

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Καλές πρακτικές που υιοθετήθηκαν στο ΕΣΥ από την οικονομική κρίση και την πανδημία

Κωτσαδάμ Μαρία

Ιανουάριος 2024



Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση με κατεύθυνση στην Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Καλές πρακτικές που υιοθετήθηκαν στο ΕΣΥ από την οικονομική κρίση και την πανδημία

Διατριβή η οποία υποβλήθηκε προς απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στη Δημόσια Διοίκηση Μονάδων Υγείας στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις

Κωτσαδάμ Μαρία

Ιανουάριος 2024

Πνευματικά δικαιώματα

Copyright © Κωτσαδάμ Μαρία, 2024.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διατριβής από το Πανεπιστημίου Νεάπολις δεν υποδηλώνει απαραιτήτως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου.

Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Η Κωτσαδάμ Μαρία, γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα ότι η παρούσα εργασία με τίτλο «Καλές πρακτικές που υιοθετήθηκαν στο ΕΣΥ από την οικονομική κρίση και την πανδημία», αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές που έχω χρησιμοποιήσει, έχουν δηλωθεί κατάλληλα στις βιβλιογραφικές παραπομπές και αναφορές. Τα σημεία όπου έχω χρησιμοποιήσει ιδέες, κείμενο ή/και πηγές άλλων συγγραφέων, αναφέρονται ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή.

Η Δηλούσα



Περιεχόμενα

Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ..... **ii**

Κατάλογος Γραφικών Παραστάσεων/Εικόνων/Διαγραμμάτων ..... **vi**

Κατάλογος Πινάκων ..... **vii**

Ευχαριστίες ..... **ix**

Αφιέρωση ..... **x**

Περίληψη ..... **xi**

Abstract ..... **xiii**

Εισαγωγή **1**

Κεφάλαιο 1 – Μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ κατά την οικονομική κρίση 2008-2018 στην Ελλάδα **3**

1.1 Ιστορική Αναδρομή ΕΣΥ πριν την οικονομική κρίση **3**

1.2 Αναδιοργάνωση ΠΦΥ **4**

1.3 Δημιουργία ΕΟΠΥΥ **5**

1.4 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας **6**

1.5 Δαπάνες υγείας **7**

1.6 Φαρμακευτικές δαπάνες **8**

1.7 Γενόσημα φάρμακα **10**

1.8 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση **10**

Κεφάλαιο 2 – Μεταρρυθμίσεις στα υγειονομικά συστήματα Ευρωπαϊκών χωρών κατά την οικονομική κρίση 2008-2018 ..... **12**

2.1 Ανασκόπηση των συστημάτων υγείας της Ευρώπης **12**

2.2 Βόρεια Ευρώπη **13**

2.2.1 Ηνωμένο Βασίλειο **13**

2.2.2 Σουηδία **14**

2.3. Κεντρική Ευρώπη **15**

2.3.1 Γερμανία **15**

2.3.2 Ολλανδία **16**

2.4. Νότια Ευρώπη **17**

2.4.1. Ισπανία **17**

2.4.2 Κύπρος **18**

2.4.3 Ιταλία **20**

Κεφάλαιο 3 - Μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ κατά την πανδημία του COVID-19 στην Ελλάδα 22
3.1 Ιστορική ανασκόπηση πριν την έλευση της πανδημίας 22
3.2 Αναδιάρθρωση ΠΦΥ στην πανδημία 23
3.3 Εθνικό Μητρώο Ασθενών 26
3.4 Εθνικό Μητρώο Εμβολιασμού (ΕΜΕ) κατά του Covid-19 28
3.5 Δημιουργία Συστήματος Διαχείρισης Bi- Health 29
3.6. Σχέδιο Προγράμματος Εμβολιασμού 30
3.7 Μέτρα Διατήρησης Ατομικής Προστασίας και Προσωπικής Υγιεινής 31
3.8 Υλικοτεχνικός Εξοπλισμός 32
3.9 Ψηφιοποίηση στην Υγεία 34
Κεφάλαιο 4 – Μεταρρυθμίσεις στα υγειονομικά συστήματα Ευρωπαϊκών χωρών κατά την πανδημία 36
4.1 Γενική ανασκόπηση των συστημάτων υγείας 36
4.2 Προκλήσεις στα συστήματα υγείας των χωρών της ΕΕ 37
4.2.1 Διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας 38
4.2.2 Ετοιμότητα νοσοκομείων 39
4.2.3 Ανθρώπινο Δυναμικό 40
4.2.4 Εμβολιασμός του πληθυσμού 41
4.2.5 Τεστ για την ανίχνευση του SARS-COV2 41
4.2.6 Ανισότητες στον τομέα της υγείας 42
4.2.7 Καταγραφή και ανταλλαγή κλινικών δεικτών υγείας 44
4.3 Βόρεια Ευρώπη 45
4.3.1 Ηνωμένο Βασίλειο 45
4.3.2 Σουηδία 46
4.4 Κεντρική Ευρώπη 46
4.4.1 Γαλλία 46
4.4.2 Γερμανία 47
4.5 Νότια Ευρώπη 48
4.5.1 Ιταλία 48
4.5.2 Ισπανία 48
4.5.3. Κύπρος 49
Κεφάλαιο 5 - Μεθοδολογία Έρευνας 50
5.1 Σκοπός της έρευνας 50
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα 50
5.3 Μεθοδολογία της έρευνας 51
Κεφάλαιο 6 - Αποτελέσματα συστηματικής έρευνας 55

6.1 Αποτελέσματα συστηματικής έρευνας.....55
6.2 Σύνθεση αποτελεσμάτων.....60
6.2.1 Ο θετικός αντίκτυπος από την οικονομική κρίση.....60
6.2.2 Ο θετικός αντίκτυπος από την πανδημία του Covid-19 62
6.3 Συζήτηση 71
Συμπεράσματα – Προτάσεις 74
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία 76
Ελληνική Βιβλιογραφία.....84
ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ.....89

Κατάλογος Γραφικών Παραστάσεων/Εικόνων/Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1 Ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα 2008-2018 6
Διάγραμμα 2 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα 7
Διάγραμμα 3 Επιβολή και διακύμανση των Rebate & Clawback - Ελλάδα 9
Διάγραμμα 4 Δαπάνες για την Υγεία, Σουηδία 2015 15
Διάγραμμα 5 Δαπάνες για την Υγεία στη Γερμανία..... 16
Διάγραμμα 6 Δαπάνες υγείας Κύπρου 2015, συγκριτικά με την ΕΕ..... 19
Διάγραμμα 7 Δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα - ΕΕ27 & Νότιες χώρες..... 21
Διάγραμμα 8 Αναλογία γιατρών νοσηλευτών στις Ευρωπαϊκές χώρες. 32

Εικόνα 1 Στρατηγικές Συστημάτων Υγείας για την παρακολούθηση του Covid-19. 24
Εικόνα 2 Απαραίτητα χαρακτηριστικά για την ιχνηλάτηση των επαφών. 27
Εικόνα 3 Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Υγείας στην ΗΔΙΚΑ. 28
Εικόνα 4 Υγιεινή των χεριών..... 31

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Συγκριτική αποτίμηση δαπανών της υγείας σε Ευρωπαϊκές χώρες.....12
Πίνακας 2 Ανεκπλήρωτες ανάγκες Υγείας στην Ε.Ε. 44
Πίνακας 3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού 53
Πίνακας 4:Διαδικασία επιλογής μελετών 54
Πίνακας 5:Αποτελέσματα Συστηματικής Ανασκόπησης 55

Ονοματεπώνυμο Φοιτητή/Φοιτήτριας: Μαρία Κωτσαδάμ.

Τίτλος Μεταπτυχιακής Διατριβής: Καλές πρακτικές που υιοθετήθηκαν στο ΕΣΥ από την οικονομική κρίση και την πανδημία.

Η παρούσα Μεταπτυχιακή Διατριβή εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών για την απόκτηση εξ αποστάσεως μεταπτυχιακού τίτλου στο Πανεπιστήμιο Νεάπολις και εγκρίθηκε στις …… [ημερομηνία έγκρισης] από τα μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής.

Εξεταστική Επιτροπή:

Πρώτη επιβλέπουσα ων Δήμητρα Λατσού, Λέκτορας Πανεπιστημίου Νεάπολις, Πάφου

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Μαγδαληνή Χατζίκου, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Νεάπολις, Πάφου

Μέλος Εξεταστικής Επιτροπής: Μαργαρίτα Λιόπα, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Νεάπολις, Πάφου

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν, ο καθένας με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο, στην ολοκλήρωση του κύκλου σπουδών μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δήμητρα Λατσού, για την συνδρομή και την προσφορά της, το χρόνο που διέθεσε, τις χρήσιμες συμβουλές και οδηγίες της για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην οικογένειά μου, τον σύζυγό μου και τις δύο κόρες μας, που μεγάλο κομμάτι της προσπάθειας μου βγήκε χάρη στη δική τους ηθική υποστήριξη.

Αισθάνομαι τυχερή για αυτή την εμπειρία.

Αφιέρωση

Στον μπαμπά μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η οικονομική και υγειονομική κρίση που αντιμετώπισαν οι Ευρωπαϊκές χώρες την τελευταία 15ετία δημιούργησαν πίεση στις οικονομίες στο χωρών και ιδιαίτερες δυσχέρειες στη λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων. Αναδείχτηκαν αδυναμίες και ελλείψεις στην οργάνωση και στο σχεδιασμό τους, με αποτέλεσμα την επιτάχυνση μεταρρυθμιστικών ενεργειών, οι οποίες αποτέλεσαν καλές πρακτικές λειτουργίας των συστημάτων.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό την βιβλιογραφική έρευνα των μεταρρυθμίσεων, οι οποίες υλοποιήθηκαν κατά την οικονομική κρίση και την πανδημία τόσο στα ευρωπαϊκά υγειονομικά συστήματα όσο και στο ελληνικό. Ορισμένες διαρθρωτικές αλλαγές παρέμειναν συνεισφέροντας στη δημιουργία βιώσιμων και ανθεκτικών υγειονομικών συστημάτων.

Μεθοδολογία: Η μέθοδος με την οποία συντάχθηκε η παρούσα μελέτη είναι η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση, καταλήγοντας σε 21 σύγχρονα άρθρα που δημοσιεύτηκαν από το 2011 έως και σήμερα. Η έρευνα διεξήχθη σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων κάνοντας χρήση των Λέξεων – Κλειδιών. Κατόπιν εφαρμόστηκαν κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού για την τελική αποδοχή στην συστηματική έρευνα.

Αποτελέσματα: Χώρες με ισχυρά υγειονομικά συστήματα κατά την οικονομική κρίση δεν χρειάστηκε να κάνουν εξορθολογισμό δαπανών. Στάθηκαν κυρίως στον εκσυγχρονισμό του τομέα της υγείας με την αξιοποίηση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ). Στην υγειονομική κρίση η χρήση των ΤΠΕ αποτέλεσε επιτακτική ανάγκη, όπως η διάδοση της Τηλεϊατρικής για την εξ’ αποστάσεως φροντίδα ασθενών και η ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής υγείας με την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση (ΗΣ), για την πρόληψη της εξάπλωσης ιού, την αντιμετώπιση των ανισοτήτων και των χρόνιων ασθενών. Απαραίτητη προϋπόθεση για την απόκριση των υγειονομικών συστημάτων υπήρξε η ανάπτυξη διασυνοριακής επικοινωνίας μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Επαναπροσδιορισμό του στρατηγικού σχεδιασμού για τη Διαχείριση του Ανθρώπινου Προσωπικού (ΔΑΠ), χρειάστηκε να κάνουν οι περισσότερες χώρες κάτω από την πίεση των αυξανόμενων αναγκών, της εμφανούς έλλειψης και της παραδοχής του έργου που επιτελεί το υγειονομικό προσωπικό.

Συμπεράσματα: Τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν από την παρούσα μελέτη σχετίζονται με τις καλές πρακτικές που υιοθέτησαν τα υγειονομικά συστήματα για την αντιμετώπιση των προκλήσεων. Η ενσωμάτωση των ΤΠΕ στην ιατρική και η ηλεκτρονική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας διευκόλυνε στην εξ’ αποστάσεως απεικονιστική ιατρική. Η πλήρης

υιοθέτηση των ΤΠΕ στην υγεία αποτελεί στόχο για τον μελλοντικό εκσυγχρονισμό της. Η διασυνοριακή συνεργασία και επικοινωνία ως πρακτική μεταξύ των χωρών αναδείχθηκε πολύτιμη για την προαγωγή των συστημάτων υγείας. Τέλος, οι καλές πρακτικές που μελετήθηκαν συνείσφεραν στην αναβάθμιση των συστημάτων υγείας, καθώς είναι συνεχής η προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
Λέξεις κλειδιά: Σύστημα Υγείας, Οικονομική Κρίση, Πανδημία, Μεταρρυθμίσεις, Καλές Πρακτικές, Ελλάδα, Ευρωπαϊκή Ένωση.

Abstract

Introduction: The economic and health crisis faced by European countries in the last 15 years created pressure on the economies of the countries and particular difficulties in the operation of the health systems. Weaknesses and deficiencies in their organization and design were revealed, resulting in the acceleration of reformative actions that resulted in good systems operation practices.

Aim: The purpose of this work is the bibliographic research of the reforms, which were implemented during the economic crisis and the pandemic both in the European health systems and in the Greek one. Some structural changes have remained, contributing to the creation of sustainable and resilient health systems.

Methodology: The method by which the present study was compiled is the systematic biographical analysis, resulting in 21 contemporary articles published from 2011 to the present. The research was conducted in electronic databases using Keywords. Inclusion and exclusion criteria are then applied for final acceptance into the systematic research.

Results: Countries with strong health systems during the financial crisis did not have to rationalize spending. They focused mainly on the modernization of the health sector by utilizing ICT. In the health crisis, the use of ICT has become an imperative, such as the spread of Telemedicine for remote patient care and the integration of electronic health with Electronic Prescribing (ES), to prevent the spread of the virus, address inequalities and chronic patients. A necessary condition for the response of the health systems was the development of cross-border communication between the countries of the European Union (EU). Redefining the strategic planning for the management of Human Personnel (HMP), most countries had to do under the pressure of the growing needs, the apparent shortage and the acceptance of the work performed by the health personnel.

Conclusions: The conclusions drawn from the present study relate to the good practices adopted by health systems to address the challenges. The integration of ICT in medicine and the electronic interconnection of health services facilitated remote imaging medicine. The full adoption of ICT in health is a goal for its future modernization. Cross-border cooperation and communication as a practice between countries has been shown to be valuable in promoting health systems. Finally, the good practices studied in the upgrading of health systems, as there is a continuous effort to improve the health services provided.

Keywords: Health System, Economic Crisis, Pandemic, Reforms, Good Practices, Greece, European Union.

Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 αποτέλεσε παγκόσμιο γεγονός και κλόνισε τις οικονομίες των χωρών. Αντίκτυπο είχε και στις ευρωπαϊκές οικονομίες και ακολούθως σε όλα τα κρατικά συστήματα που χρηματοδοτούνε. Η Ελλάδα αποτέλεσε ενδεικτικό παράδειγμα χώρας, με υψηλό δημοσιονομικό έλλειμμα που αποδέχθηκε τον μηχανισμό οικονομικής στήριξης. Την συγκεκριμένη περίοδο επικράτησε υποχρηματοδότηση, εφαρμογή πολιτικών λιτότητας, μεταρρυθμίσεις με έμφαση στην αποδοτικότητα και στην αποτελεσματικότητα των πόρων. Το σύστημα υγείας δεν θα μπορούσε να αποκλειστεί από τις μεταρρυθμίσεις, καθότι αντιμετώπιζε ήδη προβλήματα στην χρηματοδότηση, στην οργάνωση και στην παροχή υπηρεσιών (Μπακόλα κ.α. 2018).

Αμέσως μετά την έλευση της οικονομικής κρίσης και των δημοσιονομικών περιορισμών η παγκόσμια οικονομία βρέθηκε αντιμέτωπη με ακόμη μια κρίση, υγειονομική, της πανδημίας του covid-19. Η πανδημία επηρέασε άμεσα και καθοριστικά τα υγειονομικά συστήματα των ευρωπαϊκών χωρών. Μέσα σε συνθήκες αβεβαιότητας οι χώρες κλήθηκαν να καλύψουν τις ανάγκες που δημιουργήθηκαν, διαφυλάσσοντας την δημόσια υγεία. Η υγεία του πληθυσμού, η πρόληψη, η προσβασιμότητα, η περίθαλψη, η οργάνωση και ο έλεγχος των συστημάτων υγείας αποτέλεσαν μερικές από τις προκλήσεις. Για την Ελλάδα κατέστη ακόμη δυσκολότερο, μετά από την δεκαετή οικονομική επιτήρηση των μνημονιακών επιταγών. Κλήθηκε να αντιμετωπίσει την πανδημία με ένα υγειονομικό σύστημα υποχρηματοδοτούμενο και κατακερματισμένο (Giannopoulou & Tsobanoglou 2020).

Οι δύο περίοδοι συγκλίνουν στην προϋπόθεση ύπαρξης αξιόπιστων μεθόδων καταγραφής, συντονισμού και παρακολούθησης των υγειονομικών συστημάτων. Για τη διατήρηση της δημόσιας υγείας απαραίτητη ήταν η διακυβέρνηση των συστημάτων και η διαρκής προσαρμογή τους στις προκλήσεις. Για την αντιμετώπισή τους χρειάστηκε επανασχεδιασμός στην οργάνωση και τη λειτουργία, για την προστασία της υγείας των πολιτών (Μαντή & Τσελέπη 2000).

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται αναφορά σε μεταρρυθμίσεις που συνέβησαν στο ΕΣΥ της Ελλάδας κατά την οικονομική κρίση την περίοδο 2008-2018. Θα σχολιαστούν οι οικονομικές, διοικητικές και ψηφιακές αλλαγές που χρειάστηκε να υλοποιηθούν για την διάρθρωση του συστήματος.

Ακολούθως, στο δεύτερο κεφάλαιο θα αποτυπωθούν οι μεταρρυθμίσεις που προώθησαν ευρωπαϊκές χώρες, με επιλεκτικά παραδείγματα υγειονομικών συστημάτων που εμφανίζουν μεταξύ τους δομικές αποκλίσεις. Εν μέσω δημοσιονομικών ρυθμίσεων

κλήθηκαν να διατηρήσουν το αγαθό της υγείας και την ανθεκτικότητα των υγειονομικών συστημάτων.

Στο τρίτο κεφάλαιο αποτυπώνονται οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στο ΕΣΥ της χώρας από το 2020, περίοδο έναρξης της πανδημίας. Θα σχολιαστούν, οι οικονομικές και διοικητικές μεταρρυθμίσεις, καθώς και οι καλές πρακτικές που εφαρμόστηκαν.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα αναπτυχθούν αντιστοίχως οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν κεντρικά από την ΕΕ στα συστήματα υγείας, για την αντιμετώπιση του covid-19. Οι αναφορές εστιάζουν κυρίως στη μείωση της διασποράς, την προάσπιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), την πρόληψη και την προσαρμογή των υγειονομικών συστημάτων. Θα παρουσιαστούν ενδεικτικά παραδείγματα χωρών με διαφορετικότητα στην αντιμετώπιση της πανδημίας.

Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στον σκοπό της έρευνας, στην μεθοδολογία που τηρήθηκε αλλά και στα ερευνητικά ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η παρούσα μελέτη. Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση στηρίζεται κυρίως σε σύγχρονα άρθρα και επιστημονικά περιοδικά, σε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται σύνθεση των αποτελεσμάτων, η συγκέντρωση των άρθρων σε πίνακα θα συνεισφέρει στην ανασύνθεση και αναδιατύπωση των δεδομένων. Θα γίνει συσχέτιση των δράσεων και ενεργειών που υλοποιήθηκαν ως καλές πρακτικές. Με κριτική σκέψη θα αποτυπωθεί ο θετικός αντίκτυπος που άφησαν οι περίοδοι των κρίσεων στο ΕΣΥ.

Η συζήτηση που ακολουθεί θα στραφεί σε μια συγκριτική αποτίμηση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας αναφορικά με άλλες επιλεγμένες έρευνες που αναφέρονται σε καλές πρακτικές που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα της υγείας.

Επιλογικά, θα διεξαχθούν τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας και θα αποτυπωθούν προτάσεις για μελλοντική χρήση τους, ορμώμενοι από τις θετικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες ενδεχομένως φανούν χρήσιμες σε διοικητικούς φορείς και μελλοντικούς ερευνητές.

Κεφάλαιο 1 – Μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ κατά την οικονομική κρίση 2008-2018 στην Ελλάδα

1.1 Ιστορική Αναδρομή ΕΣΥ πριν την οικονομική κρίση

Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας χαρακτηρίζεται μικτό, αποτελεί συνδυασμό του εθνικού συστήματος τύπου μοντέλου Beveridge, που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark, με χρηματοδότηση προερχόμενη από τα ασφαλιστικά ταμεία. Η ύπαρξη ιδιωτικών δαπανών σε υψηλά επίπεδα επέρχεται να καλύψει τις ανεπάρκειες του μικτού συστήματος του ΕΣΥ. Οι αδυναμίες του σχετίζονται με τις υψηλές μη ορθολογισμένες δαπάνες υγείας, με τον μεγάλο αριθμό ασφαλιστικών ταμείων, τη συνεχώς αυξανόμενη φαρμακευτική δαπάνη και την ελλιπή οργάνωση του συστήματος (Τριαντόπουλος 2018).

- Αναλυτικότερα, οι υγειονομικές δαπάνες διατηρούνταν σε υψηλά επίπεδα, συνεισφέροντας σε αυτό η πολυπλοκότητα του συστήματος, στο οποίο δημιουργούνταν συνεχώς μια προκλητή ζήτηση με αποτέλεσμα την κατασπατάληση δημόσιων πόρων.
- Η σπατάλη είχε κύριους αποδέκτες τα ελλειμματικά ασφαλιστικά ταμεία και τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων. Ακολούθως, η καταγραφόμενη γήρανση του πληθυσμού πολλαπλασίαζε τις δαπάνες.
- Η φαρμακευτική δαπάνη υπήρξε αυξημένη από την επιλογή πρωτοτύπων φαρμάκων, την ανοδική πορεία των τιμών, την αλόγιστη συνταγογράφηση και την έλλειψη ελέγχου στη χρήση των φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- Η διατήρηση της νοσοκομειακής δαπάνης σταθερά υψηλότερα από τις δαπάνες για την πρόληψη της υγείας, την ΠΦΥ, ή την μακροχρόνια φροντίδα ασθενών.
- Η ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων, με διαφορετικές ποσοτικά παρεχόμενες υπηρεσίες, διαιρούσε το σύστημα. Παρατηρούνταν ταμεία με προσφορά υψηλών παροχών στους ασφαλισμένους, σε αντίθεση με τα υπόλοιπα που προσέφεραν συγκεκριμένες παροχές. Ο μεγάλος αριθμός, η διαφορετικότητα στις παροχές και στην ποσότητα συνέβαλλαν στις στρεβλώσεις του ΕΣΥ.
- Η αναποτελεσματικότητα του ΕΣΥ παρότι ενισχύονταν με δημόσιους πόρους, οφείλονταν στη μη σύσταση ΠΦΥ, η οποία θα συνέβαλλε στην αποσυμφόρηση των δευτεροβάθμιων νοσοκομείων και στη δυσαναλογία των εργαζόμενων στην υγεία, με αναλογία μεγαλύτερη ιατρών προς νοσηλευτικό προσωπικό ανά πληθυσμό. Επίσης ο

μεγάλος αριθμός νοσοκομείων σε συνάρτηση τη μη χρηστή δημοσιονομική και χρηματοοικονομική διαχείριση, επέφεραν συσσωρευμένα χρέη προς τα νοσοκομεία.

1.2 Αναδιοργάνωση ΠΦΥ

Η ΠΦΥ ακολουθεί μια ασυνέχεια από τον αρχικό ιδρυματικό νόμο του ΕΣΥ Ν.1397/1983, όπου για πρώτη φορά αναφέρθηκε η ύπαρξη του οικογενειακού ιατρού. Στην διάρκεια της οικονομικής κρίσης η ψήφιση του Ν. 4238/2014, επέτρεψε τη δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), υπό την εποπτεία των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ). Η μεταρρύθμιση του ενιαίου φορέα υπήρξε ουσιαστική, καθώς έπρεπε να υποστηρίξει όλες τις υπάρχουσες μορφές της ΠΦΥ που υπήρχαν έως τότε. Πλέον τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.), τα περιφερειακά και πολυδύναμα ιατρεία (Π.Ι.), εντάχθηκαν στις ΔΥΠΕ (Ποτήρης & Σαράφης 2014).

Σύμφωνα με τον Νιάκα (2014), η έως τότε διοικητική εξάρτηση των Κ.Υ. από τα νοσοκομεία, δυσχέραινε τη λειτουργία τους, εφόσον οι υπόλοιπες μονάδες της ΠΦΥ ανήκαν στις ΔΥΠΕ. Άξιο λόγου είναι, ότι κατά τη μετάβαση της ΠΦΥ επήλθε αναταραχή στους εργαζόμενους του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), οι οποίοι εργάζονταν με εξαρτημένη σχέση εργασίας. Προβλήματα δημιουργήθηκαν και με τους ιατρούς, οι οποίοι πλέον δεσμεύονταν με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση. Αποτέλεσμα αυτών ήτανε η υποστελέχωση και η υπολειτουργία του ΠΕΔΥ.

Παρότι ενοποιήθηκαν διοικητικά όλες οι υπηρεσίες της ΠΦΥ υπό την κεφαλή των ΔΥΠΕ, για τον πολίτη συνέχιζε η ίδια περιπλοκότητα. Αργότερα με τον Ν. 4486/ 2017 (άρθρο 5), συστάθηκαν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ) των Κ.Υ., με σκοπό την προαγωγή, την πρόληψη, την προάσπιση, την παρακολούθηση και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Στον ίδιο νόμο (άρθρο 6) ορίστηκαν οι υποχρεώσεις του Οικογενειακού Ιατρού, εκκινώντας με αυτόν τον τρόπο την διαδικασία της οικογενειακής ιατρικής. Ακολούθησαν αρκετές τροποποιήσεις της νομοθεσίας για τον Οικογενειακό Ιατρό, με τον πιο πρόσφατο Ν. 4931/2022, όπου καθορίζεται η χρησιμότητα του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού. Για την συμπληρωματική κάλυψη των αναγκών, η εγγραφή επεκτάθηκε σε Γενικούς Ιατρούς και Παθολόγους. Επί της ουσίας όμως, η λειτουργία των ΤΟΜΥ δεν κάλυπτε τους λόγους λειτουργίας των μονάδων ΠΦΥ. Ενδεικτικά, δεν παρείχαν κάλυψη όλο το 24ωρο στους πολίτες, δεν συμμετείχαν σε προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας και δεν παρείχαν κατ'οίκον φροντίδα. Εν κατακλείδι, μπορεί νομοθετικά να είναι άρτια στελεχωμένη η ΠΦΥ, στην πραγματικότητα όμως

διαφοροποιείται. Ενδεχομένως, η έλλειψη πολιτικής βούλησης να ευθύνεται για την μη ολοκλήρωση ενός συστήματος με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα (Φιλαλήθης, 2021).

1.3 Δημιουργία ΕΟΠΥΥ

Η οικονομική κρίση και τα συσσωρευμένα χρέη των ασφαλιστικών ταμείων δυσχέραιναν την αποζημίωση των συστημάτων υγείας. Με τον Ν. 3918/2011 προωθήθηκαν σημαντικές αλλαγές όπως η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, η ένταξη στο ΕΣΥ των πρώην νοσοκομείων του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και της προμήθειας προϊόντων. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως μοναδικού ασφαλιστικού ταμείου, θα συγκρατούσε τα κόστη και τις δαπάνες για τον εξορθολογισμό της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ιδρυτικό σκοπό είχε τη δημιουργία κριτηρίων για τη σύναψη συμβάσεων μεταξύ του ασφαλιστικού ταμείου και της υγειονομικής περίθαλψης. Η ύπαρξη ενός μοναδικού ταμείου αύξανε τη δυναμική του συγκριτικά με τους προμηθευτές υγείας και δυνάμωνε τη θέση του με την πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων στον ίδιο φορέα ασφάλισης. Ο ΕΟΠΠΥ θεωρείται ο μεγαλύτερος αγοραστής παροχών υγείας και φορέας αποζημίωσης των φαρμάκων. Η λειτουργία του στηρίχθηκε στην ορθολογική αντιμετώπιση γι'αυτό και κατά περίπτωση παρατηρείται αύξηση ή αντιστοίχως μείωση στη συμμετοχή του ασφαλισμένου. Με την ενσωμάτωση των θεραπευτηρίων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, όχι μόνο εξοικονομήθηκαν πόροι αλλά συνέβη ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο υγειονομικό σύστημα, κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε ολόκληρη την Ελλάδα, παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών στους ασφαλισμένους καθώς και περίθαλψη στις ευπαθείς ομάδες (Οικονόμου 2012).

