

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΓΟΝΗΣ  
ΓΡΑΜΜΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΙΝΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ  
ΤΟΥ ΙΣΝ: ΚΟΣΤΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΟΦΕΛΟΣ**

**ΘΩΜΟΛΛΑΡΗ ΑΛΕΞΑ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2024



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΠΡΟΔΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΓΟΝΗΣ  
ΓΡΑΜΜΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΙΝΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ  
ΤΟΥ ΙΣΝ: ΚΟΣΤΟΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΟΦΕΛΟΣ**

**ΘΩΜΟΛΛΑΡΗ ΑΛΕΞΑ, Α.Μ.: ΟΔΥ/2018**

Επιβλέπων: Σταματίνα Χατζηδήμα, Καθηγήτρια Δημόσιας Οικονομικής, ΠΑΠΕΙ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2024

---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**PREVENTIVE HEALTH CARE EXAMINATIONS IN RURAL AREAS BY  
THE MOBILE HEALTH UNITS OF SNF: IMPLEMENTATION COST  
AND SOCIO-ECONOMIC BENEFITS**

**THOMOLLARI ALEXA**

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

Piraeus, Greece, 2024

*Στην οικογένειά μου*

## Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους συνέβαλαν στην υλοποίησή της.

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Χατζηδήμα Σταματίνα και τον κ. Κουλουβάρη Παναγιώτη, πρόεδρο του ΑΜΚΕ Αναγέννηση και Πρόοδος για την πολύτιμη στήριξη και καθοδήγησή τους.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Κοτσώνη Διονύσιο για την σημαντική συμβολή του στην ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους της διατριβής μου.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω την βαθιά ευγνωμοσύνη μου στους γονείς και τον αδελφό μου για την αδιάκοπη ηθική στήριξη, κατανόηση και υπομονή καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

# **Προληπτικές εξετάσεις στις περιοχές άγονης γραμμής από τις Κινητές Ιατρικές Μονάδες του ΙΣΝ: κόστος πραγματοποίησης και κοινωνικό-οικονομικό όφελος**

**Σημαντικοί Όροι: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κινητές Ιατρικές Μονάδες,  
προληπτικές εξετάσεις, απομακρυσμένες περιοχές**

**Εισαγωγή:** Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 έθεσε τα θεμέλια για την οργάνωση της ΠΦΥ παγκοσμίως. Έκτοτε η διακήρυξη αυτή παραμένει επίκαιρη, με τα Συστήματα Υγείας να παρουσιάζουν ανομοιογένειες ως προς την εφαρμογή της. Στην Ελλάδα, οι πρώτες νομοθετικές ρυθμίσεις εντοπίζονται το 1983, όμως έως σήμερα παθογένειες στην λειτουργία της ΠΦΥ εμποδίζουν την πλήρη εφαρμογή της. Ένα από τα κυριότερα προβλήματα της λειτουργίας της ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι η ανισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών. Λόγω της γεωγραφικής ιδιαιτερότητάς της με πληθώρα νησιών και ορεινών περιοχών οι πληθυσμιακές ομάδες που κατοικούν στις περιοχές αυτές έρχονται αντιμέτωπες με την έλλειψη των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας. Οι Κινητές Ιατρικές Μονάδες βιβλιογραφικά φαίνεται να επιλύουν την ανισότητα αυτή εκμηδενίζοντας τις αποστάσεις μεταξύ Πρωτοβάθμιων Δομών Υγείας και απομακρυσμένων περιοχών.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τον βαθμό της έλλειψης ΠΦΥ στις άγονες περιοχές και να υπολογίσει την οικονομική επιβάρυνση στην οποία υποβάλλονται οι κάτοικοι στην αναζήτηση των κοντινότερων δομών που προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Παράλληλα, θα ερευνηθεί το κοινωνικό και οικονομικό όφελος στις μικρό-κοινωνίες των άγονων περιοχών από την δράση των Ιατρικών Κινητών Μονάδων του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος για να κατανοηθεί εάν τέτοιες δράσεις είναι cost effective παράλληλα για τους κατοίκους και για το Σύστημα Υγείας.

**Μεθοδολογία:** Οι προληπτικές εξετάσεις/δράσεις που επιλέχθηκαν να ερευνηθούν είναι: ψηφιακή μαστογραφία, μέτρηση οστικής πυκνότητας, test PAP, ενδοκολικός υπέρηχος, FoB test, ΗΚΓ, triplex καρδιάς, ακτινογραφία, υπέρηχος, αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, μικροεπεμβάσεις, αιμοδοσία και αιματολογικές εξετάσεις. Για την εκτίμηση του κόστους χωρίς τις ΚΙΜ θα διερευνηθεί σε πόσες περιπτώσεις υπάρχει δυνατότητα πραγματοποίησης της εκάστοτε εξέτασης στην ίδια περιοχή, με δεδομένα που ισχύουν το έτος (2023). Στη περίπτωση που δεν μπορούν να υλοποιηθούν οι

εξετάσεις στην ίδια περιοχή, θα γίνει αναζήτηση των πλησιέστερων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας και θα εκτιμηθεί το κόστος πραγματοποίησής τους (μεταφορικά κόστη, κόστος διαμονής όπου χρειάζεται).

Για την εκτίμηση του κόστους που απαιτείται από τις ΚΙΜ-ΙΣΝ για τα έτη 2022-2023 θα ληφθούν υπόψιν τόσο τα έξοδα κεφαλαίου που αφορούν τον εξοπλισμό και τα οχήματα όσο και τα μεταβαλλόμενα έξοδα που αναφέρονται στο ανθρώπινο δυναμικό, τα φάρμακα και τα αναλώσιμα καθώς και στα έξοδα μετακίνησης, διαμονής και διατροφής. Η ανάλυση των στοιχείων θα πραγματοποιηθεί σε υπολογιστικά φύλλα excel.

**Αποτελέσματα:** Η μελέτη ανέδειξε το μεγάλο χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στα μεγάλα αστικά κέντρα και τις άγονες περιοχές όσον αφορά την ΠΦΥ. Σημαντικό εύρημα αποτελεί ότι η έλλειψη ΠΦΥ δεν αφορά μόνο τον δημόσιο τομέα αλλά και τον ιδιωτικό καθώς ακολουθούν παρόμοια πορεία εγκαθιστώντας τις δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε μεγάλα αστικά κέντρα ή νησιά υψηλής τουριστικής επισκεψιμότητας. Σε καμία περιοχή δεν πραγματοποιούνται όλες οι προληπτικές εξετάσεις και μόνο στην Κω και στην Ιστιαία οι κάτοικοι μπορούν να υποβληθούν σε αυτές ιδιωτικά. Το μεγαλύτερο πρόβλημα εντοπίζεται στις Κυκλάδες, με τα νησιά του Ιονίου και του Βόρειου Αιγαίου να ακολουθούν. Όσον αφορά το ορεινό τμήμα, οι κάτοικοι της Αρκαδίας είναι αυτοί που καλούνται να διανύσουν τα περισσότερα χιλιόμετρα. Απαιτείται διαμονή κατά μέσο όρο 1 ημέρας σε άλλη τοποθεσία και η μέση τιμή του κόστους μετακίνησης και ημερήσιας διαμονής ανέρχεται στα 90€ για την πραγματοποίηση των εξετάσεων σε δημόσιο φορέα και 80€ σε ιδιωτικό, όπου προστίθεται και το κόστος της εξέτασης κάθε φορά. Με την ύπαρξη των ΚΙΜ-ΙΣΝ οι κάτοικοι των άγονων περιοχών πραγματοποιούν τις προληπτικές εξετάσεις με μηδενικό κόστος. Ενθαρρυντικό από πλευράς δαπανών είναι το γεγονός πως τα έξοδα για τις επισκέψεις των ΚΙΜ-ΙΣΝ δεν παρουσιάζουν σημαντικές μεταβολές τα δύο έτη καταγραφής, επομένως τέτοιες δράσεις μπορούν να έχουν σταθερό οικονομικό πλάνο. Το ποσοστό των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν και αφορούν αποκλειστικά ενήλικες γυναίκες ανέρχεται σε 25,06%. Οι εξετάσεις που αποσκοπούσαν στον έλεγχο υγείας των ανήλικων κατοίκων κατέχουν το 0,35% των συνολικών εξετάσεων. Τέλος το ποσοστό των εξετάσεων που έλαβαν χώρα ανεξαρτήτων φύλου και ηλικίας αγγίζει το ποσοστό 74,57%.

**Συμπεράσματα:** Οι κάτοικοι των άγονων περιοχών στην προσπάθειά τους να λάβουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας επιβαρύνονται οικονομικά και ψυχολογικά από τις συνεχείς μετακινήσεις που αναγκάζονται να υποβληθούν. Οι ΚΙΜ τόσο στην διεθνή βιβλιογραφία όσο και με το εγχώριο παράδειγμα της πρωτοβουλίας του ΙΣΝ, δύναται να

δώσουν οριστική λύση στο πρόβλημα της πρόσβασης βελτιώνοντας την υγεία των κατοίκων. Τέλος, συμβάλλουν στη μείωση των δαπανών του ΣΥ εξαλείφοντας την ανάγκη εγκατάστασης μόνιμων δομών ΠΦΥ στις περιοχές αυτές και μειώνοντας τις προσελεύσεις στα τριτοβάθμια νοσοκομεία.



# **Preventive Health Care Examinations in Rural Areas by the Mobile Health Units of SNF: Implementation Cost and Socio-Economic Benefits**

**Keywords:** Primary Health Care, Mobile Health Units, preventing medical examinations, remote areas

**Introduction:** The Alma-Ata declaration in 1978 set the goals for strong and persistent Primary Health Care (PHC) worldwide. Since then, this declaration remains relevant. Unfortunately, healthcare systems exhibit inconsistencies in implementing the PHC's fundamentals. In Greece, the first regulations were tracked back to 1983 but yet to these days, disfunctions in the operation of PHC hinder its full implementation. One of the main problems of PHC in Greece is the inequality in access. Due to its unique geographical characteristics, with numerous islands and mountain regions, population there face a lack of Primary Health Care Services. Mobile Health Units seem to be a solution to this inequality by eliminating the distance between Primary Health Care Services and remote areas.

**Objective:** The aim of this study is to examine the extent of absence of PHC in remote areas and to calculate the economic burden imposed on residents in seeking the nearest facilities offering PHC services. Additionally, occasioned by the Mobile Health Units of Stavros Niarchos Foundation we will investigate the socio-economic benefit they offer to the communities on remote areas. Moreover, we will shed light to if such actions are cost-effective for both residents and healthcare system.

**Methodology:** The preventive examinations/actions selected for investigation include: digital mammography, bone density measure, PAP test, transvaginal ultrasound, FoB test, ECG, cardiac triplex, radiography, ultrasound, emergency management, minor interventions, blood donation and hematological examinations. To estimate the cost for the residents without Mobile Health Units we will examine in how many occasions is it possible to undergo the examinations in the same area, using data from the 2023. If the examinations cannot be completed in the same area of living, we will search the closest public and private providers of these preventive examinations and we will estimate the transportation and accommodation costs that residents have to pay. To estimate the cost for the MHU of SNF for the years 2022-2023 we will take into account both capital

expenditures as well as variable expenses. The data analysis will be carried out in Excel spreadsheets.

**Results:** The study enlightened the significant gap between major urban and remote areas regarding PHC. An important finding is that the lack of PHC appears in both public and private sector, as they follow the same trend by establishing primary care institutions in urban centers and highly touristic islands. There is no area where all the preventive examinations are conducted. Only in Kos and Istiaia the residents can undergo all of them privately. The biggest problem is found in Cyclades, with Ionian and Northern Aegean islands following. As for the mountainous regions, the residents of Arcadia are the ones who have to travel the biggest distance. On average, 1 day of accommodation on another place is required and the average cost of transportation and daily accommodation was estimated to 90€ for public institution and 80€ in private ones, to which the cost of each examination is added. With the presence of the Mobile Health Units residents of remote areas undergo preventive examinations at zero cost. An encouraged finding in terms of expenses, is that the cost for MHU showed no significant changes over the two years, thus such actions can have a stable and firm financial plan. The percentage of examinations conducted exclusively on adult women amounts to 25,06%. The medical examinations aimed at checking the health of residents under 18 years old account for 0,35% and finally the percentage of examinations carried out without age and gender limit reaches 74,57%.

**Conclusion:** Residents of remote areas, in their effort to reach PHC services are facing financial and psychological burdens by the continuous traveling they are forced to undertake. Mobile Health Units, both in international literature and in the domestic example of MHU-SNF, seem to offer a permanent solution to this disparity by improving the general health of the inhabitants. Furthermore, they contribute to the reduction of expenses of the healthcare system by eliminating the need for installation of permanent PHC institutions and by decreasing the visits to tertiary hospital.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	14
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	17
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
1.1. Εισαγωγή.....	17
1.2. Η έννοια της Υγείας.....	17
1.3. Τα Συστήματα Υγείας.....	20
1.4. Ανακεφαλαίωση.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	25
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	25
2.1 Εισαγωγή.....	25
2.2. Βασικές αρχές για την ΠΦΥ.....	25
2.3. Η ΠΦΥ παγκοσμίως.....	27
2.4. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	30
2.5. Συμπεράσματα και προβληματισμοί για την ΠΦΥ διεθνώς.....	38
2.6. Ανακεφαλαίωση.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	45
ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΓΟΝΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ-ΚΙΝΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ.....	45
3.1. Εισαγωγή.....	45
3.2. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά περιοχών άγονης γραμμής.....	45
3.3. Σκοπός ΚΙΜ.....	50
3.4. Διεθνής χρήση ΚΙΜ.....	51
3.5. Κινητές Ιατρικές Μονάδες-Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος.....	54
3.6. Ανακεφαλαίωση.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	61
Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	61
4.1. Εισαγωγή.....	61
4.2. Ιστορική αναδρομή στην εισαγωγή της έννοιας «πρόληψη υγείας».....	61
4.3. Οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης.....	63
4.4. Κατευθυντήριες οδηγίες για την συχνότητα των προληπτικών εξετάσεων.....	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	69
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	69
5.1. Σκοπός και στόχοι έρευνας.....	69

5.2. Μεθοδολογία .....	69
5.3. Αποτελέσματα έρευνας.....	70
5.4. Σύγκριση οικονομικού οφέλους για τους κατοίκους των απομακρυσμένων περιοχών .....	83
5.5. Συμπεράσματα .....	85
<b>BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>88</b>
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	88
Ξένη Βιβλιογραφία .....	90
Διαδικτυακές Πηγές .....	92

## 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.»

Όνοματεπώνυμο  
Θωμολλάρη Αλέξα

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή



.....

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ**

**Πίνακας 2.5.1: Κατάσταση ΠΦΥ στην Ευρώπη**

**Πίνακας 3.5.2.1: Προορισμοί και αριθμός επισκέψεων KIM-ΙΣΝ 2020-2023**

**Πίνακας 5.3.1.1: Ραντεβού και εξετάσεις ανά ειδικότητα 2022**

**Πίνακας 5.3.1.2: Διακύμανση κόστους εξετάσεων 2022**

**Πίνακας 5.3.1.3: Συνολικό κόστος ανά εξεταζόμενο 2022**

**Πίνακας 5.3.1.4: Ραντεβού και εξετάσεις ανά ειδικότητα 2023**

**Πίνακας 5.3.1.5: Διακύμανση κόστους εξετάσεων 2023**

**Πίνακας 5.3.1.6: Συνολικό κόστος ανά εξεταζόμενο 2023**

**Πίνακας 5.3.1.7: Επισκέψεις KIM-ΙΣΝ 2022-2023**

**Πίνακας 5.3.1.8: Παρακλινικές εξετάσεις ανά περιοχή**

**Πίνακας 5.3.2.1: Αριθμός εξετάσεων σε δημόσιο φορέα**

**Πίνακας 5.3.2.2: Αριθμός εξετάσεων σε ιδιωτικό φορέα**

**Πίνακας 5.3.2.3: Εξετάσεις σε δημόσιο φορέα-απόσταση-κόστος**

**Πίνακας 5.3.2.4: Εξετάσεις σε ιδιωτικό φορέα-απόσταση-κόστος**

**Πίνακας 5.3.2.5: Νησιά-Ορεινές περιοχές για δημόσιες προληπτικές εξετάσεις**

**Πίνακας 5.3.2.6: Νησιά-Ορεινές περιοχές για ιδιωτικές προληπτικές εξετάσεις**

**Πίνακας 5.3.2.7: Δημόσιες προληπτικές εξετάσεις ανά περιφέρεια**

**Πίνακας 5.3.2.8: Ιδιωτικές προληπτικές εξετάσεις ανά περιφέρεια**

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

**Εικόνα 2.4.2.1: Κατανομή πληθυσμού στην Ελλάδα**





# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1. Εισαγωγή

Η υγεία χαρακτηρίζεται διαχρονικά ως το υπέρτατο κοινωνικό αγαθό, ένα αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα το οποίο κάθε πολιτεία οφείλει να παρέχει ισότιμα και καθ' ολοκληρίαν στον πληθυσμό της. Η αναφορά στην έννοια της υγείας δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην απουσία αναπηρίας ή ασθένειας αλλά εδράζεται εξ' ίσου στην κοινωνική και ψυχική ευεξία των ανθρώπων.

Τόσο η πρόληψη όσο και η έγκαιρη ανίχνευση-διάγνωση της πάθησης διαδραματίζουν πρωταρχικό ρόλο στη διασφάλιση υψηλού επιπέδου υγείας. Η πρώτη επαφή των πολιτών-ασθενών με τις παραπάνω υπηρεσίες του Συστήματος Υγείας (ΣΥ) πραγματοποιείται μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), πυλώνα υποδοχής των ΣΥ.

Τα ΣΥ ταξινομούνται σε τέσσερα πρότυπα οργάνωσης αναλόγως του χρηματοδοτικού πλαισίου και της ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού. Εξάλλου, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η ΠΦΥ δύναται να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες των ανθρώπων σε ποσοστό 90% κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ταυτόχρονα, στην διακήρυξη της Άλμα Άτα το 1978, ο ΠΟΥ και η UNICEF τόνισαν τη σημασία της ύπαρξης οργανωμένης και λειτουργικής ΠΦΥ καθώς και την ανάγκη προσανατολισμού των ΣΥ προς αυτήν. Η διακήρυξη αυτή παραμένει ακόμα και σήμερα επίκαιρη και αναδεικνύει την σπουδαιότητα της ΠΦΥ (Μακράκης (2019)).

Στο κεφάλαιο 1 θα επιχειρηθεί μία ευρύτερη αναδρομή στην έννοια της υγείας και θα αναλυθούν ΣΥ ανά την υφήλιο. Τέλος, θα σκιαγραφηθεί το ΣΥ της Ελλάδας από τις απαρχές της λειτουργίας του έως το ευρύτερο θεσμικό πλαίσιο και τις δομικές στρεβλώσεις που καλείται να διαχειριστεί.

### 1.2. Η έννοια της Υγείας

Η απόπειρα εννοιολογικού ορισμού της υγείας έχει χαρακτηριστεί ως μία πολυδιάστατη και απαιτητική διαδικασία, καθώς έως και σήμερα δεν έχει καταφέρει να αποδώσει έναν καθολικά αποδεκτό ορισμό. Κατά διαστήματα, εμφανίζονται διάφορες εκδοχές, επηρεασμένες κυρίως από τις εκάστοτε επικρατούσες οικονομικές, κοινωνικές ή θρησκευτικές αντιλήψεις. Συνεπώς, δύναται κανείς να εντοπίσει ορισμούς με θετική, αρνητική, λειτουργική ή και βιωματική χροιά, ορισμούς που τονίζουν την αναγκαιότητα

σωματικής ή ψυχικής ευεξίας και άλλους που είναι συνυφασμένοι με την οικονομική ευημερία (Αδαμόπουλος (2015), Νομικού (2022), Βανάκα (2020)).

Η προσπάθεια διαμόρφωσης εμπειριστατωμένων αντιλήψεων για την υγεία και τα οφέλη της στον άνθρωπο ξεκίνησε ήδη από την Αρχαία Ελλάδα. Η ισορροπία μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος, ψυχής και σώματος αλλά και η διαρκής αναζήτηση μιας ικανοποιητικής εξήγησης για την προέλευση της νόσου επηρέασαν τις αντιλήψεις των αρχαίων Ελλήνων. Αντίστοιχες αναζητήσεις επιβεβαιώνονται τόσο στην Αρχαία Ινδία όσο και στην κινέζικη ιατρική με τις δυνάμεις του γιν και του γιανγκ (Schmidt (2010), Svalastog *et al.* (2017)).

Μια απόπειρα σταχυολόγησης των υφιστάμενων μοντέλων ερμηνείας της υγείας στα οποία βασιζόμαστε μέχρι και σήμερα θα κατέληγε κυρίως σε οκτώ από αυτά. Η υγεία ως κατάσταση αρμονίας αποτελεί ένα από τα παλαιότερα περιγραφικά μοντέλα. Αναφέρεται στη σχέση του ατόμου με τους θεούς, με την κοινωνία ή με το σύμπαν και για να υπάρχει υγεία θα πρέπει να έχει επιτευχθεί εναρμόνιση, ισορροπία ή αποκατάσταση (Smith *et al.* (2010)). Ο Πλάτωνας και ο Αριστοτέλης υποστήριζαν ότι για τη δημιουργία τέλει ανθρώπινης κοινωνίας είναι αναγκαίο το κάθε άτομο να πετύχει τόσο εσωτερική αρμονία όσο και αρμονία με το κοινωνικό περιβάλλον. Ο Ιπποκράτης, ο οποίος ήταν ο πρώτος πρεσβευτής του θετικού ορισμού της υγείας, υποστηρίζει ότι για να υπάρξει αρμονία θα πρέπει να ισορροπήσουν οι 4 σωματικοί χυμοί-το αίμα, το φλέγμα, η κίτρινη χολή και η μαύρη χολή. Επίσης, στην Αρχαία Κίνα πίστευαν στη σχέση ισορροπίας και υγείας με την ασθένεια να επέρχεται όταν διαταράσσεται η παραπάνω σχέση (Svalastog *et al.* (2017), Πράπα (2008)).

Σε άλλα μοντέλα η υγεία παρουσιάζεται ως ο αγώνας να ηττηθεί ο παράγοντας που την θέτει σε κίνδυνο. Διαφορετική προσέγγιση έχει η διαλεκτική διαδικασία, στην οποία η πλήρης υγεία δεν αναγνωρίζεται ως έννοια παρά μόνο ως ένα μείγμα υγείας και ασθένειας. Διάφορα μοντέλα παρουσιάζουν την υγεία ως ιεραρχική τάξη -κυριαρχία δηλαδή ψυχής επί σώματος, οργανικού επί του ανόργανου- ή ως δυνατότητα επίτευξης στόχων, είτε στην μάχη, είτε στην εργασία ή ακόμα και στην καθημερινότητα. Για παράδειγμα στον Δυτικό κόσμο, κυρίως κατά την περίοδο της βιομηχανικής επανάστασης, η υγεία σχετίστηκε άμεσα με την ικανότητα για εργασία, την μείωση χαμένων εργατικών ωρών λόγω ασθένειας και την αυξημένη παραγωγικότητα (Smith *et al.* (2010), Svalastog *et al.* (2017), Πράπα (2008)). Άλλες φορές, ερμηνεύεται ως υπερβατικότητα, όπου για να είναι κάποιος υγιής χρειάζεται να υπερβεί κάποιες καταστάσεις. Το μοντέλο που ερμηνεύει την υγεία ως αυτονομία υποστηρίζει ότι το να

είναι το άτομο υγιές εξαρτάται από το ίδιο, από την αυτοσυγκράτησή και τον αυτοέλεγχό του. Ο Δημόκριτος τόνιζε ότι την ευθύνη για την καλή ατομική υγεία έχει ο κάθε άνθρωπος ξεχωριστά και όχι οι Θεοί στους οποίους προσεύχονταν.<sup>8,9</sup> Κατά τον Μεσαίωνα, η ασθένεια δαιμονοποιήθηκε επειδή η κοινωνία ήταν ιδιαίτερα επηρεασμένη από τις θρησκευτικές αντιλήψεις, γεγονός που άλλαξε κατά την περίοδο της Αναγέννησης χάρη στην εκτεταμένη επιστημονική πρόοδο (Smith *et. al.* (2010), Svalastog *et. al.* (2017)).

Η ερμηνεία της υγείας ως αιτιότητα αποτελεί έναν κατεξοχήν ορθολογικό ορισμό γιατί περιορίζεται στην αλληλεπίδραση των υλικών δομών του σώματος. Η αντίληψη αυτή ισχυροποιήθηκε κατά την 20<sup>ο</sup> αιώνα. Η ασθένεια συσχετιζόταν πλέον με την διαταραχή των μετρήσιμων βιολογικών δεικτών ή με παθολογικές αλλοιώσεις, αγνοώντας ωστόσο, την ψυχική και κοινωνική διάσταση της υγείας (Smith *et. al.* (2010), Πράπα (2008)).

Στην προσπάθεια να υπάρξει καθολικά αποδεκτός ορισμός ο ΠΟΥ προχώρησε στην ερμηνεία της υγείας ως «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ορισμός αυτός έγινε δεκτός από την Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία (1946, Νέα Υόρκη), υπεγράφη από αντιπροσώπους 61 χωρών και τέθηκε σε ισχύ από τις 7 Απριλίου 1948. Ωστόσο ακόμα και αυτός ο ορισμός εγείρει θέματα συζήτησης ως προς το τι είναι «ευεξία» και η «απουσία ασθένειας» (Πράπα (2008), Svalastog (2017)).

Στο σύγχρονο κοινωνικό πλαίσιο θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η υγεία συνδέεται με την απουσία της νόσου όμως για να υπάρξει μια ολοκληρωμένη και ολιστική ερμηνεία παράγοντες γενετικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί πρέπει να ληφθούν εξ' ίσου υπ' όψιν γενετικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (Πράπα (2008), Svalastog (2017)).

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας περιλαμβάνουν ενδεικτικά τις δημογραφικές τάσεις, την οικονομική κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επίπεδο διαβίωσης, τον τρόπο ζωής, το επάγγελμα, τις κλιματολογικές συνθήκες κ.α. Οι δείκτες υγείας αφορούν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, τις στάσεις ζωής και τις υγειονομικές συνθήκες, τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και τέλος το Σύστημα και τις Υπηρεσίες Υγείας (Πράπα (2008)).

### 1.3. Τα Συστήματα Υγείας

Ως σύστημα ορίζεται μια οργανωμένη δομή με στοιχεία που αλληλεξαρτώνται και αλληλοεπιδρούν προκειμένου να υλοποιηθούν οι στόχοι του. Στα ΣΥ ο κυριότερος στόχος τους αφορά την προώθηση της υγείας των ασθενών και κατ' επέκταση του γενικού πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, ο ΠΟΥ αναφέρεται σε 3 κύριους στόχους:

- i. την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού
- ii. την ικανοποίηση των απαιτήσεων του
- iii. την συλλογή και διανομή των απαιτούμενων πόρων με δίκαιο τρόπο.

Τα ΣΥ σε κάθε χώρα δομούνται λαμβάνοντας υπόψιν διάφορα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως το εισόδημα, την εξειδίκευση και την μέση ηλικία του πληθυσμού. Συνεπώς παρουσιάζουν διαφορές στις πηγές χρηματοδότησης, στον τρόπο οργάνωσης, λειτουργίας και προγραμματισμού και στις δωρεάν παροχές που προσφέρουν (Smith *et al.* (2010), Καλαούζη κ. ά. (2020), Σαμαρίκα (2021)).

#### 1.3.1 Δομή, λειτουργία και στόχοι ΣΥ

Με βάση τα παραπάνω τα ΣΥ ομαδοποιούνται σε 4 πρότυπα οργάνωσης: το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας, το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (τύπου Bismark), το Εθνικό Σύστημα Υγείας (τύπου Beveridge) και το Μεικτό Σύστημα Υγείας (ΜΣΥ).

Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα εφαρμογής του Φιλελεύθερου Συστήματος Υγείας είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από ιδιωτικές εισφορές. Το κράτος παρέχει δωρεάν κάλυψη, για συγκεκριμένες υπηρεσίες, μόνο σε όσους δεν μπορούν να τις αγοράσουν (άπορους, άστεγους). Επομένως, υπάρχουν μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, με μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να είναι ανασφάλιστο. Υπάρχει πλήρης ελευθερία των γιατρών και των ασθενών τόσο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες όσο και για το κόστος, το οποίο επηρεάζεται από την προσφορίζηση. Το κράτος δεν παρεμβαίνει στις οικονομικές σχέσεις καταναλωτών-γιατρών παρά μόνο ευθύνεται για τον ορισμό του θεσμικού πλαισίου και τον έλεγχο της σωστής λειτουργίας της αγοράς (Schmidt (2010), Βραχνέλη (2017)).

Το σύστημα Bismark θεσπίστηκε το 1880 στην Γερμανία. Έκτοτε εφαρμόζεται και στην Ολλανδία, στη Γαλλία, στην Αυστρία, στο Βέλγιο και στο Λουξεμβούργο. Άξονας αναφοράς στο σύστημα αυτό για το ποιος καλύπτεται υγειονομικά είναι η εργασία. Το κυριότερο χαρακτηριστικό του είναι ο έλεγχος από αυτόνομα και αυτοδιοικούμενα ταμεία υγείας. Υπάρχει έντονη κρατική παρέμβαση για να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων. Το 50% του φόρου καλύπτεται από τον εργοδότη και το

υπόλοιπο 50% πληρώνεται από τον εργαζόμενο. Για να υπολογιστεί ο φόρος λαμβάνεται υπόψιν το ύψος των εισφορών των εργαζομένων. Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί επιπλέον πηγή εσόδων για τα ταμεία. Στο σύστημα αυτό υπάρχει σαφής διαχωρισμός δημόσιας υγείας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και νοσοκομειακών παροχών. Τέλος, εάν ένας ασθενής θέλει να επισκεφτεί ειδικό γιατρό δεν χρειάζεται να έχει παραπεμφθεί από γενικό γιατρό, αλλά όταν υπάρχει παραπομπή γίνεται έκπτωση στις εισφορές. Χαρακτηρίζεται ως ένα σύστημα με έντονη προσπάθεια για κοινωνική δικαιοσύνη και συλλογική κάλυψη του πληθυσμού (Σκανδάλη και Μαλλιιώτης (2016), Αδαμόπουλος (2015), Βραχνέλη (2017)).

Διαφορετική προσέγγιση και οργάνωση παρουσιάζει το ΕΣΥ (τύπου Beveridge), το οποίο βασίζεται στην σχέση δικαιωμάτων-υποχρεώσεων. Στο σύστημα αυτό η κάλυψη του πληθυσμού είναι καθολική και πλήρης, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Υπάρχουν όμως δικλείδες ασφαλείας ώστε να αποφεύγεται η άσκοπη και αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών υγείας όσο αυτό είναι εφικτό. Η χώρα που αντιπροσωπεύει καλύτερα το Σύστημα τύπου Beveridge είναι η Μεγάλη Βρετανία, με την Δανία να ακολουθεί. Υπεύθυνος για την οργάνωση και την λειτουργία του είναι το Υπουργείο Υγείας. Οι υφιστάμενες περιφερειακές και τοπικές αρχές και οι οργανισμοί που ασχολούνται κυρίως με την διασφάλιση ποιότητας υγείας συμπληρώνουν το έργο του Υπουργείου. Ο κρατικός προϋπολογισμός μέσω της γενικής φορολογίας είναι η κυριότερη πηγή εσόδων των ταμείων, με τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και τοπικών φόρων να λειτουργούν επικουρικά. Δικαίωμα στις Υπηρεσίες Υγείας έχουν όλοι οι νόμιμοι κάτοικοι της χώρας. Στους αλλοδαπούς παρέχεται δωρεάν πρόσβαση μόνο στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και στα walk-in centers. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίσκεψη των ασθενών ακόμα και στην ΠΦΥ είναι η ύπαρξη παραπεμπτικού από τους General Practitioners (GPs), τους «gatekeepers» του ΣΥ της Βρετανίας (Βραχνέλη (2017), Σκανδάλη και Μαλλιιώτης (2016)). Το Μεικτό Σύστημα Υγείας είναι ένας συνδυασμός του Φιλελεύθερου ΣΥ και των Bismark και Beveridge, χωρίς να περιορίζεται σε αυστηρά όρια εφαρμογής. Φαίνεται να είναι το πλέον επικρατέστερο είδος. Το κράτος παρεμβαίνει άμεσα στην οργάνωση, τον σχεδιασμό και την διοίκηση. Βασικό μέλημα του ΜΣΥ είναι η εξασφάλιση κοινωνικής δικαιοσύνης και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Ωστόσο δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην οικονομική κατάσταση του καθενός και όχι στις ανάγκες υγείας. Έντονη επίσης είναι και η παρουσία της ιδιωτικής υγείας με ελευθερία και ποικιλία στις παρεχόμενες υπηρεσίες και στην

αμοιβή των «παραγωγών» (Βραχνέλη (2017), Σκανδάλη και Μαλλιώτης (2016), Πεχλιβανίδου (2017)).

