοράς για επιβεβαιωμένα κρούσματα. Ορισμένα τακτικά εξωτερικά ιατρεία έκλεισαν με αποτέλεσμα την ακύρωση των προγραμματισμένων ραντεβού και οι υπάρχοντες θάλαμοι μετατράπηκαν σε μονάδες αρνητικής πίεσης και μονάδες εντατικής θεραπείας. Στην Ελλάδα έχει καταγραφεί μείωση 70% στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία λόγω φόβου μετάδοσης του ιού.

Συν τοις άλλοις, λόγω της αυξανόμενης ζήτησης των υπηρεσιών των νοσοκομείων, αναβλήθηκαν τα απογευματινά ιατρεία και τα χειρουργεία θα κάλυπταν μόνο τα έκτακτα περιστατικά και τα περιστατικά που δεν μπορούσαν να αναβληθούν. Συγκεκριμένα, εκτιμάται ότι έχουν χαθεί περίπου 3,9 εκατομμύρια επισκέψεις εξωτερικών ασθενών, 253 χιλιάδες εισαγωγές και 108 χιλιάδες χειρουργικές επεμβάσεις σε σύγκριση με την προ-covid εποχή. Όπως γίνεται κατανοητό όλες οι προσπάθειες είχαν εστιάσει στη διαχείριση της πανδημίας και δεν δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στη συνολική υγεία και ευημερία των ατόμων.(Kondilis, Tarantilis & Benos, 2021)

Αυτή η έλλειψη στα προληπτικά μέτρα και στην εφαρμογή πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης που οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας σήμαινε ότι πολλοί άνθρωποι έμειναν χωρίς την απαραίτητη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη. Η περιορισμένη πρόσβαση στα εξωτερικά ιατρεία μπορεί να επιδεινώσει την υγεία των ατόμων με χρόνιες ασθένειες επειδή δεν παρέχεται επαρκής παρακολούθηση. (Fedele T και συν. 2020). Αναβολές και μεγάλες καθυστερήσεις των ραντεβού που ήταν προγραμματισμένα υπήρξαν και σε μετεγχειρητικό επίπεδο γιατί οι επισκέψεις παρακολούθησης γινόντουσαν μόνο μέσω τηλεδιάσκεψης. Συμπεραίνοντας, καίριο είναι να διασφαλιστεί ότι δεν καταστρατηγούνται οι ανάγκες του πληθυσμού και εφαρμόζονται οι κατάλληλες πολιτικές για την αντιμετώπιση των αναγκών.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Elstat το 2020 το ποσοστό των θανάτων έφτασε 6,5% περισσότερους από την τελευταία πενταετία (2015-2019). Ένα μέρος οφειλόταν στον covid-19 και ένα άλλο μέρος στο ότι πάρα πολλές υπηρεσίες υγείας άλλαξαν σκοπό και τρόπο παροχής τους εξαιτίας της δυνατότητας να παρέχουν υπηρεσίες στους ασθενείς με covid-19 και με αποτέλεσμα να καθυστερήσουν οι υπόλοιπες υπηρεσίες όσον αφορά την διάγνωση και θεραπεία. Στους παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση περιλαμβάνονται η ηλικία, η χρόνια αναπνευστική νόσος, καρδιαγγειακά ή νεφρολογικά προβλήματα και ο μη εμβολιασμός.

Στην Ελλάδα η κυριότερη αιτία θανάτου είναι τα καρδιακά νοσήματα. Η covid-19 μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στο καρδιαγγειακό σύστημα, δεδομένου αυτού θα πρέπει να παρέχεται φροντίδα σε όλους τους ασθενείς και δυνατότητες πρόσβασης σε θεραπείες που μειώνουν την θνησιμότητα. Ωστόσο έχει καταγραφεί μειωμένη προσέλευση στους ασθενείς με καρδιοπάθεια καθώς έχουν αναφερθεί σημαντικές μειώσεις στις καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις. Οι συστάσεις για την αποφυγή επισκέψεων στο νοσοκομείο, μαζί με τον φόβο ότι θα μολυνθούν από τον COVID-19, μπορεί να ανάγκασαν τα άτομα να υποτιμήσουν τα συμπτώματα της έναρξης της νόσου και, ως εκ τούτου, να καθυστερήσουν τη διάγνωση. Για τους ηλικιωμένους με διάφορες συννοσηρότητες, όπου είναι δύσκολο να διαγνωστεί αν τα συμπτώματα που έχουν είναι αυτά ενός καρδιακού επεισοδίου, αν δεν χορηγηθεί θεραπεία ή καθυστέρηση στη διάγνωση, μπορεί να προκαλέσει την επιδείνωση της υγείας ή τον θάνατό τους.(Tsioufis,2021).Παράδειγμα αποτελεί το νοσοκομείο του Ευαγγελισμού όπου συχνά έχει πληρότητα 80%-120% (βλ. ράντζα), στην περίοδο της πανδημίας η πληρότητα είχε φτάσει το 40%.

Μια ακόμη μελέτη που διεξήχθη από το τον Πανελλήνιο Σύλλογο Γυναικών με καρκίνο μαστού «Άλμα Ζωής» διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες που δεν βρίσκονταν στο στάδιο της θεραπείας ή σε μεταστατικό στάδιο αντιμετώπισαν εμπόδια στον επανέλεγχο/εξετάσεις covid-19 με ποσοστό 70%. Ακόμη, 3 στις 10 είχαν δυσκολία στο να επισκεφτούν το γιατρό λόγω απόστασης κυρίως οι εκτός Αττικής, το 32% ανέφερε ότι δεν ήταν διαθέσιμος γιατρός και το 23% λόγω λίστας αναμονής.(Μιχαλοπούλου, 2021)

Οι επιδράσεις του covid-19 στο προσωπικό των μονάδων λοιμώξεων σε νοσοκομεία αναφοράς ήταν το 80% να ασχολείται με την covid-19 με συνέπεια οι ασθενείς με HIV και οι υπόλοιποι ασθενείς που χρειάζονταν λοιμοξιολογικής παρακολούθησης είτε σε εξωτερικά ιατρεία ή σε νοσοκομεία να μην εξετάζονται λόγω έλλειψης χρόνου των γιατρών. Επιπρόσθετα παρατηρήθηκε μείωση των ραντεβού κατά 82%, το πιο ανησυχητικό που παρατηρείται είναι το 100% των ατόμων με HIV λοίμωξη δεν είχαν την δυνατότητα να παρακολουθηθούν από άλλες ειδικότητες για συννοσηρότητες. Ακόμη, το 100% δεν είχε την δυνατότητα να έχει καρδιολογική παρακολούθηση. Η μη πρόσβαση στις εργαστηριακές εξετάσεις έφτασε το ποσοστό 75% για δύο λόγους είτε γιατί δεν υπήρχαν αντιδραστήρια είτε λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού ώστε να γίνουν αιμοληψίες.(Lourida Giota, 2020)

Τέλος, η πανδημία επηρέασε τους καρκινοπαθείς, αφού έχει προκληθεί σημαντική μείωση τόσο στους προληπτικούς ελέγχους όσο και στις ογκολογικές επεμβάσεις. Το γεγονός αυτό οδήγησε ένα σημαντικό αριθμό ασθενών να καταλήγουν στα νοσοκομεία με προχωρημένο στάδιο καρκίνου, καθιστώντας τους γιατρούς σε δύσκολη θέση να παρέχουν ριζικές θεραπείες και να αυξάνουν τις πιθανότητες πλήρους ίασης. Η Ελληνική Ομοσπονδία Καρκίνου κατέγραψε ότι μόνο το 11% των διαγνώσεων καρκίνου έγινε κατά την διαδικασία προληπτικού ελέγχου, ποσοστό όπου για μια ευρωπαϊκή χώρα είναι πολύ χαμηλό.