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ επέφερε διαφάνεια στις δαπάνες. Ο αγοραστής των υπηρεσιών επέλεγε τις περισσότερο συμφέρουσες, καλύπτοντας καθολικά τις ανάγκες του πληθυσμού μέσω της ΠΦΥ και αποσυμφορίζοντας σταδιακά τα νοσοκομεία. Με την σύναψη συμβάσεων απέφυγε τις απευθείας αναθέσεις και τους πρόχειρους διαγωνισμούς, ασκώντας παράλληλα και εσωτερικό έλεγχο ως προς τα αναλώσιμα υλικά. Η ύπαρξη ενός ενιαίου προϋπολογισμού υπήρξε η καλύτερη επιλογή για τις παθογένειες που διατηρούσε το σύστημα, καθώς εξασφαλίστηκε η περισσότερο δυνατή αξιοποίηση των πόρων (Αθανασάκης κ.α. 2013).

1.4 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Η οικονομική κρίση αποτέλεσε την ευκαιρία για την εφαρμογή ρυθμίσεων στον τομέα της υγείας που στο παρελθόν ήταν δύσκολο να υλοποιηθούν. Η γενικευμένη συγκράτηση των δαπανών που επικράτησε, επέφερε επιζήμια αποτελέσματα στην επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, συνδυαστικά με την υφιστάμενη μείωση των διαθέσιμων εισοδημάτων του πληθυσμού και την έλλειψη δυνατότητας ασφαλιστικής κάλυψης λόγω της ανεργίας, η οποία είχε εκτοξευτεί (Kalavrezou 2016). Στο Διάγραμμα (1) αποτυπώνεται η αύξηση του ποσοστού των ανέργων στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία.



Διάγραμμα 1 Ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα 2008-2018

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

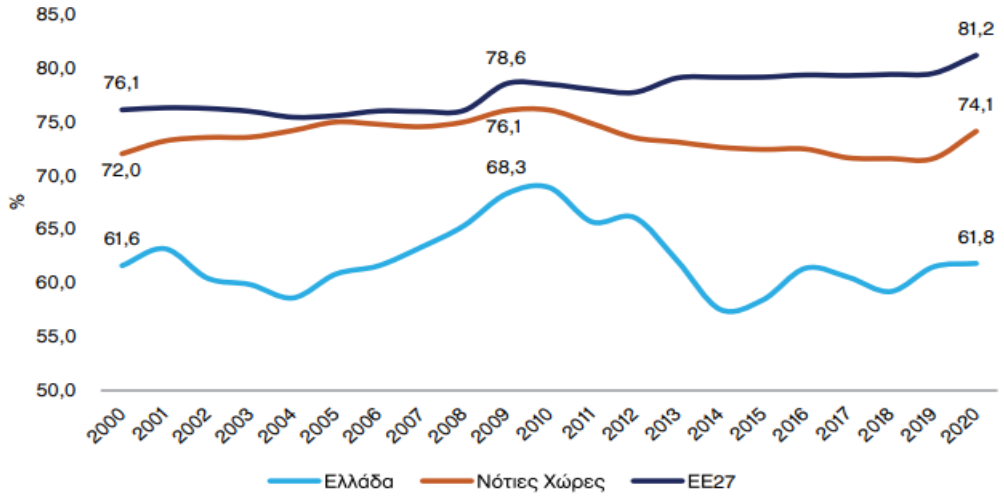
Ο Νιάκας (2014), υποστηρίζει ότι αρχικά δεν είχε γίνει πρόβλεψη για όσους είχαν απώλεια της εργασίας και κατά προέκταση την αδυναμία για ασφαλιστική ικανότητα. Αποτέλεσμα είχε τον αποκλεισμό τους από την υγειονομική περίθαλψη και ακολούθως την αδυναμία να προσφύγουν σε οποιαδήποτε υλοποίηση ιδιωτικής δαπάνης. Ταυτόχρονα επιβαρύνθηκαν από την Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ) Υ4α/οικ.165114/2010, η οποία καθόρισε ως μέτρο εξοικονόμησης πόρων και αύξησης των εισοδημάτων των νοσοκομείων την συμπληρωμή από τους πολίτες του αντιτίμου των 5 ευρώ «Καθορισμός αμοιβής εξέταστρων των προσερχόμενων στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στα Κέντρα Υγείας». Μετά την έλευση πέντε ετών το ΦΕΚ 490/Β/01.04.2015, οδήγησε σε «Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξέταστρου στις δημόσιες δομές του ΕΣΥ».

Η ΚΥΑ 48985/2014 λήφθηκε για να τακτοποιήσει τους ανασφάλιστους πολίτες, σχετικά με την πρόσβαση στη νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, οι οποίοι

κάλυπταν μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού. Ακολούθησε η ΚΥΑ 56342/2014, η οποία κάλυπτε όλους τους ανασφάλιστους σε ένα ασφαλιστικό ταμείο, με τη χορήγηση δυνατότητας εξυπηρέτησης από ιατρούς του ΕΣΥ, από την ΠΦΥ και τις μονάδες του ΠΕΔΥ. Ακολούθησε ο Ν.4368/2016, ο οποίος έδωσε το δικαίωμα πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας στους ανασφάλιστους πολίτες και στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, εξισώνοντας το δικαίωμα όλων των πολιτών της χώρας για πλήρη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψη. Συμπερασματικά, έγινε προσπάθεια διόρθωσης μιας παθογένειας του συστήματος, που τα χρόνια της οικονομικής κρίσης εμφανίστηκε έντονα και επιδεινώθηκε. Αρχικά καλύφθηκε η ανάγκη των ανασφάλιστων πολιτών και δευτερευόντως των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, των προσφύγων και των μεταναστών. Η πολιτεία μερίμνησε για την παροχή και την διατήρηση της δημόσιας υγείας των πολιτών.

1.5 Δαπάνες υγείας

Σύμφωνα με την Μπακόλα κ.α. (2018), οι μνημονιακές υποχρεώσεις επέβαλλαν μείωση στις δαπάνες για την υγεία, γι' αυτό και οι περισσότερες μεταρρυθμίσεις σχετίστηκαν με τον εξορθολογισμό των δαπανών. Όπως αποτυπώνεται στο Διάγραμμα (2), η Ελλάδα μεταξύ 2012-2018 παρουσίασε την μεγαλύτερη μείωση δαπανών (εκ. ευρώ) συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).



Διάγραμμα 2 Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα

Πηγή: **ΙΟΒΕ, 2023.**

Καθοριστική αποδείχθηκε η μεταρρύθμιση της αποζημίωσης των νοσοκομείων με την εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ), το γνωστό Diagnosis Related Groups - Σύστημα Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (DRGs). Η συμβολή τους έγκειται

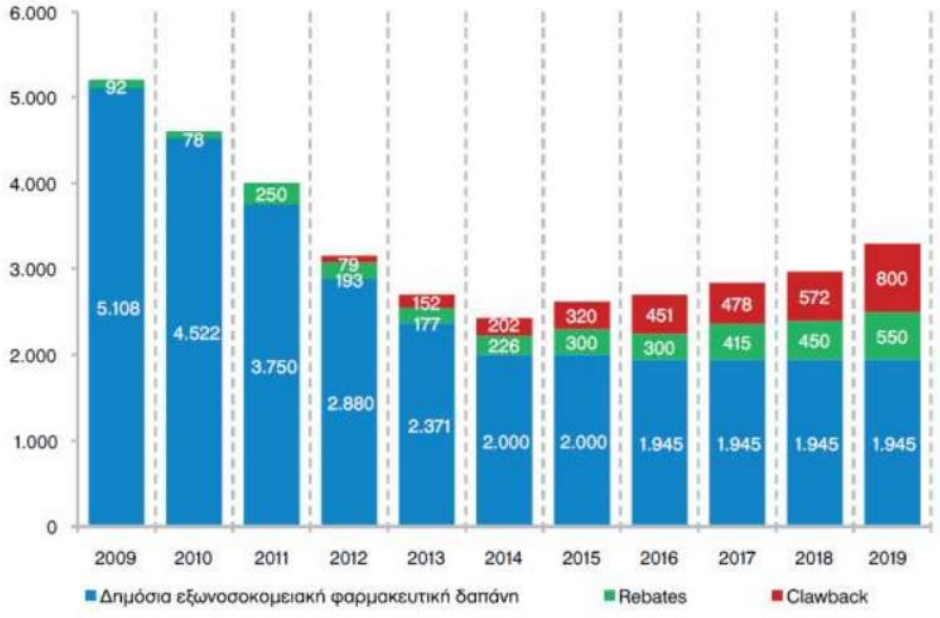
στην αποτίμηση του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών, ώστε να αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το ίδιο σύστημα είχε θετικό αντίκτυπο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία, όπου την ίδια περίοδο κατέγραφαν αρνητική τάση στα έσοδα (Νιάκας 2014). Η καθιέρωση ταξινόμησης των νοσοκομειακών ασθενών με την συλλογή δεδομένων από τη νοσηλεία των ασθενών είναι σημαντική και οικονομικά αποδοτική. Ταυτόχρονα αποτελεί ένα σύστημα πληρωμών και μια μέθοδο προοπτικής αποζημίωσης με τιμές που έχουν προσδιορισθεί εξ' αρχής μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και του δημόσιου προϋπολογισμού. Με αυτό το σύστημα γίνεται εξόφληση των εξόδων νοσηλείας και πρόληψη στη δημιουργία πλεοναζόντων δαπανών ανά κατηγορία νοσημάτων. Συνεισφέρει στη δημιουργία σταθερών προϋπολογισμών και απολογισμών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, ώστε να συμβαίνει συγκράτηση του παραγωγικού κόστους υγείας με αντίστοιχη αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας για τα νοσοκομεία (Polyzos 2011).

Κάθε πακέτο αποζημίωσης αντιστοιχεί σε συγκεκριμένα νοσήματα και παρεμβάσεις, περιορίζοντας τους πόρους και παρέχοντας ταυτόχρονα αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες. Τα ΚΕΝ είναι διαρθρωμένα στη λογική των ομοειδών πράξεων, που αρχικά είχαν οριστεί περίπου 700 ΚΕΝ-DRGs, ανταποκρινόμενα στην ελληνική πραγματικότητα. Σήμερα τα ΚΕΝ λειτουργούν ως ένα σύστημα αποζημίωσης μεταξύ της ασφάλισης και των νοσοκομείων (Οικονόμου, 2012).

1.6 Φαρμακευτικές δαπάνες

Στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, συνέβησαν μεταρρυθμίσεις στην τιμολόγηση των φαρμάκων, επιχειρώντας τη μείωση του φαρμακευτικού κόστους από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, τη μείωση των τιμών και την αντίστοιχη αύξηση των ποσών επιστροφής από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Σε αυτό το πλαίσιο δημιουργήθηκε η θετική λίστα φαρμάκων με τον Ν.3816/2010, ο οποίος αποσκοπούσε στη δημιουργία τιμής αναφοράς, τη μέγιστη δηλαδή τιμή αποζημίωσης για κάθε κατηγορία συνεισφέροντας στην μείωση της τιμής των φαρμάκων. Αντιστοίχως, η αρνητική λίστα των φαρμάκων, συμπεριελάμβανε φάρμακα συνταγογραφούμενα αλλά όχι αποζημιώσιμα (Οικονόμου 2012).

Σύμφωνα με τον ΙΟΒΕ (2012), ως προς την τιμολόγηση των φαρμακευτικών ειδών, διαφοροποιήθηκε ο τρόπος προσδιορισμού της τιμής των πρωτοτύπων φαρμάκων. Μέσω διαδικασίας πλέον διαμορφώνεται η τιμή από τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών από κράτη μέλη της ΕΕ. Η μεταρρύθμιση μείωσε τα ποσοστά των κερδών των φαρμακείων και των φαρμακαποθηκών, παράλληλα με την άσκηση ελέγχου της κατανάλωσης και των δαπανών. Κατά το ίδιο χρονικό διάστημα ακόμη δύο μεταβολές στην αγορά φαρμάκων, ήρθαν για να μειώσουν τη φαρμακευτική δαπάνη, αυτές του clawback και του rebate. Ο όρος clawback βρήκε εφαρμογή στην αγορά φαρμάκων ως υποχρεωτική επιστροφή προς τα



Διάγραμμα 3 Επιβολή και διακύμανση των Rebate & Clawback - Ελλάδα

Πηγή: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_22062020_REP_GR.pdf

νοσοκομεία των ποσών που υπερβαίνανε τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ. Τα ποσά υπολογίζονται αυτόματα από το Υπ. Υγείας και οι φαρμακευτικές εταιρείες υποχρεούνται σε συμμόρφωσή τους. Ο όρος rebate χαρακτηρίζει την υποχρεωτική έκπτωση που πρέπει να αποδεχτούν οι ιδιώτες πάροχοι (διαγνωστικά κέντρα, ιατροί, φαρμακοποιοί) προς τον ΕΟΠΥΥ με την καταβολή των ποσών σε μηνιαία βάση (Kalavrezou 2016). Η συνεισφορά των clawback και rebate αποτυπώνεται στο Διάγραμμα (3) που ακολουθεί.

1.7 Γενόσημα φάρμακα

Η αντικατάσταση των πρωτοτύπων φαρμάκων από τα γενόσημα (generics), αποτέλεσε ακόμη μια μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος. Σκοπό είχε τη μείωση των δαπανών από την αυξημένη κατανάλωση των ακριβών και καινοτόμων φαρμάκων. Έως τότε τα γενόσημα κατείχαν μικρό ποσοστό στην αγορά των φαρμάκων, η είσοδός τους στην αγορά θα σήμαινε αύξηση της ανταγωνιστικότητας και δημιουργία ευκαιριών για συγκράτηση δαπανών και εξοικονόμηση πόρων (Geitona 2006). Σύμφωνα με τους Tripsa et.al. (2012), η προσπάθεια αντικατάστασης συνάντησε αντιστάσεις, τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Ο λόγος που καθυστέρησαν να διεισδύσουν στην αγορά, ήταν η αμφισβήτηση των θεραπευτικών τους αποτελεσμάτων. Η αρχή έγινε από τα δημόσια νοσοκομεία, όπου επιβλήθηκε η χρήση τους σε ποσοστό 50% στο σύνολο της κατανάλωσης των φαρμακευτικών προϊόντων και ακολούθησε η υποχρεωτική τους συνταγογράφηση, αφού πλέον είχαν εισαχθεί στην αγορά.

Ο Ν. 4337/2015 όρισε ως τιμή για τα γενόσημα το 65% των αντίστοιχων πρωτοτύπων ενώ για τις τιμές των φαρμάκων εκτός πατέντας, όρισε κατά 50% τη μείωση. Η εισαγωγή γενοσήμων επέφερε σημαντική εξοικονόμηση πόρων, εφησύχασε τις αντιστάσεις και αύξησε σταδιακά την κατανάλωση, με την κατάθεση μελετών διασφάλισης της ποιότητας. Οι μελέτες βιοϊσοδυναμίας των γενοσήμων προαπαιτούνταν να γίνουν αποδεκτές από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ), ώστε να διασφαλίζονται ασθενείς και ιατροί. Οι προγραμματισμένες παρεμβάσεις του κράτους προς την ιατρική κοινότητα και τους καταναλωτές- ασθενείς, οδήγησε στην ορθολογική συνταγογράφηση και διανομή των φαρμάκων. Ενδεικτικοί τρόποι διαχείρισης της προώθησης σχετίστηκαν με συνεχείς ενημερώσεις με σχετική θεματολογία, καθώς και κίνητρα που δόθηκαν στους ιατρούς που συνταγογραφούσαν τα γενόσημα. Οι ασθενείς δεν αποκόπηκαν από την αγορά των πρωτοτύπων, αλλά επιβαρύνθηκαν με τη διαφορά της τιμής (Vandoros & Stargardt 2013).

1.8 Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Η μεταρρύθμιση στην τιμολόγηση και εισαγωγή γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά, συνδυάστηκε και με την εφαρμογή της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (ΗΣ), στα πλαίσια της μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών. Με τη θέσπιση του Ν. 3892/2010 καθιερώθηκε η ΗΣ των φαρμακευτικών συνταγών και παραπεμπτικών. Η νέα μεταρρύθμιση κλήθηκε να καλύψει τις ανάγκες των συμβεβλημένων ασθενών με τα

ασφαλιστικά ταμεία, ενώ ένα χρόνο αργότερα με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ καλύφθηκαν καθολικά οι ανάγκες των πολιτών. Επιπλέον στόχο αποτέλεσε η μείωση των ιατρικών σφαλμάτων από την υπέρβαση της συνταγογράφησης και η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως λανθασμένη επιλογή ή αλληλεπίδραση φαρμάκων. Ορίστηκε λίστα θεραπευτικών φαρμάκων, από την οποία ο ιατρός επιλέγει το οικονομικότερο φάρμακο να συνταγογραφήσει. Η λίστα διατηρεί τα πλεονεκτήματα του ελέγχου, της εξοικονόμησης χρόνου και της αποφυγής δημιουργίας αμφίδρομης σχέσης μεταξύ των εμπλεκομένων (Γιαννοπούλου, 2020).

Έως τότε η συνταγογράφηση πραγματοποιούνταν στα νοσοκομεία και στα εξωτερικά ιατρεία τους, στα Κ.Υ. και στα περιφερειακά ιατρεία. Η ΗΣ αντικατέστησε την χειρόγραφη συνταγή και μαζί της επέφερε τη διαφάνεια στις φαρμακευτικές και διαγνωστικές διαδικασίες. Ακόμη ενίσχυσε τη συγκέντρωση και καταγραφή στοιχείων αναφορικά με την κατανάλωση, με την άσκηση ελέγχου των ιατρικών πράξεων για αποφυγή της παράνομης και κατευθυνόμενης συνταγογράφησης. Οι συνταγές πλέον δεν αναφέρονταν στην εμπορική ονομασία του φαρμάκου, αλλά στην δραστική τους ουσία. Μειονέκτημα για τη μετάβαση αποτέλεσε η μη εξοικείωση και η έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού από ιατρούς και φαρμακοποιούς, η ελλιπής μηχανογράφηση των ασφαλιστικών ταμείων και η μη εξασφάλιση των δεδομένων. Τα παραπάνω αποτέλεσαν κάποιους από τους λόγους καθυστέρησης της υιοθέτησης της ΗΣ, οι οποίοι εξαλείφθηκαν αργότερα κατά την πανδημία (Petmesidou κ.α. 2015)

Κεφάλαιο 2 – Μεταρρυθμίσεις στα υγειονομικά συστήματα Ευρωπαϊκών χωρών κατά την οικονομική κρίση 2008-2018

2.1 Ανασκόπηση των συστημάτων υγείας της Ευρώπης

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 επηρέασε τη δημόσια πολιτική, τους τομείς και τα συστήματα υγείας. Η Ευρώπη δεν ήταν προετοιμασμένη για αυτή την πρόκληση, γι' αυτό και οι κυβερνήσεις των ευρωπαϊκών χωρών εφάρμοσαν πολιτικές λιτότητας, με μειώσεις στους κρατικούς προϋπολογισμούς, περιορισμούς σε πληρωμές, συγχωνεύσεις δομών, μειώσεις σε υγειονομικό προσωπικό (Σουλιώτης κ.α. 2018). Ο Πίνακας (1) αποτυπώνει τις μεταβολές των τρεχουσών δαπανών για την υγεία, όπως αυτές σημειώθηκαν σε ευρωπαϊκές χώρες, με έμφαση στην Ελλάδα, η οποία αναγκάστηκε εντός της ευρωζώνης στις μεγαλύτερες μειώσεις.

Πίνακας 1: Συγκριτική αποτίμηση δαπανών της υγείας σε Ευρωπαϊκές χώρες

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Μ.Ο.
Βέγλιο	4.359,89	4.497,27	4.630,13	9.210,03	10.603,90	11.053,33	11.614,48	7995,576
Τσεχία	1.318,28	1.343,43	1.338,09	1.397,64	1.479,38	1.731,05	1.999,42	1515,327
Δανία	22.598,94	22.573,15	23.135,33	23.794,79	24.432,32	24.994,31	25.567,20	23870,86
Γερμανία	20.337,00	21.159,00	22.223,00	23.387,00	24.953,00	24.722,00	25.355,00	23162,29
Ιρλανδία	13.339,67	13.001,59	13.161,71	13.790,12	14.560,72	15.409,64	16.491,62	14250,72
Ελλάδα	5.082,10	4.638,58	4.210,48	4.087,63	4.518,96	3.984,96	3.916,00	4348,387
Ισπανία	64.062,95	61.638,14	61.804,91	65.921,93	67.059,49	69.054,26	71.546,18	65869,69
Γαλλία	11.864,24	12.233,94	12.635,73	12.906,48	13.189,73	13.573,32	13.996,54	12914,28
Ιταλία	107.932,00	106.877,00	108.500,00	108.789,00	109.819,00	110.857,00	113.353,00	109446,7
Κύπρος	581,57	567,86	514,00	509,65	525,79	554,67	618,49	553,1471
Ολλανδία	3.482,00	3.479,00	3.565,00	4.437,00	4.599,00	4.600,00	4.943,00	4157,857
Αυστρία	10.118,20	10.144,00	10.433,25	10.712,40	11.074,61	11.435,99	12.070,13	10855,51
Πολωνία	:	2.509,49	2.393,85	2.522,09	2.782,35	3.174,80	3.140,15	2753,788
Πορτογαλία	9.617,97	9.648,04	9.617,31	9.947,13	10.389,78	10.728,68	11.365,31	10187,75
Φινλανδία	12.245,00	12.793,29	12.914,87	12.737,35	12.667,45	12.941,89	13.294,88	12799,25
Σουηδία	38.878,69	40.483,73	40.369,95	41.319,29	42.637,69	43.853,72	43.661,23	41600,61
Νορβηγία	29.500,21	29.868,19	29.963,73	30.118,44	30.155,10	31.024,55	31.811,51	30348,82
Ελβετία	13.989,65	13.381,40	13.951,92	16.211,42	16.452,72	16.449,77	15.947,13	15197,72
Ηνωμένο Βασίλειο	:	165.897,63	182.700,41	207.825,17	191.269,54	182.547,63	188.216,23	186409,4

Πηγή: [Statistics | Eurostat (europa.eu)](), *2023*

Οι διαπιστώσεις συγκλίνουν ότι η πλήρη ανάπτυξη της ΠΦΥ στην ΕΕ σχετικά με την παροχή υπηρεσιών, είχε καλύψει ευρέως τις ανάγκες των πολιτών τόσο στην πρόληψη όσο και στην θεραπεία των ασθενειών. Χώρες όπως η Δανία, η Γαλλία, η Σουηδία, το Βέλγιο, το Ηνωμένο Βασίλειο, Πορτογαλία και η Ισπανία διαθέτουν πλήρως ανεπτυγμένη και εξοπλισμένη ΠΦΥ, έχουν διασύνδεση μεταξύ των τριών βαθμίδων περίθαλψης και έχουν

αποδεχθεί την αξία της νοσηλευτικής φροντίδας. Οι περισσότερες δράσεις τους εστιάζουν στην πρόληψη των πολιτών και αυτό αποτυπώνεται από την συμμόρφωση στην διαδικασία εγγραφή τους σε Οικογενειακό Ιατρό. Βασικοί υγειονομικοί πυλώνες στα συστήματα υγείας είναι η περίθαλψη, η προσβασιμότητα, η πληρότητα και ο συνεχής συντονισμός τους. Οι όποιες διαφορές ανάμεσα στις χώρες προκύπτουν εξαιτίας του διαφορετικού βαθμού ανάπτυξης της διακυβέρνησης, των οικονομικών συνθηκών και της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού (Kringos et.al. 2013). Η περιγραφή των μεταρρυθμίσεων στα υγειονομικά συστήματα ενδεικτικών χωρών, στο πλαίσιο αναπροσαρμογής τους στην οικονομική κρίση, αναδεικνύει τις διαφορές τους. Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν εξαρτήθηκαν από την ανθεκτικότητα της οικονομίας τους.

2.2 Βόρεια Ευρώπη

2.2.1 Ηνωμένο Βασίλειο

Η Μ. Βρετανία λόγω της εξαίρεσής της από την νομισματική ενοποίηση της Ευρώπης, δεν είχε τους ίδιους περιορισμούς στις δαπάνες με τις υπόλοιπες χώρες. Σημαντική ήταν η μεταρρύθμιση το 2012 στο National Health Service (N.H.S- Εθνικό Σύστημα Υγείας), όπου επιβλήθηκε περικοπή στον προϋπολογισμό του, εντείνοντας την τάση ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Συνέβησαν οργανωτικές αλλαγές όπως η δημιουργία των Clinical Commissioning Groups (CCGs-Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης), Primary Care Trusts (PCTs - Τοπικών Οργανώσεων) που αντικατέστησαν την Primary Health Care (PHC - ΠΦΥ). Τα CCGs ανέλαβαν τις προσλήψεις προσωπικού, τις εξειδικευμένες και νοσοκομειακές υπηρεσίες για τους ασθενείς καθώς και τη διαχείριση του 70% των δαπανών για την υγεία. Αγόραζαν υπηρεσίες καθορίζοντας προτεραιότητες, χωρίς να καθορίζουν τις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη των αναγκών. Ιεράρχησαν τις υπηρεσίες αποκλείοντας όσες κατέγραφαν χαμηλή σχέση κόστους–αποτελεσματικότητας. Αντιθέτως, αξιολογώντας τις διαδικασίες επέκτειναν τις υπηρεσίες υγείας όσων ήταν οικονομικά αποδοτικές και ασφαλείς. Για να διατηρήσουν τον έλεγχο στις νέες ενταγμένες υπηρεσίες στο σύστημα, ανέπτυξαν κατευθυντήριες γραμμές καθορίζοντας τις προτεραιότητες (Giovanella & Stegmüller 2014).

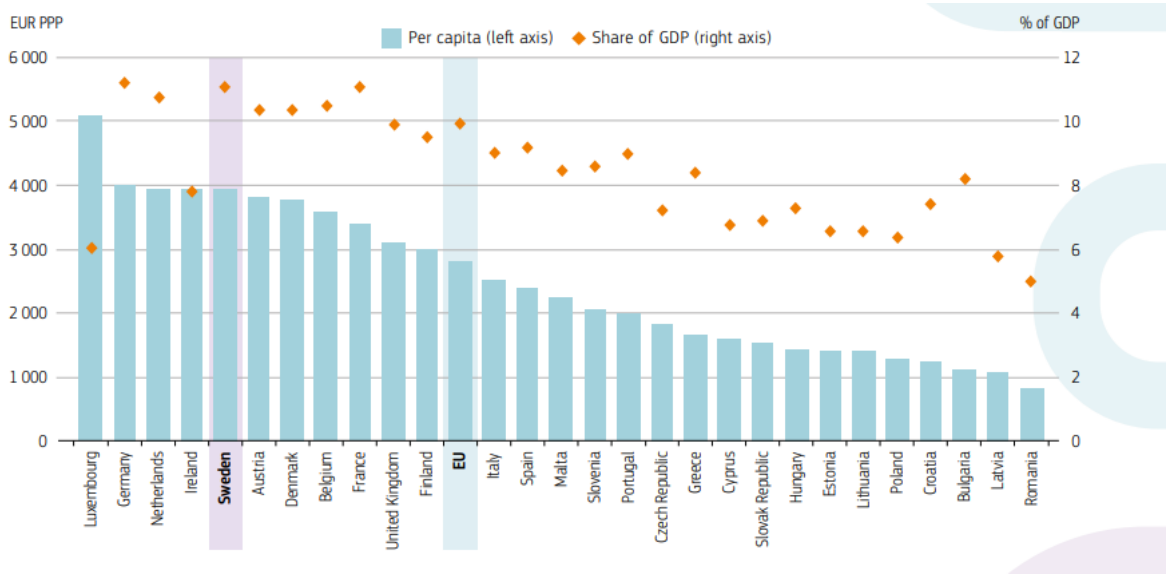
Ουσιαστικά, επιχειρήθηκε η αντικατάσταση της δωρεάν παροχής φροντίδας με καθολική συμμετοχή. Επιτράπηκε η είσοδος οποιουδήποτε πιστοποιημένου παρόχου στο σύστημα, δημόσιες ή ιδιωτικές εταιρείες, για την προσφορά συμβάσεων. Ανάμεσα στις αρμοδιότητες που ανέλαβαν, ήταν η μετακίνηση προσωπικού εκτός δημοσίου τομέα. Ως

προς την εκπαίδευση του προσωπικού, επιχειρήθηκε μετάβαση σε ένα μοντέλο που σχετίστηκε περισσότερο με την απόδοση. Γενικότερα έπαψαν να στηρίζουν την ικανότητα και την ενσυναίσθηση του συστήματος, αλλά την επιβλημένη εμπιστοσύνη, η οποία αποκόπηκε από την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας. Διευρύνθηκε η συμμετοχή των κλινικών ιατρών για ανάληψη εργασίας, με την ανάπτυξη μιας νέας ομάδας περίθαλψης (Pollock et. al. 2012).