### **1.3.2. Το ΕΣΥ της Ελλάδας**

Όπως περιγράφει στη μελέτη της η Νομικού (2022), το ελληνικό ΕΣΥ συστάθηκε και εφαρμόστηκε μεταγενέστερα των προαναφερθέντων. Ιστορικά γεγονότα όπως οι δύο Παγκόσμιοι Πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή, ο Εμφύλιος Πόλεμος και το οικονομικό κραχ επηρέασαν αρνητικά την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του. Επίσης η απουσία ενιαίου κεντρικού σχεδιασμού για την υγεία προκαλούσε αναταράξεις στην λειτουργία του σε κάθε αλλαγή του πολιτικού σκηνικού. Αν αναλογιστούμε και τις κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές που βίωσαν οι Έλληνες στο πέρασμα των χρόνων κατανοούμε γιατί το ΕΣΥ προσπαθούσε κυρίως να επουλώνει τις «πληγές» που άφηναν πίσω οι μεταβολές και όχι να εξελίσσεται και να αναβαθμίζεται.

Η πρώτη αξιοσημείωτη νομοθετική ρύθμιση για το ΕΣΥ έγινε μόλις πριν 39 χρόνια, το 1983, με τον Ν.1397/1983. Παρ' όλο που ο αρχικός σχεδιασμός του βασίστηκε στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας, στη συνέχεια επηρεάστηκε και από το Γερμανικό. Πλέον, το ΕΣΥ χαρακτηρίζεται ως Συγκεντρωτικό Μεικτό Σύστημα. Από πλευράς προσφοράς το σύστημα οργανώθηκε κατά Beveridge ενώ από την πλευρά της ζήτησης ακολουθεί το μοντέλο Bismark. Το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τον ορισμό του θεσμικού πλαισίου και για την χάραξη της εθνικής στρατηγικής. Επίσης, λαμβάνει αποφάσεις για αλλαγές και προσαρμογές του συστήματος σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης όπως συνέβη με την πανδημία Covid-19. Υπάρχει κατανομή της ευθύνης για την υλοποίηση του σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες που είναι 7 (Νομικού (2022), Πεχλιβανίδου (2017), State of Health in the EU-Ελλάδα-Προφίλ Υγείας (2021)).

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω των φόρων από την ασφαλιστική κάλυψη των εργαζομένων. Στα ασφαλιστικά ταμεία έχουν δικαίωμα ασφάλισης όλοι οι νόμιμοι εργαζόμενοι στην χώρα, ανεξαρτήτως εθνικότητας, καθώς και τα προστατευόμενα μέλη αυτών. Η είσπραξη των φόρων γίνεται τόσο από τον εργοδότη όσο και από τον εργαζόμενο, αναλογικά με το ύψος των εισοδημάτων. Αξιοσημείωτο ποσοστό των υγειονομικών δαπανών καλύπτεται από τις ιδιωτικές πληρωμές. Παρ' όλο που αποτελούν την πιο απαρχαιωμένη πηγή εσόδων σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (1998), καλύπτουν ποσοστό της τάξης του 40% των συνολικών εσόδων στα ασφαλιστικά ταμεία. Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ στηρίζεται κυρίως στις άμεσες πληρωμές των ασθενών και λιγότερο στις ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική και συμπληρωματική της δημόσιας, δεν αναιρεί δηλαδή η

μία την άλλη. Το κράτος διατηρεί τον κύριο έλεγχο των χρηματοδοτήσεων, της οργάνωσης και της λειτουργίας τόσο των δημόσιων όσο και των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (State of Health in the EU-Ελλάδα-Προφίλ Υγείας (2021), Αδαμακίδου κ. ά. (2008)).

Υπογραμμίζεται σε αρκετές μελέτες (Νομικού (2022), Αδαμακίδου κ. ά. (2008) αλλά και στην ευρωπαϊκή έκθεση State of Health in the EU-Ελλάδα-Προφίλ Υγείας (2021) πως τα προβλήματα στο ΕΣΥ υποβόσκουν εδώ και πολλές δεκαετίες χωρίς να καταστεί ακόμα εφικτή η λειτουργική ανάπτυξή του. Ενδεικτικά, η χρηματοδότηση από το δημόσιο το 2019 άγγιζε ένα ποσοστό γύρω στο 60%, αρκετά χαμηλότερο από το μέσο όρο της Ευρώπης (80%). Επίσης, οι δαπάνες που παρέχει η Ελλάδα για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα είναι λιγότερες συγκριτικά με την πλειονότητα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Ταυτόχρονα, σημειώνεται σαφής διαχωρισμός πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που στη πράξη συναντά μεγάλα λειτουργικά προβλήματα. Επιπρόσθετα, μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις αφορά την αύξηση του αριθμού των γενικών γιατρών και την αξιοποίησή τους με τρόπο παρόμοιο των GPs στην Μεγάλη Βρετανία κάτι που ακόμα δεν έχει επιτευχθεί. Τέλος, η συγκέντρωση ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας κατά κύριο λόγο στις αστικές περιοχές δημιουργεί έντονα φαινόμενα ανισότητας στις απομακρυσμένες. Οι ανομοιότητες αυτές οξύνθηκαν τα τελευταία δυο έτη με την έλευση της πανδημίας Covid-19 καθώς επιβλήθηκε ως αναγκαία η ενίσχυση των τριτοβάθμιων νοσοκομείων των μεγάλων αστικών περιοχών.

#### **1.4. Ανακεφαλαίωση**

Η ανάγκη προσδιορισμού της έννοιας «υγεία» έλαβε χώρα ήδη από την Αρχαία Ελλάδα. Σήμερα, ο επικρατών ορισμός αναφέρει ότι υγεία δεν αφορά μόνο την αποκλειστική απουσία της νόσου αλλά περιλαμβάνει και τη ψυχική ευεξία. Παγκοσμίως αναγνωρίζονται τέσσερα ΣΥ, το Φιλελεύθερο, το Εθνικό, το Μεικτό και το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Στην Ελλάδα το ΣΥ χαρακτηρίζεται ως Συγκεντρωτικό Μεικτό. Επηρεασμένο συνεχώς από τις κοινωνικές και οικονομικές αναταράξεις που μαστίσανε τη χώρα μας, το ΕΣΥ προσπαθούσε κυρίως να εστιάσει στην υπερπήδηση των εμποδίων και όχι στη συστηματική αναβάθμιση. Τα προβλήματα εντοπίζονται σε πολλούς τομείς, όπως η χρηματοδότηση, οι δαπάνες, η έλλειψη προσωπικού και η δυσλειτουργία τής, κατά τα άλλα οριοθετημένης Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Εισαγωγή

Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ατόμων με το ΣΥ και τις παροχές του. Η ύπαρξη οργανωμένης ΠΦΥ, προσανατολισμένης στους σκοπούς όπως αυτοί ορίζονται από τα επιτυχημένα διεθνή παραδείγματα, αποφέρει σημαντικά οφέλη τόσο οικονομικά όσο και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Παγκοσμίως υπάρχουν περιπτώσεις κρατών που έχουν πετύχει να οργανώσουν αποδοτικές υπηρεσίες ΠΦΥ όπως η Μεγάλη Βρετανία και η Ολλανδία. Από την άλλη, παρατηρείται όμως ότι υπάρχουν κράτη που παρά την ισχυρή οικονομία τους (Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ελβετία) δεν διαθέτουν ιδιαίτερα αποτελεσματική ΠΦΥ, γεγονός που προφανώς εγείρει προβληματισμούς. Η Ελλάδα διαθέτει επαρκές νομοθετικό πλαίσιο με αναφορές στην δομή, τους χώρους παροχής των υπηρεσιών, την οργάνωση και την λειτουργία των δομών ΠΦΥ. Ωστόσο, στην εφαρμογή εντοπίζονται μεγάλα προβλήματα και δυσεπίλυτα, μέχρι και τώρα εμπόδια. Ως συνέπεια, γίνονται διαρκώς ορατά φαινόμενα ανισοτήτων σε ομάδες του πληθυσμού και φυσικά ισχυρή επιβάρυνση των τριτοβάθμιων νοσοκομείων.

Στο κεφάλαιο 2 θα αναλυθούν οι βασικές αρχές στις οποίες εδράζεται η έννοια της ΠΦΥ. Έπειτα, θα εξεταστεί η λειτουργία της τόσο διεθνώς όσο και στην Ελλάδα, ώστε να ολοκληρωθεί η σύγκριση των διαφορετικών τρόπων οργάνωσης και εφαρμογής.

#### 2.2. Βασικές αρχές για την ΠΦΥ

Ο όρος «ΠΦΥ» με την σημερινό εννοιολογικό εύρος εμφανίστηκε σχετικά πρόσφατα. Στη δεκαετία του 1970 αναταράξεις κυρίως στο επίπεδο της οικονομίας, όπως η οικονομική και η πετρελαϊκή κρίση πίεσαν τα κράτη να επαναπροσδιορίσουν τις δαπάνες τους σε όλους τους τομείς συμπεριλαμβανομένης και της υγείας. Η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας οδήγησε σε αύξηση των υγειονομικών δαπανών, με τις ανισότητες και τα προβλήματα προσβασιμότητας να παραμένουν ή και να επιτείνονται. Την ίδια στιγμή, δεν σημειώθηκε ικανοποιητική βελτίωση του επιπέδου υγείας στην κοινότητα με αποτέλεσμα να υπάρχει προβληματισμός που αναπόφευκτα οδήγησε στην αναζήτηση τρόπων καλύτερης διαχείρισης των πόρων. Έτσι, το 1978 στην Διεθνή Συνδιάσκεψη του ΠΟΥ στην Άλμα-Άτα, στο Καζακστάν, υπερτονίστηκε η ανάγκη οργάνωσης και λειτουργίας της ΠΦΥ, με κεντρικό άξονα την «Υγεία για Όλους». Πρώτη φορά

αναπτύχθηκαν λεπτομερώς οι σκοποί της ΠΦΥ και η ανάγκη καθολικής εφαρμογής τους (Σκανδάλη και Μαλλιώτης (2016), Αδαμακίδου κ. ά. (2008)).

Τα συστήματα παροχής υγείας όπως προαναφέρθηκε χωρίζονται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που προσφέρουν. Η ΠΦΥ αποτελεί πυλώνα του συστήματος για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Είναι αναπόσπαστο κομμάτι του ΕΣΥ και άρρηκτα συνδεδεμένη με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη (Καλαούζη κ. ά. (2020)).

Πέντε βασικοί άξονες χαρακτηρίζουν την ΠΦΥ σύμφωνα με την διακήρυξη της Άλμα Άτα. Η προσβασιμότητα είναι μια από αυτές. Οι δομές και οι υπηρεσίες της πρέπει να είναι εύκολα προσβάσιμες για όλους, ανεξαρτήτως τόπου κατοικίας και να παρέχονται δωρεάν. Αναγκαίο είναι επίσης να υπάρχει συνέχεια των παρεχόμενων υπηρεσιών. Μετά την επίσκεψη στις δομές ΠΦΥ, μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο, για την αποκατάσταση του ασθενή είναι σημαντικό να υπάρχει άμεση επαφή με τους επαγγελματίες υγείας και γρήγορη διάχυση των πληροφοριών μεταξύ των υπηρεσιών ώστε να επιτυγχάνεται η μέγιστη φροντίδα στο άτομο. Επιπλέον, η ΠΦΥ πρέπει να είναι διαθέσιμη 24 ώρες 365 μέρες το χρόνο και αποδεκτή, οι δράσεις της δηλαδή να εναρμονίζονται με τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες της κοινωνίας. Τέλος, εξίσου σημαντικό είναι να υπάρχει πληρότητα. Οι τομείς απασχόλησής της δεν πρέπει να περιορίζονται στην ίαση, αλλά να περιέχουν δράσεις προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό εν τέλει επίπεδο (Σπαλιώρα (2017)).

Η ΠΦΥ εφόσον καταστεί λειτουργική δύναται να παρέχει μεγάλο εύρος υπηρεσιών υγείας. Η παραδοχή αυτή εμφανίζεται σε πολλές μελέτες (Σπαλιώρα (2017), Σκανδάλη και Μαλλιώτης (2016), Καλαούζη κ. ά. (2020), Φιλαλήθης (2021)). Η ειδοποιός διαφορά της με τις υπόλοιπες βαθμίδες έγκειται στην κατεύθυνσή της προς την κοινωνική υπόσταση του ατόμου. Δεν ασχολείται αποκλειστικά με ασθενείς ενώ προσανατολίζεται περισσότερο στην πρόληψη και στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Επομένως, αντί να αναλώνεται μόνο σε υπηρεσίες υγείας με την αυστηρή έννοια του όρου στοχεύει στη δημόσια υγεία, σε στρατηγικές πρόληψης και στην παροχή βασικής κλινικής και φαρμακευτικής φροντίδας. Κατά καιρούς, διάφορες μελέτες έχουν σταθεί στην πολυδιάστατη αξία της ΠΦΥ όταν ακολουθεί πιστά τις βασικές αρχές και αντίστοιχα στα σοβαρά προβλήματα που εμφανίζουν τα ΣΥ στην αντίθετη περίπτωση. Η ύπαρξη καλά οργανωμένης και δραστήριας ΠΦΥ, επαρκώς στελεχωμένης με το κατάλληλα εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, βελτιώνει την υγεία του κοινωνικού

συνόλου, την θετική έκβαση των ατόμων που νοσούν και τους δείκτες θνησιμότητας και θνητότητας. Εξίσου σημαντική είναι και η συμβολή της στη μείωση των δαπανών υγείας αφού λιγότεροι ασθενείς καταφεύγουν στα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομεία. Επίσης, μειωμένος αριθμός ασθενών παρουσιάζει σοβαρές επιπλοκές και χρίζει εξειδικευμένης ιατρικής αντιμετώπισης, η οποία απαιτεί αυξημένες δαπάνες. Τέλος, δημοσιονομικά είναι σαφώς πιο εφικτό να υπάρχουν δομές ΠΦΥ στις περισσότερες περιοχές μιας χώρας παρά μεγάλα νοσοκομεία, γεγονός που καθιστά τη ΠΦΥ περισσότερο δίκαιη, προσιτή και προσβάσιμη σε όλους.

Στη πράξη σε πολλές χώρες η ΠΦΥ υπολειτουργεί και δεν εξυπηρετεί επαρκώς τους βασικούς σκοπούς της. Το 2008, ο ΠΟΥ επανέρχεται με μια Έκθεση Υγείας και τονίζει ότι η ΠΦΥ είναι «πιο επίκαιρη από ποτέ». Μεταρρυθμίσεις όπως οι ανθρωποκεντρικές υπηρεσίες υγείας, η καθολική ασφαλιστική κάλυψη, η στήριξη από τις δημόσιες πολιτικές αποφάσεις και η επίβλεψη των υπηρεσιών είναι απαραίτητο να εφαρμοστούν για να προωθηθεί η ΠΦΥ. Στην πιο πρόσφατη Διακήρυξη της Αστάνα το 2018, όπου συμμετείχαν 120 κράτη, αναγνωρίστηκε για άλλη μια φορά η ανάγκη για καθολική κάλυψη της υγείας και εισήχθησαν έννοιες που σχετίζονται με την προαγωγή της, την ανακουφιστική φροντίδα, τους παράγοντες κινδύνου και οι προσδιοριστές που επηρεάζουν την υγεία της κοινωνίας. Δόθηκε έμφαση επίσης στην ανάγκη συνεργασίας της ΠΦΥ με την δημόσια υγεία και την κοινότητα (Φιλαλήθης (2021)).

### **2.3. Η ΠΦΥ παγκοσμίως**

Ακολουθώντας τις παγκόσμιες κατευθυντήριες οδηγίες, σχεδόν όλα τα κράτη έχουν προσπαθήσει να αναδείξουν την ΠΦΥ, κάποια με περισσότερη επιτυχία και άλλα με αρκετά προβλήματα.

#### *Μεγάλη Βρετανία*

Στην έκθεση του WHO το 2015 αλλά και σε μελέτες της Βραχνέλη (2017) και Πετρέλης και Δομάγερ (2016), γίνονται αναφορές στη Μεγάλη Βρετανία και το National Health System (NHS), το οποίο ήδη από το 1948 ήταν το πρώτο ΣΥ με καθολική δωρεάν κάλυψη του πληθυσμού. Για δεκαετίες αποτέλεσε πρότυπο συστήματος για πολλές χώρες και παρόλο που πλέον έχει χάσει την παλιά του αίγλη αποτελεί ακόμα παράδειγμα προς μίμηση. Το σύστημα Beveridge εξαρχής βασίστηκε στην προαγωγή υγείας και στην πρόληψη. Ήδη από το 1994 υπάρχουν αναφορές στην ΠΦΥ και στην σημασία της. Έκτοτε σημειώνονται κατά καιρούς προσπάθειες βελτίωσης και επαναπροσδιορισμού των στόχων της. Σε τοπικό επίπεδο εφαρμόζεται στα 151 Primary Care Trusts (PCTs) που καλύπτουν περίπου 340.000 κατοίκους. Συμπληρωματικά υπάρχει η τηλεφωνική και

διαδικτυακή υπηρεσία NHS Direct και 90 Walk-in Centers για παροχή πρώτων βοηθειών. Οι κύριοι εκπρόσωποι είναι οι γενικοί-οικογενειακοί ιατροί (GPs). Οι ιατροί αυτοί είναι στη πλειοψηφία ιδιώτες και είναι διαθέσιμοι 24 ώρες το 24ωρο. Σχεδόν όλος ο πληθυσμός της χώρας είναι εγγεγραμμένος στα μητρώα των γενικών ιατρών. Η επιλογή γίνεται συνήθως με βάση τα γεωγραφικά όρια αλλά υπάρχει ελευθερία ως προς το ποιόν ιατρό θα επιλέξει ο καθένας. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας για χρόνια νοσήματα ή αντιμετώπισης οξέων καταστάσεων και συνεχούς παρακολούθησης της υγείας των ατόμων. Οι γενικοί ιατροί (GPs) ελέγχουν την πρόσβαση των ασθενών στα εξειδικευμένα νοσοκομεία για αυτό ονομάζονται και gatekeepers. Συγχρόνως, διαχειρίζονται τους πόρους για την αγορά νοσοκομειακών και φαρμακευτικών δαπανών του πληθυσμού που τους αναλογεί, και σε περίπτωση πλεονάσματος μπορούν να το χρησιμοποιήσουν όπως επιθυμούν πάντα με άξονα την βελτίωση των υπηρεσιών. Ξεχωριστή αξία έχει και η μακροχρόνια σχέση εμπιστοσύνης που υπάρχει συνήθως ανάμεσα στον οικογενειακό γιατρό και στα άτομα ευθύνης του. Σημαντική επίσης είναι η διάχυση της πληροφορίας για κάθε ασθενή σε όλα τα επίπεδα παροχής φροντίδας μέσω του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) που ενημερώνεται από τους GPs. Οι γενικοί ιατροί αμείβονται ανά ασθενή εγγεγραμμένο στο όνομά τους με καθορισμένο ποσό. Ωστόσο μπορούν να έχουν επιπλέον εισόδημα από την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών ή από τη συμμετοχή σε εκστρατείες ευαισθητοποίησης της κοινότητας. Νοσηλεύτριες, οδοντίατροι και φυσικοθεραπευτές συμπληρώνουν το προσωπικό που στελεχώνει τις δομές ΠΦΥ. Ο NHS επίσης συνεργάζεται με εξωτερικούς οργανισμούς για καλύτερη επιτήρηση, καθοδήγηση, εφαρμογή των πρωτοκόλλων, επιβράβευση και συνεχιζόμενη εκπαίδευση του προσωπικού (Βραχνέλη (2017), WHO (2015)).

#### *Ολλανδία*

Η Ολλανδία αποτελεί εκπρόσωπο του συστήματος Bismarck. Κατέχει σταθερά πρώτες θέσεις στις παγκόσμιες και ευρωπαϊκές κατατάξεις για τα καλύτερα ΣΥ Δίνει ιδιαίτερη προσοχή και σημασία στην ΠΦΥ και στην εύρυθμη λειτουργία της παρόλο που δεν υπάρχει πρόβλεψη για ετήσιο προϋπολογισμό αποκλειστικά για αυτήν. Οι γενικοί-οικογενειακοί ιατροί έχουν καθοριστικό ρόλο και σε αυτήν την περίπτωση, όπως και στην περίπτωση της Μεγάλης Βρετανίας. Είναι στη πλειοψηφία ιδιώτες ιατροί ή σε μικρότερο ποσοστό έχουν ομαδικά ιατρεία. Στη διάθεση του κοινού είναι κατόπιν ραντεβού, Δευτέρα με Παρασκευή από τις 08:00 έως τις 17:00. Ωστόσο, εάν χρειάζεται παρέχουν τις υπηρεσίες τους οποιαδήποτε ώρα και ημέρα. Επίσης, πραγματοποιούν και

κατ' οίκον επισκέψεις. Ο ρόλος τους είναι σαφής: είναι οι «θυρωροί» του ΣΥ. Στην πράξη μάλιστα διαπιστώνεται ακριβώς αυτό. Είναι οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με το κόσμο και σε μεγάλο ποσοστό και οι τελευταίοι, αφού κατορθώνουν να εξετάσουν και να δώσουν τις απαραίτητες οδηγίες χωρίς να χρειάζεται περαιτέρω επίσκεψη σε νοσοκομείο. Οι κάτοικοι επιλέγουν ελεύθερα τον οικογενειακό ιατρό που θέλουν και μπορούν να τον αλλάξουν έπειτα από έγκριση του ταμείου τους. Νοσηλευτές, μαιευτήρες, ψυχολόγοι, επισκέπτες υγείας, φυσικοθεραπευτές και οδοντίατροι συμπληρώνουν την στελέχωση των δομών ΠΦΥ. Σημαντικό χαρακτηριστικό των δομών είναι ότι υπάρχει σταθερότητα στην αναλογία των GPs, με μικρές γεωγραφικές ανισότητες με αποτέλεσμα τα ποσοστά ικανοποίησης των πολιτών να είναι υψηλά ανεξαρτήτως περιοχής κατοικίας. Η σπουδαιότητα της ΠΦΥ για την Ολλανδία φαίνεται σαφέστατα από τους επαγγελματικούς οργανισμούς που συνεργάζονται και τις πρωτοποριακές δράσεις που εφαρμόζονται. Ενδεικτικά ο Ολλανδικός Σύλλογος Γενικών Ιατρών, η Εθνική Ένωση Οικογενειακών Ιατρών, τα Τμήματα Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας στα Πανεπιστήμια και τα Κέντρα Ποιότητας δραστηριοποιούνται ενεργά για την διασφάλιση της καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών. Εντυπωσιακή είναι και η «ερευνητική ανασκόπηση» όπου ομάδες ιατρών συναντιούνται και ανταλλάσσουν απόψεις και εμπειρίες καθώς και οι «ερευνητικές επισκέψεις». Ιδιαίτερη σημασία δίνεται επίσης στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση, όπου κάθε χρόνο οι γενικοί ιατροί παρακολουθούν 40 ώρες μαθημάτων για διάστημα 5 ετών συνολικά, δίνοντας εξετάσεις στο τέλος για να διατηρήσουν την άδεια άσκησης επαγγέλματος (WHO (2015), Βραχνέλη (2017), Πετρέλης και Δομάγερ (2016)).

#### *Γερμανία*

Η Γερμανία, όπως και η Ολλανδία, είναι εκπρόσωποι του παλαιότερου ΣΥ της Ευρώπης, του Bismarck. Όσον αφορά την ΠΦΥ δεν φαίνεται να υπάρχει ανάλογη οργάνωση και ευαισθητοποίηση όπως στην Αγγλία και στην Ολλανδία. Η χρήση της ΠΦΥ ως «θυρωρός» για τις υπόλοιπες βαθμίδες παροχής φροντίδας υγείας δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη. Επίσης, δεν υπάρχει ξεκάθαρος ρόλος των γενικών-οικογενειακών ιατρών σε σχέση με τους ειδικευμένους ιατρούς. Και σε αυτή τη περίπτωση, οι γενικοί ιατροί είναι ιδιώτες. Στην πλειοψηφία τους έχουν συμβόλαια με ασφαλιστικές εταιρείες και τα έσοδά τους είναι αισθητά λιγότερα από αυτά άλλων ειδικοτήτων όπως οδοντίατροι και καρδιολόγοι. Οι παροχές υπηρεσιών ΠΦΥ δεν λειτουργούν 24 ώρες το 24ωρο αλλά μόνο κατόπιν ραντεβού. Οι GPs δεν έχουν συγκεκριμένη λίστα ατόμων που τους αναλογούν, όμως φαίνεται ότι υπάρχει σταθερότητα στην επιλογή τους για κοινά προβλήματα υγείας.

Υπάρχει μεγάλη γεωγραφική ανομοιογένεια ως προς τις δομές και τη στελέχωσή τους με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανισότητες στη πρόσβαση και στη ποιότητα των υπηρεσιών. Ωστόσο υπάρχει πρόγραμμα για επισκέψεις κατ' οίκον, χωρίς βέβαια να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες των ατόμων. Τέλος, ούτε ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (ΑΗΦΥ) του ασθενή έχει αναπτυχθεί επαρκώς με αποτέλεσμα να υπάρχει πρόβλημα και στην διάχυση των πληροφοριών ανάμεσα στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό διαφορετικών δομών (Βραχνέλη (2017), WHO (2015)).

#### **2.4. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Η συζήτηση για την ΠΦΥ στην Ελλάδα έχει ξεκινήσει από το 1978 με αφορμή την Διακήρυξη της Άλμα-Άτα. Κατά διαστήματα θεσμοθετήθηκαν νόμοι για την οργάνωση και την λειτουργία της, οι οποίοι στα χαρτιά περιγράφουν μια πλήρως λειτουργική ΠΦΥ με σωστό προσανατολισμό. Η πραγματικότητα όμως απέχει μακράν από το ιδεατό των νομοθετικών αποφάσεων, με την ΠΦΥ να αντιμετωπίζει μακροχρόνια προβλήματα σε πολλά επίπεδα (Χριστοδούλου (2016), Φιλαλήθης (2021)).

##### **2.4.1. Ιστορική εξέλιξη νομοθετικού πλαισίου**

Τα πρώτα αποσπασματικά νομοθετήματα αποφασίστηκαν έως το 1983 κυρίως με τους νόμους 2592/53 και 3487/55 με αναφορές στα Κέντρα Υγείας σε αγροτικές περιοχές και στους αγροτικούς ιατρούς.

Στον νόμο 1397/1983 γίνεται πρώτη φορά αναφορά στον όρο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» η οποία παρέχεται από τα ΚΥ και τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ). Γίνεται ξεκάθαρη διάκριση της δημόσιας περίθαλψης σε νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή με βασικό άξονα παροχής υπηρεσιών το νοσοκομείο. Τα ΚΥ υπάγονται και εξαρτώνται από τα υπεύθυνα νοσοκομεία. Επίσης, εισάγεται η έννοια του οικογενειακού ιατρού άνευ ίδρυσης νέας ειδικότητας και χωρίς να ορίζεται ως βασική ειδικότητα στελέχωσης των ΚΥ. Ο νόμος αυτός επιτρέπει την ελεύθερη συμμετοχή ιδιωτών ιατρών στην ΠΦΥ.

Ο νόμος 1579/1985 έρχεται να ιδρύσει την ειδικότητα Γενικής Ιατρικής και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) καθώς και να απαγορεύσει τη χρήση του τίτλου «Κέντρο Υγείας-Ιατρικό Κέντρο» από ιδιώτες ιατρούς.

Με το νόμο 2701/1992 πρωτοεμφανίστηκε ο όρος «κατ' οίκον νοσηλεία» και εμπλουτίστηκε ο ρόλος της ΠΦΥ ώστε να περιλαμβάνει υπηρεσίες πρόληψης και περίθαλψης. Οι δομές ΠΦΥ πλέον ήταν τα ΚΥ, οι Υγειονομικοί Σταθμοί που αντικατέστησαν τα ΠΙ και ιδιωτικοί φορείς ΠΦΥ. Ο σκοπός των μονάδων ΠΦΥ όπως ορίζεται στον νόμο αυτό είναι η παροχή πρώτων βοηθειών και η διακομιδή των

αρρώστων σε νοσοκομεία όταν χρειάζεται. Επίσης, θα πρέπει να διοργανώνει προγράμματα αγωγής και πρόληψης υγείας, επιδημιολογικές έρευνες, προγράμματα σχολικής υγείας και να παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Σημαντική είναι και η ύπαρξη συνεργασίας με την τοπική αυτοδιοίκηση. Στις δομές ΠΦΥ παρέχονται και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Αναφορά γίνεται επίσης στην απαραίτητη συνεχιζόμενη εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτών. Τα ΚΥ και τα ΠΙ υπάχθηκαν στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιών.

Ο νόμος 2194/1994 έρχεται να ακυρώσει τον προηγούμενο νόμο ώστε στην συνέχεια με το νόμο 2519/1997 να εισαχθούν ξανά οι έννοιες του οικογενειακού γιατρού και να λειτουργήσουν εκ νέου τα ΚΥ αστικού τύπου.

Στη συνέχεια, τα ΚΥ στο νόμο 2889/2001 περιγράφονται ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες με διοικητική και οικονομική αυτονομία.

Τρία χρόνια αργότερα, με τον νόμο 3235/2004, έχοντας αποδεχτεί ότι η ΠΦΥ υπολειτουργεί, γίνεται μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης και ενίσχυσής της. Αλλάζουν εκ νέου οι δομές παροχής ΠΦΥ οι οποίες είναι πλέον τα ΚΥ του ΕΣΥ, τα ΠΙ, οι Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), τα Εξωτερικά Ιατρεία (ΕΙ) νοσοκομείων ΕΣΥ και οι Μονάδες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ). Επαναπροσδιορίζεται ο σκοπός της ΠΦΥ και περιλαμβάνει την παροχή ατομικών και οικογενειακών βασικών υπηρεσιών υγείας, ισότητα στην πρόσβαση και στην φροντίδα, παροχές μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης και παρακολούθηση χρονίως πασχόντων. Εισάγεται για πρώτη φορά η ηλεκτρονική κάρτα υγείας και οι δομές ΠΦΥ υπάγονταν πλέον στις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ) και όχι στα νοσοκομεία. Δίνεται έμφαση στη συνέχιση της φροντίδας εξωνοσοκομειακά, στην ολοκληρωμένη παροχή φροντίδας και στον ρόλο του οικογενειακού ιατρού.

Το 2005 ιδρύεται το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) και ο επόμενος νόμος που αφορά την ΠΦΥ έρχεται το 2014. Ο νόμος 4238/2014 έχει ισχύ έως και σήμερα. Βάση αυτού δημιουργήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) με έδρα τις ΔΥΠΕ και περιγράφει για άλλη μια φορά τους σκοπούς της ΠΦΥ και τις υπηρεσίες που προσφέρει. Μετά τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και ΠΕΔΥ οι δομές προσαρμόστηκαν ως εξής: ΚΥ, λοιπές μονάδες ΠΦΥ και ΚΥ σε αποκεντρωμένες περιοχές που εντάσσονται στις ΔΥΠΕ και συνεργάζονται με τα αντίστοιχα νοσοκομεία σε επιστημονικό, νοσηλευτικό και εκπαιδευτικό τομέα.

Ο νόμος 4486/2017 έρχεται να ενισχύσει την έννοια του οικογενειακού ιατρού και να αναφέρει ξανά την οδοντιατρική φροντίδα, τη μαιευτική φροντίδα, την ενίσχυση της προαγωγής υγείας και τη συγκρότηση διεπιστημονικής ομάδας υγείας στις δομές ΠΦΥ. Επίσης ιδρύονται οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (Τ.ΟΜ.Υ) οι οποίες είναι αποκεντρωμένες δομές που υπάγονται στα ΚΥ. Έχουν υπό την ευθύνη τους 10.000-12.000 κατοίκους περίπου και υπήρξε πρόβλεψη για την δημιουργία 239 τέτοιων μονάδων σε 65 αστικά κέντρα. Μέχρι σήμερα δεν έχουν ιδρυθεί.