Η πανδημία covid-19 ενέχει σημαντικό κίνδυνο για ορισμένες ομάδες ανθρώπων, ιδιαίτερα για εκείνους που είναι ευάλωτοι. Κατά την διάρκεια του δεύτερου και τρίτου κύματος οι ασθενείς αντιμετώπισαν προβλήματα κυρίως με τον προγραμματισμό χειρουργείων (το 90% ακυρώθηκαν ή πραγματοποιήθηκαν με μειωμένη συχνότητα). Παράλληλα, το 17% των ερωτώμενων απάντησαν ότι αντιμετώπισαν πρόβλημα με την πρόσβαση για διαγνωστικές εξετάσεις. Κατά την διάρκεια της πανδημίας για την αντιμετώπιση της νόσου το 49% ανέφερε ότι επιβαρύνθηκε με πρόσθετες δαπάνες. Οι ανασφάλιστοι καρκινοπαθείς και αυτοί που δεν έχουν την δυνατότητα να στραφούν στον ιδιωτικό τομέα βρίσκονται σε πάρα πολύ δύσκολη θέση, διότι όταν πάρουν το παραπεμπτικό για εξετάσεις όπως οι βιοψίες , με ισχύ δυο μηνών, λόγω των εκτεταμένων καθυστερήσεων στον προγραμματισμό των ραντεβού, το παραπεμπτικό τους έχει λήξει, οπότε πρέπει να βγάλουν νέο παραπεμπτικό. Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των ενεργειών της κυβέρνησης κατά το δεύτερο και τρίτο κύμα παρουσίασε μια μείωση σε σχέση με το πρώτο κύμα.

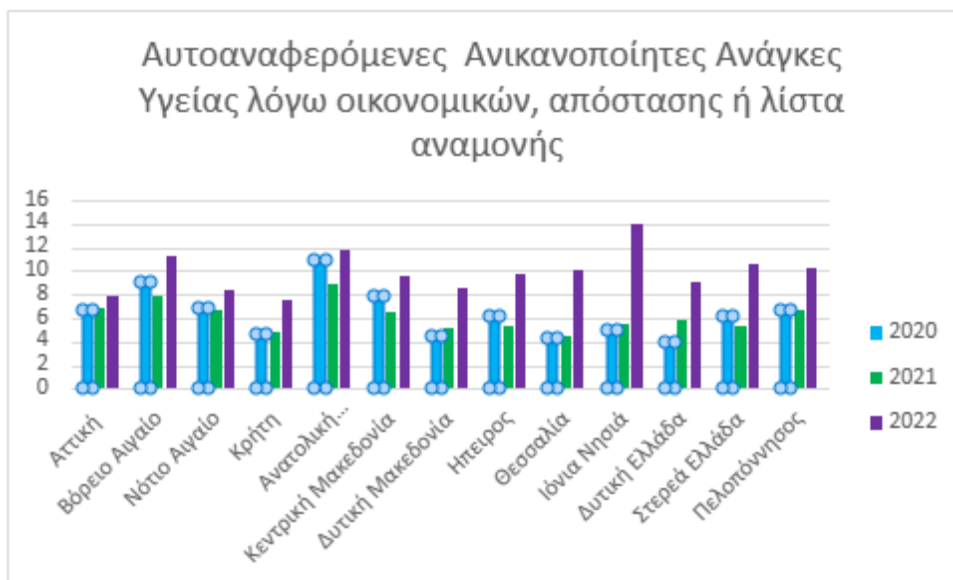
Βέβαια η covid-19 δεν επέφερε προβλήματα μόνο στους χρόνια ασθενείς αλλά και στα άτομα με αναπηρία τα οποία βιώνουν μεγαλύτερες ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα κατά την πανδημία κυρίως λόγω της μη προσβασιμότητας σε πληροφορίες υγείας και σε επιλεκτικές ιατρικές οδηγίες και πρωτόκολλα που υπάρχει πιθανότητα να οξύνουν τη διάκριση που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Παράλληλα, βάσει μιας έρευνας τα ποσοστά κατάθλιψης αυξήθηκαν ραγδαία σε σύγκριση με το 2009 και 2014 που ήταν αρκετά μικρότερα.(Τούντας Γιάννης,2021)

Τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας κυρίως αφορούν τους οικονομικούς λόγους , η γεωγραφική απόσταση και τις λίστες αναμονής. Η Ελλάδα πριν την πανδημία είχε το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης μεταξύ των χωρών της Ε.Ε το

2019. Ακόμη, μερικές υπηρεσίες υπάρχει πιθανότητα να μην είναι πάντα διαθέσιμες, λόγω έλλειψης συμβεβλημένων παροχών. Κατά την πανδημία παρουσιάζεται κυρίως στα νησιά και στις απομακρυσμένες περιοχές έλλειψη ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού και ιατρικών εξοπλισμών, αναγκάζοντας είτε να διανύσουν κάποια απόσταση για να τους προσφερθεί η κατάλληλη υπηρεσία είτε να πληρώσουν σε έναν ιδιώτη ιατρό ή ένα ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο ή να περιμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα ώστε να κάνουν την εξέταση τους.

Στον παρακάτω πίνακα γίνεται μια συγκριτική ανασκόπηση των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τα έτη 2020-2022. Οι γεωγραφικές αποκλίσεις που παρουσιάζονται είναι εμφανείς. Ειδικότερα, κατά το 2020 οι περιφέρειες με τα υψηλά ποσοστά που αντιμετωπίζουν εμπόδια είναι η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, το Βόρειο Αιγαίο και η Κεντρική Μακεδονία. Το 2021 τα ποσοστά είναι χαμηλότερα σε σχέση με το 2020. Αντίθετα, το 2022 παρατηρείται μια αύξηση σε όλες τις περιφέρειες και κυρίως στις Περιφέρειες των Ιόνιων Νήσων, του Βορείου Αιγαίου και της Ανατολικής Μακεδονίας.

Πίνακας 6.1α : Οι αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες υγείας ανά γεωγραφική περιφέρεια



Πηγή: Eurostat, ίδιοι υπολογισμοί

6.2 Η συμβολή της τηλεϊατρικής στις υπηρεσίες υγείας

Από την αρχή της πανδημίας Covid-19, που ανακοινώθηκε από τον ΠΟΥ στις 13 Μαρτίου 2020, υπήρξε μια ταχεία παρακολούθηση του ψηφιακού μετασχηματισμού, προσαρμογής και καινοτομίας των εταιρειών και των υπηρεσιών τους σε διαφορετικούς τομείς. (Rogers, 2020). Το σύνολο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που προσφέρονται με ψηφιακά μέσα είναι γνωστό ως τηλεϊατρική. Ο ΠΟΥ περιγράφει την έννοια ως εξής : παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, όπου οι ασθενείς και οι πάροχοι επικοινωνούν από απόσταση.

Η τηλεϊατρική χρησιμοποιεί τις ΤΠΕ για την ανταλλαγή πληροφοριών για τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών και τραυματισμών, την έρευνα και την αξιολόγηση και για τη συνεχή εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Η τηλεϊατρική μπορεί να συμβάλει στην επίτευξη καθολικής υγειονομικής κάλυψης βελτιώνοντας την πρόσβαση των ασθενών σε ποιοτικές, οικονομικά αποδοτικές, υπηρεσίες υγείας όπου κι αν βρίσκονται. Είναι ιδιαίτερα πολύτιμο για όσους βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές, ευάλωτες ομάδες και ηλικιωμένους. Η τεχνολογία της τηλεϊατρικής είναι σχετικά φθηνή και επιτρέπει στους γιατρούς να βλέπουν περισσότερους ασθενείς σε λιγότερο χρόνο και ουσιαστικά δεν απαιτεί χώρο. Η αυξημένη χρήση της τηλεϊατρικής θα μπορούσε ενδεχομένως να αυξήσει τον αριθμό των ασθενών

. Επίσης, μπορεί να δώσει ευκαιρίες για αύξηση του ιατρικού τουρισμού για διεθνείς ασθενείς, επειδή θα είναι εύκολο για τους ασθενείς που βρίσκονται σε μακρινά μέρη να συνδεθούν με τους γιατρούς.(GargDewan,2022). Με άλλα λόγια, όπως αναφέρει ο Baudier 2020 ,η τηλεϊατρική μπορεί να συμβάλει στη μείωση του κόστους υγείας, του χρόνου αναμονής και του κινδύνου μόλυνσης που εμφανίζεται με την προσωπική επικοινωνία καθώς βοηθά στη διάγνωση και υποστήριξη ασθενών με περιορισμένες ικανότητες.