2.2.2 Σουηδία

Στη Σουηδία το εθνικό σύστημα υγείας είναι αποκεντρωμένο, διαθέτει ισχυρή οργάνωση και χαρακτηρίζεται για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Η κυβέρνηση διατηρεί στενή συνεργασίας με τις περιφέρειες. Οι μελέτες καταδεικνύουν το βαθμό σύνδεσης του πλούτου με τους δείκτες υγείας, πέραν των υψηλών δαπανών για την υγεία ή του ΑΕΠ της χώρας, γι' αυτό και δεν χρειάστηκε να προβεί σε αυστηρές περικοπές και ριζικές μεταρρυθμίσεις (Αντωνίου κ.α. 2012). Στο Διάγραμμα (4) η Σουηδία εμφανίζεται το 2015, να έχει από τις υψηλότερες θέσεις στην ΕΕ στις δαπάνες υγείας. Πραγματικά, κατά την οικονομική κρίση διατήρησε υψηλά τις δαπάνες για την υγεία. Η ιδιωτική ασφάλιση διέγραφε συνεχή αύξηση, συνδυάζοντας τη δημόσια με την ιδιωτική περίθαλψη υγείας. Από το 2010 στις αρχές ακόμα της οικονομικής κρίσης, με νομοθεσία επιτράπηκε η εγκατάσταση κλινικών που παρείχαν ΠΦΥ (OECD, Sweden 2017).

Μειονέκτημα των παρεχόμενων υπηρεσιών υπήρξαν οι χρόνοι αναμονής, όπου εκεί εστιάστηκαν και οι περισσότερες μεταρρυθμίσεις. Βέβαια, υλοποιήθηκαν όλες σε περιφερειακό, τοπικό επίπεδο, με διαφορετικότητα στον τρόπο αντιμετώπισης. Οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις εστίασαν στην συγκέντρωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, σε συγχωνεύσεις, στην αυξανόμενη επιλογή, στην ύπαρξη ανταγωνισμού και ιδιωτικοποίησης της πρωτοβάθμιας υγείας με αλλαγές στις συμπληρωμές. Η βασικότερη μεταρρύθμιση συνέβη το 2010, που σήμαινε τη μετάβαση των υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας στη συν λειτουργία δημόσιων και ιδιωτικών. Οι ασθενείς πλέον επέλεγαν με κριτήριο την υψηλότερη ποιότητα υγείας. Και οι δύο τομείς, δημόσιος και ιδιωτικός φορέας αποζημιώνονται με τους ίδιους όρους από το κράτος (Fredriksson & Isaksson 2022).



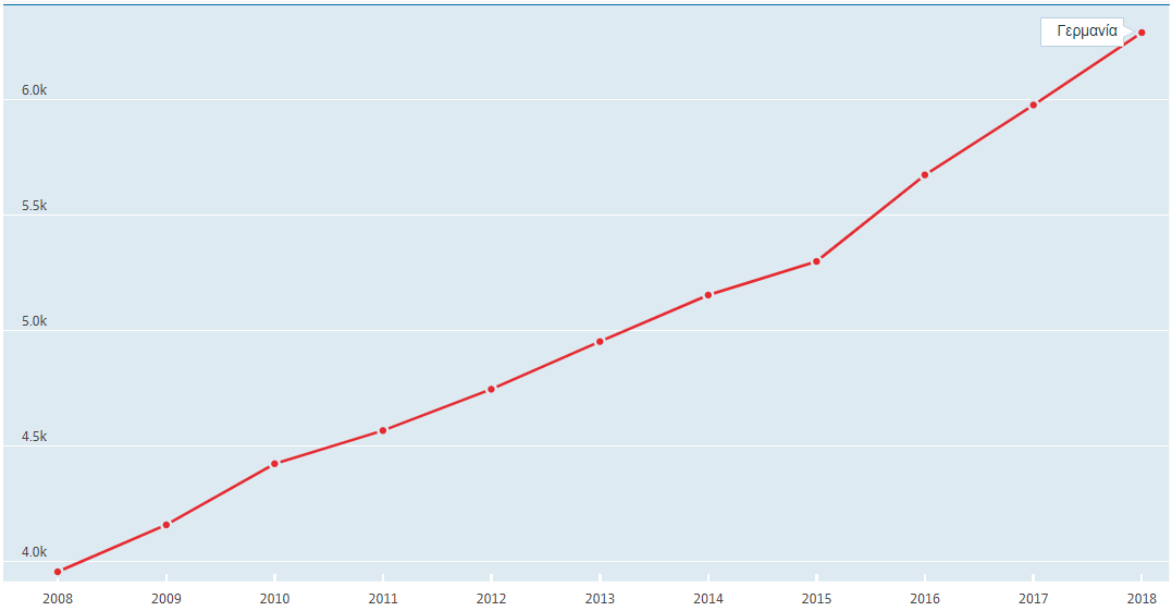
Διάγραμμα 4 Δαπάνες για την Υγεία, Σουηδία 2015

Πηγή: OECD, Σουηδία 2023

2.3. Κεντρική Ευρώπη

2.3.1 Γερμανία

Η Γερμανία διέθετε από τις ισχυρότερες οικονομίες των ευρωπαϊκών χωρών, γι' αυτό και δεν χρειάστηκε να προβεί σε διαρθρωτικές αλλαγές. Αντιθέτως, χρησιμοποίησε την οικονομική κρίση για να νομιμοποιήσει τις κοινωνικές περικοπές και να εμπορευματοποιήσει την υγεία. Μακροχρόνιος στόχος ήταν η είσπραξη των εισφορών από τους εργαζόμενους να συμβαίνει ανεξαρτήτου εισοδήματος ενώ για τους ανασφάλιστους θα τους παρείχε το κράτος πρόνοιας υγειονομική προστασία. Τα ποσοστά των εισφορών σταθεροποιήθηκαν αυτή την περίοδο, γιατί η Κοινωνική Ασφάλιση σημείωσε πλεόνασμα στα έσοδά της ενώ ταυτόχρονα πάγωσε τις εργοδοτικές εισφορές μετακυλώντας κατ' αυτόν τον τρόπο τις μελλοντικές αυξήσεις στους εργαζόμενους. Στόχο αποτέλεσαν οι μειώσεις των αποζημιώσεων προς αποφυγή στο μέλλον πιθανών αυξήσεων (Giovanella & Stegmüller 2014). Σύμφωνα με την Αντωνίου κ.α. (2021) και όπως αποτυπώνεται από το Διάγραμμα (5) η Γερμανία ήταν από τις ελάχιστες χώρες όπου οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν αύξηση στο μεσοδιάστημα από το 2008 έως και το 2018.



Διάγραμμα 5 Δαπάνες για την Υγεία στη Γερμανία

Πηγή: OECD ,2023

Για τη συλλογή και καταγραφή δεδομένων, από το 2000 η Γερμανία καθόρισε τα νοσοκομεία να συλλέγουν συστηματικά πληροφορίες για τη δημιουργία δεικτών ποιότητας. Αρχικός σκοπός ήταν η εσωτερική διαχείριση ποιότητας, αργότερα απέκτησε και συγκριτικό ρόλο. Τα στατιστικά στοιχεία για τα νοσοκομεία αποτυπώνονταν συνολικά και όχι μεμονωμένα οι επιδόσεις έκαστου νοσηλευτικού ιδρύματος (Emmert et al. 2011).

Μεταρρυθμίσεις υλοποιήθηκαν και στην προμήθεια φαρμάκων, θεσπίστηκε σύνολο κανόνων για την άσκηση ελέγχου στις τιμές των φαρμάκων και περικοπές όπου κρίνονταν απαραίτητο. Καθιερώθηκαν πρότυπα αξιολόγησης για τα νέα φάρμακα και άμεσες διαπραγματεύσεις μεταξύ των Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας και τους παρασκευαστές φαρμάκων, εφαρμόζοντας ανταγωνιστικές διατάξεις για τις εταιρείες φαρμάκων. Επιπλέον κατάφερε να μειώσει τις τιμές των εμβολίων (Simon 2012).

2.3.2 Ολλανδία

Η Ολλανδία διαθέτει ένα ανταποδοτικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας, το οποίο έως το 2006 ήταν εξ' ολοκλήρου δημόσιο και παρείχε υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας (Αντωνίου κ.α. 2021)

Η ιδιωτική ασφάλιση καθιερώθηκε το 2006 με την μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος, στην οποία επιτράπηκε η σύναψη συμβολαίου των πολιτών με ιδιωτικές ασφάλειες για προκαθορισμένες παροχές. Υποχρέωση των ιδιωτικών ασφαλειών ήταν η αποδοχή όλων των πολιτών, οι οποίοι πλήρωναν βάσει κριτηρίων. Ο ρόλος του κράτους

παρέμεινε εποπτικός. Έγινε προσπάθεια αποσυμφόρησης του συστήματος από την μακροχρόνια φροντίδα και επικέντρωσης στον ασθενή. Για τον λόγο αυτό η κοινωνική μέριμνα οργανώθηκε σε τοπικό επίπεδο με την προϋπόθεση ότι θα είναι λιγότερο δαπανηρή και περισσότερο αποτελεσματική. Την κατ' οίκον νοσηλεία ανέλαβαν οι ασφαλιστές υγείας, παρέχοντας φροντίδα και υποστήριξη με τη βοήθεια νοσηλευτικού προσωπικού. Δεδομένου ότι το ολλανδικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως τα ακριβότερα, οι συμφωνίες που έγιναν βοήθησαν στον έλεγχο των δαπανών. Το σύστημα δεν παρουσιάζει ελλείψεις, δημιουργούνται συνεχώς νέα εξωτερικά ιατρεία, υποστηρίζοντας την ΠΦΥ, συνδυαστικά με το έργο του Γενικού Ιατρού. Δεν χρειάστηκε να κάνει μειώσεις κλινών ή υγειονομικού προσωπικού, καθώς εμφανίζει επάρκεια εργατικού δυναμικού (OECD, 2017).

2.4. Νότια Ευρώπη

2.4.1. Ισπανία

Το υγειονομικό σύστημα της Ισπανίας είναι αποκεντρωμένο, με κρατική χρηματοδότηση και καθοδήγηση. Η χώρα εισήλθε σε δημοσιονομική λιτότητα με περικοπές και μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες. Όπως οι περισσότερες χώρες της Ν. Ευρώπης αναγκάστηκε σε συρρίκνωση του ποσοστού που δαπανούσε για την υγεία (Αντωνίου κ.α. 2021)

Από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις αποτέλεσε η θέσπιση νόμου το 2012, το δικαίωμα ένταξης στην κάρτα Sistema National Salud (SNS), αποκόπτοντας άτομα που δεν είχαν προηγούμενη εργασία, παράνομους μετανάστες και πρόσφυγες. Η κάρτα SNS παρέχονταν μόνο σε πολίτες με κοινωνική ασφάλιση και με συμφωνία πληρωμής των υποχρεώσεων τους. Στην καθημερινότητα σήμαινε ότι είχαν ασφαλιστική κάλυψη μόνο όσοι ήταν εργαζόμενοι, οι υπόλοιποι είχαν δικαίωμα πρόσβασης μόνο στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών, με εξαίρεση παιδιά και εγκύους. Ακολούθησε τροποποίηση του πακέτου παροχών, μετά την ανισότητα που δημιουργήθηκε, στο οποίο μόνο οι κλινικές υπηρεσίες παρέμειναν χωρίς συμπληρωμή. Για παροχές όπως φάρμακα, προθέσεις, διαιτητικά προϊόντα, μη επείγουσες μεταφορές ασθενών διατήρησε την συμπληρωμή από τους πολίτες. Καθοριστική υπήρξε η κατάργηση του καθολικού δημόσιου συστήματος, καθώς συνδέθηκε το δικαίωμα στην υγεία με την ιθαγένεια και έθεσε την ιδιότητα του μέλους ως προϋπόθεση για την παροχή κοινωνικής ασφάλισης. Λόγω της οικονομικής πίεσης αναγκάστηκε σε περικοπή υγειονομικού προσωπικού, με την μη αντικατάστασή του.

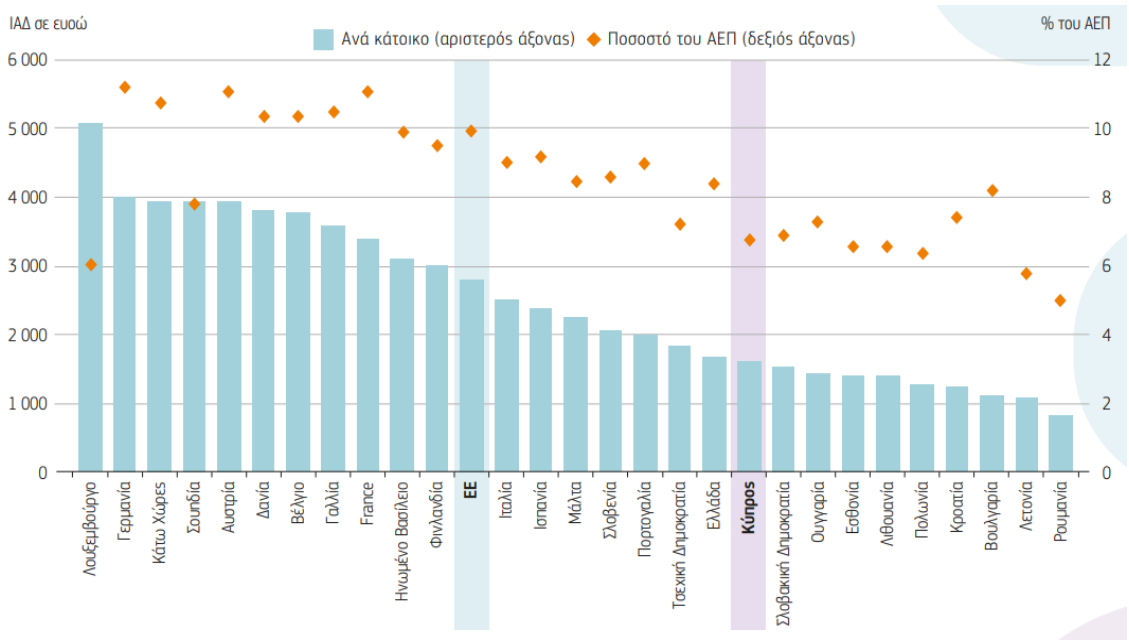
Προέβη σε πάγωμα και περικοπές μισθών, με αποτέλεσμα το υπολειπόμενο υγειονομικό προσωπικό να έχει αυξημένο φόρτο εργασίας. (Giovanella & Stegmüller 2014).

Αλλαγές επήλθαν και στην φαρμακευτική περίθαλψη, με αύξηση της συμμετοχής στοχεύοντας σε πιο ορθολογική χρήση. Η αδυναμία τήρησης των φαρμακευτικών πρωτοκόλλων εντοπίστηκε σε κατηγορίες πολιτών με χαμηλό εισόδημα, συνταξιούχους και ηλικιωμένους. Σημείωσε αύξηση η αδυναμία συμμετοχής, μετά την καθιέρωση των συμπληρωμών στα φαρμακευτικά προϊόντα λόγω αδυναμίας των πληθυσμιακών ομάδων να πληρώσουν το ποσό που αναλογούσε (Aznar-Lou et al 2018). Απόρροια των μέτρων προσαρμογής ήταν να αυξηθούν οι λίστες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις στα νοσοκομεία.

2.4.2 Κύπρος

Χαρακτηριστικό στοιχείο του υγειονομικού συστήματος της Κύπρου είναι το υψηλό επίπεδο υγείας που διατηρούσε πριν την οικονομική κρίση, συντηρώντας ταυτόχρονα δύο συστήματα, το δημόσιο και το ιδιωτικό. Στο ιδιωτικό σύστημα επικρατούσαν οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες προερχόμενες από τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς. Από το δημόσιο απουσίαζε η καθολικότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών, ο έλεγχος των δαπανών και οι μηχανισμοί αποζημίωσης, τα οποία την περίοδο της κρίσης αύξησαν την ανισότητα στην πρόσβαση (Theodorou et.al. 2012).

Σύμφωνα με τους Samoutis et.al. (2010), οι μεταρρυθμίσεις έγιναν προς την κατεύθυνση μείωσης των φαρμακευτικών δαπανών. Μειώθηκε το ποσοστό κέρδους από την λιανική πώληση των φαρμακευτικών προϊόντων, τροποποιήθηκε η τιμολόγηση των φαρμάκων και μειώθηκε η τιμή χονδρικής τους πώλησης. Αντιστρόφως επιτράπηκε η απελευθέρωση της τιμής των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Ο συνδυασμός της ορθής λειτουργίας της συνταγογράφησης, η δημιουργία λίστας νοσημάτων, ακριβότερων φαρμάκων και ιατρικών πρωτοκόλλων οδήγησε στη μείωση της δαπάνης. Στο Διάγραμμα (6) που ακολουθεί, αποτυπώνεται το χαμηλό ποσοστό δαπανών της Κύπρου για την υγεία, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.



Διάγραμμα 6 Δαπάνες υγείας Κύπρου 2015, συγκριτικά με την ΕΕ.

Πηγή: [OECD](), *Κύπρος, 2023.*

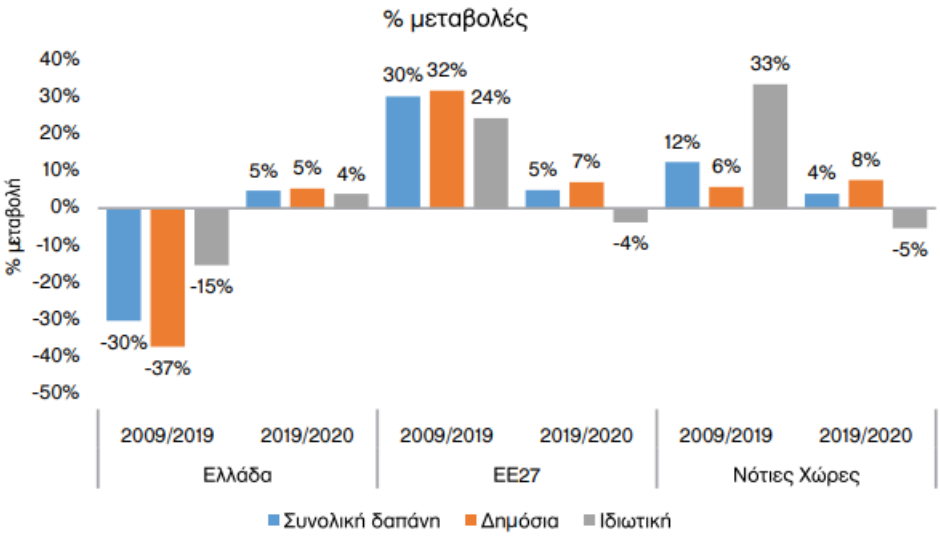
Η δημιουργία του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓεΣΥ) αποτέλεσε την κυριότερη μεταρρύθμιση συνδυαστικά με την ανεξαρτητοποίηση των κρατικών υπηρεσιών για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Κατά την εφαρμογή του ΓεΣΥ, δικαιούνταν πρόσβαση χωρίς εισοδηματικά κριτήρια όσοι Κύπριοι και Ευρωπαίοι πολίτες κατοικούσαν στην Κύπρο, οι νόμιμοι μετανάστες και οι πολιτικοί πρόσφυγες. Δυσκολίες εφαρμογής υπήρξαν, όπως ανάλογες αντιμετώπισε και η Ελλάδα, γι' αυτό και ψηφίζονταν συχνά τροποποιητικές διατάξεις. Στο ΓεΣΥ επικράτησε ο θεσμός του Παθολόγου Ιατρού, εκσυγχρονίστηκαν τα συστήματα πληροφορικής για την εξυπηρέτηση της ιατρικής κοινότητας, επικράτησε διαφάνεια στην διαχείριση των πόρων και τη συλλογή δεδομένων του υγειονομικού τομέα. Προκειμένου να ενταχθούν στον Οργανισμό Κρατικών Υπηρεσιών Υγείας (ΟΚΥΠΥ) τα κρατικά νοσοκομεία και οι μονάδες ΠΦΥ, επιχειρήθηκε η αυτονόμησή τους με την απόκτηση δικό τους οικείου προϋπολογισμού για κάθε ίδρυμα. Ακολούθησε εκσυγχρονισμός των διοικήσεων τους με την τοποθέτηση management, καθιερώθηκαν κριτήρια ποιότητας, ελέγχου, αξιολόγησης, κλινικών πρωτοκόλλων, ορθολογιστικής συνταγογράφησης και βελτίωσης της αποδοτικότητας (Κωνσταντίνου κ.α. 2020).

Επιλογικά, οι μεταρρυθμίσεις αφορούσαν την καθολική πρόσβαση των πολιτών, την ανασυγκρότηση και ενίσχυση της ΠΦΥ, την ύπαρξη διαφάνειας και λογοδοσίας.

2.4.3 Ιταλία

Το εθνικό σύστημα υγείας της Ιταλίας είναι πλήρως αποκεντρωμένο, με ανεπτυγμένη την ΠΦΥ και το θεσμό του Οικογενειακού Ιατρού. Την διάρκεια της κρίσης προσπάθησε να μειώσει τις ανισότητες που υπήρχαν μεταξύ πλουσίων και πτωχών περιφερειών (Αντωνίου κ.α. 2021).

Προτεραιότητα πολλών ετών ήταν η μείωση του υγειονομικού κόστους, αλλά δεν είχε τελεσφορήσει. Μεταξύ των ετών 2012-2015 η χρηματοδότηση στον τομέα της υγείας μειώθηκε κατά 2,1 δις ευρώ. Ορίστηκαν νέα πρότυπα και κανονισμοί και προωθήθηκε η ΗΣ. Με προεδρικό διάταγμα το 2012 αναδιαρθρώθηκαν οι τοπικές μονάδες υγείας και τα νοσοκομεία, αναθεωρήθηκε το ποσοστό συμπληρωμής και δημιουργήθηκε λίστα φαρμακευτικών προϊόντων με περιορισμένο κόστος. Προστατεύτηκαν με πλήρη κάλυψη οι χρόνιοι πάσχοντες και οι ευάλωτες κοινωνικά ομάδες με καθολική κάλυψη που στο μεγαλύτερο βαθμό είναι δωρεάν. Εξαιρέθηκαν, όπως η οδοντιατρική φροντίδα, η οποία προέρχεται από ιδιωτική δαπάνη ή μέρος σύναψης ιδιωτικής ασφάλισης. Εξαιτίας του μεγάλου βαθμού αποκέντρωσης και ιδιαίτερα στις περιφέρειες με ελλειμματικό προϋπολογισμό, η πραγματοποίηση των μεταρρυθμίσεων είχαν δυσκολίες. Οι βορειότερες και κεντρικές περιφέρειες θεωρούνται εκσυγχρονισμένες, ποιοτικά αναβαθμισμένες, με μεγαλύτερη χωρητικότητα συγκριτικά με τις νοτιότερες, όπου παρατηρείται ροή των ασθενών προς τις βορειότερες. Ακολούθησε μείωση των κλινών και μετατροπή μερικών απ' αυτών για φροντίδα ανερχόμενων αναγκών χρόνιων ασθενών, ευπαθών ομάδων και ηλικιωμένου πληθυσμού. Ο ρόλος του Γενικού Ιατρού είναι ευρέως διαδεδομένος και αποδεκτός ως φύλακα και συντονιστή του συστήματος, ο οποίος ενεργεί μόνο κατά περίπτωση (OECD, 2017).



Διάγραμμα 7 Δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα - ΕΕ27 & Νότιες χώρες.

Πηγή: ΙΟΒΕ ,2023.

Συμπερασματικά, οι μεταρρυθμίσεις στα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας ποικίλλουν αναλόγως την οικονομία των χωρών. Οι περισσότερες χώρες αναγκάστηκαν σε μείωση των δαπανών για την υγεία. Όσες χώρες είχαν οργανώσει την ΠΦΥ δεν προβήκανε σε αναδιαρθρώσεις, αντιθέτως χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Κύπρος , χώρες της Νότιας Ευρώπης (Διάγραμμα 7), αναγκάστηκαν σε μειώσεις προσωπικού και αναδιάρθρωση του συστήματος. Οι επιπλέον μειώσεις σε χώρες με χαμηλή οικονομία μπορεί να οδηγήσουν σε έλλειμμα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι περισσότερες χώρες έκαναν συμφωνίες με ιδιωτικές ασφαλιστικές για την μείωση των δημοσίων δαπανών (Αντωνίου κ.α. 2021).

Κεφάλαιο 3 - Μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ κατά την πανδημία του COVID-19 στην Ελλάδα

3.1 Ιστορική ανασκόπηση πριν την έλευση της πανδημίας

Ο SARS-COV 2 γνωστός και ως Covid-19, πρωτοεμφανίστηκε στη Γιουχάν πόλη της Κίνας τον Δεκέμβριο του 2019 και εξαπλώθηκε γρήγορα σε ολόκληρο τον κόσμο ως παγκόσμια απειλή. Τρεις μήνες αργότερα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τον χαρακτήρισε ως πανδημία, αφού ήδη είχε επεκταθεί και προσβάλλει εκατομμύρια ανθρώπους. Η ταχεία εξάπλωση του επηρέασε παγκοσμίως τις πολιτικές των κρατών, τις οικονομίες, την δημόσια υγεία και τις ανθρώπινες ζωές. Οι κυβερνήσεις αναγκάστηκαν να λάβουν ακραία μέτρα περιορισμού των μετακινήσεων και των επαφών, να επιβάλλουν τη φυσική απόσταση προκειμένου να διαχειριστούν τη νόσο. Επειδή κανείς δεν προέβλεπε πότε θα τελείωνε, τα συστήματα υγείας έπρεπε να προετοιμαστούν για τις πρωτοφανείς υγειονομικές ανάγκες που αντιμετώπιζαν. Γενικευμένα μέτρα λήφθηκαν για την προστασία του πληθυσμού ενώ για το υγειονομικό προσωπικό αυξήθηκαν τα Μέσα Αυξημένης Προστασίας (ΜΑΠ), προκειμένου να θωρακιστούν τα συστήματα υγείας (Chan, 2020).

Ο παγκόσμιος πληθυσμός βρέθηκε αντιμέτωπος με μία σημαντική πρόκληση που προκάλεσε άγχος ως προς τη διαχείριση και τη διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας. Ακόμη μεγαλύτερη πρόκληση αποτέλεσε για τους επαγγελματίες υγείας και τους οργανισμούς υγείας. Η ελληνική κυβέρνηση ήταν αντιμέτωπη με ακόμη μία υπέρβαση, τη διαχείριση της πανδημίας καθώς το σύστημα υγείας της χώρας μόλις είχε εξέλθει από την δεκαετή οικονομική κρίση, που το είχε οδηγήσει σε υποστελέχωση και υποχρηματοδότηση. Όλες οι παροχές υγείας ήταν μειωμένες, οι κλίνες, η χρηματοδότηση, η έρευνα, το προσωπικό και οι παροχές. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο ΕΟΠΥΥ που κατά την ιδρυτική του παρουσία φαινόταν ως «αγοραστής» των υγειονομικών παροχών λίγα χρόνια αργότερα λειτουργούσε περιοριστικά για τους ασφαλισμένους (ΔιαΝΕΟσις, 2020).