Η πιο πρόσφατη νομοθετική ρύθμιση που αφορά την ΠΦΥ και τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού περιλαμβάνεται στο άρθρο 35 του νόμου 4931/2022. Αποτελεί τροποποίηση του νόμου 4486/2017 και γίνεται προσπάθεια να οργανωθεί καλύτερα ο ρόλος των οικογενειακών ιατρών. Εισάγεται για πρώτη φορά η λειτουργία των δομών ΠΦΥ με βάση τον εγγεγραμμένο πληθυσμό αναφοράς. Οι δομές αυτές είναι τα Τ.ΟΜ.Υ, τα ΠΙ, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τακτικά Ιατρεία (ΤΙ).. Ο όρος «οικογενειακός ιατρός» αντικαθίσταται από τον όρο «προσωπικός ιατρός». Οι προσωπικοί ιατροί πλέον είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, την αποκατάσταση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, την παρακολούθηση και καθοδήγηση σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, την πρόληψη και την διασύνδεση των ασθενών με άλλους επαγγελματίες υγείας. Συγχρόνως, είναι υπεύθυνοι για τη δημιουργία και την ενημέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου των ασθενών που είναι εγγεγραμμένοι σε αυτούς. Η αναλογία προσωπικού ιατρού – ασθενών είναι 1 ανά 2.000 εγγεγραμμένους πολίτες και οι ιατροί αυτοί μπορεί να είναι και ιδιώτες. Η πληρωμή τους γίνεται «κατά κεφαλήν» και στους ιατρούς στις άγονες περιοχές δίνεται επιπλέον ετήσια αποζημίωση ως κίνητρο. Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα τον προσωπικό τους ιατρό και έχουν δικαίωμα αλλαγής του μόνο 1 φορά το έτος. Τα κίνητρα προς τους πολίτες αφορούν κυρίως τις αποζημιώσεις από τον ΕΟΠΥΥ. Οι επισκέψεις θα γίνονται με ραντεβού. Εμφανής είναι η προσπάθεια να ενισχυθεί ο ρόλος των προσωπικών ιατρών ως gatekeepers με την δημιουργία συστήματος παραπομπής των πολιτών σε δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας.

Ο θεσμός των οικογενειακών ιατρών παρ' όλο που προβλεπόταν ήδη από το 1983 με την σύσταση του ΕΣΥ, έως σήμερα δεν έχει εφαρμοστεί αποτελεσματικά. Οι νομοθετικές ρυθμίσεις από το 2011 τείνουν να στηρίζουν την εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού, με αυτήν να παραμένει δυσλειτουργική. Η προσπάθεια που γίνεται το 2022 πλέον με τον νέο νόμο είναι μια στροφή προς το σύστημα Beveridge και αναμένεται να φανούν στη πράξη τα αποτελέσματά της (Κρακόλιας κ. ά (2020), Φιλαλήθης (2021)).



Συμπερασματικά, από την αναδρομή στα νομοσχέδια για την ΠΦΥ, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν νόμοι που απλά αλλάζουν ονομασίες, καταργούν και ξαναεμφανίζουν αποφάσεις ή νομοθετούν ρυθμίσεις που στην πράξη φαίνεται να μην εφαρμόζονται τόσο καλά όσο προβλέπεται στη θεωρία. Το μόνο που τελικά υφίσταται είναι τα ΚΥ στις αγροτικές περιοχές με την συμβολή των αγροτικών ιατρών αλλά με πολλά λειτουργικά προβλήματα (Κρακόλιας κ. ά (2020), Φιλαλήτης (2021)).

#### **2.4.2. Ανισότητες και προβλήματα εφαρμογής ΠΦΥ**

Ο κύριος σκοπός του ΕΣΥ είναι να προσφέρει ισότιμη πρόσβαση και υπηρεσίες υγείας καθολικά. Ωστόσο, μακροχρόνια οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα οδηγούν σημαντικό ποσοστό πληθυσμού σε Μη Ικανοποιημένες Ανάγκες Φροντίδας Υγείας(ΜΙΑΦΥ). Ως ΜΙΑΦΥ ορίζεται η διαφορά μεταξύ των αναγκαίων υπηρεσιών υγείας για την βελτίωση της υγείας και αυτών που τελικά λαμβάνονται. Αποτέλεσμα των ΜΙΑΦΥ είναι η επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού και η αύξηση της θνησιμότητας (Μπουρζάνη κ. ά. (2022), Pappa *et. al* (2013). Σύμφωνα με την Eurostat (2016) στην Ελλάδα το ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών για ιατρική εξέταση παρουσιάζει μόνιμα αυξητική πορεία. Το 2004 το ποσοστό άγγιζε το 3,7%, για να αυξηθεί σε 7,8% το 2012 και 8,8% το 2013. Η μεγαλύτερη αύξηση εντοπίστηκε το 2016 όπου οι μη καλυπτόμενες ανάγκες υγείας άγγιξαν το 13,1%. Έκτοτε το ποσοστό αυτό μειώνεται σταθερά όμως παραμένει πάντα υψηλότερο από τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ (State of Health in the EU-Ελλάδα-Προφίλ Υγείας 2021, Petrelis and Domeyer (2016)).

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την λειτουργία της ΠΦΥ και οδηγούν σε ανικανοποίητους χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι οι γεωγραφικές ανισότητες, οι δυσκολίες στην προσβασιμότητα, η ανομοιογενής κατανομή του προσωπικού και η οικονομική κατάσταση. Επίσης, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης φαίνεται να επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ (Μέγγουλη (2019)).

Η Ελλάδα κατέχει ξεχωριστά τοπογραφικά χαρακτηριστικά, με πολλές ορεινές περιοχές και πληθώρα μικρών νησιών, γεγονός που καθιστά την εφαρμογή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στις περιοχές αυτές εξαιρετικά δύσκολη (Mariolis *et. al.*(2008)). Για τον λόγο αυτό θα επικεντρωθούμε περισσότερο στις ανισότητες που προκύπτουν κυρίως λόγω της γεωγραφικής ιδιομορφίας της χώρας.

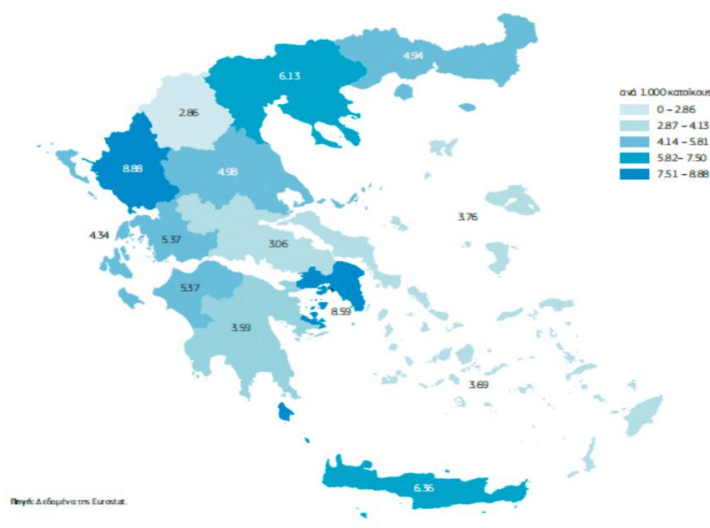
Ανισότητες ως προς την στελέχωση

Η άνιση κατανομή ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, με πρωτεύων σκοπό την στελέχωση των μεγάλων αστικών κέντρων προκαλεί σημαντικά προβλήματα στην εφαρμογή της ΠΦΥ.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2015 σε 123 νοσοκομεία της Ελλάδας αναγνωρίστηκε το πρόβλημα στελέχωσης της περιφέρειας. Χαρακτηριστικά, οι Περιφέρειες Αττικής, Δυτικής Ελλάδας, Κρήτης, Κεντρικής Μακεδονίας εμφάνισαν σχετική επάρκεια προσωπικού σε σχέση με τον πληθυσμό. Τη χαμηλότερη αναλογία προσωπικού-πληθυσμού κατείχαν οι Περιφέρειες Νοτίου και Βορείου Αιγαίου και Δυτικής Μακεδονίας.<sup>5</sup> Τα στοιχεία της Eurostat το 2017 δείχνουν ότι η ανομοιομορφία αυτή συνεχίζεται. Πλέον, μετά και την πανδημία Covid-19, οι διαφορές στην κατανομή του προσωπικού ενδέχεται να έχουν αμβλυνθεί περισσότερο καθώς κυρίαρχος στόχος ήταν η στελέχωση των μεγάλων γενικών νοσοκομείων της χώρας, τα οποία θα δέχονταν την μεγαλύτερη συρροή ασθενών. Επιπλέον, χρόνια «πληγή» στη στελέχωση του ΕΣΥ αποτελεί το χαμηλό ποσοστό νοσηλευτών, το οποίο τόσο συγκριτικά με τον μέσο όρο της ΕΕ όσο και με το διαθέσιμο ιατρικό προσωπικό έχει μεγάλη απόκλιση.

**Εικόνα 2.4.2.1**

### **Κατανομή πληθυσμού στην Ελλάδα**



Οι προσπάθειες που έχουν γίνει κατά καιρούς για προσέλκυση προσωπικού στις απομακρυσμένες περιοχές δεν έχουν αποβεί καρποφόρες. Η γεωγραφική και συγκοινωνιακή απομόνωση των ορεινών και νησιωτικών περιοχών συνεπάγεται και με μειωμένες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, όπως η εκπαίδευση και η ψυχαγωγία. Ταυτόχρονα, δημιουργείται και επαγγελματική απομόνωση. Το γεγονός ότι δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, επιμόρφωσης και ανταλλαγής εμπειριών καθώς και πρόγραμμα αξιολόγησης και επιβράβευσης

προσωπικού απωθούν ακόμα περισσότερο το προσωπικό να επιλέξει τις απομακρυσμένες περιοχές. Οι δυσκολίες ολοκληρωμένης διαχείρισης των περιστατικών κατά τους χειμερινούς μήνες και η απότομη αύξηση των αναγκών το καλοκαίρι αποτελεί ακόμα έναν αποτρεπτικό παράγοντα. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η μακροχρόνια υποστελέχωση των δομών στις απομακρυσμένες περιοχές με αγροτικούς ιατρούς που αν και παρέχουν πολύτιμη βοήθεια δεν αρκούν για την κάλυψη των αναγκών και την σωστή εφαρμογή της ΠΦΥ (Μέγγουλη (2019), Γκάντη (2018) Αδαμόπουλος (2015)).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε απομακρυσμένη περιοχή, συγκεκριμένα στη Μάνη, από τον Μαριόλης κ. ά. (2008), φάνηκε ότι το ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών από την παροχή ΠΦΥ ήταν χαμηλό έως πολύ χαμηλό (52,8%). Η έλλειψη γενικών ιατρών αδιαμφισβήτητα κατέχει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση του χαμηλού ποσοστού ικανοποίησης. Το πρόβλημα των ελλείψεων δημιουργείται ήδη από το Πανεπιστήμιο. Παρόλο που η γενική ιατρική αποτελεί ειδικότητα με άμεση απορρόφηση από το ΣΥ μόνο το 3,1% των φοιτητών φαίνεται να την επιλέγει. Σε παρόμοια μελέτη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ στην Φολέγανδρο διαφαίνεται πως η απουσία μόνιμου προσωπικού και η στήριξη ολόκληρου του συστήματος κυρίως στους αγροτικούς ιατρούς επηρεάζει αρνητικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες ΠΦΥ (Mariolis *et al.* (2008), Γκάντη (2018)).

Ο Grownewegen *et al.* (2020) τονίζει πως για να λειτουργήσει σωστά μια δομή ΠΦΥ στις απομακρυσμένες περιοχές, λαμβάνοντας υπ' όψη και την γήρανση του πληθυσμού η οποία οδηγεί σε αύξηση των αναγκών, προϋποθέτει την ύπαρξη σταθερού και εξειδικευμένου προσωπικού. Η στελέχωση των απομακρυσμένων περιοχών της Ελλάδας είναι ένας τομέας που πρέπει να αξιολογηθεί και να αναδιαμορφωθεί ώστε να αποκτήσουμε αποδοτικές δομές ΠΦΥ.

Ανισότητες ως προς τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό

Οι εξελίξεις στην ιατρική παράλληλα με την ανάπτυξη νέων διαγνωστικών μεθόδων και εξοπλισμού άλλαξε ριζικά την εφαρμογή της ιατρικής. Η σύγχρονη ιατρική είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την τεχνολογία. Η ύπαρξη επαρκούς και σύγχρονου Εξοπλισμού Υψηλής Κεφαλαιουχικής Αξίας (ΕΥΚΑ) θα πρέπει να είναι προτεραιότητα για όλες τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα είναι απαραίτητα για την παροχή αξιόπιστων και εμπειριστωμένων ιατρικών διαγνώσεων. Επιπλέον, ο επαρκής εξοπλισμός των δομών οδηγεί στην μείωση των μετακινήσεων των εξεταζόμενων μεταξύ των περιφερειών (Αδαμακίδου κ. ά. (2008), WHO (2017) .

Στην Ελλάδα τα στοιχεία για τον εγκατεστημένο ΕΥΚΑ, συμπεριλαμβανομένης και της κατάστασής του, είναι περιορισμένα καθώς δεν υπάρχει κεντρικό εθνικό μητρώο. Περιορισμένες είναι επίσης και οι πληροφορίες για την πραγματική χρήση των μηχανημάτων. Να σημειωθεί εδώ και η έντονη παρουσία του ιδιωτικού τομέα στην πραγματοποίηση των εξετάσεων που απαιτούν ΕΥΚΑ. Εκτός από την ακτινοθεραπεία όπου το δημόσιο κατέχει την πρώτη θέση, όλες οι υπόλοιπες εξετάσεις (αξονικές τομογραφίες, μαγνητικές τομογραφίες, μαστογραφίες, ακτινογραφίες κ.α.) πραγματοποιούνται κατά κύριο λόγο σε ιδιωτικούς φορείς. Όμως, ούτε στην περίπτωση των ιδιωτικών φορέων υπάρχει πλήρης εικόνα των ΕΥΚΑ και της κατάστασής τους (Κάιλας (2020), WHO (2017)).

#### Μονάδες Μαστογραφίας (MM)

Όσον αφορά τις Μονάδες Μαστογραφίες η μεγαλύτερη συγκέντρωση παρατηρείται στις Περιφέρειες Αττικής και Κεντρικής Μακεδονίας. Ο μικρότερος αριθμός όπως είναι αναμενόμενο εντοπίζεται στα νησιά, με την Θάσο, την Ίο, την Μήλο και την Τήνο να μην διαθέτουν καμία MM. Στην ηπειρωτική Ελλάδα η Φωκίδα, η Ξάνθη, οι Σέρρες, η Πιερία και η Δράμα σημειώνουν τον χαμηλότερο αριθμό. Παρόλα αυτά δεν παρουσιάζονται μεγάλες διακυμάνσεις ανά περιφέρεια. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η ψηφιακή μαστογραφία άρχισε να αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΠΥΥ μόλις το 2017, ενώ μέχρι τότε οι εξεταζόμενοι έπρεπε να πληρώσουν όλο το ποσό. Αναφορικά με τον αριθμό των εξετάσεων που πραγματοποιούνται, παρουσιάζεται ανομοιογένεια, με την Κεντρική Ελλάδα και το Βόρειο Αιγαίο να υστερούν κατά πολύ (Κάιλας (2020), WHO (2017)).

#### Αξονικοί Τομογράφοι (CT)

Οι εγκατεστημένοι CT στην Ελλάδα φαίνεται αριθμητικά να επαρκούν και να καλύπτουν τις απαιτούμενες ανάγκες του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού. Όμως, και σε αυτήν την περίπτωση υπάρχουν ανομοιογένειες που χρήζουν περαιτέρω προσοχής. Οι μεγαλύτερες διαφορές σημειώνονται στα νησιά. Άνδρος, Ιθάκη, Κέα, Κύθνος, Μήλος, Θάσος και Τήνος δεν διαθέτουν κανένα CT. Από την άλλη, υπάρχουν νησιά που η εξέταση με CT πραγματοποιείται μόνο σε ιδιωτικούς φορείς (Μύκονος, Θήρα, Ικαρία, Νάξος). Ο μεγαλύτερος αριθμός CT εντοπίζεται στην Περιφέρεια Αττικής και Μακεδονίας-Θράκης με 39 και 24 αξονικούς τομογράφους αντίστοιχα. Όπως είναι αναμενόμενο, οι περισσότερες εξετάσεις πραγματοποιούνται στα μεγάλα αστικά κέντρα και σε μεγάλα νησιά όπως η Κέρκυρα, η Λέσβος και η Ρόδος (Αδαμακίδου κ. ά. (2008), Κάιλας (2020)).

### Μαγνητικοί Τομογράφοι (MRI)

Η κατανομή των μαγνητικών τομογράφων στην Ελλάδα παρουσιάζει μεγαλύτερες ελλείψεις από αυτές των αξονικών τομογράφων, καθώς περισσότερες περιφέρειες δεν διαθέτουν MRI. Πιο συγκεκριμένα, οι περιφέρειες Στερεάς Ελλάδας, Ιονίων Νήσων, Δυτικής Ελλάδας, Βορείου και Νοτίου Αιγαίου δεν διαθέτουν κανέναν μαγνητικό τομογράφο. Επίσης, σημειώνεται εντονότερη κάλυψη από τον ιδιωτικό τομέα με 37 περιφέρειες να εξυπηρετούνται αποκλειστικά από αυτόν (Αδαμακίδου κ. ά. (2008), Κάιλας (2020)).

### Ακτινογραφία (Ro)

Η ακτινογραφία αποτελεί την συχνότερη μορφή ιατρικής απεικόνισης. Συμβάλλει στη διάγνωση πολλών παθήσεων αλλά δεν αποτελεί το πιο λεπτομερές διαγνωστικό εργαλείο και σε πολλές περιπτώσεις απαιτείται περαιτέρω έλεγχος. Συγκριτικά με τα προαναφερόμενα απεικονιστικά συστήματα η ύπαρξη ακτινογραφικών μηχανημάτων δεν παρουσιάζει μεγάλες αποκλίσεις ανά περιφέρεια. Οι περιφέρειες με τον μεγαλύτερο αριθμό μηχανημάτων είναι η Αττική και η Κεντρική Μακεδονία. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι δεν υπάρχει περιφέρεια με παντελή έλλειψη, και όλες φαίνεται να καλύπτονται αριθμητικά με βάση τον πληθυσμό τους (WHO (2017)).

Ο συνολικός αριθμός των ΕΥΚΑ τοποθετεί την Ελλάδα στην κορυφή της ΕΕ Ωστόσο, στην πραγματικότητα, η γεωγραφική ιδιαιτερότητα της χώρας προκαλεί ανισότητα στην πρόσβαση και αφήνει ακάλυπτες τις ανάγκες του πληθυσμού. Συνοπτικά, τέσσερις περιφερειακές ενότητες δεν διαθέτουν κανένα ΕΥΚΑ. Τρεις περιφέρειες διαθέτουν μόνο MM και 4 διαθέτουν ΕΥΚΑ που ανήκουν αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον, ο εξοπλισμός αυτός στην πλειονότητα έχει χαρακτηριστεί απαρχαιωμένος αν και οι πληροφορίες που διατίθενται για την ημερομηνία κατασκευής και λειτουργίας είναι περιορισμένες. Τέλος, διαχρονικά τα περισσότερα ΕΥΚΑ είναι εγκατεστημένα σε παρόχους υπηρεσιών υγείας και όχι στα νοσοκομεία δημιουργώντας μεγάλα προβλήματα στην υλοποίηση των εξετάσεων (Κάιλας (2020), WHO (2017)).

### Ανισότητες στις δαπάνες υγείας και λειτουργικά προβλήματα

Τα πιο πρόσφατα δεδομένα για τις δαπάνες στην υγεία δημοσιεύτηκαν το 2021 στο State of Health in the EU-Ελλάδα-Προφίλ Υγείας και αφορούσαν το έτος 2019. Η Ελλάδα δαπάνησε 1.603€ κατ' άτομο για υγειονομική περίθαλψη, όταν ο μέσος όρος της ΕΕ ήταν 3.523€. Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών (44%) με τις φαρμακευτικές δαπάνες να ακολουθούν (30%). Για την προληπτική

φροντίδα η Ελλάδα διαθέτει μόλις το 1,4% του συνόλου των δαπανών κατ' άτομο την ώρα που ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 2,9%.

Καθοριστικός παράγοντας που μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η έλλειψη εξυγγχρονισμού των δομών ΠΦΥ. Σημαντικό εμπόδιο στην ύπαρξη ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας αποτελεί η απουσία επικοινωνίας και ενημέρωσης όλου του ΣΥ για κάθε ασθενή. Διαχρονικά διαπιστώνεται ότι ο εξεταζόμενος σε όλες τις δομές παροχής ΥΥ αντιμετωπίζεται μεμονωμένα σε κάθε επίσκεψη από τον εκάστοτε ιατρό, χωρίς να υπάρχει ολιστική αντιμετώπιση και ολοκληρωμένη εικόνα του ιστορικού του. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε ελλιπή αντιμετώπιση των ασθενών, δυσαρέσκεια και αύξηση των επισκέψεων στα μεγαλύτερα νοσοκομεία. Η αιτία του προβλήματος είναι η έλλειψη διασύνδεσης των δομών. Με τον όρο διασύνδεση εννοούμε την οριζόντια και κάθετη ηλεκτρονική επικοινωνία μεταξύ διαφόρων υπηρεσιών. Η αξία της είναι αδιαμφισβήτητη με θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα των υπηρεσιών, στην ικανοποίηση των ασθενών και στην διευκόλυνση του έργου των επαγγελματιών υγείας. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 124 δομές ΠΦΥ φάνηκε πως η λειτουργική διασύνδεση των δομών κυμαινόταν μεταξύ βασικής ή μερικής εφαρμογής. Η μη τήρηση ηλεκτρονικού φακέλου επίσης δυσχεραίνει την όποια επιχείρηση ανάπτυξης λειτουργικής διασύνδεσης μεταξύ των δομών. Έχουν γίνει κατά καιρούς προσπάθειες για την εφαρμογή ηλεκτρονικού φακέλου όμως δεν έχουν ευδοκιμήσει και η Ελλάδα παραμένει στις τελευταίες θέσεις της ΕΕ. Τελειώνοντας, η τηλεϊατρική είναι άλλος ένας τομέας που έχει παραμείνει σε πολύ πρώιμο στάδιο και εφαρμόζεται μόνο με ιδιωτικές πρωτοβουλίες (Μέγγουλη (2019), Καραγιάννη κ. ά. (2017)).

## **2.5. Συμπεράσματα και προβληματισμοί για την ΠΦΥ διεθνώς**

Η ΠΦΥ αποτελεί το θεμελιώδες στοιχείο στα ΣΥ. Συνοψίζοντας τα προαναφερθέντα δεδομένα τα πιο σημαντικά στοιχεία που ορίζουν την μοναδικότητα της ΠΦΥ είναι:

- A. το γεγονός ότι αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ατόμων με τις παροχές υπηρεσιών υγείας και το υγειονομικό προσωπικό,
- B. ο προσανατολισμός της στον άνθρωπο συνολικά και όχι μόνο στην ίαση της ασθένειας
- Γ. η διάθεση συγκεκριμένου εύρους και δυνατοτήτων υπηρεσιών που όμως αρκεί για να εκπληρώσει σωστά τους στόχους της
- Δ. η συνεργασία με άλλες υπηρεσίες υγείας όποτε κρίνεται αναγκαίο.

Οι Sanchez-Piedra *et. al.* και Kringos *et. al.* (2013) αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι η ύπαρξη ισχυρού συστήματος ΠΦΥ συνδέεται με την καλύτερη ποιότητα υγείας. Αν

αναλογιστούμε ότι οι σύγχρονες προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν όλα τα ΣΥ αφορούν την γήρανση του πληθυσμού και τις ανισότητες στην παροχή υγείας, γίνεται εύκολα κατανοητό γιατί η ύπαρξη της ΠΦΥ είναι πολύτιμη στη ζωή των ανθρώπων.

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει συστηματική μέτρηση της δυναμικής της ΠΦΥ στην Ευρώπη, δημιουργώντας εμπόδια στην συγκριτική αξιολόγηση, την διαχείριση και την βελτίωσή της σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι τα κράτη με ισχυρή ΠΦΥ μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά. Αρχικά, ο ρόλος των GPs είναι σαφώς ορισμένος ως «gatekeepers» του συστήματος και εφαρμόσιμος στη πράξη. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι στα ΣΥ όπου οι προσωπικοί ιατροί έχουν τον ρόλο των gatekeepers, το 90%-95% των αναγκών των ασθενών εξυπηρετούνται αποκλειστικά από την ΠΦΥ. Ως αποτέλεσμα, η ΠΦΥ αποτελεί το αρχικό σημείο εισόδου των ασθενών στο ΣΥ και τις περισσότερες φορές το τελευταίο, χωρίς να χρειάζεται παραπομπή σε ανώτερες βαθμίδες δομών υγείας. Για να εφαρμοστεί αυτό, τα κράτη με ισχυρή ΠΦΥ έχουν αναπτύξει στρατηγικές που εξασφαλίζουν τόσο γεωγραφική όσο και οικονομική προσβασιμότητα στους GPs. Ένα ακόμα κοινό χαρακτηριστικό τους είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας στις δομές ΠΦΥ έχουν πλήρη εικόνα για κάθε ασθενή, αφού επιβλέπουν τη γενικότερη υγεία τους, ξεκινώντας με τη διάγνωση, τη θεραπεία και τέλος το μετέπειτα «follow up» τους. Παράλληλα, υπάρχει ανεπτυγμένο σύστημα διάχυσης των πληροφοριών τόσο μέσα στις δομές ΠΦΥ όσο και με άλλες ΥΥ. Χώρες που επενδύουν στην σωστή λειτουργία της ΠΦΥ λαμβάνουν συχνά υποστηρικτικά μέτρα για την ανάπτυξη της και σε εργατικό δυναμικό (Kringos *et. al.* (2013), Simou *et. al.* (2015)).

Αν και σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες γίνεται προσπάθεια ένταξης της ΠΦΥ, στα ΣΥ εντοπίζονται διαφορές σε πολλούς τομείς. Όπως διακρίνεται στον Πίνακα 2.5.1 υπάρχουν χώρες που υστερούν σε διοικητικό επίπεδο, άλλες σε εργατικό προσωπικό καθώς και χώρες που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση ή στον συντονισμό.

Είναι σαφές ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα αντιμετωπίζει πρόβλημα, όχι λόγω έλλειψης πολιτικού οράματος αλλά λόγω μειωμένης θεσμικής συνέχειας. Συνοψίζοντας την παραπάνω ενότητα, τα προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι πολυδιάστατα και πολυεπίπεδα.

Χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία, η Ολλανδία και το Βέλγιο έχουν καταφέρει να διατηρήσουν την ΠΦΥ σε υψηλά επίπεδα. Δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην ισότητα και στη προσβασιμότητα στις ΥΥ με αποτέλεσμα να υπάρχουν μικρές γεωγραφικές ανισότητες. Επίσης, ο ρόλος των προσωπικών ιατρών είναι ξεκάθαρος και εφαρμόζεται καθολικά. Τέλος, υπάρχει ευαισθητοποίηση για την κατάρτιση, την εξέλιξη και την

εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού, νοοτροπία που απουσιάζει από την Ελλάδα. Παρ' όλη την ισχυρή ΠΦΥ στην Μεγάλη Βρετανία για παράδειγμα καταγράφεται έλλειψη γενικών ιατρών σε κάποιες αγροτικές περιοχές. Το κράτος ωστόσο προσπαθεί να εξομαλύνει την έλλειψη αυτή δίνοντας οικονομικά κυρίως οφέλη στους ιατρούς για να εργαστούν στις περιοχές αυτές (Πράπα (2008), Βραχνέλη (2017)).

**Πίνακας 2.5.1**  
**Κατάσταση ΠΦΥ στην Ευρώπη**

Country	The structure of primary care			The service-delivery process of primary care				Overall primary care system strength
	Primary care governance	Economic conditions of primary care	Primary care workforce development	Access to primary care	Continuity of primary care	Coordination of primary care	Comprehensiveness of primary care	
Austria	Medium	Medium	Weak	Medium	Weak	Weak	Weak	Weak
Belgium	Medium	Strong	Medium	Weak	Strong	Medium	Strong	Strong
Bulgaria	Medium	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak	Strong	Weak
Cyprus	Weak	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak	Weak	Weak
Czech Republic	Medium	Weak	Weak	Strong	Strong	Strong	Medium	Medium
Denmark	Strong	Medium	Strong	Strong	Strong	Strong	Medium	Strong
Estonia	Strong	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium	Medium	Strong
Finland	Medium	Strong	Strong	Medium	Medium	Medium	Strong	Strong
France	Medium	Medium	Medium	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium
Germany	Medium	Strong	Medium	Medium	Strong	Weak	Medium	Medium
Greece	Medium	Weak	Weak	Weak	Weak	Strong	Weak	Weak
Hungary	Weak	Medium	Medium	Strong	Medium	Weak	Weak	Weak
Iceland	Weak	Weak	Weak	Medium	Strong	Weak	Medium	Weak
Ireland	Weak	Weak	Strong	Weak	Strong	Weak	Medium	Weak
Italy	Strong	Strong	Medium	Medium	Weak	Medium	Weak	Medium
Latvia	Medium	Medium	Weak	Weak	Strong	Medium	Medium	Medium
Lithuania	Strong	Medium	Medium	Strong	Weak	Strong	Strong	Strong
Luxembourg	Weak	Weak	Weak	Weak	Weak	Medium	Medium	Weak
Malta	Weak	Weak	Strong	Weak	Weak	Strong	Medium	Weak
Netherlands	Strong	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Medium	Strong
Norway	Strong	Weak	Medium	Medium	Medium	Weak	Strong	Medium
Poland	Weak	Weak	Weak	Strong	Medium	Strong	Weak	Medium
Portugal	Strong	Medium	Strong	Strong	Medium	Medium	Strong	Strong
Romania	Strong	Strong	Medium	Medium	Medium	Weak	Weak	Medium
Slovak Rep.	Weak	Medium	Weak	Medium	Strong	Weak	Weak	Weak
Slovenia	Strong	Strong	Strong	Strong	Weak	Strong	Weak	Strong
Spain	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong	Strong
Sweden	Medium	Medium	Medium	Medium	Weak	Strong	Strong	Medium
Switzerland	Weak	Medium	Strong	Weak	Medium	Medium	Medium	Medium
Turkey	Medium	Medium	Medium	Weak	Weak	Weak	Medium	Weak
UK	Strong	Strong	Strong	Strong	Medium	Strong	Strong	Strong

Από την άλλη πλευρά, βλέπουμε χώρες με ισχυρή οικονομία όπως η Γερμανία, η Ελβετία και η Γαλλία να ανήκουν στην μέτρια κατάταξη για την ΠΦΥ. Η διαφορά όμως εντοπίζεται κυρίως στο ποσοστό και στον τρόπο οικονομικής κάλυψης του πληθυσμού. Το σύστημα ΠΦΥ στηρίζεται στους οικογενειακούς ιατρούς παρ' όλο που ο ρόλος τους ως «gatekeepers» είναι ασαφής και όχι τόσο ξεκάθαρος στην εφαρμογή όσο στις προηγούμενες χώρες. Η Ελβετία για παράδειγμα, διαθέτει 100 περίπου ασφαλιστικά ταμεία τα οποία παρέχουν την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Τα ασφαλιστρα καλύπτονται πλήρως από τους ίδιους τους ασφαλισμένους χωρίς να συμμετέχουν οι εργοδότες. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι Health Maintenance Organizations που απαρτίζονται από γενικούς ιατρούς και βοηθητικό ιατρικό προσωπικό. Σκοπός τους είναι να προσφέρουν παροχές ΠΦΥ στους εγγεγραμμένους πολίτες έναντι χαμηλότερων ασφαλιστρών (Βραχνέλη (2017)).