Συνοπτικά οι παράγοντες που καθιστούν αναγκαία την τηλεϊατρική στις υπηρεσίες υγείας είναι η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημογραφικές μεταβολές, βελτίωση κλινικού αποτελέσματος, έρευνα και τεχνολογία και έλεγχος των δαπανών των υπηρεσιών υγείας. (Νίκη Γεωργίου,2010)

Ο όμιλος Intracom Telecom βοηθούν όλο και περισσότερους ανθρώπους σε 22 νησιά της Ελλάδας να λάβουν ιατρική βοήθεια χωρίς να χρειαστεί να απομακρυνθούν από τον μόνιμο τόπο κατοικίας τους. Το εθνικό δίκτυο τηλεϊατρικής επεκτείνεται ώστε να έχουν όλοι πρόσβαση σε καλή υγειονομική περίθαλψη ακόμα και αν ζουν μακριά από τα μεγάλα νοσοκομεία. Αυτό θα διευκολύνει τους ανθρώπους να λάβουν τη βοήθεια που χρειάζονται χρησιμοποιώντας την τεχνολογία. Στο Νότιο Αιγαίο προστέθηκαν (20) νέοι Σταθμοί Τηλεϊατρικής Ιατρού Ασθενούς (ΣΤΙΑ): 12 μεγάλες και 8 μικρές μονάδες σε μικρά νησιά που δεν υπήρχε προηγουμένως κάλυψη από το δίκτυο του ΕΔΙΤ, 50 Συστήματα Κατ' οίκον Παρακολούθησης ΣΚΟΠ.

Στο Βόρειο Αιγαίο προστέθηκαν :(7) νέοι Σταθμοί Τηλεϊατρικής Ιατρού Ασθενούς (ΣΤΙΑ): 6 μεγάλες και μια μικρή μονάδα για τη συμπλήρωση της κάλυψης που προσφέρει το ΕΔΙΤ στα μεγάλα νησιά ή τη δημιουργία υποδομής ΕΔΙΤ σε μικρά νησιά, ένας Σταθμός Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου(ΣΤΙΣ) και 40 Συστήματα Κατ' οίκον Παρακολούθησης ΣΚΟΠ. Καθώς θα επεκταθεί και στις υπόλοιπες ΥΠΕ της χώρας, 305 νέοι (ΣΤΙΑ) ,35 νέοι (ΣΤΙΣ) ,500 Ταμπλέτες ιατρών ,5 Εκπαιδευτικοί Σταθμοί ,3.000 (ΣΚΟΠ) ,3 νέα Περιφερειακά Κέντρα Ελέγχου, 1 Κέντρο παρακολούθησης και ελέγχου στο Υπουργείο Υγείας. Μετά την επέκτασή του, το ΕΔΙΤ, διαθέτει συνολικά 71 μονάδες τηλεϊατρικής, οι οποίες θα ενώνουν 53 νησιά του Αιγαίου με κεντρικά νοσοκομεία της Αττικής και της περιφέρειας.

Για την υποστήριξη των κατοίκων δυσπρόσιτων περιοχών ορεινών δήμων και νησιωτικών δήμων κάτω των είκοσι χιλιάδων (20.000) κατοίκων θεσπίζεται ειδικό πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής με τίτλο «Πρόληψη στο Σπίτι», το οποίο αποτελεί τμήμα της δημοτικής δομής «Βοήθεια στο Σπίτι». Με το πρόγραμμα αυτό είναι δυνατή αφενός η κατ οίκον διεξαγωγή ιατρικών εξετάσεων των κατοίκων των περιοχών αυτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και αφετέρου η αυτοματοποιημένη αποστολή των αποτελεσμάτων τους σε συμβεβλημένους ιατρούς, μέσω τεχνολογιών πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών.

Επιπλέον το ταμείο ανάκαμψης προβλέπει τηλεϊατρική και αναμόρφωση του ΥΚΟΝ(Υπηρεσία Κατ' οίκον Νοσηλεία). Το πρόγραμμα αφορά σε ένα μεγάλο φάσμα ασθενών που σήμερα λαμβάνουν εξειδικευμένη φροντίδα στο νοσοκομείο όπου η χορήγηση της απαραίτητης θεραπείας θα γίνεται στο σπίτι. Οι κατηγορίες των ασθενειών είναι η χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, οι νευρολογικές παθήσεις και ασθενείς με καρκίνο. Λεπτομερώς ο εξειδικευμένος

γιατρός και νοσηλεύτης θα επισκέπτεται τον ασθενή, δωρεάν, στον προσωπικό χώρο του ασθενούς. Τα Τηλεφωνικά ιατρικά συστήματα θα προσφέρουν επίσης παρακολούθηση και συμβουλευτική φροντίδα. Η υπηρεσία θα παρέχει σε 3.000 σταθμούς Κατ Οίκον παρακολούθηση, η γεωγραφική κατανομή των σταθμών θα προσδιοριστούν κατόπιν μελέτης.

Η πανδημία ενίσχυσε την ανάγκη και παροχής φροντίδας έξω από το παραδοσιακό πλαίσιο, χρησιμοποιώντας ως εργαλεία την τηλεϊατρική και τηλεσυμβουλευτική. Η τηλεϊατρική είναι ένας νέος τρόπος για τους γιατρούς να βοηθούν τους ασθενείς χωρίς να τους βλέπουν προσωπικά. Μπορούν να χρησιμοποιήσουν την τεχνολογία για να γράψουν συνταγές, να παρακολουθούν τους ασθενείς μετά το εξιτήριο καθώς και να τους παρέχουν συμβουλές. Αυτό βοηθά τους γιατρούς και τους ασθενείς να συνεργάζονται καλύτερα .(Curigliano και συν., 2020)

Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι ασθενείς και φροντιστές είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες τηλεσυμβουλευτικής που εισήχθησαν στα εξωτερικά ιατρεία κατά τη διάρκεια της πανδημίας covid 19. (Alromaihi και συν.,2023). Η τηλεϊατρική διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού και στην παροχή ψυχολογικής υποστήριξης σε ασθενείς που υπέστησαν μια εξαιρετικά τραυματική και ψυχολογικά επιζήμια φάση, που χαρακτηρίζεται από έντονο φόβο και αβεβαιότητα για την ζωή τους.