Σύμφωνα με τους Ismail & Gali (2017), η απόδοση των εργαζομένων επιτυγχάνεται με την υλοποίηση των στρατηγικών στόχων σε περιόδους ηρεμίας. Αντιθέτως σε περιόδους άγχους δυσχεραίνεται η αποτελεσματικότητα των εργαζομένων και κατά συνέπεια όλου του συστήματος. Η πανδημία αποτέλεσε πηγή άγχους για όλους τους εμπλεκόμενους, τον πληθυσμό, τις διοικήσεις και τους επαγγελματίες των οργανισμών. Θέλοντας λοιπόν να προστατεύσει το ευάλωτο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης η ελληνική κυβέρνηση προέβη σε σχεδιασμό δράσεων και θέσπιση νομοθεσιών προς θωράκιση του υγειονομικού

συστήματος. Οι πιέσεις που δέχτηκε ήταν ισχυρές κατά το πρώτο κύμα (Μάρτιο 2020) της πανδημίας. Εντούτοις, μπορεί να αποφεύχθηκε σημαντικά η πίεση, όμως απέδειξε πόσο απροετοίμαστο ήταν για έκτακτες καταστάσεις. Το δεύτερο κύμα της πανδημίας κορυφώθηκε τον Νοέμβριο 2020, με αύξηση των κρουσμάτων, των νοσηλειών και των θανάτων (Siettos et.al. 2021). Ο Τσαγκαράκης κ.α. (2020), αναφέρουν ότι το ΕΣΥ στην αρχή της πανδημίας ήταν από τα περισσότερο υποστελεχωμένα υγειονομικά συστήματα της Ευρώπης, παρότι στο τέλος κατάφερε να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά. Βασική αιτία ήταν η άμεση αντιμετώπιση της κρίσης με μέτρα προς αποφυγή πιέσεως του συστήματος, στόχο τον οποίο κατάφερε στο πρώτο κύμα. Η αμεσότητα λειτούργησε ευεργετικά στο να κερδηθεί χρόνος για τη στελέχωση των Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

3.2 Αναδιάρθρωση ΠΦΥ στην πανδημία

Στην διάρκεια της πανδημίας σημαντικό ρόλο έπαιξε η ενδυνάμωση της ΠΦΥ προκειμένου να παρέχει υπηρεσίες φροντίδας στους πολίτες. Σύμφωνα με τους Hanefeld et.al. (2018), για να είναι επιτυχείς οι παρεμβάσεις πρέπει να είναι στοχευμένες στη βελτίωση της ανθεκτικότητας και της αποτελεσματικότητας των οργανισμών σχετικά με τρεις βασικές δομικές λειτουργίες τους:

- η εξασφάλιση χρηματοδότησης διαθέσιμων πόρων για την γρήγορη μετάβαση
- η επάρκεια ανθρώπινου δυναμικού με σαφή διαχωρισμό των αρμοδιοτήτων, των ρόλων, των υποχρεώσεων και των δικαιωμάτων
- η ύπαρξη ψηφιοποιημένων συστημάτων για τη συλλογή και διαχείριση δεδομένων για την υγεία, προς την κατεύθυνση της έγκυρης ενημέρωσης, της ολοκληρωμένης φροντίδας, της λήψης σωστών αποφάσεων και των έγκυρων αντιδράσεων. Γενικότερα η συνεισφορά τους εντοπίζεται στο τι πρέπει να γίνει.

Οι λειτουργίες αυτές είναι άμεσα συνδεόμενες με τις τοπικές κοινότητες, ως προς το πώς βιώνεται η ανταπόκριση του συστήματος στο άτομο και στην κοινότητα. Η υποχρέωση τους έγκειται στην ορθή λειτουργία τους, σχετικά με τα σχέδια δράσης υλοποίησης των ενεργειών, για αποτελεσματικές αποφάσεις. Οι ολοκληρωμένες παρεμβάσεις επηρεάζουν και ενισχύουν τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Στον Εικόνα (1) αποτυπώνονται οι στρατηγικές που ακολούθησαν τα συστήματα υγείας στην παρακολούθηση της πορείας του Covid-19.



Εικόνα 1 Στρατηγικές Συστημάτων Υγείας για την παρακολούθηση του Covid-19.

Πηγή: Eurohealth 2020; 26(2) , 2020

Τα στάδια αντιμετώπισης σύμφωνα με το Eurohealth et. al. (2020), διακρίνονται:

- Στο πρώτο στάδιο, που αφορά την ετοιμότητα του συστήματος, δηλαδή πόσο ευάλωτο είναι σε έκτακτες καταστάσεις ή πόσο έπρεπε να αντισταθεί
- Το δεύτερο στάδιο, αφορά τον έγκαιρο εντοπισμό του προβλήματος για την έναρξη οργανωμένης αντίδρασης
- Στο τρίτο στάδιο, είναι η διαχείριση όπου επιβάλλεται αναπροσαρμογή και προσαρμοστικότητα για την εξασφάλιση των στόχων και τη διατήρηση της υγείας
- Το τέταρτο στάδιο αναφέρεται η επαναφορά στην κανονικότητα, μέσω των μαθημάτων που πάρθηκαν από την περίοδο διαχείρισης της πανδημίας Σε αυτό το στάδιο περιγράφεται η τωρινή περίοδος κατά την οποία κρατούνται ως καλές πρακτικές, όλα τα στοιχεία που αποδεδειγμένα επηρέασαν θετικά τα υγειονομικά συστήματα και τις επιδόσεις τους.

Ανάλογα λειτούργησαν και οι δομές συστήματος της ΠΦΥ, τα Π.Ι., τα Κ.Υ. και οι συμβεβλημένοι γιατροί του ΕΟΠΥΥ. Δημιουργήθηκε ένα δίκτυο για τους ασθενείς με Covid-19, στα Κ.Υ. με 24ωρη λειτουργία εντός του αστικού ιστού για τις μεγαλουπόλεις. Ο σκοπός τους ήταν ο εντοπισμός, η διαλογή, η διαχείριση και η παραπομπή των θετικών κρουσμάτων σε νοσοκομεία. Είχαν ρόλο υποστηρικτικό προς τα νοσοκομεία της

δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ο ανασχεδιασμός των υπηρεσιών ενδυνάμωσε το διαχειριστικό ρόλο της ΠΦΥ, ως προς τη μεταδοτικότητα της νόσου, για την προστασία των πολιτών και του υγειονομικού προσωπικού. Ταυτόχρονα διατηρήθηκε η λειτουργία των Κ.Υ. εκτός δικτύωσης τους με τον Covid-19, τα οποία εξυπηρετούσαν χρόνιους ασθενείς, όσους έχρηζαν έκτακτης φροντίδας, ή επικοινωνούσαν με τον πληθυσμό ευθύνης τους, οι οποίοι βρίσκονταν σε κατ'οίκον απομόνωση. Επιπλέον δημιουργήθηκαν συνεργεία απόκρισης, απαρτισμένα από ιατρούς, νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας των Covid-19, ή των ΤΟΜΥ, με διαθέσιμα μεταφορικά μέσα για υλοποίηση επισκέψεων στα σπίτια των ασθενών ή για την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα και κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών. Παρείχαν φροντίδα, εξέταση και λήψη δειγματοληπτικού υλικού, διατηρώντας όλα τα μέτρα προστασίας (Ελληνική Δημοκρατία 2020).

Η δικτύωση υλοποιήθηκε και μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας με το προσωπικό των Κ.Υ., προκειμένου να υπάρχει ενημέρωση και πρόσβαση σε οποιασδήποτε πληροφόρηση καθόλη τη διάρκεια της πανδημίας. Η δημιουργία ηλεκτρονικής πλατφόρμας έδωσε την ευκαιρία στους ασθενείς να αιτούνται επικοινωνία με Σύμβουλο Ιατρό, ώστε να υποβάλουν τα ερωτήματα τους και να μπορούν να δίνουν τα ζωτικά του σημεία όπως πίεση, κορεσμό, θερμοκρασία και σφίξεις σε καθημερινή βάση. Η δυνατότητα πρόσβασης στην ενημέρωση και η πληροφόρηση παρείχε την ευχέρεια της διαθεσιμότητας όλου του ιστορικού οποιαδήποτε στιγμή, σε όλη τη χρονική διάρκεια της παρακολούθησης. Μετά την έλευση της νόσου η πλατφόρμα της συμβουλευτικής που έχει δημιουργηθεί διαγραφόταν διασφαλίζοντας τα δεδομένα των πολιτών (Ελληνική Δημοκρατία 2020).

Στα πλαίσια ενίσχυσης της ΠΦΥ δημιουργήθηκαν οι ΚΟΜΥ (Κινητές ΟΜάδες Υγείας), περίπου 500 κινητά συνεργεία σε όλη τη χώρα για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και διενέργειας δειγμάτων πιθανόν θετικών στον ιό. Προς ενίσχυση αυτής της δράσης λειτούργησε επιπρόσθετα στον Εθνικό Οργανισμό Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) τηλεφωνικό κέντρο για την καλύτερη διαχείριση των περιστατικών που χρειάζονταν βοήθεια. Για περαιτέρω ενίσχυση της ΠΦΥ, η αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων κατοχυρώθηκε με πράξη νομοθετικού περιεχομένου (ΦΕΚ Α΄84/2020), όπου επιτράπηκε σε συμβεβλημένους γιατρούς του ΕΟΠΥΥ, σε οικογενειακούς γιατρούς, σε γιατρούς της ΠΦΥ να επισκέπτονται τους ασθενείς στις κατοικίες τους και να παρέχουν εξ' αποστάσεως καθολικά ιατρικές υπηρεσίες. Ψηφιακές ιατρικές υπηρεσίες παρέχονταν σε θετικούς ασθενείς με κατ' οίκον παρακολούθηση καθώς και στους χρόνιους ασθενείς (Ελληνική Δημοκρατία 2020).

Σύμφωνα με τον Σταχτέα (2020), κατά τη διάρκεια της πανδημίας αναδείχθηκε η αξία της ΠΦΥ αναφορικά με την ανίχνευση, διαλογή, αξιολόγηση και απομόνωση των

κρουσμάτων. Η ταυτόχρονα συντονισμένη παροχή υπηρεσιών υγείας σε νοσούντες με Covid-19 και χρόνιους μη νοσούντες ασθενείς, αποδείχτηκε υψίστης σημασίας προτεραιότητα. Μερικές από τις προϋποθέσεις για την επιτυχημένη διαχείριση της ΠΦΥ κατά την πανδημία είναι η χρηματοδότηση, η αύξηση των υποδομών, του εξοπλισμού και του προσωπικού, η ύπαρξη στρατηγικού εθνικού σχεδιασμού με διακριτό τον ρόλο της. Ειδικότερα, αφορά την εκπαίδευσή του προσωπικού, τα διαθέσιμα υλικά ΜΑΠ, επιχρίσματα και ιατρικά πρωτόκολλα. Ακολούθως επιτυγχάνεται η αποτίμηση των αναγκών των ευπαθών ομάδων και καθολικά του πληθυσμού, υπακούοντας στους κανόνες περιορισμού της μετάδοσης του ιού λόγω των επαφών (Ελληνική Δημοκρατία 2020).

3.3 Εθνικό Μητρώο Ασθενών

Η ΚΥΑ 2650/2020 του Υπ. Υγείας και Επικρατείας που δημοσιεύτηκε στις 10 Απριλίου 2020, έβαλε σε εφαρμογή το Ηλεκτρονικό Μητρώο Ασθενών, του Covid-19. Σκοπός της λειτουργίας του ήταν η συνεχής παρακολούθηση των διαγνωσμένων κρουσμάτων σε ολόκληρη τη χώρα από ιατρούς, ώστε να εξασφαλιστεί η καλή έκβαση της νόσου, η εξέλιξη, η αποφυγή και η πρόληψη των επιπλοκών. Επιπρόσθετα η δημιουργία του μητρώου συνέβαλε στην αξιολόγηση της πρόσβασης των ασθενών σε ενδεδειγμένες θεραπείες, της αποτελεσματικότητας της φαρμακευτικής αγωγής καθώς και στη συλλογή δεδομένων για την πανδημία, δημιουργώντας στοιχεία για όλους τους εμπλεκόμενους φορείς (Ελληνική Δημοκρατία 2020).

Επιπλέον, διευκολύνθηκαν οι διαδικασίες έκδοσης παραπεμπτικών και συνταγογράφησης φαρμάκων σχετικά με τη νόσο. Εξαρχής αποτέλεσε στόχο η προάσπιση της υγείας των πολιτών, σε συνδυασμό με την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών καθώς η πρόσβαση στο μητρώο ήταν προστατευμένη και δεν επιτρέπονταν η χρήση των στοιχείων από άλλους φορείς (Chelioudakis et.al 2020). Η Εικόνα (2) ορίζει τις δικλείδες ασφαλείας λειτουργίας του μητρώου.



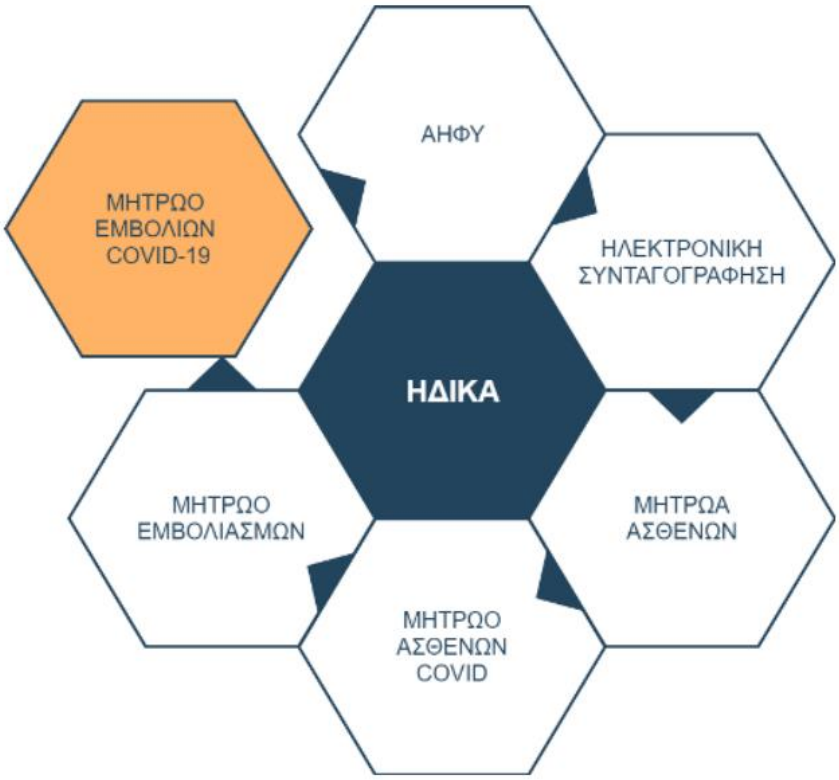
Εικόνα 2 Απαραίτητα χαρακτηριστικά για την ιχνηλάτηση των επαφών.

Πηγή: Chelioudakis, et.al., 2020.

Καθοριστική αποδείχθηκε η προσφορά του μητρώου ασθενών στη συλλογή και αξιολόγηση των αναγκών, στο σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και εφαρμογής των θεραπειών ανά ασθενή. Ακολούθως, τα συγκεντρωμένα δεδομένα διευκολύναν τη διεθνή συλλογή στοιχείων και ανταλλαγή γνώσεων, πρακτικών και θεραπειών. Με την εφαρμογή του έγινε ευκολότερη και πιο αποτελεσματική η συνεργασία του ΕΟΔΥΥ με την Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας (Γ.Γ.Π.Π.) συντομεύοντας το χρόνο και τις διαδικασίες (Υπ. Υγείας 2020).

3.4 Εθνικό Μητρώο Εμβολιασμού (ΕΜΕ) κατά του Covid-19

Η εκστρατεία εμβολιασμού κατά του Covid-19 ξεκίνησε από το υγειονομικό προσωπικό της χώρας, ακολούθησαν οι ευπαθείς ομάδες και οι ηλικιωμένοι καθώς είχε παρατηρηθεί ότι είναι ομάδες υψηλού κινδύνου με συν-λοιμώξεις, σοβαρές επιπλοκές ή θανατηφόρα έκβαση (Maltezou et.al. 2020).



Εικόνα 3 Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Υγείας στην ΗΔΙΚΑ.

Πηγή: ΗΔΙΚΑ

Σύμφωνα με τον Τσολακίδη (2021), το ΕΜΕ του Covid-19 αποτέλεσε μέρος της Ηλεκτρονικής Υγείας, έχει καταχωρημένα το σύνολο των εμβολιασμένων πολιτών, τον αριθμό των εμβολίων και των εμβολιαστικών κέντρων. Στην Εικόνα (3) παραθέτονται όλες οι συνδεόμενες Ηλεκτρονικές Υπηρεσίες Υγείας του κράτους. Το μητρώο συνδέθηκε με το Εθνικό Μητρώο ΑΜΚΑ και το Ευρωπαϊκό Πιστοποιητικό Covid-19 και ενημερωνόταν ταυτόχρονα με την ολοκλήρωση του εμβολιασμού. Τα οφέλη από τη δημιουργία του εντοπίζονται στη συλλογή δεικτών εμβολιαστικής κάλυψης ανά κατηγορίες πληθυσμού και κατά επέκταση στην καταγραφή των εμβολιασμών που έχουν γίνει ανά πολίτη της χώρας και κατά προέκταση στη συλλογή ανεπιθύμητων ενεργειών. Επίσης συνείσφερε σε μελέτες

και στατιστικές για μελλοντική χρήση. Η πρόσβαση σε αυτό είναι αυστηρά περιορισμένη σε πιστοποιημένους χρήστες διασφαλίζοντας τα προσωπικά στοιχεία του ασθενούς, η χρήση του υλοποιείται μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας. Τέλος, οι στατιστικές του γίνονται αναφορικά με το εμβόλιο, τη νόσο, τη γεωγραφική και ηλικιακή κατανομή, τις ομάδες υψηλού κινδύνου και το χρονικό διάστημα που υλοποιήθηκαν. Οι τρόποι διασύνδεσης των πολιτών με το Σύστημα Διαχείρισης Συνεδρίων Εμβολιασμού κατά του SARS- COV2, γίνονταν μέσω διαθέσιμης ιστοσελίδας ή μέσω γραπτού μηνύματος (sms). Το ΕΜΕ κατά του Covid-19 αποτελεί σύστημα αρχειοθέτησης της Data Center της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικής Ασφάλισης (ΗΔΙΚΑ) Α.Ε., μαζί με τις ακόλουθες ηλεκτρονικές πλατφόρμες

- το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης
- το Εθνικό Σύστημα Μητρώο Ασθενών
- τον ΑΜΚΑ του πολίτη για επικαιροποίηση στοιχείων
- τον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (ΑΗΦΥ), για την συνεχή ενημέρωση του ιστορικού και παροχή πληροφοριών σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση (ΥΑ) 2650/2020 ΦΕΚ 1298 Β΄ 10/04/2020.

3.5 Δημιουργία Συστήματος Διαχείρισης Bi- Health

Η δημιουργία του συστήματος «Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ» Bi- Health, αποτελεί το πληροφοριακό σύστημα του Υπ. Υγείας. Η συμβολή του έγκειται στην απλοποίηση των διαδικασιών σχετικά με την διοίκηση, την πληροφόρηση, τη διαχείριση των πόρων και τον λειτουργικό εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Το Bi- Health μεταφέρει δεδομένα από όλες τις Μονάδες Υγείας της χώρας εξασφαλίζοντας τη συλλογή και την επεξεργασία τους ώστε να μεταφέρεται η πληροφορία σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς αποσκοπώντας στη βελτίωση των υπηρεσιών. Η πληροφοριακή διασύνδεση συμβαίνει ανάμεσα στις ΥΠΕ της χώρας, των νοσοκομείων, των Κ.Υ., των Π.Ι. και των οργανισμών Πρόνοιας στοχεύοντας στη διάχυση της πληροφόρησης. Το Υπ. Υγείας κατά τη δημιουργία του λογισμικού έθεσε ως στόχους επίτευξης:

- Έγκυρη πληροφόρηση των φορέων από την παροχή στήριξης στη λήψη αποφάσεων
- Συλλογική εκτίμηση του επιτελούμενο έργου των δημόσιων πολιτικών, την παρακολούθηση των οικονομικών δεδομένων και ερευνών. Σε αυτή τη βάση επιτρέπει στους συμμετέχοντες να θέτουν ερωτήματα να υποβάλλουν έρευνες και άλλες σχετικές αναφορές

- Δυνατότητα συσχέτισης της στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας των δεδομένων, τα οποία πληροφορούνται όλοι οι χρήστες
- Διαχειρίζεται υποθετικά σενάρια υλοποίησης δημόσιων πολιτικών ώστε να προβλέπονται μελλοντικά αποτελέσματα. Η διαδικασία αυτή επεξεργάζεται κυρίως οικονομικά μεγέθη και στηρίζεται στο ιστορικό του συστήματος
- Αποθηκεύει τα στατιστικά αποτελέσματα για μία πενταετία αποτελώντας μία σίγουρη βάση αναδρομής για αναζήτηση ασφαλών στοιχείων
- Έλεγχος των παρεχόμενων στοιχείων από όλες τις Μονάδες Υγείας προς βελτίωση τους, αναφορικά με την ποιότητα και την πληρότητα των στοιχείων (Υπ. Υγείας, Bi-Health).

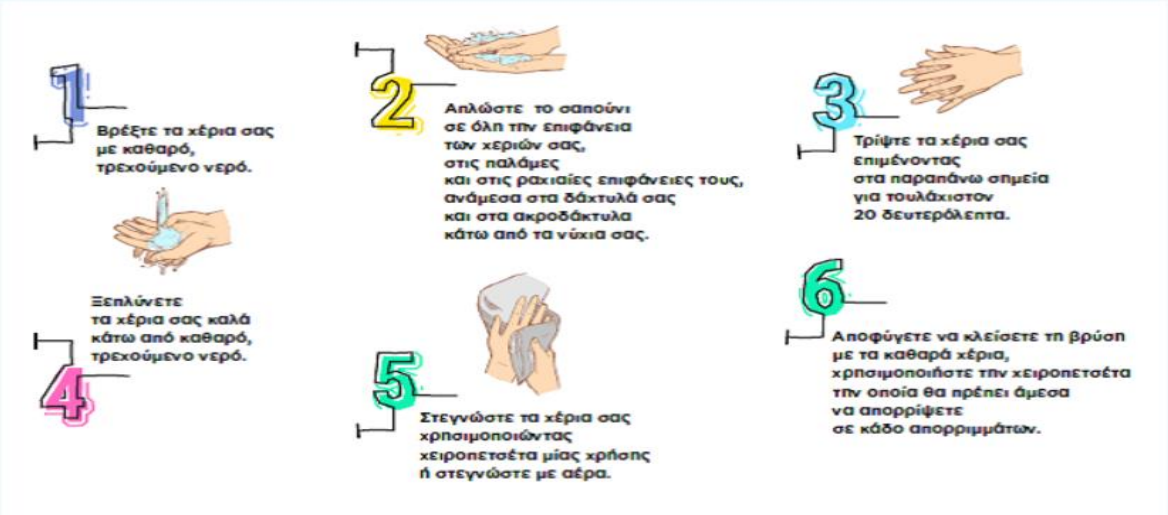
3.6. Σχέδιο Προγράμματος Εμβολιασμού

Το Υπ. Υγείας είχε προγραμματίσει ήδη από τις αρχές του 2019 Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για την Δημόσια Υγεία 2019-2022, ενημερώνοντας τους πολίτες για τα οφέλη του εμβολιασμού. Σύμφωνα με αυτό, κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα στην ανοσοποίηση, η οποία παρέχεται ως δημόσιο αγαθό και συνεισφέρει στη διατήρηση της Δημόσιας Υγείας (Υπ. Υγείας 2019). Η έλευση του κορονοϊού επιτάχυνε την σχεδίαση και εφαρμογή ενός εμβολιαστικού προγράμματος μέγιστης σημασίας για την ανοσοποίηση του πληθυσμού. Η ελληνική κυβέρνηση με την ψηφιακή μεταρρύθμιση που είχε προχωρήσει με τη δημιουργία της Ηλεκτρονικής Υγείας υπό τη διαχείριση της ΗΔΙΚΑ, κατάφερε να λειτουργήσει το πρόγραμμα εμβολιασμού στην ηλεκτρονική πλατφόρμα emvolio.gov.gr, στην οποία είχαν πρόσβαση στην πληροφόρηση όλοι οι πολίτες για τον προγραμματισμό του εμβολιασμού τους. Στο ίδιο πλαίσιο δημιουργήθηκαν εμβολιαστικά κέντρα σε ολόκληρη τη χώρα, για την άμεση διενέργεια εμβολιασμού, δόθηκε σειρά προτεραιότητας ανάλογα με το βαθμό επικινδυνότητας από την έκθεση στον ιό σύμφωνα με οδηγίες του ΠΟΥ. Οι βασικές αρχές εκπόνησης του σχεδίου ήταν η διατήρηση της υγειονομικής ασφαλείας, η καθολικότητα, η ηθική ακεραιότητα και η διαφάνεια στις διαδικασίες. Η εξασφάλιση χρηστής διαχείρισης και η ύπαρξη συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ των φορέων καθώς και η εγρήγορση, η προσαρμοστικότητα και ευελιξία του προγράμματος συνείσφεραν στην ολοκλήρωση του εμβολιασμού των Ελλήνων πολιτών με επιτυχία (Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο Εμβολιασμού).

3.7 Μέτρα Διατήρησης Ατομικής Προστασίας και Προσωπικής Υγιεινής

Λόγω της ταχείας αύξησης της διασποράς του ιού με νομοθεσία (ΦΕΚ 64/Α/14-3-2020), η ελληνική κυβέρνηση έσπευσε στη λήψη εκτάκτων μέτρων για την ατομική προστασία και την προσωπική υγιεινή των πολιτών. Σε συνεργασία με τις επιχειρήσεις που παράγουν, εισάγουν, εμπορεύονται ή διακινούν προϊόντα ατομικής προστασίας κλήθηκε να συλλέξει τα αποθέματα σε αντισηπτικά διαλύματα, μαντηλάκια καθώς και σε μάσκες υποβάλλοντας η κάθε εταιρεία τα υπόλοιπα στην αρμόδια αρχή. Η παρουσίαση των υπολοίπων διαθέσιμων είχε διττό στόχο από το Υπ. Υγείας, αρχικά τον υπολογισμό επάρκειας υλικού και δευτερευόντως στην αποφυγή φαινομένων αισχροκέρδειας κατά των πολιτών (ΚΥΑ, ΦΕΚ1481/Β/2020).

Διαφημιστική καμπάνια με τίτλο «Μένουμε σπίτι, Μένουμε ασφαλείς» στόχευε στον περιορισμό της κυκλοφορίας των πολιτών. Όταν αυτό ήταν αναπόφευκτο, συνέστησαν την υποχρεωτική χρήση της μάσκας σε συγκεκριμένους χώρους εργασίας, κλειστούς χώρους και τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς. Όπως συμβουλεύει η Εικόνα (4), κατευθυντήριες οδηγίες δόθηκαν ως προς την υγιεινή των χεριών με πληροφορίες προς τους πολίτες ως προς τα οφέλη του πλυσίματος των χεριών, την παρεμπόδιση της εξάπλωσης του ιού αλλά και των υπολοίπων μικροβίων. Συνδυαστικά η χρήση ΜΑΠ, η υγιεινή των χεριών και η διατήρηση των κοινωνικών αποστάσεων αποτέλεσαν το τρίπτυχο των μέτρων για τη συγκράτηση της διασποράς του ιού (Ελληνική Δημοκρατία Υγεία 2023).