Η Γαλλία από την άλλη έχοντας και αυτή ιδιαίτερα γεωγραφικά χαρακτηριστικά ως χώρα κυρίως με πολύ ορεινές απομακρυσμένες περιοχές προσπάθησε να εξομαλύνει την



γεωγραφική ανισότητα που αναπόφευκτα δημιουργείται. Παρέχει στους πολίτες μια υπηρεσία που ονομάζεται “Mutualite Sociale Agricole” και αφορά τους αγρότες ηλικίας 16 έως 65 ετών. Μέσω της υπηρεσίας αυτής τους δίνεται η δυνατότητα να πραγματοποιούν προληπτικές εξετάσεις κάθε 5 χρόνια και εάν διαπιστωθεί κάποιο πρόβλημα τους παρέχονται πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας (Πράπα (2008)).

Τα αποτελέσματα της έρευνας που υλοποίησε ο Sanchez-Piedra *et. al.*, δημοσιεύτηκε το 2014 και μελέτησε την χρήση και την ικανοποίηση από τις δομές ΠΦΥ σε 7 χώρες της ΕΕ επιβεβαιώνουν όσα ήδη γνωρίζουμε. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά σε Γερμανία, Ισπανία, Εσθονία, Φινλανδία, Ουγγαρία, Ιταλία και Λιθουανία και έλαβαν μέρος 3020 άτομα. Το συμπέρασμα από τις συνεντεύξεις ήταν ότι η ύπαρξη οικογενειακού ιατρού αποτελούσε έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που καθόριζαν την άποψη των χρηστών της ΠΦΥ. Υπήρχε μεγαλύτερη ικανοποίηση και ασφάλεια όταν το υγειονομικό προσωπικό ήταν συγκεκριμένο και οικείο στους ασθενείς καθώς και όταν υπήρχε συχνή επικοινωνία. Οι ασθενείς επίσης δήλωσαν ότι έμειναν πιο ευχαριστημένοι από το υγειονομικό προσωπικό που ενδιαφέρθηκε για τα χρόνια προβλήματά τους.

Ακόμα και χώρες εκτός ΕΕ μοιράζονται παρόμοια οράματα αλλά και προβληματισμούς για την ΠΦΥ είτε λόγω οικονομικών είτε λόγω γεωγραφικών ανισοτήτων. Παράδειγμα αποτελούν οι ΗΠΑ, με το 20% των κατοίκων να βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές. Παλαιότερα στοιχεία έχουν φέρει στην επιφάνεια τις διαφορές στην προσβασιμότητα μεταξύ αγροτικής και αστικής περιοχής. Επίσης, οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών χαρακτηρίζονται από την απουσία ενός αποδεκτού επιπέδου «ποιότητας υγείας» αφού σε πληθώρα μελετών καταδεικνύονται ως δυνητικά ανασφάλιστοι, οικονομικά ανίσχυροι για την εξασφάλιση βασικής υγειονομικής φροντίδας και αποκομμένοι από τις αναφερόμενες δομές εξαιτίας των ανύπαρκτων-ελλιπών δικτύων μεταφοράς. Συμπληρωματικά, όσο πιο απομακρυσμένη είναι μια περιοχή τόσο λιγότερους οικογενειακούς ιατρούς έχει χαρακτηρίζοντας έτσι την ΠΦΥ ως ανεπαρκή. Ένας τρόπος να αξιολογηθεί η προσβασιμότητα και η αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ είναι μελετώντας την συχνότητα νοσηλείας περιπατητικών ασθενών. Αυτό ερευνήθηκε το 2008 σε 8 πολιτείες των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα νοσοκομεία σε αγροτικές-απομακρυσμένες περιοχές είχαν αξιοσημείωτα υψηλότερα ποσοστά νοσηλείας περιπατητικών ασθενών, σε όλες τις ηλικιακές κατηγορίες, συγκριτικά με αυτά των αστικών περιοχών (Sanchez-piedra *et. al.* (2014)).

Οι Oosterveer και Kue Young το 2015 μελετώντας την περίπτωση του Καναδά διαπίστωσαν ότι παρόλο που κατέχει το υψηλότερο ποσοστό εξόδων per capita για την υγεία παρουσιάζει ανομοιογένεια ως προς την παροχή ΠΦΥ. Τα μεγαλύτερα προβλήματα εντοπίζονται στον Νότιο Καναδά σε σύγκριση με την υπόλοιπη χώρα. Οι κυριότερες διαφορές που αφορούν την ΠΦΥ εντοπίζονται σε δομικό επίπεδο και στην στελέχωση. Χαρακτηριστικά, οι δομές βασίζονται κυρίως σε νοσηλευτικό προσωπικό και υγειονομικούς υπαλλήλους της κοινότητας, με την απουσία οικογενειακών ιατρών να είναι αισθητή. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2015 διαφώτισε τα προβλήματα της ΠΦΥ στον Νότιο Καναδά. Η μελέτη βασίστηκε σε συνεντεύξεις τόσο στους παρόχους των ΥΥ όσο και στους αποδέκτες. Και οι δύο κατηγορίες ερωτηθέντων κατανοούσαν ότι το όραμα εξ' ολοκλήρου ίσης και δίκαιης πρόσβασης στις υπηρεσίες ΠΦΥ δεν είναι εφικτό. Κύριο πρόβλημα αποτελεί η γεωγραφική ιδιαιτερότητα της χώρας και ο μικρός αριθμός κατοίκων στις απομακρυσμένες περιοχές. Όμως αναγνωρίζεται η ανάγκη για έγκαιρη, άμεση και κατάλληλη ΠΦΥ όσο πιο κοντά στον τόπο κατοικίας του κάθε χρήστη. Οι πάροχοι των ΥΥ τονίζουν επίσης την σημασία της σωστής εκπαίδευσης, προετοιμασίας και γενικότερου προσανατολισμού των επαγγελματιών υγείας πριν αναλάβουν καθήκοντα. Αυτό κρίνεται σημαντικό καθώς στις απομακρυσμένες περιοχές οι επαγγελματίες υγείας συχνά καλούνται να αντιμετωπίσουν επείγουσες καταστάσεις μόνοι τους ανά βάρδια.

Άλλη μία χώρα που φαίνεται να αντιμετωπίζει προβλήματα στην ΠΦΥ λόγω της γεωγραφικής ιδιαιτερότητάς της είναι η Αυστραλία. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι το 99,8% της Νότιας Αυστραλίας χαρακτηρίζεται από απομακρυσμένες περιοχές. Σε έρευνα που έλαβε χώρα σε 54 τέτοιες περιοχές μελετήθηκαν οι προσελεύσεις σε δομές ΠΦΥ και οι εισαγωγές σε νοσοκομεία. Παρατηρήθηκε ότι οι δαπάνες per capita για την υγεία στο νότιο κομμάτι είναι 50% λιγότερες απ' ό,τι στην υπόλοιπη Αυστραλία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι στην Νότια Αυστραλία υπάρχει μειωμένη πρόσβαση σε δομές ΠΦΥ και οι εισαγωγές σε νοσοκομεία είναι 7,7 φορές περισσότερες συγκριτικά με την υπόλοιπη χώρα. Συμπερασματικά, τονίστηκε ότι οι ανεπαρκείς δομές ΠΦΥ οδηγούν σε αύξηση των εισαγωγών και παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία. Η καμπύλη που προέκυψε ανάμεσα στην ΠΦΥ και την νοσηλεία είχε το χαρακτηριστικό σχήμα U, αποδεικνύοντας ότι η αποτελεσματικότητα του ΣΥ δεν είναι απλά μια ευθεία γραμμή που δηλώνει ότι περισσότερες δομές ΠΦΥ είναι το ιδεατό. Αντίθετα, το αποδοτικότερο μοντέλο κατακτιέται όταν υπάρχει ισορροπία μεταξύ λειτουργικής ΠΦΥ και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤΦΥ) (Zhao *et. al.* (2013)).

## **2.6. Ανακεφαλαίωση**

Η ΠΦΥ αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο του ΣΥ. Το χαρακτηριστικό της αφορά την ολιστική φροντίδα του κοινωνικού συνόλου με στόχευση όχι μόνο στην ίαση της ασθένειας αλλά κυρίως στην προληπτική καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου. Δεν αντιμετωπίζει μεμονωμένα τον εξεταζόμενο αλλά ως ψηφίδα ενός διευρυμένου «κοινωνικού ψηφιδωτού» άλλοτε μικρού π.χ. οικογένεια και άλλοτε ευρύτερου, π.χ. πόλη. Παγκοσμίως παρατηρείται ανομοιογένεια ως προς την εφαρμογή και την ποιότητα των υπηρεσιών ΠΦΥ, με την Ελλάδα τοποθετείται σε δυσμενή θέση. Μακροχρόνια προβλήματα στην λειτουργία των δομών εφαρμογής ΠΦΥ, που καθίστανται πιο έντονα στις απομακρυσμένες περιοχές αποζητούν άμεσες, υλοποιήσιμες λύσεις. Οι μελέτες που καταγράφονται άλλωστε τονίζουν ότι η ύπαρξη ισχυρής, ισότιμης και αποτελεσματικής ΠΦΥ οδηγεί στην βελτίωση της υγείας του κοινωνικού συνόλου και στην μείωση των δαπανών υγείας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΑΓΟΝΗΣ ΓΡΑΜΜΗΣ-ΚΙΝΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

#### 3.1. Εισαγωγή

Η γεωμορφολογία της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από αρκετές απομακρυσμένες περιοχές, πλήθος χωριών και μεγάλο αριθμό νησιών με αραιό πληθυσμό. Στις συγκεκριμένες περιοχές έχει φανεί ότι υπάρχει έλλειψη ΥΥ και στελέχωσης, μειωμένοι πόροι και δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες.

Οι Κινητές Ιατρικές Μονάδες (ΚΙΜ) θα μπορούσαν να αποτελούν λύση στο πρόβλημα αυτό καθώς αντίστοιχες δράσεις έχουν δείξει θετικά αποτελέσματα. Οι ΚΙΜ διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, αυτές που παρέχουν υπηρεσίες σε επείγουσες καταστάσεις και αυτές που προσφέρουν Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας (ΠΥΥ). Οι ΚΙΜ για ΠΥΥ έχουν εφαρμοστεί σε χώρες που έχουν απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές με σκοπό να μειώσουν τις ανισότητες που δημιουργούνται λόγω δυσκολίας στην πρόσβαση. Τα αποτελέσματα χαρακτηρίζονται ενθαρρυντικά με τους κατοίκους των απομακρυσμένων περιοχών να συμμετέχουν στις δράσεις των ΚΙΜ και να τις αξιολογούν θετικά. Αντίστοιχη δράση στη χώρα μας αποτελούν οι ΚΙΜ-Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ). Στο κεφάλαιο αυτό θα περιγραφούν οι άγονες περιοχές της Ελλάδας και θα αναλυθούν τόσο δράσεις ΚΙΜ παγκοσμίως όσο και οι ΚΙΜ-ΙΣΝ.

#### 3.2. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά περιοχών άγονης γραμμής

Σύμφωνα με τον ορισμό της ΕΛΣΤΑΤ για την γεωγραφική διαίρεση της χώρας, ως αστικές περιοχές χαρακτηρίζονται αυτές με περισσότερους από 10.000 κατοίκους, ημιαστικές αυτές που ο πληθυσμός τους κυμαίνεται από 2.000 έως 10.000 και τέλος ως αγροτικές-ακριτικές οι περιοχές με λιγότερους από 2.000 κατοίκους (Περάκης (2019)). Οι άγονες και προβληματικές περιοχές λόγω των γεωγραφικών, κοινωνικών, συγκοινωνιακών και οικονομικών ιδιαιτεροτήτων είναι οι παρακάτω:

Α. Άγονες και προβληματικές Α' κατηγορίας:

1. Νομός Αιτωλ/νίας: Χαλκιάποιοι, Άνω Χώρα
2. Νομός Αττικής: Κύθηρα
3. Νομός Αρκαδίας: Λεωνίδιο, Τρόπαια, Δημητσάνα
4. Νομός Άρτας: Δροσοπηγή
5. Νομός Αχαΐας: Καλάβρυτα, Κλειτορία

6. Νομός Γρεβενών: Γρεβενά, Δεσκάτη
7. Νομός Δράμας: Κάτω Νευροκόπι, Παρανέστι
8. Νομός Δωδεκανήσου: Κάλυμνος, Λέρος, Κάρπαθος, Κώς
9. Νομός Έβρου: Δίκαια
10. Νομός Εύβοιας: Ιστιαία, Κάρυστος, Κύμη
11. Νομός Ευρυτανίας: Δ. Φραγκίστα, Καρπενήσι
12. Νομός Ηλείας: Ανδρίτσαινα
13. Νομός Θεσπρωτίας: Φιλιάτες, Παραμυθιά
14. Νομός Ιωαννίνων: Δελβινάκι, Μέτσοβο, Δερβίζιανα, Κόνιτσα
15. Νομός Καβάλας: Πρίνος
16. Νομός Καστοριάς: Καστοριά, Άργος Ορεστικό
17. Νομός Κέρκυρας: Άνω Λευκίμη
18. Νομός Κεφαλλονιάς: Ληξούρι, Ιθάκη, Σάμη
19. Νομός Κοζάνης: Τσοτύλι
20. Νομός Κορινθίας: Γκούρα
21. Νομός Κυκλάδων: Σύρος, Άνδρος, Τήνος, Μύκονος, Θήρα, Μήλος, Πάρος
22. Νομός Λακωνίας: Μολάοι, Αερόπολη, Νεάπολη
23. Νομός Λασιθίου: Σητεία, Τζερμιάδες
24. Νομός Λέσβου: Λήμνος, Άντισσα, Καλλονή, Πλωμάρι, Πολυχνίτος
25. Νομός Λευκάδος: Βασιλική
26. Νομός Μαγνησίας: Σκιάθος, Σκόπελος
27. Νομός Ξάνθης: Σχίνος
28. Νομός Σάμου: Σάμος, Καρλόβασι, Άγιος Κήρυκος Ικαρίας
29. Νομός Φλώρινας: Φλώρινα, Αμύνταιο
30. Νομός Φωκίδας: Λιδωρίκι
31. Νομός Χανίων: Κάντανος
32. Νομός Χίου: Χίος, Πυργί
33. Νομός Μεσσηνίας: Καλαμάτα

**Β. Αγones και προβληματικές Β' κατηγορίας:**

1. Νομός Αιτωλ/νίας: Αγρίνιο, Μεσολόγγι, Βόνιτσα, Θέρμο, Αστακός, Ναύπακτος, Αιτωλικό, Αμφιλοχία
2. Νομός Αττικής: Αίγινα, Γαλατάς
3. Νομός Αργολίδος: Ναύπλιο, Άργος, Κρανίδι, Λυγουριό

4. Νομός Αρκαδίας: Τρίπολη, Άστρος, Μεγαλόπολη
5. Νομός Άρτας: Άρτα, Άνω Καλεντίνη
6. Νομός Αχαΐας: Ερυμάνθεια
7. Νομός Βοιωτίας: Λειβαδιά, Δίστομο, Θήβα, Αλίαρτος, Σχηματάρι
8. Νομός Δράμας: Προσωτσάνη
9. Νομός Δωδεκανήσου: Ρόδος, Αρχάγγελος, Έμπωνας
10. Νομός Έβρου: Διδυμότειχο, Σουφλί, Ορεστιάδα
11. Νομός Εύβοιας: Αλιβέρι, Μαντούδι
12. Νομός Ηλείας: Πύργος, Αμαλιάδα, Κρέστενα, Σιμόπουλο, Γαστούνη, Βάρδα
13. Νομός Ηρακλείου: Χάρακας, Άνω Βιάννος, Αρκαλοχώρι
14. Νομός Θεσπρωτίας: Ηγουμενίτσα
15. Νομός Κέρκυρας: Κέρκυρα, Άγιος Αθανάσιος (Άργος), Άγιος Μάρκος
16. Νομός Κεφαλλονιάς: Αργοστόλι
17. Νομός Κιλκίς: Γουμενίτσα
18. Νομός Κοζάνης: Σερβία, Σιάτιστα
19. Νομός Κορινθίας: Νεμέα
20. Νομός Λακωνίας: Σπάρτη, Γύθειο
21. Νομός Λασιθίου: ΑΓ. Νικόλαος, Ιεράπετρα, Νεάπολη
22. Νομός Λέσβου: Μυτιλήνη
23. Νομός Λευκάδας: Λευκάδα
24. Νομός Μαγνησίας: Ζαγορά, Αργαλαστή
25. Νομός Μεσσηνίας: Κυπαρισσία, Πύλος, Φιλιατρά, Μελιγαλάς
26. Νομός Ξάνθης: Ξάνθη, Σταυρούπολη
27. Νομός Πέλλας: Αριδαία
28. Νομός Πιερίας: Πέτρα Ολύμπου
29. Νομός Πρέβεζας: Πρέβεζα, Καναλλάκι, Θεσπρωτικό
30. Νομός Ρεθύμνης: Ρέθυμνο, Σπήλι, Αγία Φωτεινή, Πέραμα
31. Νομός Ροδόπης: Κομοτηνή, Ίασμος, Σάπες
32. Νομός Σερρών: Ροδόπολη
33. Νομός Φθιώτιδος: Μακρακώμη, Δομοκός, Αμφίκλεια
34. Νομός Φωκίδας: Άμφισσα, Ιτέα
35. Νομός Χανίων: Κίσσαμος, Βάμος
36. Νομός Ζακύνθου: Ζάκυνθος
37. Νομός Χαλκιδικής: Παλαιοχώρι, Αγ. Νικόλαος

Στο Σύνταγμα της Ελλάδας εκφράζεται η ανάγκη ανάπτυξης και μέριμνας των παραμεθόριων περιοχών. Παρά ταύτα, οι αναφορές που υπάρχουν ερμηνεύονται περισσότερο ως προτροπή προς την πολιτεία χωρίς να ορίζεται ένα εφαρμόσιμο πλαίσιο δράσης. Οι άγονες περιοχές της Ελλάδας χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, της νησιωτικές και τις ορεινές. Λόγω της ιδιαίτερης γεωγραφικής της δομής η Ελλάδα διαθέτει την μεγαλύτερη ακτογραμμή της Μεσογείου και εξ' ίσου μεγάλη έκταση ορεινών περιοχών (Περάκης (2019), Λουλάκης (2011)).

Αναφορικά με τα νησιά της Ελλάδας θα μπορούσαμε να τα διαχωρίσουμε ως εξής: 4 μεγάλα με έκταση >500 χλμ<sup>2</sup>, 9 μέτριας έκτασης (250-499 χλμ<sup>2</sup>), 19 μικρότερης έκτασης με εμβαδόν 70-249 χλμ<sup>2</sup> και 120 με έκταση <70 χλμ<sup>2</sup>. Οι νησιωτικές περιφέρειες είναι 4, η Περιφέρεια Βόρειου Αιγαίου (ΠΒΑ), η Περιφέρεια Ιονίων Νήσων (ΠΙΝ), η Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου (ΠΝΑ) και η Κρήτη. Η αναπτυξιακή κατάσταση των νησιωτικών περιφερειών βασίζεται κυρίως στον τριτογενή τομέα της οικονομίας, δηλαδή στον τουρισμό. Ενώ όλες οι νησιωτικές περιφέρειες παρουσιάζουν θετικές τάσεις εξέλιξης, οι δημογραφικοί και βασικοί οικονομικοί δείκτες στην ΠΒΑ παραμένουν στάσιμοι. Οι υπόλοιπες περιφέρειες παρ' όλο που αναπτυξιακά ανήκουν σε υψηλότερο επίπεδο χαρακτηρίζονται από έντονες ανισότητες στο εσωτερικό τους (Περάκης (2019), Σπιλάνης κ. ά. (2010)).

Η ΠΒΑ αποτελείται από 9 κυρίως νησιά. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αφορούν κατά κύριο λόγο την υπογεννητικότητα, την φροντίδα των ηλικιωμένων και την στήριξη των οικογενειών. Ακόμα ένα φαινόμενο που καταγράφεται στην περιοχή είναι η άνιση κατανομή του εισοδήματος, με τις εντονότερες διαφορές να εντοπίζονται στην ορεινή Μυτιλήνη, στην ανατολική Λήμνο και στην Βόρεια Χίο. Επιπλέον, μείζων και χρόνιο πρόβλημα αποτελούν οι μετακινήσεις από και προς τα αστικά κέντρα. Την χειμερινή περίοδο η συχνότητα των δρομολογίων των ακτοπλοϊκών γραμμών είναι αισθητά μειωμένη. Οι αεροπορικές επιλογές είναι εξ' ίσου περιορισμένες με τα κόστη ακόμα και σε μη τουριστικές περιόδους να είναι υψηλά. Δυσκολίες στις μετακινήσεις εντοπίζονται ακόμα και στα ίδια τα νησιά, με τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς μεταξύ των οικισμών να είναι ανεπαρκή (Περάκης (2019)).

Η ΠΙΝ αντιμετωπίζει και αυτή δημογραφικό πρόβλημα με τον δείκτη γήρανσης του πληθυσμού να έχει την υψηλότερη τιμή πανελλήνια. Όσον αφορά τον υγειονομικό τομέα η περιφέρεια διαθέτει λίγες κλίνες ανά κάτοικο που πολλές φορές είναι ανεπαρκής για την κάλυψη των αναγκών. Επίσης, καταγράφονται ελλείψεις σε υγειονομικό προσωπικό



με αποτέλεσμα τα κρίσιμα περιστατικά να μην μπορούν να αντιμετωπιστούν έγκαιρα και κατάλληλα (Περάκης (2019)).

Ακόμα πιο ιδιαίτερη μορφολογία διαθέτει η ΠΝΑ. Απαρτίζεται από 79 νησιά και 178 βραχονησίδες εκ των οποίων 52 είναι κατοικημένες. Σε μερικά νησιά παρατηρείται το ξεχωριστό φαινόμενο της «διπλής νησιωτικότητας», δηλαδή μικρότερα νησιά που κινούνται ως δορυφόροι των μεγαλύτερων νησιών, με έντονη την έλλειψη ενδοπεριφερειακών συνδέσεων. Η γεωμορφολογία της ΠΝΑ είναι 28% ορεινή, 43% ημιορεινή και μόλις 29% πεδινή. Η απόσταση κάποιων νησιών από την Αττική είναι η μεγαλύτερη που καταγράφεται στον Ελλαδικό χώρο. Οι ακτοπλοϊκές και αεροπορικές διασυνδέσεις δεν είναι διαθέσιμες όλο το χρόνο για όλα τα νησιά και επιπλέον δεν υπάρχει επαρκής ενδοπεριφερειακή επικοινωνία. Ένα άλλο ζήτημα που εγείρει προβληματισμούς είναι η υγειονομική κάλυψη. Τα λειτουργικά νοσοκομεία είναι συνολικά 6, 2 στις Κυκλάδες και 4 στα Δωδεκάνησα. Τα έκτακτα περιστατικά που προκύπτουν σε μικρότερα νησιά δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν και μεταφέρονται στα κοντινότερα αστικά κέντρα με αεροδιακομιδές που κοστίζουν 14.397€ ανά ώρα πτήσης (στοιχεία 2010). Μεγάλες ελλείψεις εντοπίζονται και στην ΠΦΥ. Ακόμα και σε νησιά που υπάρχουν δομές, δεν λειτουργούν λόγω ανεπαρκούς ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Περάκης (2019), Λουλάκης (2011)).

Εν κατακλείδι, αν αναλογιστεί κανείς τη μειωμένη συχνότητα των διαθέσιμων μετακινήσεων όσο και τον απαιτούμενο χρόνο προσέγγισης των αστικών κέντρων, επιβεβαιώνεται δυσμενής θέση που βρίσκονται οι κάτοικοι των νησιών. Επίσης, αν και ο συνολικός αριθμός των μονάδων υγείας όλων των επιπέδων θεωρητικά είναι επαρκής, το ποσοστό κάλυψης των αναγκών παραμένει χαμηλό, κυρίως λόγω έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού και επιστημονικού τεχνολογικού εξοπλισμού (Λουλάκης (2011)).

Οι ορεινές περιοχές διακρίνονται επίσης για το ιδιαίτερο γεωμορφολογικό περιβάλλον τους που επηρεάζει σημαντικά την ανάπτυξή τους σε όλα τα επίπεδα. Οι περιοχές αυτές, όπως είναι αναμενόμενο, παρουσιάζουν την χαμηλότερη πυκνότητα πληθυσμού. Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας (ΕΣΥΕ) ορεινοί χαρακτηρίζονται οι δήμοι ή τα δημοτικά διαμερίσματα που:

- A. το μεγαλύτερο μέρος τους βρίσκεται σε υψόμετρο άνω των 800 μέτρων
- B. η εδαφική τους επιφάνεια είναι πολύ κεκλιμένη και ανώμαλη και χωρίζεται από χαράδρες ή
- Γ. καλύπτονται από ορεινούς όγκους που δημιουργούν πληθώρα εδαφικών πτυχώσεων με υψομετρικές διαφορές άνω των 400 μέτρων. Οι ορεινές και νησιωτικές

περιοχές αν και διαφέρουν σε χαρακτηριστικά, μοιράζονται αρκετά κοινά προβλήματα και δυσκολίες. Το δημογραφικό πρόβλημα και η γήρανση του πληθυσμού είναι από τα πιο σημαντικά. Οι δύσκολες συνθήκες, οι αποστάσεις από τα μεγάλα αστικά κέντρα και η έλλειψη ευκαιριών εξέλιξης για την νεολαία δικαιολογούν τα φαινόμενα εγκατάλειψης. Παρ' όλο που η διασύνδεση με τις αστικές περιοχές πραγματοποιείται οδικώς η πρόσβαση σε αυτές αποτελεί πολλές φορές πρόκληση καθώς το οδικό δίκτυο είναι απαρχαιωμένο και επικίνδυνο. Οι υγειονομικές παροχές και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας απέχουν πολύ από το ιδεατό. Η ΠΦΥ είναι ανύπαρκτη και οι υπόλοιπες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας όπου υπάρχουν υπολειτουργούν (Γούλα κ. ά. (2018)).

Στην Ελλάδα οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών έρχονται αντιμέτωποι με την απομόνωση και την περιθωριοποίηση, την γήρανση και την μείωση του πληθυσμού και την εγκατάλειψη του τόπου κυρίως τις μη τουριστικές περιόδους (Περάκης (2019)).

Η διαβίωση σε αγροτικές - ακριτικές περιοχές έχει συσχετιστεί με καλύτερη μεν ψυχική υγεία, πτωχότερη δε σωματική σε σύγκριση με αυτή των κατοίκων των αστικών περιοχών (Γούλα κ. ά. (2018)). Όσο η πολιτεία δεν προσηλώνεται στη εύρεση λύσεων για τα παραπάνω προβλήματα και δεν λαμβάνει δραστηκά μέτρα οι διαφορές μεταξύ αστικών και απομακρυσμένων περιοχών θα διευρύνονται (Περάκης (2019)).

### **3.3. Σκοπός ΚΙΜ**

Οι ΚΙΜ θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- A. για αντιμετώπιση έκτακτων περιπτώσεων
- B. για παροχή υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια προληπτικών εξετάσεων ή χρόνιων προβλημάτων.

Η ιδέα των ΚΙΜ δεν είναι καινούργια. Η χρήση τους σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης και κατά τη διάρκεια φυσικών καταστροφών ή πολέμων είναι ήδη ευρέως διαδεδομένη. Στην Ελλάδα για παράδειγμα υπάρχουν οι ΚΙΜ του ΕΚΑΒ με σκοπό την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, η επιτόπου παροχή φροντίδας σε έκτακτα περιστατικά και η διακομιδή των πασχόντων στο πλησιέστερο και καταλληλότερο υγειονομικό σχεδιασμό.

Δεν θα πρέπει ωστόσο να συγκρίνουμε την ύπαρξη τέτοιων ΚΙΜ με τις ΚΙΜ που αποσκοπούν κυρίως στην παροχή ΠΦΥ σε δυσπρόσιτες περιοχές. Περιληπτικά, στόχος της δεύτερης κατηγορίας ΚΙΜ είναι η επίτευξη ισότιμης πρόσβασης όλων των κατοίκων -ανεξαρτήτως τόπου διαμονής- σε υψηλού επιπέδου υγειονομικές υπηρεσίες. Με το τρόπο αυτό, ομάδες πληθυσμού που δεν είναι σε θέση να μετακινηθούν εύκολα και

γρήγορα σε δομή παροχής υπηρεσιών υγείας, έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν βασικές μεν αλλά ουσιαστικές ιατρικές υπηρεσίες.

Αδιαμφισβήτητα, η παροχή ΠΦΥ μέσω ΚΙΜ είναι ένας πρωτοποριακός τρόπος να καλυφθούν οι ανάγκες των κατοίκων που διαμένουν σε απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές. Η πανδημία Covid-19 τόνισε ακόμα περισσότερο την σημασία της πρόσβασης και της παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού. Ειδικά οι ευάλωτες κατηγορίες ατόμων, όπως οι ηλικιωμένοι, οι έχοντες χρόνια προβλήματα και οι διαμένοντες σε απομονωμένες περιοχές αντιμετώπισαν σοβαρές ελλείψεις τόσο στην φροντίδα των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων υγείας όσο και την πρόληψη και στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους (Raikwar *et. al.* (2020), Zeghari *et. al.* (2021)).

Η χρησιμότητα των ΚΙΜ έγκειται στα παρακάτω:

- i. «Μεταφέρουν» τις υπηρεσίες υγείας στην πόρτα των ατόμων που τις έχουν ανάγκη
- ii. Διαθέτουν την ικανότητα να εντοπίσουν και να προσεγγίσουν ομάδες πληθυσμού σε παραμεθόριες περιοχές
- iii. Είναι αυτόνομες μονάδες με μεγάλο εύρος υπηρεσιών και εξοπλισμού, συμπεριλαμβανομένης φαρμάκων και εμβολίων
- iv. Μπορούν να εξυπηρετήσουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα ως υποκατάστατα των μεγάλων μονάδων υγείας (Krol *et. al.* (2007)).

Εν κατακλείδι, για την Ελλάδα, λαμβάνοντας υπόψιν τα γεωμορφολογικά της χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν εκτενώς παραπάνω, είναι αναγκαία η καθιέρωση και η ευρεία χρήση τέτοιων ΚΙΜ ως βασική μέθοδος ιατρικής περίθαλψης στις λιγότερο ευνοημένες πληθυσμιακές ομάδες.

### **3.4. Διεθνής χρήση ΚΙΜ**

Βιβλιογραφικά φαίνεται η κινητοποίηση διάφορων χωρών - αναπτυσσόμενων ή ανεπτυγμένων - να εδραιώσουν ΚΙΜ που αποσκοπούν στην παροχή ΠΦΥ ακόμα και σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Ο κύριος λόγος δημιουργίας τους είναι σε κάθε περίπτωση η αναγνώριση της ανάγκης των απομονωμένων πληθυσμιακών ομάδων να λάβουν ποιοτικότερες και καταλληλότερες υπηρεσίες υγείας.

Η Ινδία αποτελεί ένα παράδειγμα εφαρμογής των ΚΙΜ. Μελέτη ανάλυσης κόστους-οφέλους που δημοσιεύτηκε το 2021 εξέτασε την αποδοτικότητα των ΚΙΜ στην χώρα. Η Ινδία διαθέτει μεγάλο ποσοστό αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών και το ΣΥ χαρακτηρίζεται ανεπαρκές. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι οι λιγιστές δομές, η μειωμένη αναλογία προσωπικού-ασθενών και οι ελλείψεις φαρμάκων.

Αξίζει να σημειωθεί ότι μόνο το 11,5% του πληθυσμού λαμβάνει ΠΦΥ. Οι ΚΙΜ στελεχώθηκαν με 5 άτομα προσωπικό (1 νοσηλεύτη, 1 ιατρό, 1 τεχνολόγο εργαστηρίων, 1 φαρμακοποιό, 1 οδηγό) και είναι εξοπλισμένες με τον βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό και φάρμακα. Το πεδίο δράσης τους εκτείνεται σε τομείς πρόληψης, προαγωγής υγείας, διάγνωσης, θεραπείας και τέλος παραπομπής για περαιτέρω εξετάσεις όπου κρίνεται απαραίτητο. Πιο αναλυτικά οι ΚΙΜ δραστηριοποιούνται με καμπάνιες ευαισθητοποίησης, παρέχουν συμβουλευτική υποστήριξη για πιο υγιεινό τρόπο ζωής ενώ πραγματοποιούν και διαγνωστικές παρεμβάσεις όπως η μέτρηση σακχάρου αίματος, αιματοκρίτη, πρωτεΐνης ούρων, rapid tests και test εγκυμοσύνης. Οι επισκέψεις τους είναι μηνιαίες σε καθορισμένες μέρες σε προαποφασισμένες περιοχές. Η μελέτη ανέδειξε την χρησιμότητα των ΚΙΜ τόσο στην μείωση των εξόδων που θα επιβάρυναν τους εξεταζόμενους όσο και στην αύξηση των έγκαιρων διαγνώσεων (Raikwar *et. al.* (2020)).