7 Συμπεράσματα

Η κριτική προσέγγιση της θεσμικής εξέλιξης του ΕΣΥ αναδείχθηκε νομοθετική αταξία και την αναπαραγωγή ρυθμίσεων που θεσπίζονται εκ νέου και εκ παραλλήλου σε διάφορα νομοθετήματα χωρίς να καθίσταται πάντοτε σαφές ποιες τυχόν καταργούνται ή τροποποιούν προγενέστερες. Αναφέρεται εξάλλου ένας μικρός αριθμός ρυθμίσεων ακόμα ενίοτε αμφίβολης συνταγματικότητας η εφαρμοσιμότητας, που παρέμειναν ανενεργείς, χωρίς ωστόσο να καταργούνται *expressis verbis*. Πρόδηλη καθίσταται άλλωστε η απουσία μιας ενιαίας πολιτικής στον τομέα της υγείας ακόμα με αποτέλεσμα τη διαιώνιση των προβλημάτων του συστήματος. Μετά τη θέσπιση του ΕΣΥ αναδεικνύεται η δυσχέρεια ολίσθησης ενός μοντέλου διοίκησης, οργάνωσης και λειτουργίας του δημόσιου τομέα υγείας καθώς και η αποσπασματική εφαρμογή του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου. Το ΕΣΥ ήταν

απροετοίμαστο και δεν είχε την απαραίτητη θεσμική και λειτουργική θωράκιση για να χειριστεί τα νέα δεδομένα από την οικονομική κρίση, καθιστώντας τον πρωταρχικό στόχο των Μνημονίων για να το επιτύχει. Επιπλέον, τα μέτρα που προωθήθηκαν δεν επικεντρώθηκαν στην αποκέντρωση και οργάνωση του συστήματος υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Δεν υπάρχει πρόθεση ανάθεσης του Υπουργείου Υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, με τρόπο που ο ρόλος του να είναι πιο πολύ επιτελικός και οι υγειονομικές περιφέρειες να αποκτούσαν ουσιαστικές και πραγματικές αρμοδιότητες.

Επιπροσθέτως, ούτε το πρόγραμμα Καλλικράτης, που στοχεύει στην μεταφορά της ευθύνης για τις υπηρεσίες υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση, δεν έχει σημειώσει πρόοδο. Το κριτήριο της δημοσιονομικής πειθαρχίας αποτέλεσε τον βασικό οδηγό της μεταρρυθμιστικής ατζέντας, εις βάρος της προσβασιμότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών, εγείροντας ζητήματα δικαιοσύνης και ισοτιμίας στην προστασία της υγείας, ιδιαίτερα για τα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα και τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Επιπλέον, οι μεταρρυθμίσεις που κρίνονται απαραίτητες όπως οι συγχωνεύσεις των ταμείων - υπονομεύονται από την έλλειψη χρηματοδότησης, στοιχειώδους σχεδιασμού και σφοδρών διενέξεων μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων (Υπουργείο Υγείας, ιατρών, φαρμακοποιών και προμηθευτών), δημιουργώντας προβλήματα στους ασθενείς που ανήκουν στα μεσαία και χαμηλά εισοδήματα.

Η κρίση οδήγησε σε πτώση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και αύξηση του δημόσιου ελλείμματος λόγω της αυξανόμενης ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι αρκετοί γιατροί μεταναστεύουν σε άλλες περιοχές εκτός Ελλάδας επειδή οι αποδοχές δεν είναι αρκετές. Η απώλεια προσωπικού υψηλής ειδίκευσης λόγω του brain-drain επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αφού τα άτομα αυτά είχαν εκπαιδευτεί με σημαντικό δημόσιο κόστος. Παράλληλα, η οικονομική κρίση είχε αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση υγείας, οι κύριοι αποδέκτες ήταν οι ανασφάλιστοι, οι άνεργοι, ηλικιωμένοι, μετανάστες και οι χρόνια ασθενείς. Το υψηλό κόστος, η χαμηλή εγγύτητα και οι μεγάλες λίστες αναμονής είναι μερικά από τα εμπόδια στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας που αντιμετωπίζουν οι παραπάνω ομάδες.

Τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα έχουν ένα πλεονέκτημα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης επειδή μπορούν να αντέξουν οικονομικά καλύτερη ασφάλιση υγείας (συνήθως ιδιωτική) ή να πληρώσουν από την τσέπη τους

για πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν πληθυσμοί για τους οποίους, η πρόσβαση τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό σύστημα είναι αδύνατη, με αποτέλεσμα τον αποκλεισμό τους από τις παροχές αυτές ακόμη και μέσα από την ίδια τη ζωή.

Οι πρακτικές «ιδιωτικοποίησης» των δημοσίων υπηρεσιών που έχουν αναπτυχθεί εκτεταμένα, στο πλαίσιο ενός έντονα πελατειακού συστήματος διαβρώνουν σε μεγάλο βαθμό τον δημόσιο και ισότιμο χαρακτήρα των υπηρεσιών. Το κοινωνικό δικαίωμα παραδοσιακά συμβάλλει στη διαδικασία της αποεμπορευματοποίησης, δηλαδή, αποσυνδέει τη λήψη του δικαιώματος από τους κανόνες της αγοράς με στόχο την καθολική συμμετοχή σε αυτό. Όμως, έχει εξελιχθεί σε ένα παράγοντα εμπορευματοποίησης της ενεργού συμμετοχής στους θεσμούς, με άλλα λόγια την εμπορευματοποίηση της διαδικασίας της κοινωνικής ενσωμάτωσης

Η ανεργία όχι μόνο δημιουργεί οικονομικά εμπόδια, αλλά περιορίζει επίσης την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω των λιστών αναμονής, εφόσον οι άνεργοι δεν μπορούν να αναζητήσουν εναλλακτικές υπηρεσίες υγείας όπως την ιδιωτική περίθαλψη. Στα χρόνια νοσήματα έχει αποδειχθεί ότι οι υγειονομικές ανισότητες είναι υψηλότερες καθόσον τα πάσχοντα άτομα έχουν λειτουργικούς περιορισμούς, μη ελέγξιμους με αποτέλεσμα να πλήττεται το κοινωνικοοικονομικό τους προφίλ, να μειώνεται η ευημερία τους καθώς και δυσκολίες στην προσβασιμότητα.

Ενώ η Ελλάδα προσπαθούσε να ορθοποδήσει από την παρατεταμένη οικονομική κρίση, προέκυψε η πανδημική κρίση, όπου συνιστά το μεγαλύτερο υγειονομικό πρόβλημα του 21ου αιώνα, δεδομένου ότι οι επιπτώσεις στην υγεία του παγκόσμιου πληθυσμού αλλά και στην απορρύθμιση των υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποιητική ανταπόκριση του ΕΣΥ στην αντιμετώπιση της covid-19, οφείλεται στα άμεσα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης αλλά και στην υψηλή επιστημονική και κοινωνική συμβολή του υγειονομικού δυναμικού.

Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την περίοδο της πανδημίας, χωρίς την ύπαρξη επαρκούς κεντρικής Δημόσιας Υγείας καθώς και της απουσίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, ένα μικρό ποσοστό του δυναμικού του νοσοκομειακού σκέλους του ΕΣΥ τα κατάφερε αποτελεσματικά όσον αφορά την αυξημένη ζήτηση από την πανδημική κρίση. Παρόλαυτα, λόγω της επείγουσας υγειονομικής συνθήκης πολλοί άνθρωποι βρήκαν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση, που με την βοήθεια της τηλεϊατρικής και τηλεσυμβουλευτικής κάποια αντιμετωπίστηκαν. (Γιάννης Τούντας και Γιάννης

Κυριόπουλος 2022). Η πανδημία λειτούργησε ως ένας ισχυρός καταλύτης για την ενδυνάμωση των ψηφιακών επιδόσεων, αλλά έχει επιδεινώσει επίσης τις ανισότητες για τους φτωχότερους ανθρώπους και τις χώρες που δεν είναι τεχνολογικά προηγμένες.

Επιπρόσθετα, όσον αφορά την καταγραφή των υποδομών (π.χ κλίνες) και του ανθρώπινου δυναμικού κατά την περίοδο 2021 παρατηρείται ο αυξημένος αριθμός των γιατρών και των νοσηλευτών καθώς και ο εξοπλισμός να είναι συγκεντρωμένα στην Αθήνα και στην Κεντρική Μακεδονία. Με αποτέλεσμα, κάποιες περιφέρειες να αντιμετωπίζουν εμπόδια αναφορικά με την πρόσβαση τους στην υγεία, επιβαρύνοντας τους είτε οικονομικά με το να πληρώνουν σε ιδιωτικές δομές για την περίθαλψη τους, είτε θέτοντας την ζωή τους σε κίνδυνο. Λ.χ αν δεν υπάρχει διαθέσιμο ασθενοφόρο ή το πλήρωμα αυτών μπορεί να είναι μοιραία η έλλειψη αυτών για τις ζωές των ασθενών. Τα νησιά εφόσον παρουσιάζουν αυξημένη ζήτηση λόγω του τουρισμού τις καλοκαιρινές περιόδους θα έπρεπε να είναι πλήρως εφοδιασμένα με τους απαραίτητους πόρους(γιατροί, ασθενοφόρα και υλικά), όμως με βάση τα στοιχεία υστερούν .