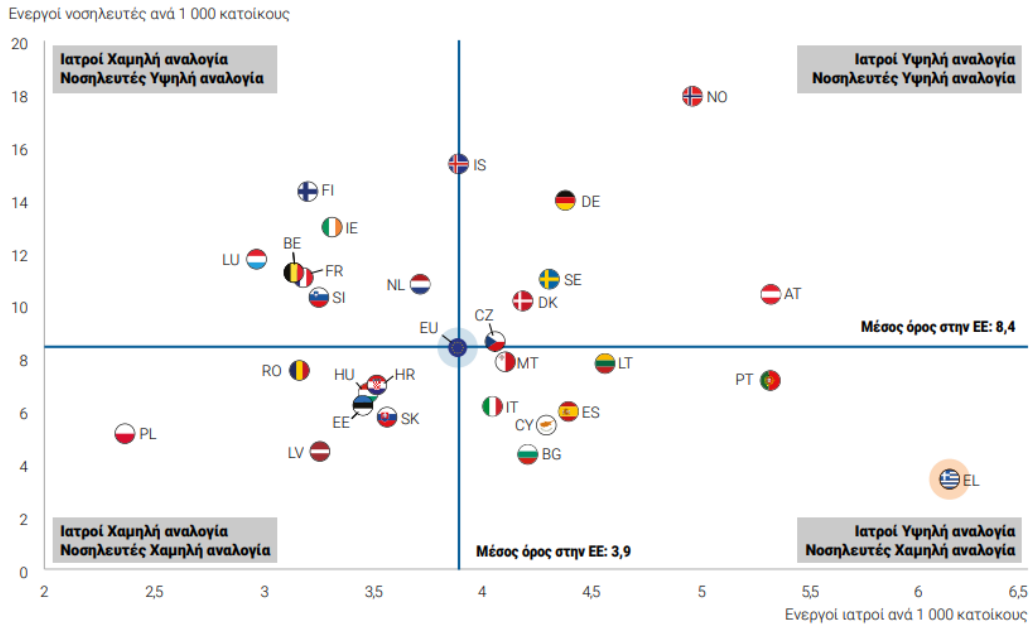


Εικόνα 4 Υγιεινή των χεριών.

Πηγή: https://covid19.gov.gr/ygieini-ton-xerion/

3.8 Υλικοτεχνικός Εξοπλισμός

Μετά την οικονομική κρίση τα στοιχεία καταδείκνυαν το ΕΣΥ ως υποστελεχωμένο και με το χαμηλότερο κατά κεφαλήν ποσοστό ιατρών κατά αναλογία των εγγεγραμμένων νοσηλευτών. Το Διάγραμμα (8) περιγράφει την υπεροχή των γιατρών έναντι του νοσηλευτικού προσωπικού, με έμφαση στην διαφοροποίηση της Ελλάδας από τις υπόλοιπες χώρες. Η έγκαιρη λήψη των μέτρων καραντίνας διευκόλυνε στη μη διάδοση του ιού και κατά συνέπεια στην αποφυγή πιέσεις του ΕΣΥ, το οποίο είχε πολύ χαμηλό ποσοστό κάλυψης αναγκών, κρινόμενο βάσει πληθυσμού με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η εξοικονόμηση χρόνου έδωσε την ευχέρεια να αυξηθούν σε 1.200 από 600 που ήταν αρχικά οι κλίνες ΜΕΘ, χωρίς υπέρβαση του ορίου χωρητικότητας. Δευτερευόντως, η ικανότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού να διαχειριστεί μία τόσο ακραία κατάσταση, η κινητοποίηση του για την υποστήριξη των επιπλέον κλινών ΜΕΘ, σχετίζεται με τον υψηλό βαθμό αποτελεσματικότητας τους (Tzagkarakis et.al.2020).



Διάγραμμα 8 Αναλογία γιατρών νοσηλευτών στις Ευρωπαϊκές χώρες.

Πηγή: OECD, ΕΛΛΑΔΑ,2021.

Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση των δαπανών που σημειώθηκε για την υγεία στο διάστημα 2014-2020 προερχόμενη από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΡΑ), στοχεύοντας κυρίως στην ανάπτυξη της ΠΦΥ. Το Υπ. Υγείας αύξησε τις δαπάνες κατά 20% ανάμεσα στα έτη 2019-2020, προκειμένου να ενισχύσει την ανθεκτικότητα του συστήματος (Μητάκος & Μπογιατζίδης 2023). Το κράτος βλέποντας τις παγκόσμιες

ελλείψεις σε υγειονομικό υλικό και μηχανήματα φρόντισε για την επάρκεια των υλικών, με τη δημιουργία ηλεκτρονικής πλατφόρμας δήλωσης των αποθεμάτων. Η λίστα των υλικών στόχευε στην καταγραφή των αποθεμάτων των υλικών για τον COVID-19, καθώς και στη διαχείριση και φύλαξη των αποθεμάτων (Ελληνική Δημοκρατία, Υγεία 2023).

Στο διάστημα της πανδημίας εγκρίθηκαν και υλοποιήθηκαν προσλήψεις υγειονομικού προσωπικού, ιατροί, νοσηλευτές, λοιπό προσωπικό και βοηθητικό προς ενίσχυση του συστήματος. Για την περαιτέρω ενίσχυση των δημόσιων νοσοκομείων επιτράπηκε η συνεργασία ιδιωτών γιατρών στο δημόσιο τομέα, για την αντιμετώπιση των εκτάκτων αναγκών με μέγιστο χρονικό όριο τους τέσσερις μήνες με την υποχρέωση από μέρους τους έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών. Όταν πλέον τον Μάρτιο 2021 το σύστημα υγείας δέχθηκε τη μεγαλύτερη πίεση παραμένοντας όρθιο και φροντίζοντας τους πολίτες υλοποιήθηκε το Σχέδιο Έκτακτης Ανάγκης στην πρωτεύουσα της χώρας. Ενοποιήθηκαν σε ένα φορέα τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα στρατιωτικά νοσοκομεία, οι μονάδες ΜΕΘ και οι ιδιωτικές κλινικές. Επιπρόσθετα βρίσκονταν σε χρήση 900 αναπνευστήρες οξυγόνου υψηλής ροής (High flow therapy), για να συνδράμουν στις διακομιδές των ασθενών. Εκτός από τις κλίνες ΜΕΘ αυξήθηκαν και οι απλές κλίνες νοσηλείας ασθενών με Covid-19. Εντάχθηκαν υποχρεωτικά στο ΕΣΥ ιδιώτες γιατροί για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ενώ τους δόθηκαν οικονομικά κίνητρα για την προσέλκυση τους, διατηρώντας παράλληλα τα ιδιωτικά τους ιατρεία. Δόθηκε η ευκαιρία σε συνταξιούχους γιατρούς να προσφέρουν υπηρεσίες με δελεαστικά οικονομικά ανταλλάγματα (Ελληνική Δημοκρατία, Υγεία 2023).

Για την εξασφάλιση της επάρκειας του υγειονομικού υλικού όπως φάρμακα, αναπνευστήρες και ΜΑΠ, λόγω της αυξημένης ζήτησης παγκοσμίως το Υπ. Υγείας κατέληξε σε απευθείας αναθέσεις προμηθειών. Ακόμη δέχτηκε δωρεές από ιδιώτες και δημόσιους φορείς για ενίσχυση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και υγειονομικού υλικού του ΕΣΥ. Την παρούσα στιγμή οι δωρεές αποτέλεσαν βάση ενίσχυσης της ετοιμότητας του συστήματος (Κονδύλης κ.α. 2020).

Δεδομένου ότι το υπάρχον υγειονομικό προσωπικό ήταν ελλιπές στο ΕΣΥ, οι συνθήκες ασφάλειας και υγιεινής περιορισμένες και οι διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ κατέγραφαν σημαντικές ελλείψεις, η ελληνική κυβέρνηση για να ενισχύσει τα ευάλωτα σημεία του ΕΣΥ έλαβε μέτρα ανάκλησης αδειών, εσωτερικών μετακινήσεων, προσλήψεων, συμβάσεις ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού μεταξύ των νοσοκομείων και των ΥΠΕ (Κονδύλης & Μπένος 2020).

3.9 Ψηφιοποίηση στην Υγεία

Το ελληνικό κράτος δεν συνηθίζει να επιδεικνύει εγρήγορση στις μεταρρυθμίσεις, εντούτοις κατά την πανδημία επέδειξε πρωτοφανή ταχύτητα σε μεταρρυθμιστικές εφαρμογές. Οι ψηφιακές υπηρεσίες δεν χρησιμοποιούνταν ευρέως, ενδεχομένως λόγω έλλειψης εξοικείωσης του πληθυσμού. Ωστόσο, η ΤΠΕ επιστρατεύτηκε για να εξυπηρετήσει δημόσιους φορείς και πολίτες χωρίς να προϋποθέτει φυσική παρουσία. Στον τομέα της υγείας η Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση κατάφερε την ολοκλήρωση της άυλης συνταγογράφησης, την ηλεκτρονική πλατφόρμα του e- EFKA, τις ψηφιακές πλατφόρμες για την κάλυψη των αναγκών της ηλεκτρονικής υγείας (Εθνικό Μητρώο Ασθενών κατά του COVID-19, emvolio gov.gr., selfing gov.gr) και την εφαρμογή της Τηλεϊατρικής στην υγεία (ΔιαΝΕΟσις 2021).

Πραγματικά, ο σχεδιασμός ενός ψηφιακού λειτουργικού για την εξυπηρέτηση του εμβολιαστικού σχεδίου «Ελευθερία», λειτούργησε άριστα ως προς την οργάνωση, τον προγραμματισμό και την υλοποίηση του, ώστε να αναπτυχθεί ένα λογισμικό εμβολιασμού στην ελληνική επικράτεια (Κοινωνία της Πληροφορίας).

Ειδικότερα, η άυλη συνταγογράφηση υποστηρίχθηκε από την Ενιαία Ψηφιακή Πύλη gov.gr. Η λήψη των συνταγών φαρμάκων ή των παραπεμπτικών εξετάσεών ολοκληρωνόταν από τον οικογενειακό γιατρό, με μήνυμα (sms) στο κινητό ή ηλεκτρονικό ταχυδρομείο (email). Ο ρόλος της έγκειται:

- Στην αντικατάσταση της έντυπης συνταγής
- Στη δυνατότητα στους χρόνιους ασθενείς να λαμβάνουν τις συνταγές τους, χωρίς επίσκεψη στο θεράποντα ιατρό τους. Αυτό ορίζεται στο άρθρο 49 της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου ΦΕΚ 68Α/20-03-2020 (Gov. Gr.).

Αξιοσημείωτη παραμένει η αποδοχή της Τηλεϊατρικής ως τρόπο επικοινωνίας με τον θεράποντα γιατρό. Αρχικά η δημιουργία της συμβουλευτικής πλατφόρμας για κατ' οίκον παρακολούθηση των ασθενών από τον ιατρό. Ακολούθησε η άυλη συνταγογράφηση που πλέον είχε καθολική εφαρμογή σε όλους τους ασφαλισμένους ώστε να εξυπηρετούνται εξ' αποστάσεως από το γιατρό χωρίς να διακινδυνεύουν την υγεία τους (Ελληνική Δημοκρατία, Υγεία 2023).

Λόγω του περιορισμού των επαφών, διαταράχθηκε η καθημερινότητα των ασθενών λόγω δυσκολίας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα για τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών με υποστελεχωμένη ΠΦΥ ή έλλειψη ειδικευμένων γιατρών. Στην παρούσα περίοδο η Τηλεϊατρική κάλυψε την ανάγκη ιατρικής περίθαλψης καθώς είναι

αξιόπιστα αποτελεσματική και αποδεκτή από τους ασθενείς. Καταγράφει υψηλού βαθμού ικανοποίησης από το υγειονομικό προσωπικό, καθώς διευκολύνει την προσέγγιση μειώνοντας παράλληλα τις μετακινήσεις, παρέχει άνεση και εξυπηρετεί τις τακτικές επισκέψεις χωρίς περαιτέρω οικονομική επιβάρυνση. Τα προηγούμενα χρόνια ως ανασταλτικοί παράγοντες μη εφαρμογής της τηλεϊατρικής ήταν η έλλειψη τεχνολογικού εξοπλισμού η μειωμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ή μη νομοθετημένη κατοχύρωση της και η έλλειψη αξιοπιστίας του πληθυσμού. Την ανάγκη παροχής ιατρικών υπηρεσιών εξ' αποστάσεως ανέδειξε η πανδημία. Η εύκολη προσβασιμότητα, η διαθεσιμότητά των ΤΠΕ σε ολόκληρη τη χώρα, ακόμα και στις πιο απομακρυσμένες περιοχές αποδείχθηκε ευεργετική για τη διάγνωση, παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών ανεξαρτήτου τόπου διαμονής. Η Τηλεϊατρική κατοχυρώνεται από τη νομοθεσία Ν.3984/2011 άρθρο 66 παρ. 16. Η γνωστότερη εφαρμογή της είναι η Τηλεσυμβουλευτική που χρησιμοποιήθηκε την περίπτωση της πανδημίας, η Τηλεκπαίδευση για ιατρικό νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των υγειονομικών μονάδων, η Τηλεϊατρική για επείγοντα και η Τηλεαποκατάσταση (Αγγελοπούλου κ.α. 2023).

Κεφάλαιο 4 – Μεταρρυθμίσεις στα υγειονομικά συστήματα Ευρωπαϊκών χωρών κατά την πανδημία

4.1 Γενική ανασκόπηση των συστημάτων υγείας

Ο ιός του ανθρώπινου κορονοϊού SARS-COV2 αποτέλεσε σοβαρή πανδημία, εξαπλώθηκε με γρήγορους ρυθμούς σε όλο τον κόσμο και επέφερε από τις σοβαρότερες προκλήσεις των συστημάτων υγείας ανά τον κόσμο προκαλώντας τεράστια πίεση. Σε αυτή την πρόκληση δοκιμάστηκαν δομικά και οργανωτικά στοιχεία της περίθαλψης, όπως η ετοιμότητα, η πρόληψη, η εξάπλωση, η πληρότητα των νοσοκομειακών δομών, η έλλειψη ΜΑΠ και η κόπωση του υγειονομικού προσωπικού. Από τα αρχικά στάδια είχαν αναδειχθεί τα προβλήματα στα υγειονομικά συστήματα των χωρών, η έλλειψη πόρων και ανθρώπινου δυναμικού. Ειδικότερα, η ΠΦΥ θα έπρεπε να είχε ρόλο ρυθμιστικό για την παρεμπόδιση της εξάπλωσης του ιού, δυστυχώς αποδείχθηκε η ανεπάρκεια της συμπεριλαμβανομένου του ελλιπή εξοπλισμού και της περιορισμένης ικανότητας για εξέταση και παρακολούθηση του ιού, λόγω της έντασης και του μεγέθους του. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα αδυνατούσαν να καλύψουν τη ζήτηση με αποτέλεσμα να δυσχεραίνει η αποτελεσματική λειτουργία τους. Οι διαθέσιμοι οικονομικοί πόροι δεν επαρκούσαν για την κάλυψη των εκτάκτων αναγκών σε γιατρούς, αναπνευστήρες, γάντια, χειρουργικές μάσκες, ρόμπες προστασίας. (Sun et.al. 2021).

Η παγκόσμια ανταπόκριση αποτυπώνεται σε δήλωση της Επιτροπής Αναπτυξιακής Βοήθειας (ΕΑΒ) του ΟΟΣΑ, για τον άνθρωπο την ειρήνη του πλανήτη, την ευημερία και την εταιρική σχέση. Η επίγνωση των σοβαρών συνεπειών που θα επέφερε ο COVID-19 τόσο σε ανθρώπινο πόνο και θανάτους όσο και σε οικονομικά επιζήμιες επιπτώσεις έθετε σε κίνδυνο οικονομικές πολιτικές. Η ανταπόκριση ήταν συντονισμένη πέρα των συνόρων για να αποτρέψει τον εκτροχιασμό των χωρών. Εκτός από τη συνεργασία στήριξης της οικονομικής δραστηριότητας υπήρξε καθολική στήριξη της υγειονομικής κάλυψης, η διάδοση των γνώσεων για προώθηση λύσεων και πρακτικών στην αντιμετώπιση της πανδημίας (OECD 2020).

Η ταχεία και απροσδόκητη έξαρση του SARS-COV2 οδηγούσε σε κατάρρευση των υγειονομικών συστημάτων. Ακολούθησαν σειρά ενεργειών από τους οργανισμούς για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στην αυξημένη ζήτηση. Καλύφθηκαν πλήρως οι νοσοκομειακοί θάλαμοι και οι ΜΕΘ, αναγκάστηκαν σε επαναπρογραμματισμό για τις μη επείγουσες επισκέψεις σε νοσηλευτικά ιδρύματα προς διασφάλιση ασθενών και

προσωπικού. Ασθενείς αυτοβούλως από το φόβο μόλυνσης ακύρωναν ιατρικά ραντεβού. Κλήθηκαν οι πρόσφατοι συνταξιοδοτούμενοι ιατροί να παράσχουν βοήθεια στο σύστημα ενώ σε φοιτητές με ειδικευμένα προσόντα τους ζητήθηκε να εργαστούν στην υγειονομική υπηρεσία. Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης οδήγησε σε μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Al-Salem et.al. 2021).

Η ΕΕ σύμφωνα με τον Wankmüller (2021), εξ' αρχής προσπάθησε να ανταποκριθεί στην πανδημική πρόκληση εφαρμόζοντας πολιτικές για όλα τα μέλη κράτη. Ακολούθως κάθε χώρα γνωρίζοντας στις αδυναμίες του υγειονομικού της συστήματος προέβη σε μεμονωμένες τακτικές αντιμετώπισης, δεδομένου ότι δεν υπήρχε πρότερη εμπειρία στη διαχείριση πανδημίας. Όλες οι χώρες εστίασαν σε μέτρα που θα επιβράδυναν την εξάπλωση του ιού, γι' αυτό το λόγο οι κυβερνήσεις έλαβαν μέτρα περιορισμού των μετακινήσεων από τα αρχικά στάδια εμφάνισης του ιού.

4.2 Προκλήσεις στα συστήματα υγείας των χωρών της ΕΕ

Η ΕΕ θέλοντας να αποτελέσει μία ενιαία πηγή γνώσης και πληροφόρησης δημιούργησε για το κάθε κράτος-μέλος το προφίλ της υγείας. Σε αυτό θα καταγράφονταν το υγειονομικό καθεστώς, οι παράγοντες κινδύνου, ο απολογισμός της οργάνωσης, η καταγραφή της αποτελεσματικότητας, της προσβασιμότητας και της ανθεκτικότητας κάθε συστήματος. Η παρούσα πρόκληση απαιτούσε αποτελεσματικά προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας, με αυτό τον τρόπο η ΕΕ επιδίωξε τον πλήρη έλεγχο και καταγραφή των αντιδράσεων τους στην πανδημία (Ε.Ε. 2020a).

Σύμφωνα με τον Mohammadpour (2021), σημασία για την αντιμετώπιση της πανδημίας αποτέλεσαν οι διαχειριστικές παρεμβάσεις, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, η ετοιμότητα των νοσοκομείων και των Κ.Υ. καθώς και οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες. Οι διαχειριστικές παρεμβάσεις αφορούσαν τα μέτρα διαφύλαξης της ατομικής και περιβαντολογικής υγείας, τη βελτιωμένη επικοινωνία εντός της κοινότητας με μέτρα πρόληψης και αποφυγής του κοινού, η εξάλειψη της δυσπιστίας των πολιτών και η κοινωνική απόσταση. Η ετοιμότητα των νοσοκομείων και των Κ.Υ. σχετίζεται με την αύξηση της χωρητικότητας των ΜΕΘ, της εκμετάλλευσης των υπόλοιπων θαλάμων υπό την επίβλεψη και λειτουργία του εξειδικευμένου προσωπικού. Η συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα με τη χρήση της ικανότητας του ιδιωτικού, είναι χρήσιμη με επέκταση και στην εργαστηριακή ετοιμότητα. Καθοριστικό παράγοντα ελέγχου εξάπλωσης του ιού υπήρξε η τήρηση πρωτοκόλλων προσωπικής προστασίας με έμφαση στην ασφάλεια

των ασθενών και του προσωπικού, η οποία μπορεί να μειώσει σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης. Ζωτικής σημασίας υπήρξε η πλήρη προστασία και ασφάλεια των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Διαχειριστική παρέμβαση αποτέλεσε η πληροφόρηση, η εκπαίδευση, η κατάρτιση και οι λειτουργικές σχέσεις μεταξύ τομέων της υγείας, των προμηθειών και η στελέχωση αυτών.

4.2.1 Διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας

Σύμφωνα με τους Level et.al. (2006), η σύγχρονη διακυβέρνηση των συστημάτων υγείας πρέπει να διαθέτει προσαρμοστική ικανότητα σε πολλαπλά επίπεδα, κατανόηση, κινητοποίηση, οργάνωση και δίκαιη κατανομή οφελών. Για τη χάραξη και εφαρμογή πολιτικών μεταξύ των εμπλεκομένων φορέων, υπουργείων, νοσοκομείων, μονάδων, Κ.Υ. είναι απαραίτητη η συνύπαρξη των ιδιαίτερων ικανοτήτων, ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος. Η διακυβέρνηση όπως ασκήθηκε από τα υγειονομικά συστήματα, αποτέλεσε την απόκρισή τους έναντι του κορονοϊού.

Όπως υποστηρίζουν στο Eurohealth et. al. (2020), καθοριστικό ρόλο αποτέλεσε η αποτελεσματική διακυβέρνηση:

- Για επαρκή και αποτελεσματική ηγεσία, ένα σαφές πρόγραμμα για στήριξη με τα διαθέσιμα στοιχεία, ικανότητα, γρήγορη δράση, επικοινωνία, συμμετοχή στη διεθνή κοινότητα
- Αποτελεσματικό συντονισμό, ύπαρξη στρατηγικού σχεδιασμού, συντονισμό εντός κυβερνήσεων και διεθνείς εταίρους, υπερεθνικούς φορείς, κοινωνία των πολιτών
- Αποτελεσματικά συστήματα επικοινωνίας, εύρυθμη λειτουργία καναλιών επικοινωνίας και γραμμές λογοδοσίας
- Επιτήρηση κραδασμών και επιπτώσεων, συστήματα επιτήρησης για έγκαιρα και ακριβή δεδομένα για την υγεία
- Επάρκεια πόρων για δυνατότητα ευελιξίας και ανακατανομής με την επιφύλαξη της διασφάλισης των αναγκών
- Ευελιξία αγορών και ανακατανομή χρηματοδότησης για γρήγορη προσαρμογή του συστήματος σε προμήθειες, πληρωμές, διασφαλίζοντας τη διαφάνεια και την ποιότητα
- Ολοκληρωμένη κάλυψη υγείας, εξασφάλιση πρόσβασης, αποτελεσματικών υπηρεσιών, προστασία ευάλωτων ομάδων
- Ικανή δημόσια υγεία, σωστή διαχείριση ανθρώπινων και φυσικών πόρων, ισχυρή ΠΦΥ, νοσοκομειακή περίθαλψη, ΜΕΘ, εξασφάλιση εξοπλισμού ΜΑΠ

- Εργατικό δυναμικό καλά υποστηριζόμενο, διασφάλιση της ψυχικής υγείας του, σωματικής και οικονομικής υποστήριξης εργαζομένων στον τομέα της υγείας
- Η ικανότητα αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, κινητοποίηση ανθρώπινων πόρων, εκπαίδευση κατανομή αρμοδιοτήτων
- Παροχή υπηρεσιών, ευελιξία, εφαρμογή νέων ψηφιακών τεχνολογιών, ύπαρξη συστήματος υποστήριξης για ευάλωτους πολίτες
- Ικανότητα ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών και αμφίδρομη επικοινωνία γνώσεων.

Όπως γίνεται κατανοητό η διακυβέρνηση αποτέλεσε εργαλείο στην εφαρμογή των πολιτικών αποφάσεων στη ρύθμιση των υγειονομικών συστημάτων. Σύμφωνα με τις ανάγκες που προκύπταν, καλούνταν να κατευθύνει δράσεις, να προάγει και να προασπίσει την υγεία, να εξασφαλίσει την επαρκή χρηματοδότηση και να καθοδηγήσει τους φορείς.

4.2.2 Ετοιμότητα νοσοκομείων

Η πανδημία άσκησε πρωτοφανή πίεση στο νοσοκομειακό τομέα, καθώς καθημερινά υπήρχαν ασθενείς οι οποίοι έχρηζαν νοσηλευτικής φροντίδας. Η ετοιμότητα συμπεριλαμβάνει τη διαχείριση των περιστατικών, την ασφάλεια του προσωπικού, την υποστήριξη των κλινικών δραστηριοτήτων. Η ανεξέλεγκτη εξάπλωση του ιού επέφερε μεγάλο βαθμό κρουσμάτων, τα οποία απαιτούσαν νοσηλεία ή παραμονή σε ΜΕΘ διάρκειας εβδομάδων. Ορισμένοι ασθενείς με αναπνευστική λοίμωξη χρειάζονταν περίπου 13 μέρες αναπνευστικής υποστήριξης. Η ορισμένη χωρητικότητα του συστήματος οδηγούσε στη δημιουργία λίστας αναμονής, που στην ιατρική μπορεί να οδηγήσει και σε θάνατο. Οι ενέργειες προς επέκταση της χωρητικότητας, η επικοινωνία μεταξύ των νοσοκομειακών ιδρυμάτων για έγκαιρη αντίδραση, επιβεβαιώνουν ότι τα νοσοκομεία έχουν σχεδιαστεί για την εξυπηρέτηση ενός μέσου φορτίου ασθενών και όχι για πανδημικές κρίσεις (Cavallo et.al. 2020).

Όπως υποστηρίζουν οι Christen et.al. (2021), αποτέλεσε πρόκληση η λήψη αποφάσεων προς την κατεύθυνση βελτιστοποίησης της ικανότητας του συστήματος. Από τα αρχικά στάδια υπήρξε ακύρωση εκλεκτικών χειρουργικών επεμβάσεων και τακτικών, μη επειγόντων. Δευτερευόντως, συνέβησαν η πρόσληψη συνταξιούχων υγειονομικών και η κατασκευή νοσοκομειακών κλινών, η αλλαγή της χρήσης των γενικών κλινικών σε κρεβάτια νοσηλείας covid, η μετατροπή των χειρουργείων σε θαλάμους, η ανάπτυξη νέων εισερχομένων και τελειόφοιτων φοιτητών ιατρικής και η επιτάχυνση διαπίστευσης ιατρών από το εξωτερικό, η χρήση ιδιωτικών νοσοκομειακών πόρων, οι προμήθειες και οι δωρεές

πρόσθετου ιατρικού εξοπλισμού. Η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη τρία χρόνια μετά την έναρξη της πανδημίας βρίσκεται σε συνεχή επαναξιολόγηση. Τα δεδομένα συνεχώς τροποποιούνταν εξαιτίας των νοσηλειών ασθενών με άλλες παθήσεις, της αποφυγής νοσοκομειακής περίθαλψης λόγω φόβου μόλυνσης από τον κορονοϊό ή για να μην επιβαρυνθούν υπερβολικά τα νοσοκομεία.

4.2.3 Ανθρώπινο Δυναμικό

Ο Aguinis (2019), υποστηρίζει ότι ο εντοπισμός, η μέτρηση και η ανάπτυξη της απόδοσης αποτελούν μία συνεχή διαδικασία των ομάδων εργασίας και είναι αποτέλεσμα της ευθυγράμμισης της απόδοσης με τους στρατηγικούς στόχους ενός οργανισμού. Κατά την πανδημία το ανθρώπινο δυναμικό στους οργανισμούς υγείας υπέστη πίεση, για την προστασία του υγειονομικού προσωπικού υπεύθυνη είναι η διοίκηση των οργανισμών. Φυσιολογικά ο χώρος εργασίας δεν πρέπει να αποτελεί κίνδυνο για τους εργαζόμενους, ούτε να επιδρά δυσμενώς την ψυχολογία τους. Εντούτοις κατά τη διάρκεια της πανδημίας οι εργαζόμενοι ήρθαν αντιμέτωποι με μία συνεχή πηγή άγχους, αντιμετωπίζοντας αυτή την πρόκληση. Για τη συγκεκριμένη περίοδο το εργασιακό και επαγγελματικό περιβάλλον είχε αντίκτυπο στην υγεία των εργαζομένων.