Στην Σαουδική Αραβία οι ΚΙΜ εδραιώθηκαν με σκοπό να παρέχουν Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας σε κατοίκους απομακρυσμένων και αγροτικών περιοχών κυρίως μεγάλης ηλικίας και με οικονομικές δυσκολίες. Είχε παρατηρηθεί ότι η μεταφορά σε νοσοκομεία μεγάλων αστικών κέντρων ήταν χρονοβόρα κυρίως λόγω χαμηλής ποιότητας οδικού δικτύου και ανεπάρκειας μέσων μεταφοράς. Η περιγραφική συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε περιλάμβανε 176 ασθενείς σε χρονικό πλαίσιο 30 επισκέψεων. Από τις 13 περιοχές που συμπεριλήφθηκαν οι 63,1% ήταν παραθαλάσσιες και οι 36,9% ορεινές. Πριν την έναρξη της λειτουργίας των ΚΙΜ η πλειοψηφία των ατόμων (93,2%) μετακινούνταν σε άλλα προάστια για να λάβουν ΠΥΥ με μέσο όρο χρόνου ταξιδιού τα 56,8 λεπτά. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Σημαντικά υψηλότερο ήταν το ποσοστό ευχαρίστησης των κατοίκων των παραθαλάσσιων περιοχών ίσως επειδή οι «ορεινοί» δεν έχουν εναλλακτικές επιλογές σε κοντινή απόσταση και έχουν μεγαλύτερες προσδοκίες. Προτάθηκε επίσης να δίνεται περισσότερη δημοσιότητα από τις τοπικές αυτοδιοικήσεις με σαφήνεια για τις υπηρεσίες που προσφέρουν (Aljasir and Alghamdi (2010)).

Αντίστοιχη προσπάθεια κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων κατοίκων σε απομακρυσμένες περιοχές έχει πραγματοποιηθεί και στην Γαλλία. Στην περίπτωση αυτή οι ΚΙΜ αφορούσαν επισκέψεις στον τόπο διαμονής των ατόμων και πραγματοποίηση νευροφυσιολογικών εξετάσεων για διάγνωση νευρολογικών νοσημάτων. Στόχος της πιλοτικής μελέτης που πραγματοποιήθηκε το 2021, ήταν να εξετάσει την αποδοτικότητα του πρωτοποριακού τρόπου πραγματοποίησης των εξετάσεων αυτών μέσω κινητών μονάδων σε απομονωμένους ηλικιωμένους κατοίκους παραμεθόριων περιοχών. Στη

Γαλλία άλλωστε υπάρχει ο όρος «ιατρική έρημος» που χρησιμοποιείται για να περιγράψει περιοχές με πτωχή και άνιση πρόσβαση στις παροχές υγείας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε ένα χωριό της Γαλλίας, το Digne-Les-Bains. Η κινητή μονάδα ήταν ουσιαστικά ένα βαν με φορητό υπολογιστή, εκτυπωτή και τα αναγνωριστικά test που απαιτούνται. Τα πρωταρχικά ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι η κινητή μονάδα ήταν αποτελεσματική και εκπλήρωσε το σκοπό της. Φάνηκε επίσης ότι μπορούσε να διαγνώσει και να εντοπίσει έγκαιρα γνωστικές βλάβες με αποτέλεσμα οι ασθενείς να λάβουν άμεσα τις κατάλληλες θεραπείες. Οι ηλικιωμένοι ήταν σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι με τον τρόπο της εξέτασης και την όλη διαδικασία την χαρακτήρισαν εύχρηστη. Επιπλέον, δεν υπήρχαν διαφορές στα αποτελέσματα των εξετάσεων από την κινητή μονάδα και από την face to face εξέταση. Συμπερασματικά, αναδύεται το γεγονός πως αυτή η νέα μέθοδος εξέτασης είναι πολλά υποσχόμενη κυρίως σε περιοχές όπου η πρόσβαση στις ΥΥ είναι περιορισμένη (Zeghari *et. al.* (2021)).

Από την άλλη η Βραζιλία εκμεταλλεύτηκε τα πλεονεκτήματα των ΚΙΜ και τις χρησιμοποίησε στοχεύοντας τον γυναικείο πληθυσμό. Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι ο καρκίνος (Ca) τραχήλου της μήτρας εμφανίζει συνεχώς αυξητική πορεία στις ανεπτυγμένες χώρες κυρίως λόγω ανεπαρκούς προσυμπτωματικού ελέγχου αποφάσισε να πραγματοποιήσει μια δράση για τον σκοπό αυτό. Το πρόγραμμα αυτό έλαβε χώρα από τον Μάρτιο του 2003 έως τον Μάιο του 2004 και αφορούσε την εξέταση test pap. Εντυπωσιακό ήταν το εύρημα ότι το 17% των γυναικών που ελέγχθηκαν δεν είχαν κάνει ποτέ test pap ή δεν το είχαν επαναλάβει μέσα στην 3ετία. Η πραγματοποίηση της εξέτασης στην ΚΙΜ διαρκούσε περίπου 20 λεπτά. Ο κύριος λόγος προσέλευσης του κοινού (47%) ήταν η άμεση πρόσβαση χωρίς μετακινήσεις. Το βέλτιστο αποτέλεσμα της πρωτοβουλίας αυτής πρόκυψε όταν γινόταν άμεσα γνωστοποίηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης και ξεκινούσε γρήγορα η θεραπεία όπου χρειαζόταν. Στην Ταϊλάνδη παρόμοιο πρόγραμμα έδειξε ενθαρρυντικά αποτελέσματα στον προσυμπτωματικό έλεγχο για Ca ουροδόχου κύστης σε γυναίκες που κατοικούν σε απομακρυσμένες περιοχές (Mauad *et. al.* (2009)).

Διαφορετικό παράδειγμα χρήσης των ΚΙΜ αποτελεί το Μισισιπή. Τον Αύγουστο του 2005 η περιοχή χτυπήθηκε από τον καταστροφικό τυφώνα Κατρίνα. Εκτός της απώλειας ανθρώπινων ζωών και της καταστροφής των περιουσιών οι δομές υπηρεσιών υγείας αντιμετώπισαν εκτεταμένες ζημιές. Εκτός από τις δυσκολίες που προέκυψαν στη μετακίνηση και νοσηλεία των τραυματιών, οι χρόνιοι πάσχοντες βίωσαν την πλήρη έλλειψη των ΥΥ. Άτομα με ρυθμισμένα προβλήματα υγείας όπως σακχαρώδης διαβήτης,

αρτηριακή υπέρταση, χρόνια άσθμα αδυνατούσαν να λάβουν τις απαραίτητες υπηρεσίες με αποτέλεσμα τα προβλήματα αυτά να γίνονται απειλητικά για την υγεία τους. Για τον λόγο αυτό δημιουργήθηκαν δύο ΚΙΜ επανδρωμένες με το απαραίτητο προσωπικό και εξοπλισμό για παροχή ΠΦΥ. Οι ΚΙΜ είχαν την ευελιξία να παρέχουν τις υπηρεσίες σε δυσπρόσιτες περιοχές και σε μεγάλο αριθμό ατόμων. Ο κυριότερος λόγος επίσκεψης των ΚΙΜ ήταν ο εμβολιασμός κατά του τετάνου (44%), κάτι αναμενόμενο λόγω των συνθηκών που επικρατούσαν. Ένα ποσοστό 12,6% είχε συγκεκριμένα αιτήματα για φάρμακα. Εντυπωσιακά ήταν τα ευρήματα που αναδύθηκαν από την πρωτοβουλία αυτή σχετικά με τους χρόνιους πάσχοντες. Υπογραμμίζεται ο ευάλωτος χαρακτήρας της συγκεκριμένης κατηγορίας ασθενών που επηρεάζονται άμεσα από μία μεταβολή στη φυσική κοινωνική ροή. Επιπρόσθετα, τονίστηκε η σημασία της ΠΦΥ ακόμα και σε περιόδους περιβαλλοντικών καταστροφών και αναταράξεων. Έκτοτε, στο Μισισιπή, οι ΚΙΜ έχουν εδραιωθεί μόνιμα εξυπηρετώντας πληθυσμούς σε απομακρυσμένες πολιτείες (Krol *et. al.* 2007)).

Διαφαίνεται λοιπόν ότι οι ΚΙΜ αποτελούν ένα μοντέλο διανομής ιατρονοσηλευτικών υπηρεσιών σχεδιασμένο να προσεγγίζει τους κατοίκους απομονωμένων περιοχών που δεν μπορούν να λάβουν βασικές ΥΥ με τον παραδοσιακό τρόπο της επίσκεψης στις δομές.

### **3.5. Κινητές Ιατρικές Μονάδες-Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος**

Οι Κινητές Ιατρικές Μονάδες (ΚΙΜ) είναι μία πρωτοβουλία από το Ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος (ΙΣΝ) σε συνεργασία με την Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας (ΑΕΜΥ), στο πλαίσιο υλοποίησης του Εθνικού Προγράμματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο οποίο φορέας υλοποίησης είναι η Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία Αναγέννηση και Πρόοδος υπό την επιστημονική επίβλεψη της Α΄ Ορθοπαιδικής Χειρουργικής Κλινικής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Στόχος των Κινητών Ιατρικών Μονάδων (ΚΙΜ) είναι η ισότιμη πρόσβαση όλων των Ελλήνων –ανεξαρτήτως τύπου διαμονής – σε υψηλού επιπέδου πρωτοβάθμιες υπηρεσίες Υγείας. Το πρόγραμμα αποσκοπεί επίσης στην πρόληψη ασθενειών, στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων, και στην μείωση έκτακτων ιατρικών περιστατικών.

Μέσω της δημιουργίας Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, καταγράφεται το ιστορικό του κάθε εξεταζόμενου και τυχόν ευρήματα των εξετάσεων με σκοπό την παρακολούθηση και ενημέρωσή του σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και τη σύσταση περισσότερων οδηγιών, όπου κρίνεται απαραίτητο, με βάση τα ευρήματα προηγούμενων επισκέψεων της επιστημονικής ομάδας.

Πρόκειται για ένα Καινοτόμο Ιατρικό πρόγραμμα αναβάθμισης των Ιατρικών Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Περιφέρεια της Ελλάδας.

### **3.5.1. Ίδρυση και λειτουργία**

Ο σχεδιασμός του προγράμματος ξεκίνησε το 2012 στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού, έδρα της ΑΕΜΥ ΑΕ και αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες δωρεές του Ιδρύματος Σταύρος Νιάρχος στο χώρο της Υγείας. Πλέον πραγματοποιούνται 3 αποστολές το μήνα σε νησιά άγονης γραμμής, καθώς και σε απομακρυσμένες περιοχές της ορεινής Ελλάδος.

Κοινό όραμα αποτελεί η ισότιμη πρόσβαση των κατοίκων σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι οποίες παρέχονται δωρεάν, καθώς επίσης η πρόληψη ασθενειών, η μείωση έκτακτων ιατρικών περιστατικών και η αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων.

Η σύνθεση της ομάδας κάθε αποστολής περιλαμβάνει περίπου 25 με 30 άτομα διαφορετικών ειδικοτήτων, καθώς και φοιτητές σχολών Ιατρικής, Νοσηλευτικής, Φυσικοθεραπείας και Ψυχολογίας. Ενδεικτικά αναφέρονται οι ακόλουθες ειδικότητες: Ορθοπαιδικός, ΩΡΛ, Οφθαλμίατρος, Γυναικολόγος, Καρδιολόγος, Οδοντίατρος, Χειρουργός, Παιδίατρος, Διαιτολόγος, Νευρολόγος, Γενικός Ιατρός, Ψυχολόγος – Παιδοψυχολόγος-Λογοθεραπευτής, Πνευμονολόγος, Ουρολόγος, Ακτινολόγος.

Στο πλαίσιο υλοποίησης δράσεων αγωγής και προαγωγής της υγείας, πραγματοποιούνται ενημερωτικές ομιλίες στον σχολικό και γενικό πληθυσμό από τη Διαιτολόγο, την Επισκέπτρια Υγείας, την Ψυχολόγο, με θέματα όπως: “Υγιεινή Διατροφή και τρόπος ζωής”, “Αποφασίζω να μην καπνίζω”, “Σεξουαλική Διαπαιδαγώγηση”, “Επαγγελματικός Προσανατολισμός”, “Εφηβεία”, “Πρόληψη Ψυχικών Διαταραχών”, “Η παιδική ηλικία” και άλλα, τα οποία τελούν υπό την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας. Επιπλέον υλοποιούνται μαθήματα Α’ Βοηθειών.

Το πρόγραμμα των Ιατρικών Κινητών Μονάδων διατηρεί από το 2014 Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο, μέσω του οποίου καταγράφεται το ιατρικό ιστορικό του κάθε εξεταζόμενου και τυχόν ευρήματα των εξετάσεων με σκοπό την παρακολούθηση και ενημέρωσή του. Το 2021 πραγματοποιήθηκε η αναβάθμιση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, με τη δημιουργία ενός ψηφιακά αποθηκευμένου φακέλου με δυνατότητα πρόσβασης και από τον ίδιο τον εξεταζόμενο.

Τα πλεονεκτήματα του ηλεκτρονικού ιατρικού έγκειται στα παρακάτω :

- Η καινοτόμος αυτή ενέργεια δίνει τη δυνατότητα άμεσης αποστολής και συλλογής όλων των εξετάσεων στον Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο , στον οποίο και ο ίδιος ο εξεταζόμενος έχει ανά πάσα στιγμή πρόσβαση.

- Άμεση πρόσβαση σε δεδομένα και μεταβίβαση των πληροφοριών μεταξύ διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων, ακόμη και σε περίπτωση επειγόντων περιστατικών, γεγονός μείζονος σημασίας στην περίπτωση των απομακρυσμένων νησιών.

- Εύκολη συλλογή και επεξεργασία μαζικών πληροφοριών. Σκοπός είναι η εύκολη και άμεση πρόσβαση των εξεταζόμενων στο φάκελό τους, μέσω ενός μοναδικού κωδικού που θα τους δίδεται, όχι μόνο σε γνωματεύσεις αλλά και σε απεικονιστικές εξετάσεις με δυνατότητα προβολής αυτών μέσω της χρήσης κατάλληλου λογισμικού.

Τα ραντεβού κλείνονται αποκλειστικά με ηλεκτρονικό τρόπο

- είτε μέσω της εφαρμογής myKIM η οποία διατίθεται στο Google Play (για android) ή App Store (για IOS)

- είτε μέσω της ιστοσελίδας <https://www.mykim.gr>

Βάσει του ηλεκτρονικού ραντεβού οι εξεταζόμενοι απευθύνονται αρχικά στη Γραμματεία KIM για την ολοκλήρωση διοικητικών διαδικασιών και στη συνέχεια επισκέπτονται τα Ιατρεία. Κάποιες εξετάσεις ολοκληρώνονται άμεσα π.χ. οφθαλμολογική εξέταση ενώ άλλες απαιτούν περισσότερες ημέρες για την τελική διάγνωση π.χ. μαστογραφία. Τα αποτελέσματα των εξετάσεων καταχωρούνται στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο του κάθε εξεταζόμενου.

Ο εξεταζόμενος εφόσον το επιθυμεί μπορεί να έχει πρόσβαση στον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελό του, στον οποίο περιλαμβάνονται όλα τα απεικονιστικά αρχεία (π.χ. ακτινογραφία, μαστογραφία) και οι διαγνώσεις των εξετάσεων που έχει πραγματοποιήσει, με δυνατότητα να κάνει λήψη των αρχείων αυτών. Το μόνο που απαιτείται είναι να ζητήσει κωδικό πρόσβασης από τη Γραμματεία.

### **3.5.2. Δράσεις από το 2014 έως σήμερα**

ΟΙ KIM ξεκίνησαν την λειτουργία τους τον Ιανουάριο του 2014, κάνοντας μια αποστολή κάθε μήνα σε απομακρυσμένα και απομονωμένα νησιά της χώρας. Παρατηρώντας την θετική απήχηση και την επιτυχία του προγράμματος, αποφασίσθηκε να διευρυνθούν οι προορισμοί και να περιλαμβάνουν δυσπρόσιτα και απομακρυσμένα σημεία της ηπειρωτικής χώρας. Επιπλέον πολλαπλασιάστηκαν τα ταξίδια με αποτέλεσμα από το 2019 να γίνονται τρεις αποστολές κάθε μήνα. Σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί περισσότερες από 150 αποστολές σε όλη τη χώρα από Καστελλόριζο έως Εβρο και από Πρέσπες έως Κήθυρα.



Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι σε διάστημα τριών ετών (Σεπτέμβριος 2020 – Ιούλιος 2023) οι ΚΙΜ πραγματοποίησαν 75 αποστολές επισκεπτόμενες 49 διαφορετικούς προορισμούς.

### Πίνακας 3.5.2.1

#### Προορισμοί και αριθμός επισκέψεων ΚΙΜ-ΙΣΝ 2020-2023

ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ	Αριθμός Επισκέψεων
Αγαθονήσι	2
Άγιος Ευστράτιος	3
Άγναντα	1
Αλόνησος	2
Αμοργός	3
Ανάφη	2
Αρεόπολη	1
Αριστομένης	1
Αστυπάλαια	1
Βουργαρέλι	2
Γκούρα - Μοσιά	2
ΓΡΑΝΙΤΣΑ	2
Δεσκάτη Γρεβενών	2
Δονούσα	2
Επταχώρι	1
Ιθάκη	1
Ίος	1
Ιστιαία	2
Κάσος	1
Καστελλόριζο	2
Κίμωλος	3
Κύθηρα	1
Κως	1
Λαιμός Πρεσπών	1
Λειψοί	2
Λιδωρίκι	1

Μαντούδι	2
Μέγα Δέρειο	1
Νίσυρος	2
Οργάνη	1
Πάτμος	2
Πρόμαχοι Αριδαιας	1
Ράχες Ικαρίας	1
Σαμοθράκη	2
Σέριφος	1
Σιδηρόκαστρο	1
Σίκινος	2
Σίφνος	2
Σκύρος	1
Σύμη	1
Σχοινούσα	2
Τήλος	1
Τρόπαια	1
Φολέγανδρος	2
Φούρνοι	2
Χαλκιόπουλοι	1
Ψαρά	3
<b>Σύνολο Επισκέψεων</b>	<b>75</b>

### 3.6. Ανακεφαλαίωση

Οι ανισότητες στην παροχή ΠΦΥ στις άγονες περιοχές της Ελλάδας αποτελούν πρόβλημα μείζονος σημασίας. Οι κάτοικοι των περιοχών αυτών δεν χαίρουν σταθερών και σύγχρονων ΠΥΥ με αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία τους. Διεθνής δράσεις ΚΙΜ είτε σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης είτε σαν ρουτίνα έχουν λάβει χώρα με θετικά αποτελέσματα. Πρόκειται στη πλειονότητά τους για δράσεις σχετιζόμενες με συγκεκριμένες προληπτικές εξετάσεις σε στοχευμένες ομάδες πληθυσμού, όπως π.χ. μαστογραφίες ή έλεγχος Ca ουροδόχου κύστης σε γυναίκες σε απομακρυσμένες περιοχές, νευρολογικές εξετάσεις σε παραμεθόριες περιοχές και ΠΥΥ σε περιόδους περιβαλλοντικών καταστροφών. Οι ΚΙΜ-ΙΣΝ με δράσεις από το 2014 επιδιώκουν την

ισότιμη πρόσβαση των κατοίκων των παραμεθόριων περιοχών σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγείας. Εώς σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί 150 αποστολές σε απομακρυσμένες ορεινές και νησιωτικές περιοχές όλης της χώρας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

#### 4.1. Εισαγωγή

Ως πρόληψη ορίζεται η οργανωμένη δράση που στοχεύει στην μείωση των παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση νόσου ή στην έγκαιρη ανίχνευσή και θεραπεία της πριν καν εμφανιστούν συμπτώματα.

Τα προγράμματα πρόληψης στοχεύουν στην υγεία του συνόλου και όχι σε ατομικό επίπεδο. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την ικανότητα αναγνώρισης και καταπολέμησης των παραγόντων κινδύνου στο γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, αξιολογούν το κόστος – όφελος των δράσεων και οργανώνουν παρεμβάσεις με θετικό οικονομικό και κοινωνικό αντίκτυπο. Η πιο γνωστή μέθοδος πρόληψης αφορά τις προληπτικές εξετάσεις είτε μέσω check up είτε μεμονωμένα. Παρόλο που επικρατεί η αντίληψη ότι οι προληπτικές εξετάσεις πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε χρόνο καθολικά, πληθώρα μελετών αποδεικνύει ότι τα βέλτιστα αποτελέσματα προκύπτουν από τα στοχευμένα προγράμματα πρόληψης σε ομάδες πληθυσμών, οργανώνονται με βάση τους παράγοντες κινδύνου της εκάστοτε ομάδας και επαναλαμβάνονται με περιοδικό ρυθμό.

Στο κεφάλαιο αυτό θα πραγματοποιηθεί εκτενής αναφορά στους στόχους και την οργάνωση των προγραμμάτων πρόληψης. Επίσης, θα γίνει μια λεπτομερής περιγραφή στις παγκόσμιες οδηγίες για την έναρξη και τη συχνότητα που θα πρέπει να πραγματοποιούνται οι προληπτικές εξετάσεις.

#### 4.2. Ιστορική αναδρομή στην εισαγωγή της έννοιας «πρόληψη υγείας»

Η σημαντικότερη ίσως συμβολή της ΠΦΥ είναι στην πρόληψη και στην προαγωγή υγείας. Ο όρος «πρόληψη» καθορίζει το σύνολο των παρεμβάσεων που εστιάζουν στην αποτροπή της εμφάνισης νόσου ή στην πρόωπη ανίχνευσή της (Σαρρής (2021)). Το 1967 ο Clark περιγράφει την πρόληψη ως η αποτροπή της ανάπτυξης μιας νοσογόνου κατάστασης, συμπεριλαμβάνοντας και την θεραπεία που περιορίζει την ανάπτυξή της σε οποιοδήποτε στάδιο (Χαριστού (2014)). Η επίσημη αναγνώριση του δικαιώματος στην υγεία και κατ' επέκταση στον ποιοτικό τρόπο ζωής έγινε με την Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων το 1948. Συγκεκριμένα αναφέρεται ότι «ο καθένας έχει δικαίωμα σε επίπεδο διαβίωσης κατάλληλο για την υγεία του εαυτού του και της οικογένειάς του».

Η πρώτη ταξινόμηση της πρόληψης εισήχθη το 1964, από τον Gerald Caplan, ο οποίος την κατηγοριοποίησε σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή. Το 1978 και οι Nightengale et al. διεύρυναν την έννοιά της μη περιοριζόμενοι μόνο στην πρωτογενή πρόληψη αλλά καταγράφοντας και τη δευτερογενή. Οι διαφορές τους έγκεινται στο σκοπό που αποβλέπουν. Στη πρωτογενή δεν υπάρχει νόσος και τα μέτρα που λαμβάνονται είναι για την καταπολέμηση των παραγόντων κινδύνου, ενώ στη δευτερογενή στόχος είναι ο εντοπισμός παθολογικής κατάστασης σε αρχικό ή ασυμπτωματικό στάδιο. Η τριτογενής πρόληψη εφαρμόζεται όταν πλέον έχει εκδηλωθεί ασθένεια και στοχεύει στην αντιστροφή της εξέλιξης της νόσου ή στην καθυστέρησή της (Χαριστού (2014), Σαρρής (2021)).

Ο Gordon την ίδια περίοδο ταξινομεί την προαγωγή υγείας με μια διαφορετική οπτική, αυτή του οφέλους-κινδύνου. Υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος ενός ανθρώπου να προσβληθεί από μια ασθένεια θα πρέπει να σταθμίζεται με το αντίστοιχο κόστος, τον κίνδυνο και την δυσκολία πραγματοποίησης της παρέμβασης. Συνεπώς, οι κατηγορίες προληπτικής ιατρικής που προκύπτουν είναι:

- A. η λήψη καθολικών μέτρων που αφορούν όλα τα μέλη ενός επιλεγμένου πληθυσμού
- B. η λήψη επιλεκτικών μέτρων για άτομα ενός πληθυσμού που εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο σε σχέση με τους υπόλοιπους
- Γ. η λήψη εξατομικευμένων μέτρων για ένα άτομο το οποίο βρίσκεται σε υψηλό κίνδυνο μελλοντικής εμφάνισης μιας νόσου.

Το 2000 εισάγεται μια ακόμα έννοια για την πρόληψη από τους Gofrit et al., αυτή της τεταρτογενούς. Ως τεταρτογενής χαρακτηρίζεται ο τομέας της πρόληψης που αφορά την διεπιστημονική ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων που έχουν συλλεχθεί από τα προηγούμενα στάδια, ώστε να προβούν οι επαγγελματίες σε ασφαλή συμπεράσματα και να τα κοινοποιήσουν σε όλους τους εμπλεκόμενους. Λίγα χρόνια αργότερα, το 2002 και το 2005, οι Beaglehole & Magnus και οι Brotman et al. αντίστοιχα επικεντρώνονται στους προδιαθεσικούς παράγοντες τονίζοντας ότι θα πρέπει να θεωρούνται ως ασθένειες μεμονωμένα και να αντιμετωπίζονται άμεσα. Το 2008, καταγράφεται μια σφαιρική αντίληψη για τα προαπαιτούμενα της πρόληψης στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας από τους Starfield et. Al.. Διαπιστώθηκε ότι τα χαρακτηριστικά της θα πρέπει να πληρούν τις εξής προϋποθέσεις:

1. να προσανατολίζονται στο σύνολο του πληθυσμού και όχι σε ατομικό επίπεδο,
2. να εστιάζουν σε κινδύνους που αφορούν τον γενικό πληθυσμό και όχι μεμονωμένα,
3. να επικεντρώνονται στη νοσηρότητα

4. να αξιολογούν τα οφέλη και το κόστος των εφαρμοζόμενων στρατηγικών πρόληψης,

5. μείζων στόχος της πρόληψης να είναι η βελτίωση της συνολικής υγείας (Χαριστού (2014)).

Η έννοια της πρόληψης της υγείας ήταν ήδη γνωστή από την Αρχαία Ελλάδα. Σε αποσπάσματά τους, ο Ιπποκράτης και ο Πυθαγόρας εξυμνούν την πρόληψη και παρακινούν τον λαό προς αυτήν. Έχουν βρεθεί επίσης αναφορές στην κινεζική, αγγλοαμερικανική και ευρωπαϊκή ιστορία. Υπάρχουν καταγεγραμμένα παραδείγματα εφαρμογής μέτρων πρόληψης στο σύνολο του πληθυσμού αιώνες πριν. Για παράδειγμα, στην Αρχαία Ελλάδα, σε περιόδους λοιμών, ελήφθησαν μέτρα αποφυγής και απομόνωσης των αρρώστων. Τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, ο Άγγλος ιατρός Edward Jenner κατόρθωσε μέσω εμβολιαστικού προγράμματος να περιορίσει την επιδημία της ευλογιάς που τότε έπληττε την Ευρώπη. Ωστόσο, η ακριβής προέλευση του περιοδικού ελέγχου υγείας δεν είναι γνωστή. Πιθανόν όμως πρωτοστάτης ήταν ο Βρετανός ιατρός Horace Dobell, ο οποίος εξέταζε ανά τακτά χρονικά διαστήματα ασθενείς με φυματίωση ή άλλα αναπνευστικά προβλήματα για να εντοπίσει την νόσο σε πρώιμα στάδια (Σαρρής (2021), Μπόγια (2022)).

#### **4.3. Οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης**

Η αποτροπή της εμφάνισης μιας ασθένειας και κατ' επέκταση των επιπτώσεων που μπορεί να προκαλέσει (αναπηρία, θάνατο) επιτυγχάνεται με οργανωμένες και συντονισμένες προσπάθειες της πολιτείας και του κάθε ατόμου ξεχωριστά. Απαιτείται είτε ο εντοπισμός και η μείωση των προδιαθεσικών παραγόντων κινδύνου είτε η ενίσχυση και ενθάρρυνση για την συνέχιση των υγιεινών προληπτικών πρακτικών.<sup>55</sup> Τα μοντέλα συμπεριφοράς υγείας που λαμβάνονται υπόψιν για την μελέτη και τον σχεδιασμό παρεμβάσεων είναι τα ακόλουθα:

A. Μοντέλο πεποιθήσεων (Health Belief Model)

B. Θεωρία κινήτρων προστασίας (Protection Motivation Theory)

Γ. Θεωρία απόδοσης του ελέγχου της υγείας (Theory of Health Locus of Control)

Η πιο διαδεδομένη μέθοδος πρόληψης είναι η πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων, στοχευμένα, μεθοδικά και με χρονική συνέχεια και συνέπεια. Πληθώρα μελετών έχει αναζητήσει το αποτελεσματικότερο μοντέλο προγραμματισμού check-up. Παρόλο που επικρατεί η άποψη ότι όσο πιο συχνά γίνονται προληπτικές εξετάσεις τόσο πιο καλά, αν αναλογιστούμε τον κίνδυνο υπέρ-χρήσης και σπατάλης των υγειονομικών πόρων καθώς και τον κίνδυνο υπέρ-διαγνώσεων κατανοούμε ότι είναι πολλοί οι

παράγοντες που καθορίζουν την συχνότητα των check-up. Επομένως, το ετήσιο check-up αν και καθιερωμένο εγείρει ερωτήματα και προβληματισμούς. Φαίνεται ότι όλο και περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των ηλικιακά στοχευμένων επισκέψεων/παρεμβάσεων και των περιοδικών επισκέψεων. Από το 1960 έρευνες που εξέταζαν το ζήτημα αυτό δεν έχουν δείξει σαφή πλεονεκτήματα των ετήσιων προληπτικών εξετάσεων. Αδιαμφισβήτητα φαίνεται ότι αυξάνουν τον αριθμό των διαγνώσεων καρδιαγγειακών παθήσεων όμως η επίδραση σε άλλους τομείς όπως οι εισαγωγές στο νοσοκομείο, οι συνταγογραφήσεις, η επίσκεψη σε άλλη ειδικότητα δεν είναι ξεκάθαρη (Birtwhistle *et. al.* (2017)). Επόμενη έρευνα τονίζει ότι τα check-up που στοχεύουν στο γενικό πληθυσμό χωρίς καταμερισμό σε μικρότερες ομάδες δεν δείχνουν σαφές θετικό αντίκτυπο στην υγεία του συνόλου. Ωστόσο όλες οι μελέτες συγκλίνουν στην άποψη ότι ο συνεχής εντοπισμός των ομάδων/ατόμων υψηλού κινδύνου είναι χρήσιμος (Christoffersen *et. al.* (2017)).

Στον αντίποδα, τα δεδομένα για προσαρμοσμένα προγράμματα προληπτικής ιατρικής δείχνουν θετικά αποτελέσματα (Birtwhistle *et. al.* (2017)). Ο McMahon *et al.* σε έρευνά του υποστηρίζει πως αποδοτικότερος τρόπος άσκησης ΠΦΥ είναι οι στοχευμένες παρεμβάσεις σε κάθε άτομο (Gorbenko *et. al.* (2017)). Τα επιλεκτικά προγράμματα πρόληψης υγείας συνήθως απαρτίζονται από τρία χαρακτηριστικά: 1) την εκτίμηση και αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου της πληθυσμιακής ομάδας, 2) την λήψη ιστορικού και την πραγματοποίηση των εξετάσεων και 3) follow-up επισκέψεις. Πιθανόν οι πληθυσμιακές ομάδες που χρειάζονται συχνότερα check-up είναι οι άντρες, οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες, οι χαμηλό-εισοδηματίες, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών (Christoffersen *et. al.* (2023)). Υπάρχουν αναφορές που τονίζουν ότι οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών πραγματοποιούν λιγότερες προληπτικές εξετάσεις για αυτό και οι προσανατολισμένες δράσεις στις περιοχές αυτές είναι σημαντικές. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες στις αγροτικές περιοχές είχαν μικρότερη πιθανότητα να πραγματοποιήσουν αιματολογικές, οδοντιατρικές εξετάσεις και μαστογραφίες συγκριτικά με τις γυναίκες στις αστικές περιοχές. Η μόνη εξέταση που γίνεται πιο συχνά στις απομακρυσμένες περιοχές είναι η μέτρηση αρτηριακής πίεσης. Όλες οι υπόλοιπες, διαγνωστικά πιο σημαντικές, υστερούν (Larson και Correa-de-Araujo (2006)).