Σχετικά με την κατανομή των πόρων αλλά και του ανθρώπινου δυναμικού, έως και σήμερα η Ελλάδα αδυνατεί να κατανείμει τα δυο αυτά κεφάλαια αναλογικά, έτσι παρατηρείται η συγκέντρωση προσωπικού στις υγειονομικές μονάδες των αστικών κέντρων ενώ σε πλήθος περιπτώσεων η περιφέρεια παραμένει πολλές φορές με ελλείψεις τόσο σε σχέση με το προσωπικό όσο με τις εγκαταστάσεις. Οι ασθενείς συχνά προτιμούν τα νοσοκομεία της Αθήνας , τα μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία τα οποία προσφέρουν υψηλής τεχνολογίας υπηρεσίες, καθώς τα περιφερειακά νοσοκομεία είναι συνήθως υποστελεχωμένα και σε μερικές περιπτώσεις έχουν περιορισμένες υποδομές

Οι ελλείψεις των μονάδων υγείας γίνονται εμφανείς κατά την διάρκεια της πανδημίας του κορονοϊού. Πολλές μονάδες δεν διαθέτουν την κατάλληλη ιατρική τεχνογνωσία και υποδομές, με αποτέλεσμα ασθενείς με Covid-19 να μεταφέρονται σε μεγαλύτερες και πιο οργανωμένες εγκαταστάσεις υγείας σε αστικές περιοχές. Βάσει των προηγούμενων τονίζεται η άνιση πρόσβαση στην περίθαλψη και συμβάλλουν στην διαμόρφωση μεγάλων χρόνων και λιστών αναμονής.

Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία έχουν περιορισμούς λόγω του μοντέλου διαχείρισης σχετικά με τις πολιτικές προμήθειας, την διαχείριση ανθρώπινων πόρων και την υλοποίηση σχεδίου δράσης. Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών υγείας έχει

δυσλειτουργίες και ελλείψεις σε κριτήρια λήψης αποφάσεων, μεθοδολογία και εναλλακτικές δυνατότητες ενώ μερικές φορές απουσιάζει από τα νοσοκομεία κάνοντας τα δυσκίνητα.

Η πολιτική ανθρώπινων πόρων εμφανίζεται αναποτελεσματική στην προσπάθεια άρσης των περιφερειακών ανισοτήτων, ελέγχου της δημογραφίας των επαγγελματιών υγείας, επαρκούς στελέχωσης των μονάδων και κάλυψη ικανοποιητικών αμοιβών του ιατρικού προσωπικού. Παρόλο που επιτεύχθηκε σε σημαντικό βαθμό ο εξοπλισμός και η ανάπτυξη υποδομών, η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, ο προγραμματισμός ειδικοτήτων και η στελέχωση των κέντρων υγείας με ειδικότητες γενικής ιατρικής υπήρξε ελλιπής. Η ανορθολογική κατανομή του υγειονομικού προσωπικού γεωγραφικά και κατά ειδικότητες, ως συνέπεια της απουσίας πολιτικού ελέγχου και μακροχρόνιου σχεδιασμού της ιατρικής δημογραφίας, οδηγεί στην υποβάθμιση όλων των επιπέδων της υγειονομικής προστασίας.

Με κριτήριο τους 3 θεμελιώδεις σκοπούς κάθε συστήματος υγείας, δηλαδή τη δυνατότητα των χρηστών να χρησιμοποιούν ισότιμα όλες τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κατά τρόπο ώστε να μην εκτίθενται οι χρήστες σε μεγάλη οικονομική επιβάρυνση και τη διασφάλιση αποδοτικότερης αξιοποίησης του διατιθέμενων πόρων, το ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να θεωρηθεί ότι ανταποκρίνεται μόνο στον πρώτο σκοπό. Κατά κανόνα άλλωστε η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας συναρτάται με προϋποθέσεις ιδιωτικής δαπάνης ή πολιτικής και κοινωνικής διαμεσολάβησης.(Κοντιάδης,2008). Εν γένει, στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης τα προβλήματα προϋπήρχαν της κρίσης και της Covid-19 . Τα κυριότερα είναι ότι πάσχει από έλλειψη προγραμματισμού, συντονισμού και διαχειριστικές ικανότητες οι πόροι κατανέμονται άνισα και αναποτελεσματικά, με κατακερματισμένη πληθυσμιακή κάλυψη. Η λήψη αποφάσεων είναι εξαιρετικά συγκεντρωτική και οι διευθυντικές δομές δεν διαθέτουν σωστή διαχείριση πληροφοριών και εξειδικευμένο προσωπικό, δεν υπάρχει σύστημα παραπομπής, υπάρχουν ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες. Οι πληρωμές (out of pocket) είναι υψηλές και υπάρχει άνιση κατανομή ανθρώπινων πόρων και υποδομών και δεν υπάρχει σύστημα αξιολόγησης τεχνολογίας υγείας.

Άρα το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να μεταρρυθμιστεί .Αυτό αποτέλεσε το κύριο επίκεντρο των πολιτικών απαντήσεων λόγω της κρίσης με

ιδιαίτερη έμφαση στη μείωση του κόστους. Το βασικότερο και διαχρονικό πρόβλημα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του και η αδυναμία συγκρότησης ενός δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Το αποτέλεσμα είναι ότι « οι ασθενείς περιφέρονται άσκοπα στο εσωτερικό του συστήματος ». Επιπρόσθετα, δεν έχει εκπληρωθεί για την Ελλάδα ο στόχος που προβλέπει ότι « μέχρι το 2010 οι άνθρωποι πρέπει να έχουν πολύ καλύτερη πρόσβαση σε προσανατολισμένη στην οικογένεια και την κοινότητα του ΠΦΥ».

Ως ένα θεμελιώδες δικαίωμα που είναι η υγεία, όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να απολαμβάνουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας με όσο το δυνατόν καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επομένως, το σύστημα υγείας και οι πολιτικοί χάραξης υγείας είναι αναγκαίο να στοχεύουν στην καθολική πρόσβαση, στην βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του πληθυσμού και στην μέτρηση των αναγκών της κάθε περιφέρειας. Σε αυτό θα μπορούσε να συνεισφέρει η φόρμουλα RAWP.

7.1 Οι προτάσεις για το σύστημα υγείας :

Η επιβεβλημένη ανάγκη για τη μέτρηση και την αξιολόγηση των αναγκών καθώς και του επιδημιολογικού προφίλ της κάθε περιφέρειας, Με τρόπο που να διασφαλίζεται η δίκαιη κατανομή των πόρων. Η άντληση των πόρων ανά περιφέρεια πρέπει να βασίζεται στις ανάγκες του πληθυσμού οι οποίες μπορούν να προσδιοριστούν με την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού χρησιμοποιώντας επιδημιολογικούς και νοσολογικούς δείκτες (π.χ. Υγειονομικός χάρτης) καθώς και νέων μοντέλων βέλτιστης κατανομής (π.χ. RAWP).