Σύμφωνα με τους Christen et.al.(2021), δεν μπορούσε να προσμετρηθεί ακριβώς η αναλογία του προσωπικού ανά κρεβάτι νοσηλείας, λόγω της νόσησης του προσωπικού από covid, καθώς το έλλειμμα των νοσηλευτών οδηγούσε σε συνεχείς ανακατατάξεις Σε πολλές χώρες η απουσία του προσωπικού από την εργασία λόγω νόσησης υπήρξε υψηλή. Νοσηλευτές και γιατροί εργάστηκαν με κατανομή αρμοδιοτήτων, η κατηγοριοποίηση αυτή συνείσφερε στην ύπαρξη ανώτερου υπεύθυνου για τη λήψη αποφάσεων και για τη φροντίδα των ασθενών ανά πτέρυγα. Η αύξηση των κλινών προϋποθέτει αύξηση των ανθρώπινων πόρων, προσωπικού απαραίτητου για τη λειτουργία των νέων κλινών. Στην αντίθετη περίπτωση, παρατηρήθηκε μείωση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Σε όλα τα υγειονομικά συστήματα κεντρική προτεραιότητα αποτέλεσε η ασφάλεια του προσωπικού για την ύπαρξη ετοιμότητας. Η πρόληψη της μόλυνσης μεταξύ των εργαζομένων πρόσφερε στην διατήρηση της παροχής ιατρικής περίθαλψης. Οι εργαζόμενοι έθεσαν τον εαυτό τους σε κίνδυνο για τη θεραπεία ασθενών, σε μία περίοδο αβεβαιότητας και έλλειψης πόρων (Godshall & Banach 2021).

4.2.4 Εμβολιασμός του πληθυσμού

Όπως αναφέρουν οι Androutsou et.al. (2021), η κινητοποίηση της ΕΕ στον σχεδιασμό και εφαρμογή της φαρμακευτική στρατηγικής ήταν άμεση με στόχο τη διασφάλιση των πολιτών, φροντίζοντας για την διευκόλυνση, την πρόσβαση και τη διάθεση στα φαρμακευτικά σκευάσματα. Ειδικότερα για την παραγωγή του εμβολίου δαπάνησε μεγάλα ποσά χρηματοδοτώντας ερευνητικά κέντρα και εταιρείες για έρευνες. Η πολιτική που εφάρμοσε η ΕΕ αποδείχθηκε ασφαλής για τους πολίτες της.

Η κοινή στρατηγική που ακολουθήθηκε επέφερε αντιστάθμιση των κινδύνων. Κανένα κράτος-μέλος μεμονωμένα δεν θα πετύχαινε με τον ασφαλέστερο, ταχύτερο και αποτελεσματικότερο τρόπο να εξασφαλίσει την υγεία των πολιτών του. Στόχο αποτέλεσε ο περιορισμός του κόστος όταν ταυτόχρονα αύξανε την ποσότητα παραγωγής των εμβολίων. Δεν υπήρξε αποκλεισμός χώρων από τη διαθεσιμότητά του. Η δημιουργία συμμαχίας εξασφάλισε δίκαιη πρόσβαση και διανομή κατά χώρα, με τη διεξαγωγή ενιαίας κεντρικής διαδικασίας προμήθειας. Τα επωφελούμενα κέρδη ήταν πολλαπλά, από την αποφυγή των πολλαπλών διαπραγματεύσεων. Αρχικά η απλοποίηση της διαδικασίας από έναν φορέα επαφής την ΕΕ, μείωσε το κόστος, επέφερε ταχύτερα τη συγκέντρωση των εμβολίων δεν υπήρξε ανταγωνισμός μεταξύ των κρατών και αυξήθηκε η αγοραστική τους δύναμη. Η σύνταξη επιτροπής διευκόλυνε στη σύναψη συμβάσεων για την επίτευξη βιώσιμου εμβολίου σε συντομότερο διάστημα με τις εταιρείες, αλλά και μεταξύ των χωρών-μελών για την επικύρωση των δεσμεύσεων τους. Πρέπει να γίνει κατανοητό το υψηλό ποσοστό αβεβαιότητας που είχαν οι διαδικασίες παραγωγής εμβολίων με διαφορετικές τεχνολογίες από τις εταιρείες. Εντούτοις, η αξία της διασφάλισης των ανθρώπινων ζωών που σώθηκαν ήταν μεγαλύτερη (Ε.Ε. 2020).

4.2.5 Τεστ για την ανίχνευση του SARS-COV2

Όπως αναφέρει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2020), στήριξε την προστασία της Δημόσιας Υγείας στην έγκαιρη ανίχνευση του ιού. Στο ίδιο πλαίσιο συντόνισε τη διαγνωστική της στρατηγική, η οποία στηρίχτηκε στη διενέργεια τεστ και γρήγορων τεστ αντιγόνων, στην αμοιβαία αποδοχή τους, στην διάθεση εμβολίων και στην έκδοση πιστοποιητικών εμβολιασμού. Τα διαγνωστικά τεστ συντέλεσαν στην καθυστέρηση εξάπλωσης του ιού εξαιτίας της πρόωρης ανίχνευσής του. Η ΕΕ κατεύθυνε τα κράτη-μέλη σε συνεχή χρήση των δοκιμασιών αντιγόνων και την αμοιβαία αναγνώριση τους, τα τεστ πραγματοποιούνταν από εκπαιδευμένους υγειονομικούς, καθώς και η δημιουργία του ευρωπαϊκού κοινού

καταλόγου, αναγνωρισμένο και ενημερωμένο από όλα τα κράτη. Επίσης, ενέκρινε τη χρήση γρήγορων δοκιμών αντιγόνου, ως κατάλληλες για την αναγνώριση του ιού. Στόχος η διατήρηση της ομαλής λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων, καθώς στοχευμένα μέτρα έθεταν τους νοσούντες σε απομόνωση ή καραντίνα. Οι αποτελεσματικές δοκιμές καθόρισαν τη διασφάλιση της ελεύθερης κυκλοφορίας των ανθρώπων στο διάστημα της πανδημίας. Ο τομέας των διαγνωστικών δοκιμών εξελίχθηκε και υποστήριξε τον έλεγχο της πανδημίας. Η πλέον αξιόπιστη μεθοδολογία ανίχνευσης υπήρξε η RT-PCR (αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης αντίστροφης μεταγραφής). Αποτέλεσε αξιόπιστη πηγή εντοπισμού κρουσμάτων και τέθηκε ως προτεραιότητα η επαρκής διασφάλιση των πόρων για την κάλυψη των απαιτήσεων. Για να μετριαστούν οι ελλείψεις, η ΕΕ διοργάνωσε κοινή προμήθεια με την εφαρμογή κοινής σύμβασης για τα κράτη μέλη.

Τα Rapid - test (ταχεία ανίχνευση αντιγόνου), παρότι δεν παρείχαν την πλέον αξιόπιστη απάντηση, συνείσφεραν στη διαχείριση της πανδημίας λόγω της συμβολής τους σε χρήσιμες λύσεις, ρυθμίσεις και σενάρια για την εξάπλωσή της. Η χρήση των Rapid πρόσφεραν στον προσυμπτωματικό εντοπισμό των ατόμων. Η ιεράρχηση των διαθέσιμων τεστ πρέπει να είναι αντικειμενική και να εφαρμόζεται χωρίς διακρίσεις. Υποχρέωση των κρατών ήταν η επάρκεια πόρων για τη διεξαγωγή τους και η γρήγορη έκδοση των αποτελεσμάτων. Τα κράτη υποστηρίζονταν από τον ECDC για τη διενέργεια των PCR, ως τα πλέον κατάλληλα, την παρακολούθηση και ενημέρωση επιστημονικών στοιχείων. Επίσης δεσμεύονταν από την σύμβαση στην ενημέρωση ενός αποθετηρίου αποτελεσμάτων και πληροφοριών, επικυρωμένων στοιχείων στη διάθεσή της ΕΕ «Covid- 19 in Vitro». Η ΕΕ διέθεσε 100 εκ. ευρώ για την αγορά γρήγορων τεστ ανίχνευσης αντιγόνου, υποστήριξε την εκπαίδευση του προσωπικού στην συλλογή και ανάλυση δειγμάτων και στη διενέργεια των τεστ μέσω κινητών μονάδων.

4.2.6 Ανισότητες στον τομέα της υγείας

Η πανδημία άσκησε πρωτοφανή πίεση στα υγειονομικά συστήματα των χωρών, μεγεθύνοντας τις ανισότητες στην υγεία, ειδικότερα στα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, τα οποία επηρεάστηκαν εντονότερα. Στις Κωνσταντινίδη & Λυκούδη (2022), αναφέρεται ότι η πανδημία ανάγκασε τις κυβερνήσεις στη λήψη μέτρων για τον μετριασμό των ανισοτήτων και προστασία των ευάλωτων ομάδων. Παρατηρήθηκε ότι στις χαμηλά κοινωνικές ομάδες, ανέργους, χαμηλόμισθους, άστεγους, αθίγγανοι, όσοι βιώνουν ενδοοικογενειακή βία, η δράση του ιού ήταν ταχύτερη και οι επιπτώσεις του σοβαρές. Η ανισότητα, ως φαινόμενο της κοινωνίας εκφράζεται με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, Ακολούθως

διαφοροποιούνται από τα υψηλά κοινωνικά στρώματα, τα οποία χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας και έχουν ενσωματώσει στη ζωή τους την υγιεινή και την πρόληψη.

Ο ιός Covid- 19 ήταν ιδιαίτερα μολυντικός για άτομα με υποκείμενα νοσήματα, υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, αναπνευστική ανεπάρκεια, ανθυγιεινή διατροφή και εργασία. Άτομα τα οποία δεν είχαν πρόσβαση σε δομές υγείας, ηλικιωμένοι, τρόφιμοι κατέληγαν σε οίκους ευγηρίας, χωρίς παροχή βοήθειας εγκαταλειμμένοι από την πολιτεία, όπως έντονα συνέβη στην Ισπανία (Zissi & Chtouris 2020).

Η European Commission (2022), προκειμένου να προστατεύσει τις ευάλωτες ομάδες, να επικρατήσει ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις ασθένειες του πληθυσμού, συνεχώς έκανε νέες δράσεις. Η ουσιαστικότερη συνδέονταν με την πρόληψη μέσω εμβολιασμού, της υπεύθυνης κατανάλωσης τροφίμων και την αντιμετώπιση της μικροβιακής ανθεκτικότητας. Η δημιουργία του HERA (Health Emergency Preparedness and Response - Αντιμετώπιση Έκτακτης Ανάγκης Υγείας), αποσκοπούσε στη βελτίωση και ενίσχυση των κρατών αναφορικά με την προστασία του ευαίσθητου πληθυσμού του. Οι αρμοδιότητες της σχετίζονται με την πρόληψη του εντοπισμού, της ταχείας αντιμετώπισης με ανάπτυξη των αναγκαίων ικανοτήτων. Ομοίως η δημιουργία του HSRM (Health System Response Monitor -Παρατηρητηρίου Αντιμετώπιση Συστημάτων Υγείας), περιείχε πληροφορίες για την ανταπόκριση των χωρών στην πανδημία, καταστώντας τα συστήματα υγείας περισσότερο αποτελεσματικά (HSRM 2020a).

Στον Πίνακα (2) που ακολουθεί αποτυπώνονται στα χρόνια της πανδημίας οι ανεκπλήρωτες ανάγκες του πληθυσμού, για ιατρική εξέταση και φροντίδα ενδεικτικά σε διάφορες ευρωπαϊκές χώρες,.

ΩΡΑ / ΓΕΩ	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Βέλγιο	1.9	2.5	2.4	2.5	2.2	1.8	1.8 β)	1.5	1.7	1.0
Τσεχία	1.0	1.1	0.8	0.7	0.5	0.3	0.5	0.4	0.3	0.2
Δανία	1.3	1.4	1.3	1.3	1.0	1.3	1.8	1.7	1.3	2.1
Γερμανία	1.6	1.6	0.5	0.3	0.3	0.2	0.3	0.1 β)	0.1	0.3
Ιρλανδία	3.3	3.7	2.7	2.5	2.8	2.0	2.0	2.0 β)	2.0	2.6
Ελλάδα	9.0	10.9	12.3	13.1	10.0	8.8	8.1	6.5	6.4	9.0
Ισπανία	0.8	0.6	0.6	0.5	0.1	0.2	0.2	0.4	1.1	1.2
Γαλλία	2.6	2.8	1.2	1.3	1.0	1.2	1.2	2.7 β)	2.8	3.2 β)
Ιταλία	7.0	7.0	7.2	5.5	1.8	2.4	1.8	:	1.8	1.8
Κύπρος	4.4	4.7	1.5	0.6	1.5	1.4	1.0	0.4	0.1	0.1
Ουγγαρία	2.6	2.5	2.6	1.3	1.0	0.8	1.0	0.7	1.1	1.4
Ολλανδία	0.4	0.5	0.1	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Αυστρία	0.4	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3	0.5
Πορτογαλία	3.0	3.5	3.0	2.4	2.3	2.1	1.7	1.6	2.3	2.9
Σλοβενία	0.0	0.2	0.2	0.4	3.5	3.3	2.9	2.7	4.8	3.7
Φινλανδία	4.3	3.3	4.3 β)	4.1	3.6	4.7	4.6	5.4	4.4	6.5
Σουηδία	2.1	1.7 β)	1.3	1.6	1.4	1.5	1.4	1.5	1.3	1.8
Νορβηγία	1.5	0.8	1.1	1.1	1.3	1.4	1.0	0.9	0.8	1.2
Ελβετία	1.2	1.3	0.5	0.5	0.4	0.7	0.7	0.5	0.5	:
Ηνωμένο Βασίλειο	1.6	2.1	2.8	1.0	3.3 β)	4.5	:	:	:	:

Πίνακας 2 Ανεκπλήρωτες ανάγκες Υγείας στην Ε.Ε.

Πηγή: Eurostat, 2022.

4.2.7 Καταγραφή και ανταλλαγή κλινικών δεικτών υγείας

Η μετάδοση δεδομένων στην πανδημία αποτέλεσε προτεραιότητα ως προς την ενημέρωση, τη λήψη αποφάσεων και την επικοινωνία με το ευρύ κοινό. Είναι ζωτικής σημασίας η διασφάλιση της ποιότητας των δεδομένων και η υποστήριξή τους από τον οργανισμό υγείας με προσωπικό ικανό να ανταποκριθεί σε αυτές τις γνώσεις. Η ενημέρωση του υγειονομικού προσωπικού με κλινικές οδηγίες, διαδικασίες αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών, η ύπαρξη υποστήριξης προς τους ασθενείς, αποτελούν μέρος της διαχείρισης των πληροφοριών. Η αλλαγή των πληροφοριών υπήρξε ταχύτατη και διαρκώς μεταβαλλόμενη θέτοντας έναν επιπλέον βαθμό δυσκολίας, τη διαχείριση της πληροφορίας. Χαρακτηριστικό της πανδημίας ήταν η παραπληροφόρηση για αυτό και η έγκαιρη και έγκυρη ενημέρωση των οργανισμών υπήρξε αναγκαία. Υποχρέωση των φορέων υγείας είναι η διασφάλιση της επικοινωνίας σε συνδυασμό με τη δημόσια υγεία και τα εθνικά μηνύματα (Adelaja 2020).

Η εφαρμογή στρατηγικών σχεδιασμών στηρίχθηκε στην ψηφιακή τεχνολογία και στην ενσωμάτωσή της από τις χώρες, αναφορικά με την επιτήρηση, τις δοκιμές, την ανίχνευση επαφών, την καραντίνα και την υγειονομική περίθαλψη. Η ανάγκη για παρακολούθηση έχει

τροφοδοτήσει τους πίνακες δεδομένων με νέα στοιχεία, την τάση μόλυνσης ανά φύλο, ηλικία, τοποθεσία ή χρόνο ανάρρωσης. Ειδικότερα, η Ισλανδία χρησιμοποιώντας την κινητή τηλεφωνία συνέλεξε δεδομένα, τα συνδύασε με κλινικά και γονιδιωματικά στοιχεία και αποκάλυψε πληροφορίες σχετικές με την παθολογία, την εξάπλωση, τον επιπολασμό και τη μετάδοση του ιού. Η Ισλανδία διατηρεί από τα υψηλότερα κατά κεφαλή ποσοστά δοκιμών και ακολουθεί η Γερμανία με εκτεταμένες δοκιμές. Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων εκτιμάει ότι δεν θα ανιχνεύονταν η πλειονότητα των επισκεπτών σε χώρες με προληπτικό έλεγχο, εξαιτίας του υψηλού επιπολασμού της ασυμπτωματικής λοίμωξης που περιορίζει την αποτελεσματικότητα των ψηφιακών συστημάτων. Εντούτοις χρήζει προσοχής η εφαρμογή της ψηφιακής τεχνολογίας, ειδικότερα σε περιοχές στόχους όπως απομακρυσμένες γειτονιές ή με χαμηλό εισόδημα περιοχές (Whitelaw et.al. 2020).

4.3 Βόρεια Ευρώπη

4.3.1 Ηνωμένο Βασίλειο

Από την εμφάνιση των πρώτων κρουσμάτων στις αρχές του 2020,η κυβέρνηση της Αγγλίας εφάρμοσε μέτρα περιορισμού της εξάπλωσης του ιού. Αφορούσαν την κοινωνική απόσταση, την αναστολή λειτουργίας των επιχειρήσεων εστίασης και σχολείων, την εργασία από το σπίτι. Ο τρόπος λήψης υπηρεσιών υγείας διαφοροποιήθηκε, καθώς η επικοινωνία γινόταν τηλεφωνικά με Γενικό Ιατρό. Στόχο είχε την μη προσέλευση στο σύστημα υγείας ασθενών με συμπτώματα και η καθοδήγηση γινόταν εξ’ αποστάσεως. Αντιθέτως για όσους επιβαλλόταν ιατρική εξέταση πραγματοποιούνταν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους για αυτόν τον σκοπό (Majeed et.al. 2020).

Σύμφωνα με τους Pollock et.al.(2020), η κυβέρνηση καθυστέρησε στη δημιουργία σχεδίου δράσης, στάθηκε στον περιορισμό με την εύρεση κρουσμάτων και την ιχνηλάτηση των επαφών. Παρότι οι συστάσεις από τον ΠΟΥ συνέκλιναν ότι η ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα περιλαμβάνει την ιχνηλάτηση και την κλινική παρατήρηση. Η ιχνηλάτηση των επαφών ξεκίνησε στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά σταμάτησε νωρίς, αντί να συμπληρωθεί και με άλλα επιπρόσθετα μέτρα ελέγχου. Ενισχυτικό ρόλο σε αυτό έπαιξε η αντιμετώπιση της πανδημίας από της τοπικές εστίες και όχι ως ενιαία εθνική επιδημία. Από το 2010 και έπειτα οι τοπικές αρχές είχαν υποστεί δραστικές περικοπές και δεν είχαν δυνατότητα αντίδρασης. Αυτό είχε οδηγήσει σε σοβαρές ελλείψεις προσωπικού, μετατόπιση και συγκέντρωση των εργαστηρίων σε ιδιώτες. Η δομή και ικανότητα του ήδη εξαντλημένου συστήματος σε

συνδυασμό με τη μείωση προληπτικής ανάληψης τοπικού ελέγχου, δυσχέραινε την αντιμετώπιση της πανδημίας.

4.3.2 Σουηδία

Σε αντίθεση με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες η Σουηδία άφησε ανοιχτό μεγάλο μέρος των κοινωνικών επαφών. Σύμφωνα με την Pashakhanlou (2022), οι αρχικές προσδοκίες της χώρας υπήρξαν αρκετά αισιόδοξες ως προς την αναγκαιότητα λήψης μέτρων αποστασιοποίησης, ή χρήσης προστατευτικών μασκών. Συγκριτικά με τις δυτικές χώρες είχε την πιο επιεική πολιτική απέναντι στον κορονοϊό.

Συνειδητά, προτίμησε να κρατήσει πιο χαλαρή στάση, προσπαθώντας να αποφύγει τα μέτρα εγκλεισμού. Ψευδώς είχε διαρρεύσει ότι δεν πάρθηκαν καθόλου μέτρα προστασίας, τα μέτρα που ελήφθησαν ήταν περιορισμένα και αδυνατούσαν να συγκρατήσουν την εξάπλωση του ιού. Παράλληλα, η ανοσοποίηση του πληθυσμού δεν είχε φθάσει σε υψηλά επίπεδα, ώστε να μπορούν να πετύχουν την «ανοσία της αγέλης» (Νικολαΐδης 2020).

Εντούτοις, η στρατηγική της στηρίχθηκε στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και συνεργασία κυβέρνησης πολιτών, μεταφέροντας την ευθύνη στα άτομα. Διαχειρίστηκε την πανδημία με ήπια μέτρα και όχι αποκλεισμό, με περιορισμένη δυνατότητα εφαρμογής προστατευτικών μέτρων, όπου εγκαθίστανται ηλικιωμένα άτομα και βασικό μέτρο την υγιεινή των χεριών. Η διαχείριση της πανδημίας βασίστηκε και σε εθελοντικά μέτρα που προήλθαν από τις συστάσεις, η οποία προτάθηκε από τον ΠΟΥ ως μελλοντικό μοντέλο (Kavaliunas et.al. 2020).

4.4 Κεντρική Ευρώπη

4.4.1 Γαλλία

Το σύστημα υγείας στη Γαλλία βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, με το κράτος να έχει οργανωτικό και καθοριστικό ρόλο ως προς τους κανονισμούς λειτουργίας του. Στο διάστημα της πανδημίας αποδείχθηκε το ισχυρό κράτος, όταν επιστημονική επιτροπή απευθείας και προβλέποντας τις τοπικές καταστάσεις και δράσεις διαχειρίζονταν σε εθνικό επίπεδο τις προκλήσεις. Μέτρα που λήφθηκαν εστίαζαν στην παροχή φαρμακευτικών και τεχνολογικών προϊόντων, εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, είδη ατομικού

εξοπλισμού, λήψη μέτρων προστασίας και περιορισμού μετακινήσεων. Το ανθρώπινο δυναμικό ενισχύθηκε στον τομέα της υγείας (OECD 2021).

Σύμφωνα με τους Or Z et.al. (2022), η γαλλική κυβέρνηση στη διαχείριση της κρίσης έδειξε μερικές πρωτοφανείς αδυναμίες, η πανδημία βρήκε το υγειονομικό σύστημα απροετοίμαστο για αυτό και κατέληξαν εξ' αρχής σε λύσεις έκτακτης ανάγκης. Το τελευταίο χρονικό διάστημα το σύστημα υγείας είχε υποστεί απεργίες και διαμαρτυρίες από το προσωπικό του. Εντούτοις, φάνηκαν οι αδυναμίες του, η περιπλοκότητα στο συντονισμό για τη λήψη κοινής απάντησης ΠΦΥ και κοινωνικής περίθαλψης. Παρότι υπήρχε αυξανόμενος αριθμός διαγνωστικών εξετάσεων δεν κατόρθωσαν να μελετήσουν και να απομονώσουν έγκαιρα τον πληθυσμό με αποτέλεσμα διάχυσης του ιού. Τελικά κατόρθωσαν να αυξήσουν τις υπηρεσίες υγείας, με καλύτερο συντονισμό μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων, την πρόοδο στη χρήση της τηλεϊατρικής, την υποστήριξη ομάδων των ΜΕΘ και την εκπαίδευση του προσωπικού.

4.4.2 Γερμανία

Στην Γερμανία η πανδημία αντιμετωπίστηκε καθολικά από την κυβέρνηση. Ανά εβδομάδα γίνονταν κυβερνητικές συνεδριάσεις, με επικεφαλή τον Καγκελάριο και λάμβαναν αποφάσεις διατηρώντας συνεννόηση με τους ηγέτες των Ομοσπονδιακών κρατιδίων. Νομοθετικές ρυθμίσεις επέβαλαν μέτρα προφύλαξης, ενίσχυσαν τη φαρμακευτική παροχή, τα διαγνωστικά τεστ και τα προϊόντα αυξημένης προστασίας. Επίσης ενίσχυσαν με ανθρώπινο δυναμικό τους οργανισμούς υγείας, με πρόσθετη χρηματοδότηση τα νοσοκομεία και τις κλινικές. Αποζημίωσαν έως και την απώλεια των κερδών από αναβολή τακτικών παροχών υγείας όπως χειρουργεία και θεραπείες. Αποζημίωση δόθηκε στους γιατρούς στα πλαίσια αντισταθμιστικής αμοιβής για τη ζημία που είχαν υποστεί (OECD 2021).

Σύμφωνα με τους Μπαρλαμά & Μπογιατζίδη (2021), η Γερμανία έναντι άλλων χωρών επέδειξε μεγαλύτερη αντίσταση στην πανδημία. Είχε φροντίσει για την επάρκεια προσωπικού με την υλοποίηση του στρατηγικού σχεδιασμού για προσωπικό για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Βέβαια κατέγραψε μία απώλεια 6% του υγειονομικού προσωπικού εξαιτίας της νόσησης. Ομοίως αύξησε τις νοσοκομειακές κλίνες κατά 13.000 περισσότερες. Κατόρθωσε να διατηρήσει σχεδόν σταθερούς τους δείκτες θνησιμότητας, με μικρή άνοδο συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρώπης. Σύμφωνα με τον HSRM (2020 b), στα πλαίσια αλληλεγγύης μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών η Γερμανία υποσχέθηκε βοήθεια σε άλλα γειτονικά κράτη. Στις 2 Απριλίου του 2020, με αεροπλάνα 32 ασθενείς

μεταφέρθηκαν από τη Λομβαρδία στη Γερμανία σε κλίνες ΜΕΘ, έως τις 20 Απριλίου είχαν συνολικά δεχτεί 229 ασθενείς από διάφορες ευρωπαϊκές χώρες. Παρατηρείται ότι στα πλαίσια της αλληλεγγύης το ανθεκτικό σύστημα υγείας της Γερμανίας κατάφερε να υποστηρίξει τα γειτονικά κράτη.

4.5 Νότια Ευρώπη

4.5.1 Ιταλία

Η Ιταλία αποτέλεσε παράδειγμα μη αποτελεσματικής διαχείρισης λόγω του υψηλού βαθμού αποκέντρωσης του υγειονομικού της συστήματος. Οι περιφέρειες έφεραν την ευθύνη καθώς ήταν υπεύθυνες για την εφαρμογή για υγειονομικής περίθαλψης, αλλά δεν ήταν προετοιμασμένες για την οργάνωση, την κατανομή και την άντληση των πόρων. Αποτέλεσμα αυτών ήταν να μην υπάρχει κεντρική αντιμετώπιση και ρυθμιστική αρχή. Η λειτουργία σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο ανέδειξε τη διαίρεση του συστήματος στις πολλαπλές ταχύτητες ανταπόκρισης και την απουσία επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των περιφερειακών υπηρεσιών υγείας. Μόνο όταν επισημάνθηκε η αναγκαιότητα από τον ΠΟΥ, για εθνική στρατηγική τότε κατόρθωσαν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά στον έλεγχο της πανδημίας (Κονδύλης& Μπένος 2020).

Η Λομβαρδία, γνωστή επαρχία της Ιταλίας για τις καλές υπηρεσίες υγείας παραλίγο να καταρρεύσει λόγω έλλειψης κλινών ΜΕΘ, καταγράφηκαν ασθενείς χωρίς ιατρική επίβλεψη, οι οποίοι πέθαιναν στα σπίτια τους και όχι στα νοσοκομεία (Renda & Castro 2020).

4.5.2 Ισπανία

Η κυβέρνηση της Ισπανίας επέβαλε καθυστερημένα μέτρα κοινωνικής απόστασης, μετά την εκτόξευση των κρουσμάτων στα ύψη. Σύμφωνα με τους Saez et.al. (2020), από την αρχή της πανδημίας δεν έκριναν την αναγκαιότητα για τη λήψη διαγνωστικών εξετάσεων ως προς τον έλεγχο των ασυμπτωματικών περιστατικών. Οι στρατηγικές μετριασμού και καταστολής καθυστέρησαν να υλοποιηθούν καθώς στο μεσοδιάστημα υπήρξε διαμάχη για την αποδοτικότητα των μέτρων.

Η προσέλευση στις υπηρεσίες είχε μειωθεί για όσους χρειάζονταν βοήθεια, λόγω της εμφανούς αναδιοργάνωσης του συστήματος. Η επανατοποθέτηση γιατρών και νοσηλευτών που απέφευγαν την εμπλοκή σε κρίσιμα περιστατικά, το κλείσιμο των εγκαταστάσεων λόγω

επιμόλυνσης του προσωπικού, η έλλειψη πρόσβασης χαρακτήριζε για το διάστημα αυτό το υγειονομικό σύστημα (Clemens et.al. 2020).