Τα συνήθη εμπόδια που δυσκολεύουν την πραγματοποίηση των check-up αφορούν την έλλειψη χρόνου, την έλλειψη προσωπικού, την ανεπαρκή χρηματοδότηση και την απουσία εκπαίδευσης στον τομέα της ΠΦΥ. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν με



σαφήνεια ότι όσο κοντινότερη είναι η απόσταση των Πρωτοβάθμιων Δομών Υγείας που πραγματοποιούνται προληπτικά προγράμματα check-up, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να συμμετέχουν σε αυτά οι κάτοικοι. Ξεκάθαρα τονίζεται ότι η μικρή γεωγραφική απόσταση ή εναλλακτικά η καλή συγκοινωνία καθώς και οι online συναντήσεις δημιουργούν ένα θετικό κλίμα στον πληθυσμό και αυξάνουν την συμμετοχή στις δράσεις προληπτικής ιατρικής (Christoffersen *et. al.* (2023)).

#### **4.4. Κατευθυντήριες οδηγίες για την συχνότητα των προληπτικών εξετάσεων**

Όπως είδαμε παραπάνω, οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί εξετάζουν τόσο το οικονομικό κόστος όσο και το όφελος στη δημόσια υγεία για να προβούν σε οδηγίες για την συχνότητα και την επανάληψη των check up. Παρακάτω καταγράφονται ξεχωριστά για ένα εύρος εξετάσεων οι πιο πρόσφατες παγκόσμιες οδηγίες. Χωρίζονται κυρίως σε οδηγίες για μεσαίου κινδύνου πληθυσμό και σε κάποιες περιπτώσεις για άτομα υψηλού κινδύνου.

##### **4.4.1. Μαστογραφία**

Η μαστογραφία αποτελεί τον πιο αξιόπιστο τρόπο για την ανεύρεση του καρκίνου μαστού. Εναλλακτική εξέταση αποτελεί η μαγνητική μαστών, ωστόσο επειδή μπορεί να απεικονίσει ανωμαλίες ακόμα κι αν δεν είναι παθολογικές, δεν συστήνεται σε γυναίκες μέσου κινδύνου. Όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες χωρίζουν τις ομάδες κινδύνου με βάση την ηλικία και τους προδιαθεσικούς παράγοντες. Άτομα χωρίς ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου, με απουσία γενετικού προδιαθεσικού παράγοντα και χωρίς ακτινοθεραπείες στο θώρακα πριν τα 30 ανήκουν στην μεσαία κατάταξη κινδύνου. Γυναίκες με κάποιο από τα παραπάνω στοιχεία κατατάσσονται στις υψηλού κινδύνου. Σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες του 2023 από το United States Preventive Services Task Force (USPSTF) γυναίκες 50-74 ετών πρέπει να υποβάλλονται σε μαστογραφία κάθε 2 έτη. Γυναίκες ηλικίας 40-49 θα πρέπει να εξετάζονται μεμονωμένα από τον ιατρό και με βάση τους προδιαθεσικούς παράγοντες να κρίνεται η ανάγκη πραγματοποίησης της εξέτασης. Οι τελευταίες οδηγίες του ECIBC's Guidelines Development Group (GDG) το 2016 υποστηρίζουν ότι οι ηλικίες 40-44 που ανήκουν στην κατάταξη μεσαίου κινδύνου δεν χρειάζεται να εξετάζονται με μαστογραφία. Το American Cancer Society συστήνει ότι οι γυναίκες ηλικίας 40-44 ετών μπορούν να υποβάλλονται σε μαστογραφία, ηλικία 45-54 πρέπει να υποβάλλονται κάθε χρόνο και αυτές ηλικίας 50 και άνω μπορούν κάθε 2 έτη και για όσο παραμένουν σε υγιή κατάσταση. Οι γυναίκες που ανήκουν στη κατάταξη υψηλού κινδύνου πρέπει να

πραγματοποιούν έλεγχο μαστογραφίας και μαγνητικής εξέτασης μαστών κάθε χρόνο, από τα 30 έτη και έπειτα.

#### **4.4.2. Test Pap**

Το test pap αποτελεί την πιο απλή, σύντομη, οικονομική μέθοδο ανίχνευσης αλλοιώσεων στα κύτταρα του τραχήλου ή λοιμώξεων της γεννητικής περιοχής. Οι οργανισμοί American Society for Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP) και Society of Gynecologic Oncology στις ανανεωμένες οδηγίες του 2023 προτείνουν για τις μεσαίου κινδύνου γυναίκες να πραγματοποιούν test pap κάθε 3 χρόνια ενώ στις ηλικίες 30-65 συνιστούν test pap κάθε 3 έτη και εξέταση για HPV κάθε 5 έτη.

#### **4.4.3. FOB test**

Το FOB test είναι test εντέρου που ανιχνεύει την ύπαρξη αίματος στα κόπρανα. Η αιμορραγία από το πεπτικό συνδέεται με αλλοιώσεις στο παχύ έντερο επομένως η δυνατότητα ανίχνευσης ακόμη και μικρών ποσοτήτων αίματος στις κενώσεις αποτελεί σημαντικό μέτρο πρόληψης. Από την πρόσφατη βιβλιογραφία ενδιαφέρον παρουσιάζει η μείωση της ηλικίας έναρξης προληπτικών εξετάσεων παχέος εντέρου από τα 50 έτη στα 45 έτη. Ως μεσαίου κινδύνου ορίζονται τα άτομα που δεν έχουν ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό καρκίνου παχέος εντέρου ή κοιλιακής χώρας και με απουσία νόσου Crohn ή κολίτιδας. Οι τελευταίες οδηγίες του American Family Physician (AFP) το 2017 προτείνουν ότι από τα 45 έτη το FOB test πρέπει να γίνεται κάθε χρόνο και στις ηλικίες 76-85 να προσαρμόζεται η συχνότητα αναλόγως της γενικότερης κατάστασης της υγείας και του ιστορικού. Επίσης, το Center for Disease Control and Prevention (CDC) επίσης σε αναρτημένες οδηγίες το τρέχον έτος συνιστά κάθε χρόνο την πραγματοποίηση FOB test. Ο USPSTF το 2023 τονίζει ότι το screening στις ηλικίες 50-75 έτη είναι υψηλής σημασίας, στα 45-49 έτη έχει αποδώσει μέτρια οφέλη ενώ στις ηλικίες 76-85 το όφελος είναι μικρό. Σε περιπτώσεις υψηλού κινδύνου οι προληπτικές εξετάσεις πρέπει να ξεκινούν από την ηλικία των 40.

#### **4.4.4. Μέτρηση οστικής πυκνότητας**

Η μέτρηση οστικής πυκνότητας αποτελεί την πιο συχνή και αποτελεσματική μέθοδο ανίχνευσης της οστεοπόρωσης. Ο USPSTF συστήνει να γίνεται η μέτρηση οστικής πυκνότητας σε όλες τις γυναίκες από 65 ετών και άνω. Οι AFP και Bone Health & Osteoporosis Foundation (BHOFF) σε ανανεωμένες οδηγίες το 2022 προτείνουν να πραγματοποιείται η εξέταση σε γυναίκες 65 ετών και άνω και σε άντρες 70 ετών και άνω. Σε γυναίκες στην προ-εμμηνόπαυση και άντρες ηλικίας 50-69 πρέπει να γίνεται εφόσον

υπάρχει 1 σοβαρός ή 2 υποδεέστεροι παράγοντες κινδύνου. Ως παράγοντες κινδύνου ορίζουν τα κατάγματα σε ηλικία μικρότερη ή ίση των 50 ετών ή την λήψη φαρμακευτικής αγωγής που σχετίζεται με μείωση οστικής πυκνότητας. Με βάση το Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) το 2022 η εξέταση πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε 1 με 2 έτη.

#### **4.4.5. Καρδιολογικός έλεγχος**

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές του AAFP (2017) και AHA (2022) όλοι οι ενήλικες πρέπει να υποβάλλονται σε καρδιολογικό έλεγχο (ΗΚΓ, triplex). Οι παράγοντες κινδύνου που επιβάλλουν συχνή και τακτική καρδιολογική επίσκεψη είναι η ηλικία, το φύλο (οι άντρες φαίνεται να προσβάλλονται συχνότερα από καρδιολογικά νοσήματα), η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα, η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και η καθιστική ζωή.

#### **4.5. Ανακεφαλαίωση**

Η οργάνωση και η υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης υγείας κατέχει εξέχουσα θέση στην ΠΦΥ. Οι δράσεις αυτές εστιάζουν στο σύνολο του πληθυσμού και έχουν σκοπό την μείωση των παραγόντων κινδύνου, την έγκαιρη ανίχνευση μιας αρχόμενης ασθένειας και την ενίσχυση των θετικών πρακτικών. Ανάλογα με την προληπτική εξέταση, τον κίνδυνο εμφάνισης νόσου του κάθε εξεταζόμενου, τα αποτελέσματα της αρχικής εξέτασης και τις απαιτούμενες δαπάνες έχουν συνταχθεί κατευθυντήριες οδηγίες για την έναρξη και την επανάληψη κάθε εξέτασης. Γενικά, υπάρχει η παραδοχή ότι τα προγράμματα πρόληψης για να επιφέρουν θετικό αποτέλεσμα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού που αφορούν και να μην γίνεται κατάχρηση στην επανάληψή τους.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

#### 5.1. Σκοπός και στόχοι έρευνας

Όπως προαναφέρθηκε, η Ελλάδα γεωμορφολογικά χαρακτηρίζεται από ορεινές περιοχές, πληθώρα χωριών και νησιά με διάσπαρτο πληθυσμό. Παράλληλα, η άνιση γεωγραφική κατανομή των δομών αλλά και του ανθρώπινου δυναμικού και οικονομικών πόρων αποτελεί ένα συστημικό πρόβλημα για τις άγονες γραμμές. Αυτό το φαινόμενο κατέστη ακόμα εντονότερο κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα δεν υπάρχει οργανωμένο πρόγραμμα πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου που να καλύπτει και την άγονη γραμμή, αν και πληθώρα προληπτικών εξετάσεων αποζημιώνονται πλήρως από τον ασφαλιστικό οργανισμό για συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες που περιγράφονται λεπτομερώς στον ΕΚΠΥ. Συνεπώς, αν και στα μεγάλα αστικά κέντρα η πρόσβαση σε παρόχους υπηρεσιών υγείας είναι γρήγορη και εύκολη, η δυνατότητα πραγματοποίησης αυτών των εξετάσεων στις περιοχές της άγονης γραμμής είναι περιορισμένη απαιτώντας μεγάλες μετακινήσεις του πληθυσμού σε αστικά κέντρα. Αυτό το κενό ήρθε να καλύψει το ΙΣΝ το 2014 με την χρηματοδότηση των Ιατρικών Κινητών Μονάδων. Παρά τη μεγάλη δραστηριότητα των ΚΙΜ τα τελευταία χρόνια μέχρι σήμερα δεν έχει αναδειχθεί το κοινωνικό και οικονομικό όφελος του συγκεκριμένου προγράμματος. Υπό αυτή τη σκοπιά, σκοπός της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διατριβής αποτελεί η ανάδειξη τόσο του κοινωνικού όσο και του οικονομικού οφέλους των Κινητών Μονάδων στους κατοίκους των άγονων περιοχών της χώρας μας. Στόχος είναι να τονιστεί ότι μια χώρα όπως η Ελλάδα, με τέτοιο γεωγραφικό διαχωρισμό περιοχών, χρειάζεται ευελιξία στις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρει και αυτό μπορεί να το εξασφαλίσει με τις Κινητές Μονάδες. Η υπόθεση ήταν ότι οι ΚΙΜ-ΙΣΝ επηρεάζουν θετικά την υγεία και την ποιότητα ζωής των κατοίκων των άγονων περιοχών μέσω των προληπτικών εξετάσεων που πραγματοποιούν.

#### 5.2. Μεθοδολογία

Αναδρομικά θα αντληθούν από τα αρχεία του προγράμματος των ΚΙΜ-ΙΣΝ στοιχεία για τις προληπτικές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν το έτος 2022-2023.

Θα εκτιμηθεί το κόστος από την σκοπιά της κοινωνίας στη περίπτωση μη ύπαρξης των ΚΙΜ-ΙΣΝ αλλά και τα οφέλη από τις δράσεις τους. Οι εξετάσεις/δράσεις που επιλέχθηκαν να ερευνηθούν είναι: ψηφιακή μαστογραφία, μέτρηση οστικής πυκνότητας,

test PAP, ενδοκολπικός υπέρηχος, FoB test, ΗΚΓ, triplex καρδιάς, ακτινογραφία, υπέρηχος, αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, μικροεπεμβάσεις, αιμοδοσία και αιματολογικές εξετάσεις.

Για την εκτίμηση του κόστους χωρίς τις ΚΙΜ θα διερευνηθεί σε πόσες περιπτώσεις υπάρχει δυνατότητα πραγματοποίησης της εκάστοτε εξέτασης στην ίδια περιοχή, με δεδομένα που ισχύουν για το έτος (2023). Στη περίπτωση που δεν μπορούν να υλοποιηθούν οι εξετάσεις στην ίδια περιοχή, θα γίνει αναζήτηση των πλησιέστερων δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής των συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας και θα εκτιμηθεί το κόστος πραγματοποίησής τους (μεταφορικά κόστη, κόστος διαμονής όπου χρειάζεται). Λαμβάνοντας υπόψιν ότι οι κάτοικοι των νησιών έχουν στη πλειοψηφία τους δυνατότητα μετακίνησης κατά την χαμηλή τουριστική περίοδο, τα μεταφορικά έξοδα, όπου χρειάζεται ακτοπλοϊκή μεταφορά, θα υπολογιστούν από τις πλατφόρμες αναζήτησης εισιτηρίων κατά την περίοδο χαμηλού τουρισμού (Οκτώβρη-Μάιο). Για τις οδικές μετακινήσεις τα έξοδα ταξιδιού θα υπολογιστούν με βάση την τρέχουσα τιμή καυσίμου (1,80€/lt) και των διοδίων που πιθανών υπάρχουν. Επιπλέον, μέσω της παρακολούθησης των δρομολογίων θα συμπεράνουμε εάν χρειάζεται διαμονή και θα λάβουμε υπόψιν το ιδανικό σενάριο με το μικρότερο χρονικό διάστημα διανυκτέρευσης που χρειάζεται.

Για την εκτίμηση του κόστους που απαιτείται από τις ΚΙΜ-ΙΣΝ για τα έτη 2022-2023 θα ληφθούν υπόψιν τόσο τα έξοδα κεφαλαίου που αφορούν τον εξοπλισμό και τα οχήματα όσο και τα μεταβαλλόμενα έξοδα που αναφέρονται στο ανθρώπινο δυναμικό, τα φάρμακα και τα αναλώσιμα καθώς και τα έξοδα μετακίνησης, διαμονής και διατροφής. Η ανάλυση των στοιχείων θα πραγματοποιηθεί σε υπολογιστικά φύλλα excel.

### **5.3. Αποτελέσματα έρευνας**

Εξετάστηκαν 48 απομακρυσμένες περιοχές σε όλη την Ελλάδα τις οποίες επισκέφθηκαν οι ΚΙΜ-ΙΣΝ το διάστημα 2022-2023, 29 εκ των οποίων ήταν νησιά και 19 ορεινές περιοχές.

#### **5.3.1. Κόστος πραγματοποίησης εξετάσεων για τις ΚΙΜ-ΙΣΝ**

Το 2022 οι ΚΙΜ-ΙΣΝ πραγματοποίησαν 29 αποστολές εξετάζοντας 7.900 κατοίκους. Οι παρακλινικές εξετάσεις ανήλθαν στις 12.371.

Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα, τα περισσότερα ραντεβού προγραμματίστηκαν στην ορθοπαιδική ειδικότητα (2630), με την χειρουργική (2484), την οφθαλμολογική

(2412), την καρδιολογική (2077) και την γυναικολογική (1184) ειδικότητα να ακολουθούν.

Από την χειρουργική ειδικότητα πραγματοποιήθηκαν 1594 μαστογραφίες, 492 τεστ εντέρου (FOB test) και 214 υπέρηχοι. Οι ορθοπεδικοί προέβησαν σε 945 Μετρήσεις Οστικής Πυκνότητας και 2020 ακτινογραφίες. Οι καρδιολόγοι πραγματοποίησαν πλήρη καρδιολογικό έλεγχο σε 2071 εξεταζόμενους και οι γυναικολόγοι έλαβαν δείγματα για test PAP από 1079 εξεταζόμενες ενώ έκαναν 493 ενδοκολπικούς υπέρηχους. Οι ΚΙΜ-ΙΣΝ κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν 35 έκτακτα περιστατικά κατά τη διάρκεια των επισκέψεών τους. Επιπλέον, πραγματοποίησαν 171 μικροεπεμβάσεις. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα νούμερα που αφορούν την αιμοδοσία. Λαμβάνοντας υπόψιν τις ανάγκες της Ελλάδας σε αίμα, το γεγονός ότι δώρισαν αίμα 148 κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών έχει ύψιστη σημασία. Τέλος, εκπαιδεύτηκαν 229 κάτοικοι σε Α'βοήθειες.

### Πίνακας 5.3.1.1

#### Ραντεβού και εξετάσεις ανά ειδικότητα 2022

ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	→	ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ		
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	→	ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ	ΤΕΣΤ ΕΝΕΤΕΡΟΥ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ
2484		1594	492	214
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ	→	ΜΟΠ	ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ	
2630		945	2020	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	→	TRIPLEX ΚΑΡΔΙΑΣ	ΗΚΓ	
2077		2071	2069	
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	→	ΤΕΣΤ ΠΑΠ	ΕΝΔΟΚΟΛΠΙΚΟΙ ΥΠΕΡΗΧΟΙ	
1184		1079	493	
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ				
2412				
ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ				
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΙΚΩΝ		ΜΙΚΡΟΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ Α'ΒΟΗΘΕΙΩΝ
35		171	148	229

Το κόστος των εξετάσεων ανά εξεταζόμενο κυμαίνεται από 40,00€ έως 150,00€.

### Πίνακας 5.3.1.2

#### Διακύμανση κόστους εξετάσεων 2022

ΕΥΡΟΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΚΟΣΤΟΥΣ / ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟ	
ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	40,00 €
ΜΕΓΙΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	150,00 €

Από την μελέτη που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ότι κατά μέσο όρο, ο κάθε ασθενής προγραμματίζει 2 ραντεβού και υποβαλλόταν σε 2 παρακλινικές εξετάσεις. Το κόστος των παρεμβάσεων σε κάθε εξεταζόμενο, συμψηφίζοντας και όλες τις δαπάνες που απαιτούνται υπολογίστηκε σε 70€ ανά εξεταζόμενο.

### Πίνακας 5.3.1.3

#### Συνολικό κόστος ανά εξεταζόμενο 2022

ΚΟΣΤΟΣ / ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟ	70,00 €
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ / ΑΣΘΕΝΗ	2
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ / ΑΣΘΕΝΗ	2

Το 2023 υλοποιήθηκαν 27 αποστολές. Εξετάστηκαν 8.437 κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών, προγραμματίστηκαν 19.587 ραντεβού και έγιναν 14.777 παρακλινικές εξετάσεις.

Στον Πίνακα 5.3.1.4 φαίνονται αναλυτικότερα τα ραντεβού ανά ειδικότητα και οι εξετάσεις που έλαβαν χώρα κατά το 2023. Σε αντίθεση με το 2022, το 2023 η ειδικότητα με τις περισσότερες επισκέψεις ήταν η οφθαλμολογική (3117). Οι ορθοπεδικοί παραμένουν πολύ υψηλά σε ραντεβού (2898) και ακολουθούν οι χειρουργοί (2898), οι καρδιολόγοι (2064) και οι γυναικολόγοι (1119).

### Πίνακας 5.3.1.4

#### Ραντεβού και εξετάσεις ανά ειδικότητα 2023

ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ	→	ΒΑΣΙΚΕΣ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ		
ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ	→	ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ	ΤΕΣΤ ΕΝΤΕΡΟΥ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΥΠΕΡΗΧΟΣ
2734		1740	744	880
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟΣ	→	ΜΟΠ	ΑΚΤΙΝΟΓΡΑΦΙΕΣ	
2898		1264	2708	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΣ	→	TRIPLEX ΚΑΡΔΙΑΣ	ΗΚΓ	
2064		1967	1968	
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΣ	→	ΤΕΣΤ ΠΑΠ	ΕΝΔΟΚΟΛΠΙΚΟΙ ΥΠΕΡΗΧΟΙ	
1119		911	990	
ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΟΣ				
3117				
ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ				
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΙΚΩΝ	ΜΙΚΡΟΠΕΜΒΑΣΕΙΣ	ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ Α' ΒΟΗΘΕΙΩΝ	
58	103	18	196	

Όσον αφορά τις απεικονιστικές και μικροβιολογικές εξετάσεις, τα δεδομένα δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες μεταβολές σε σχέση με το 2022 ωστόσο φαίνεται μια αυξητική τάση. Πραγματοποιήθηκαν περισσότερες μαστογραφίες (1740), τεστ εντέρου (744), υπέρηχοι (880), μετρήσεις οστικής πυκνότητας (1967), ακτινογραφίες (2708) και ενδοκοιλιακοί υπέρηχοι (990). Ελαφρώς μειωμένες ήταν οι καρδιολογικές εξετάσεις (1968) και τα test PAP (911). Σημαντικές είναι και οι συνεχείς δράσεις εθελοντικής αιμοδοσίας (18) και εκπαιδεύσεων σε Α' βοήθειες (196).



Όπως φαίνεται στους παρακάτω Πίνακες 5.3.1.5 και 5.3.1.6, το εύρος του κόστους των εξετάσεων ανά εξεταζόμενο παρέμεινε ίδιο, με τους εξεταζόμενους να προγραμματίζουν 2 ραντεβού κατά μέσο όρο και να υπόκεινται σε 2 παρακλινικές εξετάσεις. Το συνολικό κόστος δαπανών ανά εξεταζόμενο παρέμεινε επίσης σταθερό (71,59€), με μη στατιστικώς σημαντική διαφορά από το προηγούμενο έτος.

**Πίνακας 5.3.1.5**

**Διακύμανση κόστους εξετάσεων 2023**

<b>ΕΥΡΟΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΚΟΣΤΟΥΣ / ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟ</b>	
ΕΛΑΧΙΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	<b>40,00 €</b>
ΜΕΓΙΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ	<b>150,00 €</b>

**Πίνακας 5.3.1.6**

**Συνολικό κόστος ανά εξεταζόμενο 2023**

<b>ΚΟΣΤΟΣ / ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟ</b>	<b>71,59 €</b>
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΡΑΝΤΕΒΟΥ / ΑΣΘΕΝΗ	2
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ / ΑΣΘΕΝΗ	2

Στον ακόλουθο Πίνακα 5.3.1.7 παρατίθενται οι περιοχές που επισκέφθηκαν οι ΚΙΜ-ΙΣΝ το 2022-2023 και ο αριθμός των εξεταζόμενων σε κάθε μία από αυτές. Οι αποστολές διήρκησαν κατά μέσο όρο 3-4 ημέρες. Το συνολικό ποσοστό των κατοίκων που εξετάστηκαν σε δύο έτη ανέρχεται στο 32,38%. Απεικονιστικές και μικροβιολογικές εξετάσεις υλοποιήθηκαν σε 74,58% των προγραμματισμένων ραντεβού.

Εμβαθύνοντας περισσότερο στις διαγνωστικές εξετάσεις και στις εκπαιδευτικές δράσεις των ΚΙΜ-ΙΣΝ τα δύο έτη που μελετήθηκαν, στον Πίνακα 5.3.1.8, γίνεται κατανοητό ποιες είναι αυτές που χρειάζονται περισσότερο οι κάτοικοι των άγονων περιοχών. Την πρώτη θέση κατέχουν οι ακτινογραφίες (4728) με τις καρδιολογικές εξετάσεις (U/S (4038), ΗΚΓ (4037)) να ακολουθούν. Οι μαστογραφίες επίσης πραγματοποιούνται σε μεγάλο αριθμό (3334) και οι Μετρήσεις Οστικής Πυκνότητας ακολουθούν (2209). Τα test PAP βρίσκονται στην 6<sup>η</sup> θέση (1990), οι αιματολογικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε σε 1553 περιπτώσεις και στη συνέχεια έχουμε τους ενδοκολπικούς υπερήχους (1483). Επιπλέον, σημαντικός αριθμός FOB test υλοποιήθηκε (1236) εκ των οποίων το 3% βρέθηκε θετικό. Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζουν και οι υπόλοιπες εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν όπως οι σπιρομετρήσεις (725), η μέτρηση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (358), ο οφθαλμολογικός έλεγχος σε παιδιά (49) και η διατροφική τους αξιολόγηση (47). Ιδιαίτερη σημασία έχουν και οι πρωτοβουλίες των ΚΙΜ-ΙΣΝ πέρα από τα αυστηρά πλαίσια της κλινικής εξέτασης και των εργαστηριακών

εξετάσεων. Τέτοιες δράσεις απαρτίζονται από την δημιουργία Τράπεζας Αίματος μέσω της αιμοδοσίας για τους κατοίκους των άγονων περιοχών, με 166 μονάδες αίματος, τα μαθήματα πρώτων βοηθειών σε 425 κατοίκους και η εκπαίδευση στην διατροφή και την ποιότητα ζωής σε 16 κατοίκους. Κατά την διάρκεια των δύο ετών 2022-2023 οι ΚΙΜ-ΙΣΝ κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν 93 έκτακτα περιστατικά και από τις προληπτικές εξετάσεις ανευρέθηκαν 9 περιστατικά ύποπτα για κακοήθεια.

### Πίνακας 5.3.1.7

#### Επισκέψεις ΚΙΜ-ΙΣΝ 2022-2023

ΑΡΙΘ. ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ	ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ	ΕΝΑΡΞΗ	ΛΗΞΗ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ	ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟΙ	ΠΑΝΤΕΒΟΥ	ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΑΚΛΗΤΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
					<b>16337</b>	<b>36401</b>	<b>27148</b>
105	Σέρφος	20/1/22	23/1/22	700	291	605	480
106	Άγιος Ευστράτιος	4/2/22	6/2/22	200	145	346	353
107	Πάτιμος	25/2/22	1/3/22	2000	475	797	594
108	Λειψοί	2/3/22	4/2/22	600	273	498	370
109	Αρεόπολη	19/3/22	21/3/22	1170	432	789	565
110	Σιδηρόκαστρο	1/4/22	3/4/22	600	228	656	402
111	Δονούσα	27/1/22	31/1/22	100	85	224	153
112	Αστυπάλαια	15/4/22	18/4/22	800	462	859	523
113	Νίσυρος	6/5/22	8/5/22	600	274	524	353
114	Τρόπαια	13/5/22	16/5/22	300	339	680	634
115	Ράχες Ικαρίας	21/5/22	23/5/22	1200	556	1053	701
116	Σαμοθράκη	4/6/22	7/6/22	1900	322	656	481
117	Καστελόριφω	17/6/22	20/6/22	446	168	350	218
118	Οργάνη	25/6/22	29/6/22	511	202	555	473
119	Μέγα Λέρειο	30/7/22	1/7/22	530	158	401	316
120	Κάσος	8/7/22	13/7/22	700	292	551	524
121	Λαμιάς Πρεσπών	22/7/22	24/7/22	185	301	623	491
122	Σίκκος	4/9/22	6/9/22	150	105	250	158
123	ΓΡΑΝΙΤΑ	16/9/22	18/9/22	800	372	1036	833
124	Τήλος	22/9/22	27/9/22	400	300	630	408
125	Βουργαρέλι	5/10/22	8/10/22	582	257	576	415
126	Χαλκιάπολοι	9/10/22	12/10/22	600	382	756	596
127	Ιθάκη	20/10/22	24/10/22	2000	512	861	722
128	Αγαθονήσι	4/11/22	7/11/22	100	81	278	198
129	Ανάφη	18/11/22	21/11/22	150	120	371	200
130	Ιος	24/11/22	28/11/22	1500	268	599	326
131	Σχοινούσα	3/12/22	5/12/22	150	75	246	184
132	Ψαρά	9/12/22	12/12/22	250	142	360	222
133	Πρόμαχοι Αριδαίας	16/12/22	20/12/22	1000	283	684	478
134	Μαντούδι	11/1/23	15/1/23	1000	480	1035	771
135	Φολέγανδρος	18/1/23	21/1/23	350	220	454	293
136	Άγαντα	26/1/23	29/1/23	350	191	488	415
137	Αριστομένης	2/2/23	5/2/23	1000	291	807	448
138	Αλόνησος	9/2/23	14/2/23	1500	432	936	749
139	Σύμη	2/3/23	7/3/23	1500	442	949	777
140	Κίμωλος	15/3/23	19/3/23	300	184	508	341
141	Φούρνοι	30/3/23	2/4/23	600	264	670	533
142	Αμοργός	6/4/23	11/4/23	1500	350	729	348
143	Λιδωρική	21/4/23	24/4/23	400	289	527	448
144	Αγ. Ευστράτιος	28/4/23	2/5/23	170	124	416	292
145	Σίφνος	4/5/23	9/5/23	2000	396	774	574
146	Κύθηρα	12/5/23	16/5/23	3000	433	848	459
147	Σκύρος	25/5/23	30/5/23	2500	512	1114	1014
148	Ιστιαία	8/6/23	12/6/23	2000	283	349	181
149	Γκούρα - Μοσιά	29/6/23	2/7/23	700	243	740	739
150	Δεσκάτη Γρεβενών	20/7/23	25/7/23	3000	291	667	466
151	Παρανέστι	7/9/23	10/9/23	500	234	723	645
152	Νευροκόπι	11/9/23	14/9/23	1500	290	562	544
153	Τρόπαια	21/9/23	25/9/23	500	303	911	778
154	Ράχες Ικαρίας	28/9/23	3/10/23	1200	539	1228	964
155	Δονούσα	19/10/23	22/10/23	130	97	283	263
156	Πάτιμος	3/11/23	8/11/23	2000	468	1070	623
157	Σέρφος	15/11/23	19/11/23	500	242	640	448
158	Αρεόπολη	29/11/23	3/12/23	1170	441	1151	997
159	Νίσυρος	7/12/23	11/12/23	600	222	512	325
160	Τήλος	14/12/23	18/12/23	250	176	496	342

Το ποσοστό των εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν και αφορούν αποκλειστικά ενήλικες γυναίκες ανέρχεται σε 25,06%. Οι εξετάσεις που αποσκοπούσαν στον έλεγχο υγείας των ανήλικων κατοίκων κατέχουν το 0,35% των συνολικών εξετάσεων. Τέλος το ποσοστό των εξετάσεων που έλαβαν χώρα ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας αγγίζει το ποσοστό 74,57%.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι ο σκοπός των δράσεων ΠΦΥ, όπως οι ΚΙΜ, δεν είναι η αλόγιστη χρήση των ιατρικών διαγνωστικών μέσων αλλά η εμπεριστατωμένη και εξατομικευμένη εφαρμογή τους. Τα πεδία εφαρμογής τους καλύπτουν τη πρόληψη, την εκπαίδευση, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την παρακολούθηση της υγείας επομένως δεν χρήζουν όλες οι περιπτώσεις διαγνωστικών εξετάσεων. Άλλωστε για να υλοποιηθεί μια στρατηγική και να έχει αποτελεσματικότητα και διάρκεια πρέπει να συνδυάζει το κοινωνικό όφελος και το cost effectiveness. Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται σαφώς η συνεισφορά των ΚΙΜ τόσο στο σύνολο των κατοίκων των άγονων περιοχών όσο και σε μεμονωμένες ομάδες ατόμων, όπως οι γυναίκες και τα παιδιά.