Αναφορικά για την αυτονομία των περιφερειακών υγειονομικών διοικήσεων. υγειονομικές περιφέρειες να αυξηθούν από 7 σε 13 ώστε να είναι ανάλογες των υπάρχουσών διοικητικών περιφερειών. Αυτό θα επέτρεπε τη μεγαλύτερη συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης στη λειτουργία των ΥΠΕ και την ενίσχυση των παρεχόμενων υπηρεσιών αντίστοιχα με τις ανάγκες των πληθυσμών κάθε περιφέρειας, με στόχο να καταστούν αυτόνομες σε υγειονομικό επίπεδο(Τούντας,2020).

Ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας να εστιάζει στη στρατηγική χάραξη και την αξιολόγηση των υγειονομικών περιφερειών δίνοντας επιτελικές αρμοδιότητες της υγειονομικές περιφέρειες. Να δοθεί ιδιαίτερο βάρος στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με τρόπο που οι οικογενειακοί γιατροί να μπορούν να αλλάξουν την φιλοσοφία των πολιτών να μην χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας

εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, η απουσία των γενικών γιατρών οδηγεί τους πολίτες στα νοσοκομεία για απλά ή περίπλοκα προβλήματα υγείας, γεγονός που προκαλεί δυσλειτουργία στο σύστημα και ταλαιπωρία για τους ίδιους, μάλιστα έχει παρατηρηθεί ότι 4 στους 10 προσερχόμενος στις εφημερίες των νοσοκομείων έχουν πρόβλημα που θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Κάτι τέτοιο θα αποφόρτιζε το δευτεροβάθμιο σύστημα υγείας που είναι πιο δαπανηρό σε σχέση με το πρωτοβάθμιο. Συνεπώς η επικέντρωση βρίσκεται στους οικογενειακούς γιατρούς όπου είχε υπάρξει μια μεταρρύθμιση με τον Ν. 4238/2014, όπου δεν απέφερε καρπούς. Καθώς και πιο πρόσφατα με τον Ν. 4931/2022, όπου τα αποτελέσματά του φανούν σε βάθος χρόνου. Σχετικά με την άμβλυνση της γεωγραφικής ανισότητας, όπως απεδείχθη κατά την περίοδο covid-19, απαραίτητες είναι οι κινητές μονάδες υγείας και οι υπηρεσίες Τηλεϊατρικής.

Η εισαγωγή των μάνατζερ στα νοσοκομεία, οι οποίοι θα εισάγουν ένα σύγχρονο σύστημα διοίκησης και οργάνωσης των δημόσιων νοσοκομείων με την καθιέρωση μεθόδων όπως είναι η μέτρηση της απόδοσης, η διασφάλιση της ποιότητας, ο επιχειρησιακός σχεδιασμός, ο εταιρικός έλεγχος, η κλινική διακυβέρνηση και το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα. Τα κριτήρια αυτά εισάγουν διαφανείς και αξιοκρατικές διαδικασίες επιλογής.

Η μετάβαση από ένα γραφειοκρατικό στυλ διοίκησης σε ένα στυλ διοίκησης ολικής ποιότητας, που το επίκεντρο είναι η ασφάλεια του ασθενούς και καλύτερη ποιότητα παροχών, προβλέπεται να μετατρέψει το σύγχρονο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο σε ένα διαρκή οργανισμό μάθησης, που θα του παρέχει τη δυνατότητα να προσαρμόζεται εύκολα στις οικονομικές πολιτισμικές και επιστημονικές μεταβολές.

Για τα προβλήματα του ανθρώπινου δυναμικού προτείνεται να εξασφαλιστεί μια ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, να καθοριστούν ρόλοι στους εργαζόμενους, να δημιουργηθούν κίνητρα, ιδιαίτερα στους γιατρούς που εργάζονται σε νησιά και σε απομακρυσμένες περιοχές, να προαχθεί αξιόπιστος και διαφανής μηχανισμός ελέγχου και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, να συνδεθεί η αγορά με την εκπαίδευση και να αναπτυχθούν ολοκληρωμένα συστήματα επιστημονικής ανάλυσης των πληροφοριών και πρόβλεψης σχετικά με τις μελλοντικές υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Καθώς επίσης είναι απαραίτητη η αξιολόγηση των εργαζομένων έτσι ώστε να προάγεται η αποδοτικότητα, η παραγωγικότητα και η αποτελεσματικότητα στα νοσοκομεία.

Ο καλύτερος τρόπος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να βελτιώνει την κλινική αποτελεσματικότητα ακόμα την αποδοτικότητα και την πρόσβαση σε υπηρεσίες. Θα πρέπει να είναι κατάλληλο και να ενθαρρύνει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, να ικανοποιεί ηθικά και οικονομικά τους παρόχους, Να βελτιώνει τις υποδομές και να ικανοποιεί τους πολίτες χωρίς σπατάλη ή ηθικούς κινδύνους.

Για την επίτευξη αυτών θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα κέντρο στρατηγικού σχεδιασμού και αξιολόγησης για το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων, την παρακολούθηση και αξιολόγηση του εθνικού συστήματος υγείας και τη διευκόλυνση των διαπραγματεύσεων μεταξύ των προμηθευτών αγοραστών και ιδιωτικών παρόχων(Γιάννης Τούντας 2020) .

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Βαρδιάμπασης, ΒΝ κ.ά. 2014. 'Στελέχωση των απομακρυσμένων και απομονωμένων υπηρεσιών υγείας με ιατρικό προσωπικό Κίνητρα προσέλκυσης και παραμονής του ιατρικού προσωπικού'. *Αρχ. Ελλ. Ιατρ* 31: 48–54.

Βασιλόπουλος, Αθανάσιος. 2008. 'Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο'.

Γαλάνης, Πέτρος κ.ά. 2012. 'Γνώση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα από μετανάστες'. *Νοσηλευτική* 51(4): 41–44

Γαλάνης Π, κ.ά. 2020. 'Προσβασιμότητα και χρήση των υπηρεσιών υγείας από μετανάστες στην Ελλάδα.' *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes* 37.

Γείτονα Μαίρη. 2012. *Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας. Βόλος.*

Γεωργακόπουλος Θοδωρής. 2016. 'Η Υγεία Των Ελλήνων Και Η Κρίση – Μια Έρευνα'.

Γεωργίου Νίκη 2010. *Τηλεϊατρική : Το δικαίωμα της ισότητας στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας και του ιατρικού απορρήτου*

Γούλα Ασπασία. 2007. *Διοίκηση και Διαχείριση Νοσοκομείων. Αθήνα: ΠΑΠΑΖΗΣΗ.*

Γώγος, Χρήστος Β. 2015. 'Άσκηση διοίκησης στο δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο στην Ελλάδα'. 'ΕΕΧΟ: Η πανδημία επισκιάζει την πρόληψη του καρκίνου - Μόλις 11% οι έγκαιρες διαγνώσεις - ertnews.gr'.

Έκθεση ECDC: Μαύρα μαντάτα για την Ελλάδα - Πρώτη σε θανάτους και κρούσματα κορονοϊού | Libre.'

ΕΛΣΤΑΤ. 2016. 'Δελτίο Τύπου .Έρευνα Υγείας,2014'.

Γεωργακόπουλος Θεοδωρής. 2016. 'Η Υγεία Των Ελλήνων Και Η Κρίση – Μια Έρευνα'.

Κακαλέτσης, Ν, Α Ιωαννίδης, Ι Σιγάλας, και Α Χατζητόλιος. 2012. 'Η Περιφερειακή Οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα, Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις'. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 30(2): 233–40.

Κονδύλης Ηλίας. 2023. 'ΚΕΠΥ :Η εξέλιξη του Υγειονομικού Προσωπικού στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας'.

Κοντιάδης Ι. Ξενοφών. 2008. Εισαγωγή στην Κοινωνική Διοίκηση και στους Θεσμούς Κοινωνικής Ασφάλειας. Αθήνα.