Σύμφωνα με τον OECD (2021),στο ίδιο χρονικό διάστημα ενισχύθηκε η Τηλεϊατρική και η εξ' αποστάσεως παρακολούθηση, με στόχο τον περιορισμό της φυσικής παρουσίας. Παράλληλα ακυρώθηκαν εξετάσεις πρόληψης με αποτέλεσμα να καθυστερήσει η αντιμετώπιση και η καλύτερη πρόγνωση των λοιπών ασθενειών. Η Ισπανία είχε πρότερη εμπειρία και διαθέσιμο σχέδιο από το 2005 για την αντιμετώπιση της γρίπης, ωστόσο αποδείχθηκε ανεπαρκές και για αυτό οδηγήθηκε σε επανασχεδιασμό.

4.5.3. Κύπρος

Το σύστημα υγείας της Κύπρου (ΓΕΣΥ), χαρακτηρίζεται από τη συγκεντρωτική διακυβέρνηση του. Στη διάρκεια της πανδημίας και προκειμένου να ανταποκριθεί συντάχθηκε ο Πρόεδρος της χώρας ως επικεφαλής και κυρία αρχή αυτής, με την αρχή αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών. Σε αυτή συμμετείχε επιστημονική επιτροπή συμβούλων κατά του covid- 19, το Υπ. Υγείας, το συμβούλιο των υπουργών, ο Οργανισμός Κρατικών Υπηρεσιών. Οργανωμένα και συγκεντρωτικά διευκολύνθηκε η ταχεία λήψη αποφάσεων για περιοριστικά μέτρα, κινητοποίηση των πόρων, δημιουργία αποθεμάτων, ΜΑΠ, προμήθεια των τεστ ανίχνευσης (Waitzberg et. al. 2022).

Το ΓΕΣΥ κατέστη ανθεκτικό, καθώς πριν την έλευση της πανδημίας είχαν συμβεί μεταρρυθμίσεις οι οποίες διευκόλυναν στις αυξανόμενες ανάγκες. Σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα αποτέλεσε η έλλειψη ανθρώπινων πόρων για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση. Ο εμβολιασμός του πληθυσμού οργανώθηκε με γρήγορες διαδικασίες για την πρόληψη της μετάδοσης του ιού. Για τη μείωση της προσέλευσης των ασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα παρότρυναν τον πληθυσμό στη χρήση της συμβουλευτικής ιατρικής (OECD, 2021).

Αδιαμφισβήτητα, πέρα από την πανευρωπαϊκή πολιτική και συνεργασία η κάθε χώρα είχε την ευθύνη διαχείρισης της πανδημίας. Εντούτοις, χώρες όπως η Ισπανία και η Ιταλία με αποκεντρωμένη την υγειονομική περίθαλψη αναγκάστηκαν να διαχειριστούν την πανδημία σε κεντρικό επίπεδο, για να αντιμετωπίσουν τον ιό. Αργότερα, με την έλευση της πανδημίας επανήλθαν πάλι στον αποκεντρωτικό σχεδιασμό τους (Μπαρλαμά, & Μπογιατζίδη, 2021).

Κεφάλαιο 5 - Μεθοδολογία Έρευνας

5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπό της παρούσας εργασίας αποτελεί η διερεύνηση των ευκαιριών βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση έχει ως στόχο την ανάδειξη των καλών πρακτικών που υλοποιήθηκαν στον τομέα της υγείας κατά την οικονομική κρίση και την πανδημία του Covid- 19. Οι πρακτικές που ασκήθηκαν τόσο στο ΕΣΥ όσο και στα υπόλοιπα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας θα αξιολογηθούν για την συνεισφορά τους στην κάλυψη των αναδυόμενων αδυναμιών τους. Η εφαρμογή των πολιτικών αποφάσεων σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων θα αποτελέσουν μέρος της έρευνας. Η μελέτη σύγχρονων επιστημονικών άρθρων και ερευνών θα αναδείξουν και θα περιγράψουν αναλυτικά τις πρακτικές που χρησιμοποιήθηκαν στα πλαίσια βελτίωσης των υγειονομικών συστημάτων, οι οποίες παραμένουν πάντα επίκαιρες για την ύπαρξη αποτελεσματικών συστημάτων υγείας.

Η μελέτη των μεταρρυθμίσεων που συνέβησαν στο υγειονομικό σύστημα και η εξέλιξη των μέτρων που πάρθηκαν για τη διαχείριση των κρίσεων θα ερευνηθούν για την παραμονή και τη συνέχειά τους, να καλύψουν τις αδυναμίες στον τομέα υγείας. Οποιαδήποτε διαρθρωτική μεταρρύθμιση θα συνεισφέρει για τη διατήρηση ενός ανθεκτικού και βιώσιμου συστήματος, θα προταθεί από την παρούσα εργασία για μελλοντική διερεύνηση και υλοποίηση στον χώρο της υγείας.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Η ανάδειξη των καλών πρακτικών που παρέμειναν στα υγειονομικά συστήματα, καλούνται να καλύψουν τα ερωτήματα που τίθενται προς διερεύνηση. Στα ερωτήματα που καλείται να απαντήσει η παρούσα εργασία, σύμφωνα με τα ευρήματα της ανασκόπησης είναι:

- Ποιες καλές πρακτικές υιοθετήθηκαν από την οικονομική κρίση στο ΕΣΥ.
- Ποιες καλές πρακτικές υιοθετήθηκαν από την υγειονομική κρίση στο ΕΣΥ.
- Ποιες από αυτές παρέμειναν και εξελίχθηκαν στην πορεία των χρόνων.
- Ποιες πρακτικές αφορούν την Ελλάδα και ποιες τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

5.3 Μεθοδολογία της έρευνας

Σύμφωνα με τον Γαλάνη (2009), μία συστηματική ανασκόπηση αποτελεί την πλέον αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης, διότι χαρακτηρίζεται για την αντικειμενικότητα, την σαφήνεια των απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα και την ανάδειξη νέων οπτικών του θέματος. Για τους προαναφερθέντες λόγους, επιλέχθηκε ως η πλέον κατάλληλη για την έρευνα και μελέτη των καλών πρακτικών που εφαρμόστηκαν στον τομέα της υγείας.

Η Καράσσα (2006), υποστηρίζει ότι η αποσαφήνιση των ζητημάτων που μελετά η συστηματική ανασκόπηση καλύπτει ελλείψεις από ερευνητικά πεδία που δεν έχουν μελετηθεί. Η ενδελεχής έρευνα της βιβλιογραφίας μειώνει τις πιθανότητες αστοχιών, συγκριτικά με τις παλαιότερες περιγραφικές ανασκοπήσεις οι οποίες συνέλεγαν αποτελέσματα από έρευνες. Η Μπελαλή (2011), καθορίζει το ρόλο της συστηματικής ανασκόπησης στη σύνδεση στοιχείων διαφορετικών μελετών και ευρημάτων και στη διεξαγωγή απαντήσεων στα διατυπωμένα ερευνητικά ερωτήματα. Η διαδικασία αναζήτησης πρέπει να βασίζεται σε ορθό μεθοδολογικό τρόπο όπως ορίζει η συστηματική έρευνα, ώστε η εργασία να πληρεί τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά.

Οι βασικές αρχές που ορίζουν την ορθή δόμηση μιας συστηματικής έρευνας σύμφωνα με την Καράσσα (2006), στηρίζεται:

- Στη σαφή αποτύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων
- Στον καθορισμό των κριτηρίων αποδοχής ή αποκλεισμού των μελετών
- Στη διερεύνηση και επιλογή των κατάλληλων μελετών
- Στην αξιολόγηση των πρωτογενών ερευνών
- Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων

Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη η συστηματική ανασκόπηση γίνεται γύρω από τις πρακτικές που συνείσφεραν διαρθρωτικά στα υγειονομικά συστήματα εν μέσω κρίσεων. Η διερεύνηση και παρουσίαση των μεταρρυθμίσεων καθώς και τα διεξαγόμενα συμπεράσματα προέρχονται από τη βιβλιογραφική αναζήτηση των θετικών δρώντων μεταρρυθμίσεων στα δημόσια συστήματα υγείας. Η μεθόδευση της έρευνας ορίστηκε μετά τη αναζήτηση, η οποία διεξήχθη σε ηλεκτρονικές πηγές και βάσεις δεδομένων όπως: *PubMed, Google Scholar, Science Direct, Ευρωπαϊκή Ένωση, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) και Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE).* Ο εντοπισμός πραγματοποιήθηκε σε άρθρα, ηλεκτρονικά βιβλία και περιοδικά, σε ερευνητικές μελέτες και δημοσιεύσεις στην Ελληνική και Αγγλική γλώσσα. Η αναζήτηση αρχικά εστίασε στους τίτλους και στις περιλήψεις, χρησιμοποιώντας όρους αναζήτησης ως *Λέξεις Κλειδιά* ή και συνδυαστικά:

«Σύστημα Υγείας, Οικονομική Κρίση, Πανδημία, Μεταρρυθμίσεις, Καλές Πρακτικές, Ελλάδα, Ευρωπαϊκή Ένωση».

Οι δημοσιεύσεις που επιλέχθηκαν είναι σύγχρονες, δημοσιεύτηκαν από το 2008, έτος έναρξης της οικονομικής κρίσης για την Ελλάδα έως και σήμερα, όπου μελετούνται και αποτιμούνται οι μεταρρυθμίσεις που συνέβησαν στην διάρκεια της πανδημίας. Οι δημοσιεύσεις που ξεχώρισαν κυρίως, είναι αναρτημένες σε επιστημονικά περιοδικά. Οποιαδήποτε πρακτική εφαρμόστηκε πριν το 2008 στο υγειονομικό σύστημα εξαιρέθηκε από το πλαίσιο έρευνας, παρότι μπορεί να αποτελεί θετική μεταρρύθμιση. Επίσης όποιες δημοσιεύσεις δεν είναι πλήρως αναρτημένες, ολοκληρωμένες και διαθέσιμες στον αναγνώστη αποκλείστηκαν, όπως πρακτικά συνεδρίων που δεν παρέχουν ολοκληρωμένο το κείμενο μελέτης. Οι όροι ένταξης περιλαμβάνουν συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, κατά το οποίο η πραγματοποίηση πολιτικών αποφάσεων οδήγησε στη δημιουργία καλών πρακτικών για ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας.

Αποκλείστηκαν από την συστηματική ανασκόπηση μελέτες, οι οποίες είχαν διεξαχθεί στα πλαίσια κάποιας διπλωματικής διατριβής. Ακολούθως απορρίφθηκαν συζητήσεις, αναρτήσεις, απόψεις δημοσιευμένες σε ιστοσελίδες του διαδικτύου καθώς και άρθρα εφημερίδων. Επιπλέον οι επιλεγμένες μελέτες για την ένταξή τους έπρεπε να έχουν αναφορές είτε στην Ελλάδα και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αποκλείστηκαν από την έρευνα, όσες πρακτικές απέτυχαν, δεν παρέμειναν ή δεν συνεχίστηκαν στα συστήματα υγείας, καθώς και πρακτικές οι οποίες απέτυχαν, παρότι θεσμοθετήθηκαν από το κράτος αυτές δεν απέδωσαν. Αποκλείστηκαν τα άρθρα που αναφέρονται σε υγειονομικά συστήματα ανόμοια και όχι συγκρίσιμα με το ελληνικό.

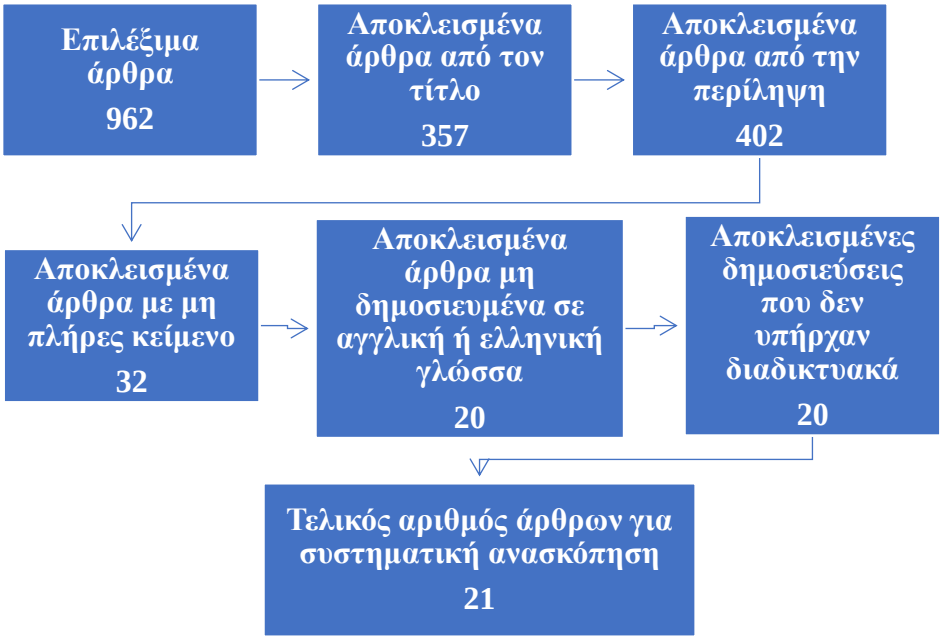
Οι δημοσιεύσεις που επιλέχθηκαν για δεύτερο επανέλεγχο, κρίθηκαν κατάλληλες μετά τη μελέτη του πλήρες κειμένου. Κατάλληλα κρίθηκαν άρθρα, τα οποία συμπεριλάμβαναν διοικητικού και οικονομικού περιεχομένου διαχείριση πόρων από το δημόσιο σύστημα υγείας και πολιτικές αποφάσεις που οδήγησαν σε διαρθρωτικές αλλαγές. Για μελέτες όπου δεν ήταν επιστημονικά έγκυρες με τεκμηριωμένες τις βιβλιογραφικές πηγές, δημοσιευμένες σε μη επιστημονικά περιοδικά και με περιεχόμενο όχι άμεσα συνδεόμενο με τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας αποτέλεσαν αιτίες αποκλεισμού. Στον παρακάτω Πίνακα (3) παρέχονται συγκεντρωτικά οι λόγοι ένταξης και αποκλεισμού των άρθρων προκειμένου να επιτευχθεί σωστά η βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Πίνακας 3 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

ΜΕΛΕΤΕΣ ΕΝΤΑΞΗΣ	ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ
➢ Δημοσιευμένες μετά το 2008 ➢ Να περιέχουν τις Λέξεις-Κλειδιά ➢ Δημοσιευμένο ολόκληρο το κείμενο μελέτης ➢ Αναφορά σε οικονομικές και διοικητικές μεταρρυθμίσεις ➢ Αναφορά σε Ελλάδα και ΕΕ ➢ Αναφορά σε θετικές μεταρρυθμίσεις	➢ Δημοσιευμένες πριν το 2008 ➢ Δημοσιευμένες σε μη επιστημονικά περιοδικά ➢ Δημοσιεύσεις με μη συναφές πλαίσιο μελέτης ➢ Πρακτικές που δεν συνεχίστηκαν ➢ Πρακτικές που απέτυχαν ➢ Υγειονομικά συστήματα μη συγκρίσιμα με τα ευρωπαϊκά ➢ Ιστοσελίδες διαδικτύου, προσωπικές απόψεις, αναρτήσεις ή συζητήσεις ➢ Μη επιστημονικά έγκυρες, με αμφίβολα τεκμηριωμένες βιβλιογραφικές πηγές

Η διαδικασία εντοπισμού των βιβλιογραφικών πηγών που καλύπτουν διεξοδικά την ανάλυση των καλών πρακτικών στα υγειονομικά συστήματα, παρουσιάζεται αναλυτικά στον ακόλουθο Πίνακα (4). Η αρχική αναζήτηση ανέδειξε 962 άρθρα, που είχαν συνάφεια με τις *Λέξεις - Κλειδιά*. Η πρώτη εξαίρεση έγινε με γνώμονα τον τίτλο, περίπου 357 άρθρα απορρίφθηκαν. Στην ανάγνωση της περίληψης αποκλείστηκαν ακόμη 402 άρθρα, λόγω μη πλήρους συνάφειας με το αντικείμενο έρευνας. Απορρίφθηκαν ακόμη 32, διότι δεν είχαν μορφή πλήρους κειμένου και 20 μελέτες, οι οποίες δεν ήταν δημοσιευμένες στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα. Στο τέλος αποκλείστηκαν 20 δημοσιεύσεις, οι οποίες δεν ήταν διαθέσιμες διαδικτυακά προς ανάγνωση. Τελικά μετά την ανάγνωση του πλήρες κειμένου επιλέχθηκαν 21 άρθρα, τα οποία κάλυπταν τα ερευνητικά ερωτήματα.

Πίνακας 4:Διαδικασία επιλογής μελετών



Κεφάλαιο 6 - Αποτελέσματα συστηματικής έρευνας

6.1 Αποτελέσματα συστηματικής έρευνας

Στον ακόλουθο πίνακα (5), παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την συστηματική βιβλιογραφική έρευνα. Αναλύονται τα άρθρα που απομονώθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία. Καταγράφεται ο επιλεγμένος αριθμός των άρθρων, οι συγγραφείς τους, η χώρα διεξαγωγής, το έτος συγγραφής, ο σκοπός και η μέθοδος της έρευνας που επιλέχθηκε και τέλος τα αποτελέσματα.

Πίνακας 5:Αποτελέσματα Συστηματικής Ανασκόπησης

Α/Α	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ ΕΤΟΣ	ΧΩΡΑ	ΣΚΟΠΟΣ	ΔΕΙΓΜΑ	ΜΕΘΟΔΟΣ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ
Οικονομική κρίση						
1	IOBE, 2011	Ελλάδα	Περιγραφή, οικονομική αποτίμηση και αξιολόγηση των δράσεων και πολιτικών υγείας που έχουν εφαρμοστεί στην Ελλάδα από το 2010.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Δράσεις εκσυγχρονισμού των υγειονομικών υπηρεσιών. Εξορθολογισμός των δαπανών της δημόσιας υγείας. Μείωση της δαπάνης υγείας και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.
2	Kentikelenis, A. & Papanicolas, I. 2012	Ηνωμένο Βασίλειο	Ανάδειξη των αδυναμιών του ΕΣΥ, πως αντιμετωπίστηκαν μέσω των μεταρρυθμίσεων.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Οι αδυναμίες του ΕΣΥ, οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν προς τη συγκράτηση του κόστους. Επαναπροσδιορισμός των μηχανισμών τιμολόγησης και αποζημίωσης.
3	Economou, C. et al. 2017	Ελλάδα	Οργάνωση, διακυβέρνηση και χρηματοδότηση της υγείας. Παροχή υγειονομικής περίθαλψης, μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας και επιδόσεις του.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Σειρά μεταρρυθμίσεων με στόχο την διόρθωση των ανισοτήτων και της αποτελεσματικότητας. Στρατηγικές για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και τη βελτίωσης της συνολικής ποιότητας της περίθαλψης.

4	Kalavrezou N., & Jin H. 2021	Ελλάδα	Εξέταση των μεταρρυθμίσεων στην υγεία το 2010.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Συνοπτική παρουσίαση του ελληνικού συστήματος υγείας πριν από την κρίση. Περιγραφή των μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν την τελευταία δεκαετία. Ποσοτική συγκριτική αξιολόγηση των μεταρρυθμίσεων.
5	Πετρής, Α κ.α. 2023	Ελλάδα	Παρουσίαση των εφαρμογών της Ηλεκτρονικής Υγείας και ανάδειξη των βελτιώσεων που επιδέχεται.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Μελέτη της ΗΣ και των ζητημάτων που προκύπτουν από την εφαρμογής της. Ανάδειξη των προβλημάτων στην τήρηση του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων κατά την εφαρμογή σε νοσοκομειακές μονάδες.
Υγειονομική κρίση						
6	Smith A. et. al. 2020	Δανία	Βασικές προϋποθέσεις για την ενσωμάτωση της τηλευγείας στις παρεχόμενες φροντίδες υγείας.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Πλεονεκτήματα από τη χρήση της τηλευγείας, όχι μόνο σε έκτακτες περιστάσεις, αλλά και στην καθημερινότητα. Περιορισμοί στη χρήση της. Προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της τηλευγείας στα υγειονομικά συστήματα
7	Sosnowski R. et. al. 2020	Ε.Ε.	Πρακτικές συστάσεις για τη χρήση της τηλεϊατρικής στην ουρολογία.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στη χρήση της τηλεϊατρικής για την εξ' αποστάσεως υποστήριξη των ουρολογικών ασθενών.
8	Γιαννοπούλου, Α., 2020	Ελλάδα	Σύγχρονα δεδομένα αναφορικά με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Παράγοντες ανάπτυξης και εφαρμογής ΗΣ, η συμβολή της στη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας.
9	Golinelli, D. et.al., 2020	Ιταλία	Ψηφιακές λύσεις για τον μετριασμό του COVID-19 στα άτομα και στα συστήματα υγείας.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Ψηφιακές λύσεις και εφαρμογές της, ως εργαλεία στην υγεία για διάγνωση, πρόληψη και επιτήρηση του πληθυσμού. Εφαρμογή των ψηφιακών λύσεων για μελλοντική χρήση.

10	EUR-LEX, (Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης) 2020	Ε.Ε.	Η χρήση των ΤΠΕ και των δεδομένων στην καταπολέμηση της υγειονομικής κρίσης, σχετικά με εφαρμογές για φορητές συσκευές.	-	Βιβλιογραφική Έρευνα	Κοινή προσέγγιση των μελών της Ε.Ε. στη χρήση ΤΠΕ και στη λήψη πρακτικών μέτρων για την ορθή χρήση τους. Διασύνδεση και επικοινωνία των κρατών μέσω των e- health και ECDC.
11	OECD, 2021	Ε.Ε.	Η ΠΦΥ των συστημάτων υγείας, για τη διαχείριση της αύξησης της ζήτησης και της διατήρησης της συνέχειας της περίθαλψης.	-	Βιβλιογραφική Έρευνα	Ανάδειξη της ισχυρής ΠΦΥ, η συμβολή της στον μετριασμό της πίεσης στο υγειονομικό σύστημα. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας, οι κοινοτικές υπηρεσίες υγείας, ο εξοπλισμός με ψηφιακή τεχνολογία και ο σχεδιασμός κινήτρων, στη διαχείριση του τομέα υγείας.
12	Lie I., et al. 2021	Νορβηγία	Εμπειρίες επαγγελματιών υγείας από την εργασία με ασθενείς COVID-19 σε ΜΕΘ, στο πρώτο κύμα της πανδημίας στη Νορβηγία.	Μέτρηση σε 27 ΜΕΘ & 484 επαγγελματίες υγείας.	Μελέτη κοόρτης παρατήρησης.	Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν κατά το πρώτο κύμα ασθενών με COVID-ΜΕΘ στη Νορβηγία είχαν τα προσόντα και ήταν προετοιμασμένοι. Παρουσίαση προκλήσεων και πιθανοί στόχοι για μελλοντικές βελτιώσεις.
13	Σπινέλλης, Δ. 2021	Ελλάδα	Βελτιώσεις που υλοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της Πανδημίας.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Μέτρα δράσης σε επίπεδο στρατηγικής και υλοποίησης. Δράσεις ώστε η ηλεκτρονική διακυβέρνηση να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Αναγκαίες παρεμβάσεις για τον περιορισμό της πανδημίας.
14	Androutsou, L. et. al. 2021	Ε.Ε.	Επισκόπηση των προκλήσεων και των απαντήσεων στην πανδημία.	-	Βιβλιογραφική Έρευνα	Οι προκλήσεις της πανδημίας ως ευκαιρία αξιοποίησης από την ΕΕ για ανάπτυξη της ετοιμότητας των υγειονομικών συστημάτων και της διασυνοριακής επικοινωνίας.

15	Zapata, T. et. al. 2021	Ε.Ε.	Διδάγματα που αντλήθηκαν από την πανδημία. Προκλήσεις για μελλοντικές ανάγκες του εργατικού δυναμικού στην υγεία στην Ε.Ε.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Κεντρικός ο ρόλος των υγειονομικών εργαζομένων, για τη διατήρηση αποδοτικού και ανθεκτικού συστήματος υγείας. Αποκάλυψη κινδύνων από έλλειψη προσωπικού και η σημασία της προστασίας του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας. Ανάγκη για επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό.
16	Panteli, D., et. al. 2021	Ε.Ε.	Μηχανισμοί ανάπτυξης της ικανότητας των επαγγελματιών υγείας για μετακινήσεις μεταξύ των χωρών και οι συνέπειες αυτών.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας. απαίτηση για νέους, ευέλικτους ρυθμιστικούς μηχανισμούς για τις ειδικότητες. Παρακολούθηση των βέλτιστων πρακτικών, με εναρμόνιση της συνεχούς εκπαίδευσης, Διακρατικός μηχανισμός προειδοποίησης παραβιάσεων ορθής επαγγελματικής πρακτικής, τομείς προτεραιότητας για διακρατική συνεργασία.
17	Paleari, L. et. al. 2022	Ε.Ε.	Μελέτη ερευνητικών προγραμμάτων τηλεϊατρικής χρηματοδοτούμενα από την Ε. Ε., με έμφαση στα αποτελέσματα εφαρμογή τους.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Η χρήση της τηλεϊατρικής στην υγειονομική φροντίδα, ως μέσο ανάπτυξης διασυνοριακού διαλόγου. Η ψηφιακή υγεία αποτελεί την πρόκληση του μέλλοντος για βιώσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας
18	Williams, G. A. et. al. 2022	Ε.Ε.	Στρατηγικές που ακολούθησαν οι χώρες για πλεονάζουσα ικανότητα του προσωπικού στην πανδημία.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Αύξηση του προσωπικού, εκ νέου προσέλκυση σε τομείς με τις μεγαλύτερες ανάγκες, βελτίωση δεξιοτήτων για τον μετασχηματισμό των συστημάτων υγείας, δημιουργία ανθεκτικού εργατικού δυναμικού για το μέλλον.

19	ECDC 2023	Ε.Ε.	Συγκέντρωση και παρουσίαση διδαγμάτων από φορείς της δημόσιας υγείας. Συμβολή στις χώρες για αναθεώρηση σχεδίων ετοιμότητας για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης.	-	Βιβλιογραφική Έρευνα	Επανεξέταση της αντίδρασης και άντληση διδαγμάτων για μελλοντική χρήση, ενσωμάτωση συνεχούς ετοιμότητας, και ανάκαμψης των συστημάτων υγείας. Επικαιροποίηση των σχεδίων ετοιμότητας για έκτακτες ανάγκες, ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών, επένδυση στο εργατικό δυναμικό της δημόσιας υγείας, προετοιμασία για επόμενη κρίση, επικοινωνία και εμπλοκή της κοινότητας.
20	Αγγελοπούλου Ε. κ.α. 2023	Ελλάδα	Ο ρόλος της τηλεϊατρικής στα νευροεκφυλιστικά νοσήματα, αναφορικά με την αποτελεσματικότητα, τα οφέλη, τους περιορισμούς και την αξιοπιστία της εξέτασης.	-	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Εξέταση ασθενών με νευροεκφυλιστικά νοσήματα μέσω Τηλεϊατρικής. Αξιοπιστία, παραδοχή, ικανοποίηση, οικονομικά οφέλη, πρώιμη διάγνωση, τακτική παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενειών. Περιορισμοί λόγω έλλειψης τεχνολογικού εξοπλισμού, μελετών, κατευθυντήριων οδηγιών εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.
21	European Commission (2023)	Ε.Ε.	Μέτρα υποστήριξης συστημάτων υγείας	-	Βιβλιογραφική Έρευνα	Σειρά δράσεων από Ε.Ε. για τα υγειονομικά συστήματα. Εξασφάλιση ασφαλών και αποτελεσματικών εμβολίων. Δημόσια υγεία, ισχυρότερο πλαίσιο ασφάλειας υγείας για τους πολίτες.