**Πίνακας 5.3.1.8**  
**Παρακλινικές εξετάσεις ανά περιοχή**

ΠΡΟΪΚΣΜΟΣ	ΜΑΙΣΤ/ΦΙ Α	ΜΟΠ	Ro	ΤΕΣΤ ΠΑΠ	ΣΠ/Ρ/ΣΕΙΣ	ΗΒα1c	U/S ΚΑΡΜΑΞ	ΗΚΓ	U/S	U/S ΕΝΔ/ΚΟΙ	FOBT/TEST	FOBT ΘΕΤΙΚΑ	ΟΦΘΑΛΜ ΟΛΟΠΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ	ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ	ΕΞΕΤΑΣΕΙ ΣΕ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΜΙΚΡΟΒΙΕ ΜΒΑΣΕΙΣ	ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΡΧΕΙΟΥ – ΠΑ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΜΒΕΣΤΗΣ ΜΑΙΣΤΟΓΡΑΦΙΑ Σ	ΥΠΟΠΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΚΑΚΟΗΘΕΙΑΣ	ΑΙΜΟΔΟΣΙ Α	ΕΚΤΑΚΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚ Α	*Μέθυσια Α' βοηθειών	Διατροφή και Ποσότητα ζωής	
	3334	2209	4728	1990	725	358	4038	4037	1094	1483	1236	38	49	47	1553	274	15	9	166	93	425	16	
Σέριφος	44	31	118	31		20	96	96		32	11					4				1			
Άγιος Ευστράτιος	31	27	75	14	25	19	51	51			12				44	4						15	
Πάτιμος	79	42	230	50			110	110			36	16										40	
Λειψοί	36	22	30	22		18	77	77			11				95			40		1	10	10	
Αρέοπολη	69	42	81	64	37	11	88	88		61	24	4											
Σιδηρόκαστρο	78	66		57	37	4	75	75			14	0											
Δοκούσα	18	10	8	18	18		30	30				1	1		20	3							
Αστυπάλαια	59	54	192	64	11	22					31				98	30					1	30	
Νίσυρος	35	19		32	57		66	69		36	9					18					1	15	
Τρόπαια	92	0	76	57	31		99	99	6		32	2			143	11							
Ράχες Ικαρίας	99	52	169	54	66		88	88	65		20	2				14	4			2	14		
Σαμοθράκη	96	49		77		15	112	112			19	1				8	4	1			2	9	
Καστελόριζο	22	8	35	15		11	51	51	21		4					4					2	39	
Οργάνη	61	15	135	50		17	85	85			23					1							
Μέγα Δέρεο	41	17	82	30		9	59	59			19	3				12					1		
Κάσος	50	43	198	23		18	81	81			32	2				11	1	2			5		
Λαμιός Πρεσπών	85	56	53	30	30	12	86	86		40	13					4						12	
Σίκκος	29	17	17	7		2	43	43								1			11				
Γραντσά	36	53	152	44		18	147	147		55	57				126	1			46				
Τήλος	48	31	32	32		12	81	81			11				80	9	1		29			12	
Βουραγρέλι	89	50	25	65			93	93													6		
Χαλκιόπουλοι	104	35		60			99	99			63				136						4		
Ιθάκη	91	70	168	56			87	87	71	61	32	1				17	2			5	10		
Αγαθονήσι	16	11	14	9	14	10	38	38			21				27								
Ανάφη	9		16	7	24	10	38	38	8		3				39	3	1		22	1			
Ίος	58	66	1	51					43	45	62	1				13				2			
Σπανούσα	11	6	27	11		8	31	31			12	5			22	3						8	
Ψαρά	16	6	9	9			75	70			10				27							15	
Πρόμαχοι Αριάδα	92	47	77	40			85	85			52										1		
Μαντούδι	186	79	41	61			167	167			70												
Φολέγανδρος	33	18	33	17			62	62			22				44	1				1			
Άγναντα	40	27	69	33			80	80			37	50	6			1						80	
Αριστομένης	62	27	35	27		12	135	135			15												
Αλόνησος	108	40	182	67	45	2	82	82	48	85	10	1			6	2				2	20	6	
Σύμη	74	23	122	52		8	147	147	76	63	64	2			6	6				2	33		
Κίμωνας	28	27	72	3	22	15	72	72			16	5			60								
Φούρναι	49	49	34	34		23					36					111	2		18	1			
Αμοργός	40	39	123	23	20	17				36	51					4		1		5	5		
Λιδωρία	47		65	46	39		76	76			51	48				8		4					
Αγ. Ευστράτιος	34	12	17	28	20	12	51	52							66		1						
Σίφνος	61	17	67	39	24		122	122	56	62	4					1					6		
Κύθηρα	83	88	126	36						52	74										2		
Σκύρος	65	56	212	64			116	116	49	75	106	7			111	8					13		
Ιστιαία	181																						
Γκούρα - Μοσιά	57	29	162	44	45		101	101		53	45				101								
Δεσκάτη Γρεβενών	70	67	56				105	105	44		19					6					2		
Παρανήσι	40	54	139	38			99	99	69	49	58	3				4					3		
Νευροκόπι	63	157	194						26		80	2				1							
Τρόπαια	72	39	54	58	41		100	100	65	37	54				99	12					5		
Ράχες Ικαρίας	61	135	230	43	46	14	86	86	46	44	39		49	47	89	3				3	10		
Δοκούσα	12	34	37	14			33	33	46						15				0				
Πάτιμος	75	120	195	45		13			104	62	9					13					6	17	
Σέριφος	36		92	28	28		100	100		38	5					14					2	31	
Αρέοπολη	88	97	279	54	45	6	108	108	119	68	8					12					2		
Νίσυρος	33	15	40	28			55	55	58	34											2		
Τήλος	42	15	32	29			70	70	74							1					1		

### 5.3.2. Ανάλυση κόστους εξετάσεων χωρίς τις ΚΙΜ-ΙΣΝ

Στην ενότητα αυτή θα αναλύσουμε το κόστος που θα κληθούν να πληρώσουν οι κάτοικοι των άγονων περιοχών που επισκέφθηκαν οι ΚΙΜ-ΙΣΝ το 2022-2023 σε περίπτωση που δεν γίνονταν οι συγκεκριμένες αποστολές.

Ξεκινώντας από τον δημόσιο τομέα παρατηρούμε ότι σε καμία απομακρυσμένη περιοχή δεν πραγματοποιούνται όλες οι εξετάσεις στο ίδιο μέρος. Στον Πίνακα 5.3.2.1 φαίνεται για κάθε περιοχή πόσες εξετάσεις από τις 13 γίνονται σε διαφορετικό μέρος. Από τα στοιχεία που συλλέχθηκαν συνάγεται ότι το 73,71% των εξετάσεων γίνονται σε διαφορετική περιοχή και μόλις το 26,28% των εξετάσεων πραγματοποιούνται στην ίδια περιοχή. Στις περιοχές Αριστομένη και Γρανιτσά δεν υπάρχει δυνατότητα καμίας εξέτασης με αποτέλεσμα οι κάτοικοι ακόμα και για ένα έκτατο συμβάν να μετακινούνται υποχρεωτικά. Στο 47,91% των περιοχών γίνεται μόνο 1 εξέταση στο ίδιο μέρος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιοχών όπου για τις 12 από τις 13 εξετάσεις απαιτείται μετακίνηση είναι νησιά (73,2%), με τις ορεινές να παρουσιάζουν μια καλύτερη εικόνα (26,28%).

**Πίνακας 5.3.2.1**

#### Αριθμός εξετάσεων σε δημόσιο φορέα

Τοποθεσίες	Ίδια περιοχή	Διαφορετική περιοχή	Grand Total
Αγαθονήσι	1	12	13
Άγιος Ευστράτιος	1	12	13
Άγναντα	1	12	13
Αλώνησος	1	12	13
Αμοργός	4	9	13
Ανάφη	1	12	13
Αρέοπολη	9	4	13
Αριστομένης		13	13
Αστιπάλαια	7	6	13
Βουλαγέλι	4	9	13
Γκούρα-Μοσιά	5	8	13
Γρανιτσά		13	13
Δεσκάτη Γρεβενών	3	10	13
Δορούσα	1	12	13
Επταχώρι	1	12	13
Ιθάκη	7	6	13
Ιος	5	8	13
Ιστιαία	6	7	13
Κάσος	1	12	13
Καστελλόριζο	1	12	13
Κίμωλος	1	12	13
Κύθηρα	8	5	13
Κως	11	2	13
Λευψοί	1	12	13
Λιδωρίκι	7	6	13
Μαντούδι	5	8	13
Μέγα Δέρεο	1	12	13
Νευροκόπι	4	9	13
Νίσυρος	1	12	13
Οργάνη	1	12	13
Παρανέστι	4	9	13
Πάτμος	11	2	13
Πρόμαχοι Αριδαίας	1	12	13
Ράχες Ικαρίας	8	5	13
Σαμοθράκη	10	3	13
Σέρφκος	1	12	13
Σιδηρόκαστρο	7	6	13
Σίκινος	1	12	13
Σίφνος	4	9	13
Σκύρος	3	10	13
Σύμη	1	12	13
Σχοινούσα	1	12	13
Τήλος	1	12	13
Τρόπαια	4	9	13
Φολέγανδρος	1	12	13
Φούρνοι	1	12	13
Χαλκίοπουλοι	5	8	13
Ψαρά	1	12	13
(blank)			
<b>Grand Total</b>	<b>164</b>	<b>460</b>	<b>624</b>

Στον ιδιωτικό τομέα στον Πίνακα 5.3.2.2, λαμβάνοντας υπόψιν ότι η διαδικασία της αιμοδοσίας δεν εφαρμόζεται ιδιωτικά, άρα το σύνολο των εξετάσεων προσαρμόζεται σε 12, βλέπουμε σημαντικές διαφορές. Υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται για τις εξετάσεις που γίνονται σε διαφορετική περιοχή, ποσοστό που αγγίζει το 90,97%. Μόλις το 9,02% γίνεται στην ίδια περιοχή. Παρόλα αυτά σε δύο απομακρυσμένες περιοχές, την Ιστιαία και την Κω, υλοποιούνται όλες οι εξετάσεις στην ίδια περιοχή με αποτέλεσμα οι κάτοικοι που επιλέγουν αν τις πραγματοποιήσουν ιδιωτικά να μην χρειάζεται να μετακινηθούν. Σημαντικό και ταυτόχρονα ανησυχητικό είναι το εύρημα ότι σε 38 από τις 48 περιοχές δεν γίνεται καμία εξέταση ιδιωτικά στην ίδια περιοχή. Από αυτές, το 60,52% είναι απομακρυσμένα νησιά και το 39,47% είναι ορεινές περιοχές.

**Πίνακας 5.3.2.2**

**Αριθμός εξετάσεων σε ιδιωτικό φορέα**

Τοποθεσίες	Ιδία περιοχή	Διαφορετική περιοχή	Grand Total
Αγαθονήσι		12	13
Άγιος Ευστράτιος		12	13
Άγναντα		12	13
Αλόνησος	9	3	13
Αμοργός		12	13
Ανάφη		12	13
Αρεόπολη		12	13
Αριστομένης		12	13
Αστυπάλαια		12	13
Βουλγαρέλι		12	13
Γκούρα-Μοσιά	2	10	13
Γρανιτά		12	13
Δεσκάτη Γρεβενών		12	13
Δονούσα		12	13
Επταχώρι		12	13
Ιθάκη	1	11	13
Ιος	1	11	13
Ιστιαία	12		13
Κάσος		12	13
Καστελλόριζο		12	13
Κίμωλος		12	13
Κύθηρα	4	8	13
Κως	12		13
Λειψοί		12	13
Λιδωφίτι	2	10	13
Μαντούδι	2	10	13
Μέγα Δέρειο		12	13
Νευροκόπι		12	13
Νίσυρος		12	13
Οργάνη		12	13
Παρανέστι		12	13
Πάτμος		12	13
Πρόμαχοι Αριδαίας		12	13
Ράχες Ικαρίας		12	13
Σαμοθράκη		12	13
Σέριφος		12	13
Σιδηρόκαστρο	7	5	13
Σίκινος		12	13
Σίφνος		12	13
Σκύρος		12	13
Σύμη		12	13
Σχοινούσα		12	13
Τήλος		12	13
Τρόπαια		12	13
Φαλέγανδρος		12	13
Φούρνοι		12	13
Χαλκίοπουλοι		12	13
Ψαρά		12	13
(blank)			
<b>Grand Total</b>	<b>52</b>	<b>524</b>	<b>624</b>

Μελετώντας τους συνδυασμούς των περιοχών που πρέπει να κάνουν οι κάτοικοι των άγονων περιοχών εάν θέλουν να υποβληθούν σε όλες τις προληπτικές εξετάσεις όσο και το κόστος των μετακινήσεων οδηγήθηκαν στα κάτωθι συμπεράσματα.

Για την πραγματοποίηση όλων των εξετάσεων σε δημόσιες δομές οι κάτοικοι πρέπει να μετακινηθούν σε 1, 2, ή 3 διαφορετικές περιοχές σε ποσοστά 40,81%, 42,85% και 16,32% αντίστοιχα. Η μέση απόσταση που θα κληθούν να διανύσουν είναι 64 χιλιόμετρα με μέσο όρο διαμονής 1 ημέρα. Ο μέσος όρος του κόστους μετακίνησης ανέρχεται στα 18€ και διαμονής 72€. Οι κάτοικοι των περιοχών Ανάφη, Αστυπάλαια, Καστελόριζο και Τρόπαια αναγκάζονται να διανύσουν τη μεγαλύτερη χιλιομετρική απόσταση (131 χλμ), με αυτούς που διαμένουν στην Ιστιαία και στη Σίφνο να ακολουθούν (130 χλμ και 128 χλμ αντίστοιχα). Παρατηρούμε ότι στις ορεινές περιοχές δεν απαιτείται διαμονή ενώ στο 65,5% των νησιών απαιτείται διαμονή  $\geq 1$  ημέρας. Οι περισσότερες ημέρες διαμονής που απαιτούνται εντοπίζονται στο Αγαθονήσι (7 ημέρες), στη Σέριφο (6 ημέρες), στη Φολέγανδρο (4 ημέρες) και στους Φούρνους (3 ημέρες) (Πίνακας 5.3.2.3).

**Πίνακας 5.3.2.3**

**Εξετάσεις σε δημόσιο φορέα-απόσταση-κόστος**

ΤΟΠΟΣ	ΔΗΜΟΣΙΟ-ΜΕΤΑΚΙΝ	Count of ΕΞΕΤΑΣΗ	Distinct Count of ΔΗΜΟΣΙΟ-ΤΟΠΟΣ	Average of ΔΗΜΟΣΙΟ - ΑΠΟΣΤΑΣΗ (ΑΡΙΘΜΟΣ)	Average of ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ	Average of ΔΗΜ. ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (av)	ΔΗΜ- ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (av)	
<input type="checkbox"/> Αγαθονήσι		1	12	3	71	7	41	111
<input type="checkbox"/> Άγιος Ευστράτιος		1	12	2	37	1	16	10
<input type="checkbox"/> Άγιονα		2	12	2	55	0	7	0
<input type="checkbox"/> Αλόνησος		1	12	3	75	2	28	123
<input type="checkbox"/> Αμοργός		1	9	3	75	1	48	227
<input type="checkbox"/> Ανάφη		1	12	2	131	2	16	259
<input type="checkbox"/> Αρεόπολη		2	4	1	60	0	8	0
<input type="checkbox"/> Αριστομένης		2	13	2	38	0	5	0
<input type="checkbox"/> Αστυπάλαια		1	6	3	131	1	32	80
<input type="checkbox"/> Βουλγαρέλι		2	9	2	74	0	9	0
<input type="checkbox"/> Γαύρα-Μοσιά		2	8	2	99	0	18	0
<input type="checkbox"/> Γρανιτά		2	13	1	71	0	10	0
<input type="checkbox"/> Δεκάτη Γρεβενών		2	10	1	47	0	8	0
<input type="checkbox"/> Δονούσα		1	12	2	60	0	25	14
<input type="checkbox"/> Επταχώρι		2	12	2	47	0	8	0
<input type="checkbox"/> Ήθακη		1	6	1	9	0	5	0
<input type="checkbox"/> Ίος		1	8	3	52	1	43	55
<input type="checkbox"/> Ιστιαία		2	7	2	130	0	21	0
<input type="checkbox"/> Κάσος		1	12	2	64	1	20	165
<input type="checkbox"/> Καστελόριζο		1	12	1	131	1	35	301
<input type="checkbox"/> Κίμωλος		1	12	3	67	1	15	176
<input type="checkbox"/> Κύθηρα		3	5	1	115	1	18	111
<input type="checkbox"/> Κως		1	2	1	52	0	30	0
<input type="checkbox"/> Λειψοί		1	12	3	47	0	20	75
<input type="checkbox"/> Λιδωρίκι		2	6	2	86	0	17	0
<input type="checkbox"/> Μανταλάκι		2	8	2	76	0	12	0
<input type="checkbox"/> Μέγα Δέριο		2	12	1	74	0	13	0
<input type="checkbox"/> Νευροκόπι		2	9	3	61	0	7	0
<input type="checkbox"/> Νίσυρος		1	12	2	50	1	18	143
<input type="checkbox"/> Οργάνη		2	12	1	43	0	6	0
<input type="checkbox"/> Παρηνέσι		2	9	1	62	0	9	0
<input type="checkbox"/> Πάτμος		1	2	2	38	1	18	69
<input type="checkbox"/> Πρόμαχοι Αριδαίας		2	12	2	37	0	5	0
<input type="checkbox"/> Ράχες Ικαρίας		1	5	1	19	2	15	138
<input type="checkbox"/> Σαμοθράκη		1	3	1	54	0	15	0
<input type="checkbox"/> Σέριφος		1	12	2	52	6	19	170
<input type="checkbox"/> Σιδερόκαστρο		2	6	2	38	0	9	0
<input type="checkbox"/> Σίκανος		1	12	1	44	1	15	301
<input type="checkbox"/> Σίφνος		1	9	2	128	1	21	167
<input type="checkbox"/> Σκύρος		1	9	1	44	0	20	0
<input type="checkbox"/> Σκύρος		3	1	1	117	0	13	0
<input type="checkbox"/> Σύμη		1	12	1	37	0	20	0
<input type="checkbox"/> Σχοινούσα		1	12	2	39	0	20	7
<input type="checkbox"/> Τήλος		1	12	2	56	0	16	0
<input type="checkbox"/> Τρόπαια		2	9	1	131	0	19	0
<input type="checkbox"/> Φολέγανδρος		1	12	1	52	4	55	301
<input type="checkbox"/> Φούρνου		1	12	2	9	3	15	128
<input type="checkbox"/> Χαλκιδεοί		2	8	1	75	0	9	0
<input type="checkbox"/> Ψαρά		1	12	1	47	0	15	0
<b>Grand Total</b>			<b>460</b>	<b>39</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>72</b>

Στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα, όπως καταγράφεται στον παρακάτω πίνακα δεν παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στα αποτελέσματα. Οι κάτοικοι που θα επιλέξουν να κάνουν τις εξετάσεις σε ιδιωτικές δομές θα χρειαστεί να μετακινηθούν σε 1 ή 2 διαφορετικές τοποθεσίες σε ποσοστό 82,22% και 20% αντίστοιχα. Σαφώς το ποσοστό μετακίνησης σε μια μόνο διαφορετική περιοχή είναι πολύ μεγαλύτερο από την περίπτωση του δημοσίου. Ο μέσος όρος χιλιομετρικής απόστασης που πρέπει να διανύσουν είναι 58 χλμ. Και σε αυτή τη περίπτωση, όπως και στου δημοσίου, χρειάζεται κατά μέσο όρο 1 ημέρα διαμονής. Δεν βρέθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές στα κόστη μετακίνησης και διαμονής. Ο μέσος όρος του κόστους μετακίνησης υπολογίζεται στα 17€ ενώ για την διαμονή αγγίζει τα 63€. Στην περίπτωση αυτή όμως προστίθεται και το κόστος της κάθε εξέτασης η οποία ποικίλει στα διαγνωστικά κέντρα και προσαρμόζεται ατομικά με βάση το ποσοστό κάλυψής από τον ΕΟΠΠΥ. Τις μεγαλύτερες αποστάσεις καλούνται να διανύσουν οι κάτοικοι της Σκύρου (154 χλμ), της Τρόπαιας (131 χλμ) και του Καστελόριζου (131 χλμ). Ομοίως με την δημόσια επιλογή, στις ορεινές περιοχές δεν απαιτείται διαμονή.

### Πίνακας 5.3.2.4

#### Εξετάσεις σε ιδιωτικό φορέα-απόσταση-κόστος

ΤΟΠΟΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ - ΜΕΤΑΚΙΝ	of ΕΞΕΤΑΣ Η	Count of ΙΔΙΩΤΙΚΟ -ΤΟΠΟΣ	Average of ΙΔΙΩΤΙΚΟ - ΑΠΟΣΤΑΣΗ (num)	ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ	ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (avg)	ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (avg)
<input type="checkbox"/> Άγιος Ευστάθιος	1	12	2	37	1	16	9
<input type="checkbox"/> Αλώνησος	1	3	1	31	1	15	168
<input type="checkbox"/> Ίος	1	11	1	39	0	40	0
<input type="checkbox"/> Κύθηρα	3	8	1	115	1	18	111
<input type="checkbox"/> Γκούρα-Μοσιά	2	10	1	98	0	18	0
<input type="checkbox"/> Ιθάκη	1	11	1	9	0	5	0
<input type="checkbox"/> Λιβαριά	2	10	1	75	0	8	0
<input type="checkbox"/> Μαντούδι	2	10	1	57	0	8	0
<input type="checkbox"/> Σιδηρόκαστρο	2	5	1	27	0	4	0
<input type="checkbox"/> Αγαθονήσι	1	12	2	61	7	49	86
<input type="checkbox"/> Άγναντα	2	12	1	55	0	7	0
<input type="checkbox"/> Αμοργός	1	12	1	46	0	30	0
<input type="checkbox"/> Ανάφη	1	12	1	78	2	15	266
<input type="checkbox"/> Αρεόπολη	2	12	1	60	0	8	0
<input type="checkbox"/> Αριστομένης	2	12	2	23	0	4	0
<input type="checkbox"/> Αστυπάλαια	1	12	2	74	0	30	46
<input type="checkbox"/> Βουλαγρέλι	2	12	1	59	0	9	0
<input type="checkbox"/> Γρανιτά	2	12	1	100	0	20	0
<input type="checkbox"/> Δεσκάτη Γρεβεν	2	12	2	50	0	8	0
<input type="checkbox"/> Δονούσα	1	12	1	28	0	15	0
<input type="checkbox"/> Εκταχάρι	2	12	2	47	0	8	0
<input type="checkbox"/> Κάσος	1	12	2	61	1	18	183
<input type="checkbox"/> Καστελόριζο	1	12	1	131	1	35	301
<input type="checkbox"/> Κίμωλος	1	12	2	63	1	15	185
<input type="checkbox"/> Λειψοί	1	12	1	70	1	30	138
<input type="checkbox"/> Μέγα Λέρειο	2	12	1	74	0	13	0
<input type="checkbox"/> Νευροκόπι	2	12	1	54	0	6	0
<input type="checkbox"/> Νίσυρος	1	12	1	33	1	15	111
<input type="checkbox"/> Οργάνη	2	12	1	43	0	6	0
<input type="checkbox"/> Παρηνέσι	2	12	1	62	0	9	0
<input type="checkbox"/> Πάτρας	1	12	2	50	1	20	80
<input type="checkbox"/> Πρόμαχοι Αριδα	2	12	1	33	0	5	0
<input type="checkbox"/> Ράχες Ικαρίας	1	12	1	19	2	15	138
<input type="checkbox"/> Σαμοθράκη	1	12	1	54	0	15	0
<input type="checkbox"/> Σέριφος	1	12	1	50	6	15	178
<input type="checkbox"/> Σίκινος	1	12	1	44	1	15	301
<input type="checkbox"/> Σίφνος	1	12	1	56	1	15	178
<input type="checkbox"/> Σκύρος	3	12	1	154	0	13	0
<input type="checkbox"/> Σύμη	1	12	1	37	0	20	0
<input type="checkbox"/> Σχοινούσα	1	12	1	31	0	15	0
<input type="checkbox"/> Τήλος	1	12	1	48	0	15	0
<input type="checkbox"/> Τρόπαια	2	12	1	131	0	19	0
<input type="checkbox"/> Φολέγανδρος	1	12	1	52	4	55	301
<input type="checkbox"/> Φούρνοι	1	12	1	11	2	15	138
<input type="checkbox"/> Χαλκόπουλοι	2	12	1	64	0	15	0
<input type="checkbox"/> Ψαρά	1	12	1	47	0	15	0
<b>Grand Total</b>		<b>524</b>	<b>31</b>	<b>58</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>63</b>

Από την άλλη, η εικόνα είναι ίδια και στα νησιά όπου οι κάτοικοι στο Αγαθονήσι για να πραγματοποιήσουν τις προληπτικές εξετάσεις τους θα πρέπει να διανυκτερεύσουν για 7 ημέρες σε διαφορετική περιοχή, στη Σέριφο 6 ημέρες, στη Φολέγανδρο 4 και στους Φούρνους 3 ημέρες.

Χωρίζοντας τις άγονες περιοχές γεωγραφικά σε νησιά και ορεινές, συμπεραίνουμε ότι όσον αφορά τα νησιά οι τρόποι μετακίνησης είναι δύο: μόνο με πλοίο και με συνδυασμό πλοίου και οδικής μετακίνησης. Η διαφορά που εντοπίζουμε ανάμεσα στην πραγματοποίηση των εξετάσεων σε δημόσιο και ιδιωτικό φορέα είναι στην περίπτωση των κατοίκων που πρέπει να μετακινηθούν με τον συνδυασμό των μεταφορικών μέσων. Στην περίπτωση του δημοσίου οι κάτοικοι πρέπει να διαμείνουν τουλάχιστον 1 ημέρα στον τόπο μετακίνησης ενώ στην περίπτωση του ιδιωτικού δεν χρειάζεται διαμονή. Στα υπόλοιπα στοιχεία δεν παρατηρούμε μεγάλες διαφορές, με τα κόστη για τους κατοίκους των νησιών να είναι σαφώς υψηλότερα από τους κατοίκους των ορεινών περιοχών. Και στις δύο περιπτώσεις επίσης την μεγαλύτερη χιλιομετρική απόσταση πρέπει να διανύσουν οι κάτοικοι που θα χρησιμοποιήσουν δυο μέσα μετακίνησης (Πίνακες 5.3.2.5, 5.3.2.6).

**Πίνακας 5.3.2.5**

**Νησιά-Ορεινές περιοχές για δημόσιες προληπτικές εξετάσεις**

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΔΗΜΟΣΙΟ-ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ	Distinct Count of ΕΞΕΤΑΣΗ	Distinct Count of ΔΗΜΟΣΙΟ -ΤΟΠΟΣ	Average of ΔΗΜΟΣΙΟ - ΑΠΟΣΤΑΣΗ (ΑΡΙΘΜΟΣ)	Average of ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ	Average of ΔΗΜ. ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (av)	Average of ΔΗΜ- ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (av)
☐ Νησί	1	12	21	61	1	24	119
☐ Νησί	3	5	2	115	1	17	93
☐ Ορεινή	2	13	20	66	0	10	0
<b>Grand Total</b>		<b>13</b>	<b>39</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>72</b>

**Πίνακας 5.3.2.6**

**Νησιά-Ορεινές περιοχές για ιδιωτικές προληπτικές εξετάσεις**

ΠΕΡΙΟΧΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ - ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ	Distinct Count of ΕΞΕΤΑΣΗ	Distinct Count of ΙΔΙΩΤΙΚΟ- ΤΟΠΟΣ	Average of ΙΔΙΩΤΙΚΟ - ΑΠΟΣΤΑΣΗ (num)	Average of ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ	Average of ΙΔ. ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (avg)	Average of ΙΔ- ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (avg)
☐ Νησί	1	12	15	49	1	22	107
☐ Νησί	3	12	2	139	0	15	44
☐ Ορεινή	2	12	17	62	0	10	0
<b>Grand Total</b>		<b>12</b>	<b>31</b>	<b>58</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>63</b>

Αν ομαδοποιήσουμε τις περιοχές σε περιφερειακές ενότητες για να δούμε πιο σφαιρικά τα προβλήματα περιφερειών παρατηρούμε ότι και πάλι δεν υπάρχουν έντονες διαφορές τις δημόσιες και ιδιωτικές δομές που πραγματοποιούν τις προληπτικές εξετάσεις.



Για τις προληπτικές εξετάσεις σε δημόσιο φορέα τα μεγαλύτερα προβλήματα καταγράφονται σε 10 από τις 22 περιφέρειες. Οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών στην Αρκαδία αν και δεν είναι απαραίτητη η διανυκτέρευση και πρέπει να μετακινηθούν σε 1 διαφορετική πόλη, καλούνται να διανύσουν τα περισσότερα χιλιόμετρα (131 χλμ). Οι κάτοικοι στην περιφέρεια Ευρυτανίας θα πρέπει να μετακινηθούν για τις προληπτικές εξετάσεις σε μεγαλύτερη πόλη καθώς δεν υπάρχουν δομές σε καμία απομακρυσμένη περιοχή. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται στην Μεσσηνία με επιπλέον χαρακτηριστικό ότι πρέπει να συνδυάσουν μετακίνηση σε 2 διαφορετικές πόλεις για να καλύψουν τις ανάγκες σε εξετάσεις. Στη Δράμα 9 από τις 13 προληπτικές εξετάσεις δεν πραγματοποιούνται με αποτέλεσμα οι κάτοικοι να αναγκάζονται να μετακινηθούν σε 3 διαφορετικές περιοχές. Τέλος, πρόβλημα εντοπίζεται και στην περιφέρεια Άρτας όπου τις ορεινές περιοχές γίνεται μόνο 1 εξέταση και για τις υπόλοιπες απαιτείται μετακίνηση.

**Πίνακας 5.3.2.7**

**Δημόσιες προληπτικές εξετάσεις ανά περιφέρεια**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΔΗΜΟΣΙΟ-ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ	Distinct Count of ΕΞΕΤΑΣΗ	Distinct Count of ΔΗΜΟΣΙΟ-ΤΟΠΟΣ	Average of ΔΗΜΟΣΙΟ - ΑΠΟΣΤΑΣΗ (ΑΡΙΘΜΟΣ)	Average of ΔΗΜΟΣΙΟ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΟΣ ΗΜΕΡΕΣ	Average of ΔΗΜ. ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (av)	Average of ΔΗΜ-ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (av)
<input type="checkbox"/> Αιτωλοακαρνανία		2	8	1	75	0	9
<input type="checkbox"/> Αρκαδία		2	9	1	131	0	19
<input type="checkbox"/> Άρτα		2	12	2	63	0	8
<input type="checkbox"/> Βόρειο Αιγαίο		1	12	5	30	1	15
<input type="checkbox"/> Γρεβενά		2	10	1	47	0	8
<input type="checkbox"/> Δράμα		2	9	3	61	0	8
<input type="checkbox"/> Δωδεκάνησα		1	12	6	68	1	25
<input type="checkbox"/> Εβρος		2	12	1	74	0	13
<input type="checkbox"/> Ευβοία		2	9	2	101	0	16
<input type="checkbox"/> Ευρυτανία		2	13	1	71	0	10
<input type="checkbox"/> Ιόνιοι νήσοι		1	6	1	9	0	5
<input type="checkbox"/> Ιόνιοι νήσοι		3	5	1	115	1	18
<input type="checkbox"/> Καστοριά		2	12	2	47	0	8
<input type="checkbox"/> Κόρινθος		2	8	2	99	0	18
<input type="checkbox"/> Κυκλάδες		1	12	5	69	2	27
<input type="checkbox"/> Λακωνία		2	4	1	60	0	8
<input type="checkbox"/> Μακεδονία/Θράκη		1	3	1	54	0	15
<input type="checkbox"/> Μεσσηνία		2	13	2	38	0	5
<input type="checkbox"/> Πέλλα		2	12	2	37	0	5
<input type="checkbox"/> Ροδόπη		2	12	1	43	0	6
<input type="checkbox"/> Σέρρες		2	6	2	38	0	9
<input type="checkbox"/> Σποράδες		1	12	4	62	1	24
<input type="checkbox"/> Σποράδες		3	1	1	117	0	13
<input type="checkbox"/> Φωκίδα		2	6	2	86	0	17
<b>Grand Total</b>		<b>13</b>	<b>39</b>	<b>64</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>72</b>

Στα νησιά διαφαίνεται και ένα επιπλέον εμπόδιο, αυτό του υψηλού κόστους μετακίνησης και διαμονής. Τις Κυκλάδες οι κάτοικοι θα πρέπει να μετακινηθούν σε 5 διαφορετικά νησιά για τις 12 από τις 13 εξετάσεις και να διανυκτερεύσουν τουλάχιστον 2 ημέρες, με ημερήσιο κόστος 197€. Στο Ιόνιο για 5 προληπτικές εξετάσεις θα πρέπει να μετακινηθούν οδικώς και ακτοπλοϊκώς και να διανυκτερεύσουν τουλάχιστον 1 ημέρα με το κόστος να ανέρχεται στα 129€ ημερησίως. Οι κάτοικοι των άγονων νησιών του Βορείου Αιγαίου για να κάνουν πλήρη προληπτικό έλεγχο θα πρέπει να ταξιδέψουν σε 5 διαφορετικές περιοχές, να διανυκτερεύσουν κατά μέσο όρο 1 ημέρα και να πληρώσουν

μόνο για μεταφορά και διαμονή μια μέση τιμή 72€. Τέλος δυσκολίες εντοπίζονται και στις Σποράδες όπου για να πραγματοποιήσουν 12 από τις 13 εξετάσεις πρέπει να αλλάξουν 4 περιοχές, να διανυκτερεύσουν 1 ημέρα τουλάχιστον και να επιβαρυνθούν οικονομικά κατά μέσο όρο 94€ ενώ για την 1 εξέταση που υπολείπεται πρέπει να μετακινηθούν ακτοπλοϊκώς και οδικώς διανύοντας 117 χλμ συνολικά. (Πίνακας 5.3.2.7).

Τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 5.3.2.8 συνάδουν με αυτά του Πίνακα 5.3.2.2, όπου φαίνεται ξεκάθαρα ότι εάν επιλέξουν οι κάτοικοι να πραγματοποιήσουν τις εξετάσεις ιδιωτικά θα πρέπει να μετακινηθούν για το μεγαλύτερο μέρος αυτών. Δεν καταγράφονται μεγάλες ανομοιότητες μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού φορέα με τους κατοίκους των απομακρυσμένων περιοχών της Αρκαδίας να πρέπει να διανύσουν κατά μέσο όρο 131 χλμ. Στην περιφέρεια της Ευρυτανίας οι κάτοικοι καλούνται να διανύσουν περισσότερα χιλιόμετρα (100) για να πραγματοποιήσουν τις προληπτικές εξετάσεις ιδιωτικά από ότι δημόσια. Στις άγονες περιοχές των Σποράδων οι κάτοικοι εάν κινηθούν ακτοπλοϊκώς θα πρέπει να επισκεφθούν 1 περιοχή, να διανυκτερεύσουν κατά μέσο όρο 1 ημέρα και να επιβαρυνθούν οικονομικά 183€. Εάν επιλέξουν περιοχές που απαιτούν μετακίνηση ακτοπλοϊκή και οδική θα πρέπει να διανύσουν 154 χλμ. Στις Κυκλάδες για να υλοποιήσουν όλες τις εξετάσεις πρέπει να μετακινηθούν σε 4 διαφορετικές περιοχές με μέσο όρο διαμονής τις 2 ημέρες και κόστος μετακίνησης και διαμονής 165€ ανά ημέρα.

**Πίνακας 5.3.2.8**

**Ιδιωτικές προληπτικές εξετάσεις ανά περιφέρεια**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΟ - ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ	Distinct Count of ΕΞΕΤΑΣΗ	Distinct Count of ΙΔΙΩΤΙΚΟ-ΤΟΠΟΣ	Average of ΙΔΙΩΤΙΚΟ - ΑΠΟΣΤΑΣΗ (num)	Average of ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΕΣ ΗΜΕΡΕΣ	Average of ΙΔ. ΚΟΣΤΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ (avg)	Average of ΙΔ- ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ (avg)
Αιτωλοακαρνανία	2	12	1	64	0	15	0
Αρκαδία	2	12	1	131	0	19	0
Αρτα	2	12	1	57	0	8	0
Βόρειο Αιγαίο	1	12	4	29	1	15	71
Γρεβενά	2	12	2	50	0	8	0
Δράμα	2	12	2	58	0	7	0
Δωδεκάνησα	1	12	5	63	1	26	105
Εβρος	2	12	1	74	0	13	0
Ευβοία	2	10	1	57	0	8	0
Ευρυτανία	2	12	1	100	0	20	0
Ιόνιοι νήσοι	1	11	1	9	0	5	0
Ιόνιοι νήσοι	3	8	1	115	1	18	111
Καστοριά	2	12	2	47	0	8	0
Κόρινθος	2	10	1	98	0	18	0
Κυκλάδες	1	12	4	49	2	23	142
Λακωνία	2	12	1	60	0	8	0
Μακεδονία/Θράκη	1	12	1	54	0	15	0
Μεσσηνία	2	12	2	23	0	4	0
Πέλλα	2	12	1	33	0	5	0
Ροδόπη	2	12	1	43	0	6	0
Σέρρες	2	5	1	27	0	4	0
Σποράδες	1	3	1	31	1	15	168
Σποράδες	3	12	1	154	0	13	0
Φωκίδα	2	10	1	75	0	8	0
<b>Grand Total</b>		<b>12</b>	<b>31</b>	<b>58</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>63</b>

Στα νησιά του Ιονίου παρατηρείται η ίδια εικόνα με αυτή του δημοσίου και στα Δωδεκάνησα ελάχιστα καλύτερη με τους κατοίκους όμως των απομακρυσμένων

περιοχών να υποχρεώνονται να μετακινηθούν για όλες τις εξετάσεις σε 5 διαφορετικές περιοχές, να διανυκτερεύσουν 1 ημέρα και να πληρώσουν μόνο για μεταφορά και διαμονή κατά μέσο όρο 131€.

#### **5.4. Σύγκριση οικονομικού οφέλους για τους κατοίκους των απομακρυσμένων περιοχών**

Από τα παραπάνω στοιχεία της μελέτης διαφαίνεται σαφώς η οικονομική επιβάρυνση των κατοίκων των άγονων περιοχών είτε επιλέξουν να υλοποιήσουν τις προληπτικές εξετάσεις δημόσια είτε ιδιωτικά.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι σε καμία περιοχή δεν πραγματοποιείται δημόσια ένα «πακέτο» απαραίτητων προληπτικών εξετάσεων, ενώ ιδιωτικά συγκεντρωμένες υπηρεσίες προληπτικών εξετάσεων βρίσκονται μόνο στην Κω και στην Ιστιαία. Σε όλες τις άλλες περιοχές οι κάτοικοι καλούνται να μετακινηθούν όχι μόνο σε μια αλλά σε πολλές διαφορετικές περιοχές με σκοπό να πραγματοποιήσουν όλες τις προληπτικές εξετάσεις. Αυτό έχει ως επακόλουθο οι κάτοικοι των άγονων περιοχών να αναγκάζονται να απουσιάζουν αρκετές φορές από τον τόπο τους και να επιβαρύνονται με κόστη μετακίνησης και διαμονής παραπάνω από μια φορά. Μεγαλύτερη χιλιομετρική και οικονομική επιβάρυνση φαίνεται να έχουν οι κάτοικοι στα απομακρυσμένα νησιά. Τα προβλήματα στην μετακίνηση ωστόσο είναι μεγάλα ιδίως κατά την χειμερινή περίοδο. Δύο είναι οι κύριοι λόγοι: οι καιρικές συνθήκες με τους ισχυρούς ανέμους που κατά καιρούς απαγορεύουν τα δρομολόγια των πλοίων και η συχνότητα των δρομολογίων που κατά την χαμηλή τουριστική περίοδο μειώνεται κατακόρυφα. Επίσης δεν αρκεί μόνο να υπάρχουν διαθέσιμα δρομολόγια αλλά να πραγματοποιούνται και πρωινές ώρες ώστε να μπορούν οι εξεταζόμενοι να επιστρέφουν αυθημερόν. Αυτό δυστυχώς δεν συμβαίνει συχνά αφού μεγάλος αριθμός δρομολογίων πραγματοποιείται βραδινές ώρες ή διαρκεί αρκετές ώρες με αποτέλεσμα να είναι πρακτικά αδύνατον να μετακινηθούν αυθημερόν. Από την άλλη οι κάτοικοι των ορεινών περιοχών μετακινούνται μόνο οδικώς και σε ιδανικές συνθήκες δεν απαιτείται διαμονή. Όμως, αν αναλογιστούμε ότι η πλειοψηφία των κατοίκων των απομακρυσμένων περιοχών είναι ηλικιωμένοι, κατανοούμε ότι δεν είναι εφικτό να μετακινούνται μόνοι τους. Επομένως είτε χρειάζονται κάποιο συγγενικό πρόσωπο να τους συνδράμει είτε να μεταβούν με τοπικά-υπεραστικά λεωφορεία (ΚΤΕΛ). Αν προστεθεί και το πρόβλημα του μέτριου οδικού δικτύου στις απομακρυσμένες ορεινές περιοχές που χαρακτηρίζεται από κακής ποιότητας δρόμους, ανεπαρκή φωτισμό και κατά τους χειμερινούς μήνες διακοπή κυκλοφορίας λόγω παγετών κατανοούμε γιατί φαινομενικά μεν οι κάτοικοι αυτοί

εμφανίζονται πιο ευνοημένοι από τους νησιώτες όμως πρακτικά αντιμετωπίζουν εξίσου μεγάλες δυσκολίες μετακίνησης. Συμπερασματικά το γεγονός ότι στην συντριπτική πλειοψηφία, σε καμία περιοχή δεν υπάρχει πρόσβαση σε όλες τις προληπτικές εξετάσεις συγκεντρωτικά και απαιτείται διαρκής μετακίνηση είναι ένας παράγοντας που δυσχεραίνει την συμμόρφωση των κατοίκων στην απαραίτητη παρακολούθηση της υγείας τους.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την πραγματοποίηση των προληπτικών εξετάσεων υγείας στις άγονες περιοχές είναι οι απρόσμενες δυσκολίες που προκύπτουν στις δημόσιες δομές. Όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως δεν υπάρχει σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης του διαθέσιμου ΕΥΚΑ, ο οποίος σε πολλές περιπτώσεις είναι παλαιός. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι σε ανύποπτο χρόνο τα απεικονιστικά μηχανήματα χαλάνε με αποτέλεσμα να ακυρώνονται προγραμματισμένα ραντεβού. Ανάλογα με τη βλάβη και το κόστος των επιδιορθώσεων-αναλώσιμων το χρονικό διάστημα επαναλειτουργίας των μηχανημάτων ποικίλει. Παρατηρείται επίσης και ένα άλλο φαινόμενο πέραν των βλαβών των μηχανημάτων, αυτό της έλλειψης καταρτισμένου προσωπικού. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ενώ οι δημόσιες δομές έχουν προμηθευτεί εξοπλισμό αυτός χρησιμοποιείται μόνο με βάση την διαθέσιμη ιατρική ειδικότητα. Για παράδειγμα, μπορεί να διατίθεται μηχάνημα υπερήχου αλλά μόνο καρδιολόγος να υφίσταται στη δομή. Επομένως η εξέταση που πραγματοποιείται αφορά μόνο τον υπέρηχο καρδιάς. Εάν υπάρχει χειρουργός γίνονται υπέρηχοι κοιλιάς. Εάν ο ιατρός που υπηρετεί εκείνη την περίοδο είναι π.χ. ορθοπεδικός δεν γίνονται υπέρηχοι ακόμα κι αν υπάρχει/λειτουργεί το μηχάνημα. Το φαινόμενο αυτό είναι ακόμα εντονότερο στις πιο εξειδικευμένες εξετάσεις όπως οι μαστογραφίες και οι ΜΟΠ όπου πάλι παρουσιάζονται ελλείψεις προσωπικού για την πραγματοποίησή τους.

Η μελέτη ανέδειξε επίσης της έλλειψη υποστήριξης των κατοίκων στις άγονες περιοχές από τον ιδιωτικό τομέα. Οι ιδιωτικές δομές πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας εδρεύουν σε μεγάλα αστικά κέντρα και νησιά ή σε νησιά με υψηλό τουρισμό όπως η Σαντορίνη και η Νάξος. Τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα άλλωστε δεν επιλέγουν να εγκατασταθούν σε άγονες περιοχές εξαιτίας του μειωμένου οικονομικού κέρδους. Συμπερασματικά φαίνεται ξεκάθαρα πως ο ιδιωτικός τομέας στην περίπτωση αυτή δεν έρχεται να καλύψει την έλλειψη του δημόσιου. Τόσο οι περιοχές που πρέπει να επισκεφτεί ένας κάτοικος απομακρυσμένης περιοχής όσο και το κόστος μετακίνησης και διαμονής παρουσιάζουν πολύ μικρές διαφορές υπέρ του ιδιωτικού τομέα. Προσθέτοντας όμως και το κόστος της κάθε εξέτασης, το οποίο δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια

γιατί εξαρτάται από τον τιμοκατάλογο του εκάστοτε ιδιωτικού κέντρου και το ποσοστό συμμετοχής του ΕΟΠΠΥ σε κάθε εξέταση, καταλαβαίνουμε πως ούτε η εναλλακτική του ιδιωτικού είναι οικονομικά συμφέρουσα.

Λόγω όλων των παραπάνω οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών επιλέγουν τη μετάβασή τους σε μεγάλα αστικά κέντρα όπως η Αθήνα, η Πάτρα και η Θεσσαλονίκη εκτοξεύοντας έτσι το κόστος μετακίνησης και διαμονής αλλά εξασφαλίζοντας παράλληλα ότι θα πραγματοποιήσουν όλες τις προληπτικές εξετάσεις χωρίς απρόοπτα.

Η ύπαρξη των ΚΙΜ εξαφανίζει την ανισότητα της πρόσβασης στις απομακρυσμένες περιοχές. Συγκεντρώνει μεγάλο εύρος κλινικών και απεικονιστικών εξετάσεων σε ένα μόνο μέρος μηδενίζοντας το κόστος μετακίνησης και διαμονής. Επιπλέον, το πλήθος των κατοίκων που εξετάζονται από τις ΚΙΜ είναι αδύνατο να εξεταστεί χωρίς την ύπαρξή τους εξαιτίας των παραπάνω προβλημάτων που αναλύθηκαν. Εκτενή σημασία κατέχει και το γεγονός ότι οι ΚΙΜ μπορούν να εξασφαλίσουν πέρα από την ισότητα στην πρόσβαση και την συνέχεια. Ο σχεδιασμός τους δεν περιορίζεται σε μεμονωμένες επισκέψεις αλλά βασίζεται στην διαρκή παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στις απομακρυσμένες περιοχές με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται συνεχής, απρόσκοπτη και συστηματική παρακολούθηση της υγείας των κατοίκων αυτών. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι επιπλέον δράσεις που δύναται να εφαρμοστούν ορμώμενοι από τις επισκέψεις αυτές. Η εθελοντική αιμοδοσία, τα μαθήματα Α' βοηθειών, η προώθηση σωστών διατροφικών συνηθειών, οι ενημερώσεις στα σχολεία είναι απαραίτητες για μια ολοκληρωμένη ΠΦΥ και οι ΚΙΜ μπορούν να τις προσφέρουν. Όπως αποδεικνύει το παράδειγμα των ΚΙΜ-ΙΣΝ, το συνολικό κόστος των επισκέψεων δεν παρουσιάζει μεγάλες αυξομειώσεις. Ενδεικτικά στο διάστημα που μελετήθηκε το συνολικό κόστος ανά εξεταζόμενο το έτος 2022 υπολογίστηκε στα 70€ ενώ το 2023 στα 71,59€. Συνολικά το 2022 οι δαπάνες των ΚΙΜ-ΙΣΝ ανήλθαν στα 553.000€ και το 2023 στα 604.004€. Οι διακυμάνσεις στις παραπάνω δαπάνες δεν φαίνεται να μεταβάλλονται με απρόβλεπτο ρυθμό επομένως ο οικονομικός σχεδιασμός τέτοιων δράσεων μπορεί να είναι σίγουρος, σταθερός και μη επηρεαζόμενος από εξωγενείς παράγοντες.

### **5.5. Συμπεράσματα**

Η ΠΦΥ αποτελεί το πιο σημαντικό στοιχείο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι αρχές της απαρτίζονται από στοιχεία όπως η προσβασιμότητα, η αμεσότητα, η διάρκεια, η ισότητα και η αποδοχή. Τα οφέλη του πληθυσμού από την εύρυθμη λειτουργία της ΠΦΥ αφορούν τόσο στη βελτίωση της υγείας τους όσο και στην οικονομική ελάφρυνσή

τους. Το κέρδος όμως δεν περιορίζεται μόνο ατομικά στον κάθε χρήστη των υπηρεσιών αλλά αποτυπώνεται θετικά και στις δαπάνες υγείας.

Ο WHO το 2022 αναφέρει ότι τα συστήματα υγείας που προσανατολίζονται στην ενίσχυση της ΠΦΥ αποφέρουν αύξηση του επιπέδου και της διάχυσης των υπηρεσιών υγείας. Δίνουν προτεραιότητα στις ανάγκες του πληθυσμού ατομικά αλλά και σαν κοινωνική ομάδα σε σύντομο χρονικό διάστημα χωρίς χρονοτριβές μέσω της συνεχούς φροντίδας σε επίπεδο πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και παρακολούθησης. Επίσης, τονίζεται ότι η ΠΦΥ απαιτεί λιγότερες οικονομικές δαπάνες λόγω της μείωσης των δαπανηρών παρεμβάσεων.

Στην Ελλάδα παρόλο που υπάρχουν νομοθετικές ρυθμίσεις για την λειτουργία ΠΦΥ δεν βρίσκουν πρόσφορο έδαφος στην πράξη. Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η χώρα μας είναι αυτό της ισότιμης πρόσβασης λόγω της πληθώρας απομακρυσμένων περιοχών που διαθέτει. Η έρευνα ανέδειξε το μείζον πρόβλημα των άγονων περιοχών και την πλήρη έλλειψη της ΠΦΥ σε αυτές. Οι κάτοικοι για να πραγματοποιήσουν ένα σύνολο προληπτικών εξετάσεων αναγκάζονται με δικά τους έξοδα να ταξιδέψουν σε άλλες περιοχές και συχνά σε πάνω από μια. Αρκετές είναι οι φορές που βρίσκονται προ εκπλήξεως λόγω παραγόντων που εμποδίζουν την πραγματοποίηση των εξετάσεων, όπως οι βλάβες στον εξοπλισμό ή η απουσία ιατρικού προσωπικού. Το γεγονός αυτό οδηγεί τους κατοίκους των άγονων περιοχών είτε να επιβαρυνθούν ακόμα περισσότερο οικονομικά και να μεταβούν σε μεγάλο αστικό κέντρο είτε να παραβλέψουν τις εξετάσεις και να μην τις πραγματοποιήσουν. Ως αποτέλεσμα, η υγεία των πληθυσμιακών αυτών ομάδων δεν παρακολουθείται τακτικά και εκπίπτει οδηγώντας μακροπρόθεσμα τους κατοίκους, σε σοβαρή κατάσταση υγείας στα τριτοβάθμια νοσοκομεία των πόλεων.

Οι ΚΙΜ-ΙΣΝ από την έναρξη της λειτουργίας τους το 2014 στοχεύουν στην εξομάλυνση της ανισότητας αυτής παρέχοντας αδιάκοπτα πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους των άγονων περιοχών. Ο αριθμός των κατοίκων που εξετάστηκαν το 2022-2023 αγγίζει το 32,38%. Απεικονιστικές και διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν στο 74,58% των προγραμματισμένων ραντεβού. Το ποσοστό αυτό αποδεικνύει ότι οι ΚΙΜ δρουν με γνώμονα τις ανάγκες των ομάδων αυτών ταυτόχρονα όμως δεν καταχράζονται τα τεχνολογικά μέσα που διαθέτουν. Η πραγματοποίηση απεικονιστικών εξετάσεων δεν είναι πανάκεια και όπως αναφέρθηκε παραπάνω η κάθε προληπτική εξέταση έχει ξεχωριστές κατευθυντήριες οδηγίες για το πότε πρέπει να πραγματοποιείται. Επομένως, η παραπομπή σε προληπτικές εξετάσεις

χωρίς να πληρούνται συγκεκριμένα κριτήρια δεν είναι ούτε σωστή πρακτική πρόληψης ούτε οικονομικά συμφέρουσα. Ο ΚΙΜ-ΙΣΝ εκμηδενίζουν την απόσταση μεταξύ των κατοίκων των άγονων περιοχών και της ΠΦΥ με δαπάνες που επιβαρύνουν μόνο τις ΚΙΜ και δεν ξεπερνούν τα 150€ ανά εξεταζόμενο.

Συμπερασματικά, οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών της Ελλάδας αντιμετωπίζουν πλήρη έλλειψη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Οι ΚΙΜ αποτελούν έναν αποτελεσματικό και ταυτόχρονα cost effective για το ΕΣΥ τρόπο να ισοπεδωθεί η ανισότητα αυτή, να βελτιωθεί η γενικότερη κατάσταση υγείας της συγκεκριμένης κοινωνικής/ πληθυσμιακής ομάδας και να ενισχυθεί η ΠΦΥ σε όλο το εύρος των απομακρυσμένων περιοχών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική Βιβλιογραφία

Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, Νοσηλευτική, Τόμος 47, Τεύχος 3, σελ. 320-333.

Αδαμόπουλος, Α. (2015). Κοινωνική πολιτική και περιφερειακή ανάπτυξη: περιφερειακές ανισότητες ως προς την κατανομή των πόρων της δημόσιας δευτεροβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Βανάκα, Γ. (2020). Η Παροχή υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις της πολιτικής για την υγείας και η σημασία και τα οφέλη της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας με βάση τη χρήση νέων πληροφοριακών συστημάτων, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Βραχνέλη, Α. (2014). Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Συστήματα Υγείας: Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες, Προβλήματα και Προοπτικές, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.

Γκάντη, Β. (2018). Παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε μικρό νησί των Κυκλάδων. Αξιολόγηση των υπηρεσιών από τους μόνιμους κατοίκους της περιοχής, Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών, Αθήνα.

Γούλα, Α., Πιερράκος, Γ., Λατσού, Δ., Βάθη, Α., Λιβάνη, Ε., Ξαγοράρη, Μ., Λούκας, Θ. (2018). Διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ αστικών και απομακρυσμένων περιοχών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 35, Τεύχος 5, σελ. 623-632.

Εξορθολογισμός της κατανομής και της χρήσης του υψηλής αξίας κεφαλαιουχικού εξοπλισμού στην Ελλάδα, Ενίσχυση της ικανότητας για καθολική κάλυψη-SCUC-Ελλάδα/Φάση 2/ Έκθεση #17

Κάιλας, Γ. (2020). Μελέτη Κατανομής και Χρήσης των Ιατρικών Απεικονιστικών Συστημάτων στην Ελλάδα, Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών, Αθήνα.

Καλαούζη, Θ. και Κορνάρου, Ε. (2020). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σε Σύγκριση με το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία, Νοσηλευτική, Τόμος 59, Τεύχος 1, σελ. 34-46.

Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζέα, Β. Ε., Τριγώνη, Μ., Κούτης, Α., Πιτέλου, Ε., Λιονής, Χ. (2017). Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα: Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 34, Τεύχος 3, σελ. 343-362.



Καρακόλιας, Σ., Μπαρτζώκας, Δ., Πολύζος, Ν. (2021). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Η ελληνική περίπτωση ενόψει μεταρρυθμίσεων, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 38, Τεύχος 4, σελ. 524-530.

Λουλάκης, Α. (2011). Οι ορεινές περιοχές της Ελλάδας: Ορισμοί, Χαρακτηριστικά, Πολιτικές, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Βέροια.

Μακράκης, Α. (2019). Τα οφέλη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και στον ασθενή από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 17, Τεύχος 2 (Απρίλιος-Ιούνιος 2018), σελ. 88-101.

Ματθαίος, Π. και Δουμάγερ, Φ. Π. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, Τόμος 15, Τεύχος 4, σελ/ 365-379.

Μερτζιάνη, Μ. (2019). Μελέτη της Πρωτοβάθμιας Υγείας στην Ελλάδα: Η περίπτωση της Μεταρρυθμίσεως των Το.Μ.Υ., Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Μέγγουλη, Ε. (2019). Προβλήματα αιχμής στη δημόσια διοίκηση: η περίπτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Αθήνα.

Μπόγια, Ε. (2022). Ο ρόλος των προληπτικών εξετάσεων στην ευδόκιμη γήρανση και στην ψυχολογία των ηλικιωμένων, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Μπουραζάνη, Μ. και Κωνσταντινίδης, Θ. Ι. (2022). Μη ικανοποιημένες υγειονομικές ανάγκες και κοινωνικές ανισότητες σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 39, Τεύχος 2, σελ. 264-270.

Νομικού, Α. (2022). Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Χώρες κατά την διάρκεια του Covid-19, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα.

Νόμος υπ' αριθμ. 4931/2022, ΦΕΚ 94/Α/13-5-2022

Περάκης, Γ. Τ. (2019). Ευρώπη και νησιωτικότητα – η περίπτωση της Ελλάδας, Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Ρόδος.

Πετρέλης, Μ. και Δομάγερ Φ. Ρ. (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, Τόμος 15, Τεύχος 4, σελ. 365-379.

Πεγλιβανίδου, Π. (2017). Δημόσια υγεία, εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα: προβλήματα και προοπτικές, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Πράπα, Π. και Φακή, Μ. (2008). Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας «υγεία», Info Respiratory, Τεύχος 51, σελ. 40-42.

Σαμαρίκα, Χ. (2021). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: παρούσα κατάσταση και προοπτικές, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα.

Σαρρής, Ν. (2021). Προληπτική Ιατρική και εμπιστοσύνη στον εμβολιασμό: Η μελέτη περίπτωσης μιας αγροτικής περιοχής, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

Σπαλιώρα, Μ. (2017). Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε επίπεδο περιφερειακής ενότητας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Σπιλάνης, Ι., Ακριβοπούλου, Ι., Γάκης, Κ., Μιχαηλίδης, Γ., Νιάρχος, Α. (2011). Ο Καλλικράτης στα Νησιά, ΕΕΤΑΑ, Αθήνα.

Φιλαλήθης, Α. (2021). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Χαμένη στον λαβύρινθο, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 38, Τεύχος 4, σελ. 548-556.

Φιλαλήθης, Α. (2021). Ορόσημα στην εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 38, Τεύχος 5, σελ. 675-682.

Χαριστού, Ε. (2014). Η σημασία της Πρόληψης στον τομέα της Υγείας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.

Schmidt, J. M. (2010). Η έννοια της Υγείας – στην ιστορία της ιατρικής, στα κείμενα του Χάνεμανν και στην ομοιοπαθητική σήμερα, Ομοιοπαθητικά Νέα, Τεύχος 17, σελ. 18-23.

### **Ξένη Βιβλιογραφία**

Aljasir, B., & Alghamdi, M. S. (2010). Patient satisfaction with mobile clinic services in a remote rural area of Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(10), 1085–1090.

Anargiros Mariolis, Constantinos Mihos, Alevizos, A., Theodoros Mariolis-Sapsakos, Sergeantanis, T. N., Nikolaos Kalogerakos, Christos Virvilis, Constantinos Fourkas, Panayiotis Skandalakis, & Christodoulos Stefanadis. (2008). Dissatisfaction with cardiovascular health and primary health care services: Southern Mani, isolated area in Europe. A case study. *PubMed*, 49(3), 139–144.

Birtwhistle, R., Bell, N., Thombs, B., Grad, R., Dickinson, J. (2017). Periodic preventive health visits: a more appropriate approach to delivering preventive services, *The College of Family Physicians of Canada*, 63 (11):824-826.

Carlos Alberto Sánchez-Piedra, Francisco Javier Prado-Galbarro, García-Pérez, S., & Antonio Sarría Santamera. (2014). Factors associated with patient satisfaction with primary care in Europe: results from the EUprimecare project. *PubMed*, 22(3), 147–155.

Edmundo Carvalho Mauad, Sérgio Mancini Nicolau, Uilho Antônio Gomes, da, A., Saraiva, J., Adhemar Longatto-Filho, & Baracat, E. C. (2009). Can mobile units improve the strategies for cervical cancer prevention? *Diagnostic Cytopathology*, 38(10), 727–730.

Figueras, J., & McKee, M. (2011). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-Being: Assessing the case for investing in health systems.*

Gorbenko, K., Metcalf, S. A., Mazumdar, M., & Crump, C. (2017). Annual Physical Examinations and Wellness Visits: Translating Guidelines into Practice. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(6), 813–816.

Groenewegen, P. P., Bosmans, M. W. G., Boerma, W. G. W., & Spreeuwenberg, P. (2020). The primary care workforce in Europe: a cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement\_4), iv12–iv17.

Kringos, D. S., W. G. W. Boerma, Hutchinson, A., Saltman, R. B., & European Observatory On Health Systems And Policies. (2015). Building primary care in a changing Europe. *European Observatory On Health Systems And Policies*.

Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Rotar Pavlic, D., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., Van der Zee, J., Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study, *British Journal of General Practice*, 63 (616), 742-750.

Krol, D. M., Redlener, Michael., Shapiro, Alan., & Wajnberg, Ania. (2007). A Mobile Medical Care Approach Targeting Underserved Populations in post-Hurricane Katrina Mississippi. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 18(2), 331–340.

Laditka, J. N., Laditka, S. B., & Probst, J. C. (2009). Health care access in rural areas: Evidence that hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions in the United States may increase with the level of rurality. *Health & Place*, 15(3), 761–770.

Larson, S., & Correa-de-Araujo, R. (2006). Preventive health examinations: A comparison along the rural–urban continuum. *Women’s Health Issues*, 16(2), 80–88.

Marengo, A. (2018). State of Health in the EU. Greece. *Country Health Profile 2017*. *European Journal of Public Health*, 28(suppl\_4).

Nanna Bjørnbak Christoffersen, Freja Ekstrøm Nilou, Trine Thilsing, Lars Bruun Larsen, Jane Nautrup Østergaard, & Broholm-Jørgensen, M. (2023). Exploring targeted preventive health check interventions – a realist synthesis. *BMC Public Health*, 23(1).

Oikonomidou, E., Anastasiou, F., Dervas, D., Patri, F., Karaklidis, D., Moustakas, P., Andreadou, N., Mantzanas, E., & Merkouris, B. (2010). Rural primary care in Greece: working under limited resources. *International Journal for Quality in Health Care*, 22(4), 333–337.

Oosterveer, T. M., & Young, T. K. (2015). Primary health care accessibility challenges in remote indigenous communities in Canada’s North. *International Journal of Circumpolar Health*, 74(1), 29576.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5), 2017–2027.

Raikwar, A. A., Dogra, V., Giri, A., Rathnam, N., & Hegde, S. K. (2021). Cost analysis of a mobile medical unit programme in Andhra Pradesh: a microcosting study protocol. *BMJ Open*, 11(2).

Simou, E., Karamagioli, E., & Roumeliotou, A. (2013). Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers. *Primary Health Care Research & Development*, 16(01), 5–13.

Svalastog, A. L., Donev, D., Kristoffersen, N. J., & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), 431–435.

World Health Organization and the United Nations Children’s Fund. (2022). *Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens*, Geneva.

Zeghari ,R., Guerchouche, R., Tran Duc , M., Bremond, F., Pascale Lemoine, M., Bultingaire, V., Langel, K., De Groote, Z., Kuhn, F., Martin, E., Robert, P., König, A. (2021). Pilot Study to Assess the Feasibility of a Mobile Unit for Remote Cognitive Screening of Isolated Elderly in Rural Areas, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (11), 6108.

Zhao, Y., Wright, J., Guthridge, S., & Lawton, P. (2013). The relationship between number of primary health care visits and hospitalisations: evidence from linked clinic and hospital data for remote Indigenous Australians. *BMC Health Services Research*, 13(1).

### **Διαδικτυακές Πηγές**

<http://www.ekab.gr/>

<http://mmu.grsnf.org/>

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>

<https://cancer-screening-and-care.jrc.ec.europa.eu/>

<http://cancer.org/>

<http://asccp.org/>

<http://aafp.org/>

<http://mayoclinic.org/>

<http://cdc.org/>

<http://www.bonehealthandosteoporosis.org/>

<http://icsi.edu/>

<http://heart.org/>