Κούκουλας Γεώργιος. 'ΕΘΝΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ, (ΤΜΗΜΑ 2ΗΣ Δ.Υ.Πε.) «Επόμενα βήματα, σκέψεις για την εξάπλωση της χρήσης της τηλεϊατρικής στην Ελλάδα»'. <https://betterevents.live/ect2020/sites/default/files/2020-07/3%20GR%20NTN%20Koukoulas.pdf>.

Κυριόπουλος Γιάννης, και Γείτονα Μαίρη. 2008. Τα οικονομικά της υγείας. Μέθοδοι και εφαρμογές οικονομικής αξιολόγησης. Αθήνα: Παπαζήση.

Κυριόπουλος Ιωάννης. 2011. 'Αποκωδικοποιώντας τα μηνύματα που στέλνουν οι αριθμοί.' <https://www.moh.gov.gr/>

Μιχαλοπούλου Παρασκευή .2021 . Το αποτύπωμα της πανδημίας Covid-19 στα χρόνια νοσήματα καθυστερημένη φροντίδα. [Παρασκευή Μιχαλοπούλου: Καρκίνος](#)

ΜΚΣ: Μητρόπουλος Ι, Α. Καρόκης, Α Σισσούρας 1994 "Θέσπιση Κριτηρίων Ισότητας στην Περιφερειακή Κατανομή των Πόρων Υγείας" Επιθεώρηση Υγείας Τομ. 5 Τεύχος 4(29): 58(258) – 63(263)

Μουσιδου Αγγελική, Χρίστος Παπαθεοδώρου, Αντώνιος Σαμπράκος, και Μαργαρίτα-Ιωάννα Κουφάκη. 2011. Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. ΙΝΕ ΓΣΕΕ.

'Ν. 4674/2020 (ΦΕΚ Α 53 - 11.03.2020) Στρατηγική αναπτυξιακή προοπτική των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ρύθμιση ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών και άλλες διατάξεις.'

Νιάκας Δ. 1993α. Υγεία και περιφερειακή ανάπτυξη. Η περιφερειακή πολιτική στην Ελλάδα. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Αθήνας. 'Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη: Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα.

Οικονόμου Χαράλαμπος. 2013. Foreign affairs. Περιοδικά.

Οικονόμου 2016: Η πολιτική και το σύστημα υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης και μνημονίων Παπαδοπούλου Δήμητρα. 2012. Η Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης

- Παρασκευόπουλος Α. 2006. Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος. Σημειώσεις διδασκαλίας, ΤΕΙ Καλαμάτας.
- ΠΟΕΔΗΝ. 'Έρευνα της ΠΟΕΔΗΝ για τις ΜΕΘ που λειτουργούν και για το προσωπικό που προσλήφθηκε για τις ανάγκες του κορονοϊού - Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. (poedhn.gr)
- Πολύζος Ν. 2014. Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα: Κριτική.
- Πολύζος Ν., και Δρακόπουλος Στυλιανός. 2008. (3) Οικονομική αξιολόγηση του ελληνικού συστήματος υγείας. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη. [10.12681/scad.8891](https://doi.org/10.12681/scad.8891).
- Πολύζος, Ν, και Ι Υφαντόπουλος. 2000. 'Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας'. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(6): 627–39.
- Πολύζος Σεραφεΐμ. 2019. Περιφερειακή ανάπτυξη .Αθήνα . Κριτική
- Πολυσυγγραφικό, Συντονισμός: Παύλος Σαράφης. 2020. Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα και Πολιτικές. Broken Hill Publishers Ltd.
- Σημαντήρης, Ευστράτιος Σ. 2010. 'Η εφαρμογή του αποκεντρωτικού συστήματος διοίκησης στο ΕΣΥ, με βάση τους Ν. 2889/2001 & 3329/2005'
- Σισσούρας Άρης Κατανέμοντας τους πόρους βάσει των αναγκών υγείας: η RAWPformula <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=I7FuYu-STCw>
- Σουλιώτης, Κ, Τζ Παπαδονικολάκη, Μ Παπαγεωργίου, και Μ Οικονόμου. 2018. 'Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση'. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes 35.
- Σουλιώτης Ν Κυριάκος. 2007. Οικονομικές Ανισότητες και Πολιτικές Υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σουλιώτης Κυριάκος.2006. Πολιτική και Οικονομία της υγείας. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σπηλιωτόπουλος, Αθ, και Φλ Ζερβού-Βάλβη. 2022. 'Διοίκηση δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα: δεκάλογος προβληματισμών και προτάσεων'.
- Τούντας Ιωάννης. 2008. Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας.
- . 'Η Επίδραση Της Πανδημίας Στην Υγεία των Ελλήνων'. <https://www.dianeosis.org/2021/11/i-epidrasi-tis-pandimias-stin-yeia-twn-ellinwn/>. 2021
- Τούντας et al. 2020. 'Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα, διαΝΕΟσις'. https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf.
- Τούντας Γιάννης, και Γιάννης Κυριόπουλος. 2022. Προκλήσεις για την Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα.. Επίκεντρο
- Τσιρώνά, Χριστίνα. 2022. 'Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και στους δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού'.
- Υπουργείο Υγείας. 2019. Προγραμματική Περίοδος '2021-2027. Προτάσεις στρατηγικής του Υπουργείου Υγείας.
- Υφαντόπουλος Ν Γιάννης. 2006. Τα οικονομικά της υγείας. Αθήνα. Τυπωθήτω

- Υφαντόπουλος Ν Γιάννης, Μπαλούρδος Διονύσης, και Νικολόπουλος Β. Κωνσταντίνος. 2009. *Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του Κράτους Πρόνοιας. Gutenberg.*
- Υφαντόπουλος Ιωάννης, και Πλάτωνα Περιστέρη. 2021. *Επιστημονική μελέτη για τη διερεύνηση αιτιών καθυστέρησης διάγνωσης & έναρξης θεραπείας ασθενών με καρκίνο.*
- Φερόνας Ανδρέας. 2013 *Ο Εξευρωπαϊσμός της κοινωνικής πολιτικής. Αθήνα. Διόνικος.*
- Χατζηπουλίδης Γιώργος. 2006. *Ύγειονομικές Ανισότητες και ο ρόλος των υπηρεσιών στην προσπάθεια περιορισμού τους.*
- Χλέτσος Μιχάλης. 2016. *Οικονομικά της υγείας. Αθήνα: Πατάκης.*
- Χριστοφάκης, Εμμανουήλ. 2000. *Ένδογενής ανάπτυξη: σχεδιασμός και πολιτική σε τοπικό επίπεδο*.
- Ξενόγλωσση*
- Afshari, Hamid, και Qingjin Peng. 2014. *'Challenges and Solutions for Location of Healthcare Facilities'. Industrial Engineering and Management 2014: 1–12.*
- Ajay Garg, και Anil Dewan. 2022. *Manual of Hospital Planning and Designing For Medical Administrators, Architects and Planners.*
- Allin, Sara and Masseria, Cristina. 2009. *'Unmet need as an indicator of health care access. Eurohealth'. 15((3)): 7–10.*
- Athanasiadis, Athanasios, Nikoleta Ratsika, Constantinos Trompoukis, και Anastas Philalithis. 2018. *'The health decentralization process in Greece: the insiders' perspective'. International Journal of Health Governance.*
- Boulos, Maged N Kamel κ.ά. 2007. *'CAALYX: a new generation of location-based services in healthcare'. International journal of health geographics 6(1): 1–6.*
- Capello, Roberta. 2009. *'Regional Growth and Local Development Theories: Conceptual Evolution over Fifty Years of Regional Science'. Géographie, économie, société 11(1): 9–21..*
- Culyer. 1980 Anthony J. *The Political Economy Social Policy.*
- Culyer, Anthony J. 1995. *'Equality of what in health policy? Conflicts between the contenders'.*
- Culyer, Anthony J., και Yvonne Bombard. 2012. *'An Equity Framework for Health Technology Assessments'. Medical Decision Making 32(3): 428–41.*
- Curigliano, G κ.ά. 2020. *'Managing cancer patients during the COVID-19 pandemic: an ESMO multidisciplinary expert consensus'. Annals of Oncology 31(10): 1320–35.*
- David L. Rogers. 2020. *'Transformação Digital: repensando o seu negócio para a era digital'.*
- Dennis A. Rondinell, John R. Nellis, και . Shabbir Cheema. 1983. *Decentralization in Developing Countries A Review of Recent Experience. Series: World Bank staff working papers ; no. 581.*
- Donaldson, Cam, και Karen Gerard. 1993. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. Basingstoke, Hampshire: Macmillan.*

- Dwicaksono, Adenantera,, και Ashley M. Fox 2018. 'Does Decentralization Improve Health System Performance and Outcomes in Low- and Middle-Income Countries? A Systematic Review of Evidence
- Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: Health System Review. *Health Syst Transit*. 2017 Sep;19(5):1-166. PMID: 29972131.
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2016). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population I. *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99–115.
- 'Απογραφή πληθυσμού 2021'. https://elstat-outsourcers.statistics.gr/Census2022_GR.pdf.
- European Commission. 2008. 'Quality in and equality of access to healthcare services'. <https://ehma.org/projects/healthquest/>.
- European Commission. 'European Social Policy Network (ESPN) - Country Reports. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare, Greece, 2018'. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?advSearchKey=ESPNhc_2018&mode=advancedSubmit&atId=22&policyAre.
- Fauzy AMMARI, Keiichi OGAWA, και Toshihiko MIYAGI. 2000. 'Spatial Interaction Model in Health-Care Facility Location-Allocation'. (17).
- Fedele, Teresa κ.ά. 2020. '77 Routine outpatients visits during SARS-CoV2 global pandemic'. *European Heart Journal Supplements* 22(Supplement_N): N135–37.
- Giota Lourida κ.ά. 2020. 'Effect of first 3 months of COVID-19 pandemic on HIV services in Greece –a short survey among HIV physicians'.
- Gogos, Christos, Eleni Papadopoulou, Ioannis Doukas, και Magda Tsolaki. 2022. 'Regional Distribution Disparities of Healthcare Resources in Greece'.
- Goranitis, Ilias, Olga Siskou, και Lycourgos Liaropoulos. 2014. 'Health policy making under information constraints: an evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece'. *Health Policy* 117(3): 279–84.
- Gulliford, M., & Morgan, M. 2003. . . *Access to Health Care (1st ed.)*. Routledge. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203867952>.
- Hadenius, A. 2003. *Decentralisation and Democratic Governance: Experiences from India, Bolivia and South Africa*. Stockholm. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Holland W. W. 1986. 'The RAWP review: pious hopes. Resource Allocation Working Party.' 2((8515)): 1087–90.
- Hutchinson, Paul. 2010. 'Health care in Uganda - selected issues (English)'.
Karaniolos, Marina, και Alexander Kentikelenis. 2016. 'Health inequalities after austerity in Greece'. *International journal for equity in health* 15: 1–3.
- Kathimerini. 2020. 'Δ. Παναγιωτάκος: Πόσο αυξήθηκε η θνησιμότητα στην Ελλάδα το 2020 από την COVID-19 ';

‘Παιδιατρικές ΜΕΘ: Γιατί είναι τόσες λίγες οι κλίνες στην Ελλάδα’;
<https://www.kathimerini.gr/society/562221097/paidiatrikes-meth-giati-einai-toses-liges-oi-klines-stin-ellada/>.

Kerasidou, Angeliki, Patricia Kingori, και Helena Legido-Quigley. 2016. “‘You have to keep fighting’”: maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece’. *International Journal for Equity in Health* 15(1): 1–10.

Kondilis, E, F Tarantilis, και Alexios Benos. 2021. ‘Essential public healthcare services utilization and excess non-COVID-19 mortality in Greece’. *Public health* 198: 85–88.

Kontodimopoulos, Nick, Panagiotis Nanos, και Dimitris Niakas. 2006. ‘Balancing efficiency of health services and equity of access in remote areas in Greece’. *Health policy* 76(1): 49–57.

Krishna Regmi. 2014. *Decentralizing Health Services A Global Perspective*. Springer New York, NY. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-9071-5>.

Laliotis, Ioannis, John PA Ioannidis, και Charitini Stavropoulou. 2016. ‘Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time-series analysis’. *The Lancet Public Health* 1(2): e56–65.

Lionis, Christos κ.ά. 2009. ‘Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review’. *International journal of integrated care* 9(3): 1–14.

Lytras, Theodore, και Sotirios Tsiodras. 2021. ‘Lockdowns and the COVID-19 pandemic: What is the endgame?’ *Scandinavian journal of public health* 49(1): 37–40.

Martin, Ron, και Peter Sunley. 2017. ‘Paul Krugman’s geographical economics and its implications for regional development theory: a critical assessment’. Στο *Economy*, Routledge, 25–58.

Mooney G. H. 1983. ‘Equity in health care: confronting the confusion. *Effective health care*’. 1((4)): 179–85.

Nigel Rice and Peter C Smith. 2001. ‘Ethics and geographical equity in health care’. : 27:256-261.

OECD. 2022. *OECD :European Observatory on Health Systems and Policies European Observatory on Health Systems and Policies Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2021*. Paris. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/publication/f154e482-el>.

———. ‘OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, OECD Publishing, Paris’. <https://doi.org/10.1787/9789264285224-el>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies 2019, Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing,. Paris. <https://doi.org/10.1787/9552c910-el>.

Patitsa, Christina & Sideris, Sotiris & Tsiflikas, George. (2022). *health review*.

Patricia Baudier κ.ά. 2022. ‘Digital transformation of healthcare during the COVID-19 pandemic: Patients’ teleconsultation acceptance and trusting beliefs’.

- Rondinelli, D. A. 1981. 'Government Decentralization in Comparative Perspective: Theory and Practice in Developing Countries. *International Review of Administrative Sciences*',. 47((2)): 133–45.
- Rotarou, Elena S., και Dikaios Sakellariou. 2019. 'Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece'. *Critical Public Health* 29(1): 48–60.
- Saltman, R., Bankauskaite, και & Vrangbaek, K. 2007. *Decentralization in Health Care: Strategies and outcomes*. Open University Press.
- Saltman, Richard B, και Josep Figueras. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107267>.
- Souliotis, Kyriakos. 2001. 'Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα'. Τόπος 17.
- Souliotis, Kyriakos, Eirini Agapidaki, και Manto Papageorgiou. 2015. 'Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study'. Στο , 7–11.
- Stachteas, P, και F Stachteas. 2020. 'Covid-19 pandemic as an aggravating factor of health inequalities. Article in Greek'. *Epitheor Koin Ereun* 154: 129–48.
- Tsioufis, Konstantinos κ.ά. 2020. 'The mystery of "missing" visits in an emergency cardiology department, in the era of COVID-19.; a time-series analysis in a tertiary Greek General Hospital'. *Clinical Research in Cardiology* 109: 1483–89.
- Underwriter.gr. 'Νοσηλεία κατ' οίκον από το ΕΣΥ |'.
- Verulava, Tengiz. (2021). Access to Healthcare as a Fundamental Right or Privilege?. *Siriraj Medical Journal*. 73. 721-726. 10.33192/Smj.2021.92.
- Vlachadis, Nikolaos κ.ά 2014. 'Mortality and the economic crisis in Greece'. *Lancet* 383(9918): 691.
- Wang, L., Shi, H., & Gan, L. 2018. 'Healthcare Facility Location-Allocation Optimization for China's Developing Cities Utilizing a Multi-Objective Decision Support Approach. *Sustainability*, 10(12)'.
- Weale Albert. 1983. *Political Theory and Social Policy*. London: Macmillan Press Ltd.
- World Health Organization. 2020. 'WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19'. (No Title). <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health/literature-summaries/access-health-services>