6.2 Σύνθεση αποτελεσμάτων

6.2.1 Ο θετικός αντίκτυπος από την οικονομική κρίση

- **Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση**

Η οικονομική κρίση κλυδώνισε την οικονομία πολλών ευρωπαϊκών χωρών, με έμφαση την ελληνική οικονομία με την επιβολή δημοσιονομικού ελέγχου. Ειδικότερα, η επιβολή μεταρρυθμίσεων στην υγεία και στην υγειονομική περίθαλψη, ανέδειξε τις ελλείψεις και τις αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος καθώς και τη χαμηλή αποτελεσματικότητά του. Οι προοπτικές εξυγίανσης του ΕΣΥ ήταν δυσοίωνες από τους περισσότερους αναλυτές, λόγω των χρόνιων προβλημάτων του. Έμφαση δόθηκε στη συγκράτηση των δαπανών, μέτρο λιτότητας το οποίο επιβλήθηκε από τους δανειστές. Οι μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν στο υγειονομικό σύστημα είχαν τρεις κατευθύνσεις τα δημοσιονομικά όπου και επιβλήθηκαν περικοπές δαπανών, τη ζήτηση των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και οργανωτικά ζητήματα τα οποία στερούσαν την αποτελεσματική λειτουργία του ΕΣΥ (Kentikelenis, et.al. 2012).

Η αρχική νομοθεσία Ν.3852/2010 καθιέρωσε την ΗΣ με τη χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών (Η/Υ), για την παραγωγή, τη διακίνηση και τον έλεγχο των ιατρικών συνταγών, προκειμένου να εξασφαλιστεί διαφάνεια στις διακινούμενες πληροφορίες. Την υλοποίηση και τη συντήρηση αυτής ανέλαβε η ΗΔΙΚΑ ΑΕ (Πετρής, κ.α., 2023). Οι ως τότε χειρόγραφες συνταγές αντικαταστάθηκαν από τις ηλεκτρονικές. Προκειμένου να εφαρμοστεί η δημοσιονομική και λειτουργική εποπτεία των δαπανών στην υγεία, έπρεπε να εφαρμοστεί έλεγχος στην υπέρμετρη συνταγογράφηση. Η δημιουργία των ηλεκτρονικών παραπεμπτικών και φαρμάκων έως το 2015 κατόρθωσε να καλύψει το 92% και 98% αντίστοιχα, των εκδομένων συνταγών (Economou et. al. 2017).

Σύμφωνα με τους Kalavrezou et.al. (2021), η διαρθρωτική μεταρρύθμιση που συνείσφερε στη δημόσια διαχείριση και τον συντονισμό υπήρξε η εγκαθίδρυση της ΗΣ, η οποία υπήρξε χρηστική και διευκόλυνε στην επιτήρηση, αποτρέποντας την υπερσυνταγογράφηση. Η ΗΣ με την πάροδο των ετών όχι μόνο παρέμεινε στο υγειονομικό σύστημα, αλλά υπερίσχυσε ως ο μοναδικός τρόπος λήψης παραπεμπτικών φαρμάκων και κλινικών εξετάσεων

Η ΗΣ συνδυάστηκε με σειρά άλλων μέτρων σχετιζόμενα με τη φαρμακευτική δαπάνη, όπως η εγκαθίδρυση λιστών φαρμάκων, κατανεμημένα σε θετικά αυτά που αποζημιώνονται από τον ασφαλιστικό φορέα και σε αρνητικά αυτά που δεν αποζημιώνονται από τον ασφαλιστικό φορέα (Kentikelenis et. al. 2012). Επιπλέον η προώθηση της χρήσης των γενοσήμων φαρμάκων με την επιλογή της δραστικής ουσίας κατά της συνταγογράφηση

ενίσχυσε τον έλεγχο με τη δημιουργία πρωτοκόλλων στη συνταγογράφηση. Οι συνδυαστικές αυτές μεταρρυθμίσεις σήμερα επιβεβαιώνονται περισσότερο από ποτέ στην κατεύθυνση της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης και της εξοικονόμησης πόρων από την υπερσυνταγογράφηση των φαρμάκων (Economou et. al.2017).

Ο σκοπός ανάλογων διαρθρωτικών αλλαγών στοχεύουν μακροπρόθεσμα, ώστε τα συστήματα να βελτιώνουν την αποτελεσματικότητά τους αντιμετωπίζοντας την προκλητή ζήτηση για τη χορήγηση ιατρικών φαρμάκων και εξετάσεων (Kalavrezou et. al. 2021). Στην πραγματικότητα, η προκλητή ζήτηση είναι κατευθυνόμενη και πέραν των ορίων του νόμου, ειδικότερα όταν αποτυπώνει ψευδή χρήση των συνταγών. Κύριος αποδέκτης της υπέρμετρης συνταγογράφησης ήταν τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας τα οποία καλούνταν να καλύψουν τις δαπάνες των ασφαλισμένων τους.

Σύμφωνα με τους Πετρή κ.α. (2023) τα οφέλη από τη χρήση των ΤΠΕ στην υγεία και ειδικότερα από την καθιέρωση των ηλεκτρονικών συνταγών αναλύονται ως εξής:

- Διευκόλυνση των ασθενών στη λήψη των παραπεμπτικών συνταγών και στην εκτέλεση τους
- Διευκόλυνση των φαρμακοποιών ως προς τη σωστή ανάγνωση της συνταγής και την αποφυγή ανταλλαγής πληροφοριών από πλευράς των εμπλεκομένων
- Διευκόλυνση των ιατρών στην πρόσβαση ηλεκτρονικού ιστορικού ασθενούς και στην επιλογή του πλέον κατάλληλου φαρμάκου από μία λίστα συμβατών, με ορθή επιλογή του ενδεικνυόμενου χορηγούμενου
- Εξοικονόμηση χρόνου, αποφυγή της μακροχρόνιας γραφειοκρατίας
- Εξοικονόμηση πόρων από την υπέρμετρη δαπάνη συνταγογράφησης λόγω επιλογής του οικονομικότερου διαθέσιμου
- Διαθέσιμο ιστορικό και πληροφορίες για τις υλοποιήσιμες συνταγές του ασθενή
- Δημιουργία αξιόπιστων στοιχείων για εξαγωγή μελέτης σε εθνικό αλλά και πανευρωπαϊκό επίπεδο
- Διατήρηση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ασθενών
- Αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων στην επιλογή ενδεικνυόμενης θεραπείας.

Αναμφίβολα οι μεταρρυθμίσεις βρήκαν αντίσταση, με αντιδράσεις στη συμμόρφωση ως προς την λειτουργία της εφαρμογής. Σημαντικός λόγος μη εγκατάστασης της ΗΣ υπήρξε ο ελλιπής εξοπλισμός στα νοσοκομεία και ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές η ανεπαρκής σύνδεση του διαδικτύου (Πετρής κ.α. 2023). Η έλλειψη εξοικείωσης με την ΤΠΕ και ιδιαίτερα η ενασχόληση και η υιοθέτηση των εφαρμογών της στο πλαίσιο των καθημερινών εργασιών ενέτεινε την αντίσταση στην αποδοχή τους. Από μελέτες που έχουν

διεξαχθεί, έχει παρατηρηθεί ότι η παροχή κινήτρων στους εργαζόμενους, λειτουργεί θετικά προς την κατεύθυνση της αποδοχής και υλοποίησης ανάλογων εφαρμογών στην καθημερινότητα (ΙΟΒΕ 2011).

Επιλογικά, σήμερα οι εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας, έχουν καθολική αποδοχή στην δημόσια υγεία. Εν τούτοις αντιμετωπίζονται δυσχέρειες, οι οποίες σχετίζονται με τη σχεδίαση και τη χρήση του λογισμικού της όπως η διασύνδεσή της με τον ηλεκτρονικό φάκελο υγείας του ασθενούς. Η καθιέρωσή της στην δεκαετή και πλέον χρήση της αναδεικνύει τη θετική μεταρρύθμιση που παρέμεινε ως καλή πρακτική στο σύστημα υγείας (Πετρής κ.α. 2023).

6.2.2 Ο θετικός αντίκτυπος από την πανδημία του Covid-19

- **Τηλεϊατρική**

Η πανδημία του Covid - 19 δοκίμασε τα υγειονομικά συστήματα των χωρών, και στα περισσότερο ανθεκτικά και αποδοτικά συστήματα αναδείχτηκαν οι ατέλειες και οι ελλείψεις τους. Το ελληνικό ΕΣΥ δοκιμάστηκε ακόμη μία φορά μετά την οικονομική κρίση, επιχειρώντας δομικές, οργανωτικές αλλαγές και τεχνολογικό εκσυγχρονισμό. Η εφαρμογή της ΗΣ εδραιώθηκε στην οικονομική κρίση ενώ στην πανδημία δημιουργήθηκε επιτακτικά η ανάγκη για ενσωμάτωση συστημάτων πληροφοριών στη διαχείριση της υγείας. Η διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, η δυνατότητα οι πολίτες να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στην ιατρική παρακολούθηση, η ενίσχυση της προστασία τους, με ταυτόχρονη μείωση των φυσικών επισκέψεων μέσω της τεχνολογίας, ανέδειξαν την ανάγκη για τεχνολογική υποστήριξη. Προϋποθέσεις, οι οποίες θα πρέπει να υπάρχουν σε κάθε ανθεκτικό σύστημα υγείας, όχι μόνο σε περιόδους εκτάκτων αναγκών, για να επιτυγχάνεται η ανταπόκριση στη διατήρηση της υγείας με κύριους συντελεστές την πρόσβαση και αξιοποίηση της τεχνολογίας.

Σύμφωνα με τους Sosnowski et. al. (2020), η πανδημία προκάλεσε μία άνευ προηγουμένου παρουσία ψηφιοποίησης και τεχνολογίας στην κλινική πράξη. Ειδικότερα, η έρευνα ανέδειξε την ευρεία χρήση της Τηλεϊατρικής σε συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, με ουρολογικά προβλήματα υγείας. Η έως τώρα εμπειρία και εξοικείωση των ιατρών με την Τηλεϊατρική ήταν ελάχιστη, για το λόγο αυτό δόθηκαν οδηγίες και πρακτικά βοηθήματα για να επιδιωχθεί ο επιθυμητός στόχος. Εξίσου νέα εμπειρία υπήρξε και για τους ασθενείς, οι οποίοι κλήθηκαν να λαμβάνουν ιατρική περίθαλψη μέσω της ηλεκτρονικής διαβούλευσης. Στις καινοτομίες αυτές ιδιαίτερα επιφυλακτικοί στάθηκαν οι ηλικιωμένοι ασθενείς λόγω άγνοιας, έως τότε δεν ήταν διαδεδομένη η ηλεκτρονική ιατρική επικοινωνία και για αυτό

υπήρξε δυσπιστία, σύγχυση και αγωνία για τη διαχείριση της. Ωστόσο καταγράφονται υψηλά ποσοστά στη διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου, της εμπιστοσύνης, της καλής επικοινωνίας, συνεννόησης και κατανόησης.

Η μελέτη των Golinelli et. al. (2020), αφορά τις ψηφιακές λύσεις που συνείσφεραν στον μετριασμό των συνεπειών της πανδημίας, η χρήση των ψηφιακών τεχνολογιών βοήθησε στην έγκαιρη διάγνωση, στην πρόληψη και στην επιτήρηση των ασθενών. Η τεχνητή νοημοσύνη ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση του covid ενώ η Τηλευγεία και η Τηλεϊατρική για θεραπευτικούς λόγους. Ανάμεσα στα διαφορετικά ψηφιακά εργαλεία που παρατίθενται στην έρευνα αναφέρεται η χρήση των κινητών τηλεφώνων στον εντοπισμό των επαφών και στην παρακολούθηση των ατόμων. Τα smartphone και οι φορητές συσκευές βοήθησαν στη συλλογή δεδομένων σε απομακρυσμένες και αποκεντρωμένες περιοχές και στον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού. Η χρήση της ψηφιακής υγείας εκτός της εύκολης πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα, μπορεί να αξιοποιηθεί για την ψυχική υγεία, την παρηγορητική φροντίδα σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς και στη διαχείριση των παχύσαρκων ατόμων με τη χρήση μεθοδολογιών Τηλευγείας. Η υιοθέτηση λύσεων μέσω ψηφιακών τεχνολογιών επενδύουν στον ψηφιακό μετασχηματισμό και στην ανθεκτικότητα των υγειονομικών συστημάτων.

Οι Smith et. al. (2020), αποτυπώνουν τα οφέλη της εφαρμογής των τεχνολογιών όχι μόνο σε περιόδους εκτάκτων αναγκών αλλά και κανονικότητας. Οι εφαρμογές της Τηλευγείας κατά την πανδημία συνείσφεραν πολλαπλά στη μείωση της διασποράς του ιού. Εντούτοις, παρότι κρίνεται χρήσιμη και αποδοτική, διαπιστώνονται εμπόδια στην εφαρμογή της με αργή και συχνά περιορισμένη επιτυχία. Ποικίλοι παράγοντες ενοχοποιούνται, όπως η άρνηση των γιατρών να την υιοθετήσουν, η έλλειψη εξειδίκευσης του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας λόγω της περιορισμένης και ανεπαρκής εκπαίδευσης που πλαισιώνει τις σπουδές τους σε συναφή προγράμματα. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε καινοτόμους τρόπους φροντίδας ασθενών σε περιόδους κανονικότητας, θα αυξήσει την ετοιμότητα των συστημάτων στην απόκρισή τους στις έκτακτες ανάγκες. Η οργάνωση της Τηλευγείας αποτελεί στρατηγικό στόχο ενός συστήματος υγείας. Διεθνείς φορείς όπως ο ΠΟΥ έπαιξαν ουσιαστικό ρόλο στην ψηφιακή δικτύωση των πληροφοριών για τον Covid-19. Ανάλογο ρόλο μπορούν να έχουν και για την εδραίωση της Τηλευγείας μέσω ψηφιακών καναλιών. Συνοψίζοντας, οι προϋποθέσεις για την ύπαρξη των ψηφιοποιημένων υπηρεσιών φροντίδας εστιάζονται σε:

- Κατάλληλη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας
- Χρηματοδότηση για την κάλυψη του κόστους ύπαρξης της στο σύστημα
- Στρατηγική οργάνωση των πρωτοκόλλων φροντίδας

- Ύπαρξη διαπίστευσης για τους χρήστες της τηλευγείας
- Δημιουργία αξιόπιστου συστήματος υγείας για την διαχείριση των πληροφοριών.

Σύμφωνα με την έρευνα που παρουσίασαν οι Paleari et. al. (2022), η ΕΕ υποστήριξε την προγράμματα Τηλεϊατρικής μέσω της χρηματοδότησης ερευνητικών έργων που υποστηρίζονται από την τεχνολογία και προκαλούν το ενδιαφέρον γύρω στις εφαρμογές της. Επιπλέον, στόχο της ΕΕ αποτελεί η νοσηλεία ασθενών κατ'οίκον, καινοτομία η οποία προϋποθέτει την ύπαρξη ιατρικής περίθαλψης. Από τις πρώτες χώρες εφαρμογής αυτής της πρωτοβουλίας υπήρξε η Ιταλία την περίοδο της πανδημίας. Η διασύνδεση της τεχνολογίας με τα υγειονομικά συστήματα όπως αποδείχτηκε, ενίσχυσε τη δόμηση και την οργάνωση καθώς και τη δημιουργία πρωτοκόλλων. Η Φιλανδία, η Σκοτία και η Σουηδία ανέπτυξαν τη χρήση των ΤΠΕ για δημιουργία πλατφόρμας Τηλεαποκατάστασης, όπου οι ασθενείς εκπαιδεύονταν εξ' αποστάσεως. Στην Ολλανδία προτάθηκαν λύσεις Τηλεφροντίδας για χρόνιους ασθενείς κατ'οίκον με τοποθέτηση οικιακού αυτοματισμού. Η χρήση των ΤΠΕ ενίσχυσε τη διασυνοριακή επικοινωνία, στοχεύοντας στην ανάπτυξη της συνεργασίας και στη μετάδοση της επιστημονικής γνώσης μεταξύ των κοινοτικών συστημάτων.

Παράλληλα οι Αγγελοπούλου κ.α. (2023), υποστηρίζουν την ανάπτυξη των ψηφιακών εφαρμογών στην Ελλάδα κατά την πανδημία. Ωστόσο η έλλειψη νομοθετικού πλαισίου και πρακτικής κατεύθυνσης εκπαίδευσης του υγειονομικού προσωπικού οδήγησαν στην αναστολή της διάδοσης της. Η διεξαγωγή μελετών και ερευνών γύρω από τα οφέλη της Τηλεϊατρικής θα αυξήσουν την αξιοπιστία της και θα αναδείξουν σε βάθος χρόνου τη χρησιμότητά της στην παρακολούθηση των χρόνιων ασθενών. Στη διάρκεια του περιορισμού των επαφών, η χρήση της παρουσίασε αύξηση σε ασθενείς με κινητικά και νοητικά προβλήματα. Προσπάθειες από διαφορετικά κέντρα παροχής υγείας από όλη τη χώρα έγκεινται στη δημιουργία αξιοπιστίας γύρω από αυτή, ενημέρωσης των ασθενών και παροχής πληροφορίων προς τους επαγγελματίες υγείας. Ανασταλτικό παράγοντα αποτελούν οι ορεινές, οι δυσπρόσιτες περιοχές και η νησιωτική Ελλάδα, όπου δεν υπάρχει επάρκεια τεχνολογικού εξοπλισμού γεγονός το οποίο καταστεί τη διάδοση της δυσκολότερη. Η μελέτη που διεξήχθη σε ασθενείς με Parkinson και Alzheimer ανέδειξε ότι υπάρχουν σημεία της νευρολογικής εξέτασης που δεν καλύπτονται από τήλε - διάγνωση, όπως η κλινική νευρολογική εξέταση. Ωστόσο καταλήγει ότι υπάρχουν θετικές εισηγήσεις για την μακροχρόνια φροντίδα και αξιολόγηση με χαμηλό κόστος, στοχεύοντας κυρίως στην εξασφάλιση προσβασιμότητας των ασθενών στην ιατρική φροντίδα.

- **Ηλεκτρονική Υγεία**

Η Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2020), εξέδωσε σε ενωσιακό επίπεδο σύσταση προς τα κράτη-μέλη, αναφορικά με την τήρηση κοινής τακτικής της ενσωμάτωσης των ΤΠΕ στην αντιμετώπιση του Covid – 19. Κύρια σημεία της αναφοράς για τα κράτη -διαχειριστές στάθηκαν επισημάνσεις όπως:

- Δυνατότητα πρόσβασης χρηστών, η διαχείριση και αποθήκευση των πληροφοριών
- Προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και της ιδιωτικής ζωής
- Αποθήκευση των πληροφοριών, απόκτηση πρόσβασης και διακίνησης αυτών σε ενωσιακό επίπεδο
- Ενημέρωση και συμβουλευτική προς ευρωπαίους πολίτες
- Συντονισμένη αντιμετώπιση εξόδου από την πανδημία.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι εφαρμογές των ΤΠΕ, η ΕΕ επιστράτευσε τις φορητές συσκευές, τις εφαρμογές λογισμικών, τη δημιουργία δικτύων e- Health και δικτύων επιδημιολογικής παρακολούθησης με επικεφαλή και συντονιστή το ECDC.

Αδιαμφισβήτητα υπάρχουν ευρωπαϊκές χώρες που πρωτοστάτησαν στην εφαρμογή των ΤΠΕ στον τομέα της υγείας, προτού ακόμη εμφανιστεί ο Covid – 19. Ωστόσο, η Ελλάδα εν μέσω της υγειονομικής κρίσης σύμφωνα με την έρευνα που δημοσίευσαν οι Σπινέλης κ.α. (2021), υλοποίησε την ψηφιακή μεταρρύθμιση στο τομέα της υγείας. Ειδικότερα, η ανάπτυξη των ψηφιακών υπηρεσιών δεν στάθηκε μόνο σε εφαρμογές της Τηλεϊατρικής, επεκτάθηκε ευρύτερα στη δημιουργία δικτύου ηλεκτρονικής υγείας e- Health. Στα πλαίσια της ηλεκτρονικής υγείας λειτούργησε διαφορετικού σκοπού πλατφόρμες συγκέντρωσης και διαχείρισης πληροφοριών και δεδομένων:

- Η πλατφόρμα self-testing.gov.gr, που επισκέπτονταν οι ασυμπτωματικοί ασθενείς του Covid – 19 για να δηλώσουν τα αποτελέσματα από το τεστ γρήγορης ανίχνευσης
- Η δημιουργία του Εθνικού Μητρώου Ασθενών με Covid – 19 και η συμβουλευτική για τους νοσούντες που χρειάζονταν κατευθυντήριες οδηγίες
- Η υλοποίηση το εμβολιασμού καλύφθηκε από την πλατφόρμα emvolio gov.gr σε εθνικό επίπεδο
- Η άυλη συνταγογράφηση αποτέλεσε την πλέον χρηστική υπηρεσία όπου με άυλη διαδικασία διακινούνται παραπεμπτικά μέσω μηνυμάτων με αποστολή sms ή email.

Σύμφωνα με την έρευνα της Γιαννοπούλου (2022), η ΗΣ παρέχει δυνατότητες στην υγειονομική περίθαλψη σχετικά με την ορθή διαχείριση των πληροφοριών, τη χρήση των

κατάλληλων δεδομένων για τη διακίνηση των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών εξετάσεων. Από τις ευρωπαϊκές χώρες η Σουηδία χρησιμοποιεί την ΗΣ από το 1983 ενώ η περισσότερο πρόσφατη είναι η καθιέρωσή της στο Βέλγιο το 2010. Συνολικά 19 ευρωπαϊκές χώρες την έχουν ενσωματώσει στην υγειονομική τους περίθαλψη με διασύνδεση στο ιατρικό αρχείο. Αξιοσημείωτο είναι ότι κάθε χώρα έχει τη δυνατότητα προσαρμογής της ΗΣ στις δικές της ανάγκες. Η αρχή της μεταρρύθμισης για την Ελλάδα ήταν στην δεκαετία του 1980, οι προϋποθέσεις τότε δεν ήταν ώριμες για να ανταποκριθεί το σύστημα. Κατά την οικονομική κρίση η εισαγωγή της όχι μόνο νομιμοποιήθηκε αλλά και υλοποιήθηκε με αποδοχή από τους εμπλεκόμενους φορείς. Η άυλη συνταγογράφηση διαδόθηκε πολύ γρήγορα στην Ελλάδα συμβάλλοντας στην ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών. Από το Μάρτιο του 2020 οι πολίτες είχαν την ευχέρεια λήψης των συνταγών τους σε ένα μήνυμα. Το όφελος της άυλης είναι η αποφυγή προσκόμισης εντύπων συνταγών και η επαναλαμβανόμενη συνταγογράφηση για χρόνιες παθήσεις, χωρίς φυσική παρουσία, ειδικότερα για ευπαθείς και ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού.

- **Διασυνοριακή ιατρική και επικοινωνία**

Η πολιτική υγείας που εφάρμοσε η ΕΕ στα υγειονομικά συστήματα των χωρών μελών αλληλοσυνδέεται και ασκεί αλληλεπίδραση στις υπηρεσίες, στο ανθρώπινο δυναμικό και τα αγαθά, με αποτέλεσμα την ύπαρξη διασυνοριακής επικοινωνίας. Η απόκριση της ΕΕ στις προκλήσεις του Covid – 19 στόχευε για όλα τα κράτη μέλη, τον περιορισμό της εξάπλωσης της νόσου αλλά και την μείωση των θανάτων. Άξια λόγου παραμένει η ενότητα που επέδειξε ΕΕ, με αλληλεγγύη και συνεργασία μεταξύ των χωρών, ανταλλαγή δεδομένων, πληροφοριών και πρακτικών. Η διασυνοριακή αλληλεγγύη που αναπτύχθηκε συνδέθηκε με διαφορετικές πτυχές αντιμετώπισης της πανδημίας αλλά και με τη δημιουργία πολιτικής για πιθανές έκτακτες ανάγκες που θα κληθεί εκ νέου να καλύψει στο μέλλον. Συνεργάστηκε με διεθνείς φορείς όπως τον ΠΟΥ, προκειμένου εξασφαλίσει:

- Διεύρυνση της συνεργασίας εκτός των ευρωπαϊκών χωρών
- Διασφάλιση της δημόσιας υγείας σε περιόδους εκτάκτων αναγκών
- Ύπαρξη ανθεκτικών και αποτελεσματικών υγειονομικών συστημάτων
- Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων του covid 19 σε ασθενείς πάσχοντες με άλλα νοσήματα.

Τα κράτη-μέλη δεσμεύτηκαν με την υποχρέωση της συμμετοχής στην κοινή προσπάθεια. Στο πλαίσιο συγκέντρωσης και διαχείρισης των δεδομένων αντιμετώπισης από τα διαφορετικά ευρωπαϊκά συστήματα δημιουργήθηκαν συστήματα ελέγχου το Health System Response Monitor (HSRM) ενώ η δημιουργία του Health Emergency Preparedness

and Response Authority (HERA) στόχευε στη σύσταση ενδυναμωμένης και ανθεκτικής διασυνοριακής απάντησης, καλύπτοντας τις ανεκπλήρωτες ανάγκες του πληθυσμού (Androutsou, et. al., 2021).

Ο OECD σε δημοσίευση του (2021) αναφέρεται στις προσπάθειες που καταβλήθηκαν ειδικότερα στην αναδιοργάνωσή της ΠΦΥ, για την ανταπόκρισή της στην έκτακτη κατάσταση. Ειδικότερα, ο συντονισμός διαφορετικών ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας σχετικά με την πρόληψη και την περίθαλψη του πληθυσμού, σε συνδυασμό με την παράλληλη υποστήριξη των χρόνιων ασθενών, η ανάπτυξη πρακτικών ανάμεσα σε διεπιστημονικές ομάδες στα πλαίσια συνεργασίας της κοινότητας και η ανταλλαγή πληροφοριών. Τα πολυεπιστημονικά κέντρα ΠΦΥ που συστάθηκαν στην Ισλανδία ανέλαβαν το ρόλο εντοπισμού και ελέγχου καθώς και την εκπαίδευση των ασθενών με κορωνοϊό. Στην Σλοβενία δημιουργήθηκαν 16 κέντρα ΠΦΥ για την αποφυγή συνωστισμού στα νοσοκομεία. Η Αυστρία χρησιμοποίησε διεπιστημονικές ομάδες στην ΠΦΥ για την παρακολούθηση την εκπαίδευση και την καθοδήγηση θετικών και μη ασθενών. Στην Γαλλία οι υγειονομικοί της ΠΦΥ συμφώνησαν στην παρακολούθηση των ήπια νοσούντων ασθενών σε εγκαταστάσεις αποκομμένες από τις μονάδες υγείας προς αποφυγή του συνωστισμού. Στο Ηνωμένο Βασίλειο ομάδες αποτελούμενες από οικογενειακούς γιατρούς, νοσηλευτές και φοιτητές ιατρικής, διαχειρίζονταν ασθενείς με covid σε κοινοτικά κέντρα. Στα κοινοτικά κέντρα δεν καλύπτονταν μόνο οι υγειονομικές ανάγκες αλλά και κοινωνικές, με παροχή τροφίμων, φαρμάκων, συμβουλευτική εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη. Ανάλογες δράσεις υλοποιήθηκαν για νοσηλεία κατ'οίκον των χρόνιων πασχόντων, προς περιορισμό της εξάπλωσης του ιού και ταυτόχρονα συνέχεια της περίθαλψης των ασθενών. Ανάλογου είδους δράσεις κάλυπταν και τις κοινωνικές ανάγκες των ανθρώπων, επιστρατεύοντας πολλές φορές την συνεισφορά τεχνολογιών και πληροφορικής. Η αναδιαμόρφωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ που συντόνισε ο OECD, πρόσφερε στον έλεγχο και στην διαχείριση των έμμεσων επιπτώσεων της πανδημίας, ενισχύοντας τη διασυνοριακή επικοινωνία και τη δημιουργία κινήτρων για παροχή καλών πρακτικών και διδαγμάτων για αποτελεσματικά υγειονομικά συστήματα

Η τεχνική έκθεση του ECDC (2023), αναφέρει επιχειρησιακούς τομείς της δημόσιας υγείας που κλήθηκε να καλύψει η ΕΕ, την επικοινωνία του κινδύνου με εμπλοκή της κοινότητας και τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων και των στοιχείων. Για την υλοποίησή τους χρειάστηκε να οργανωθεί εκπαίδευση και επικοινωνία με τους επαγγελματίες της υγείας για την ετοιμότητα του συστήματος. Η δημιουργία κοινής συμπεριφοράς από τους επιστήμονες υγείας και αποδεκτών των πρακτικών μεθόδων, η επαναπροώθηση video πληροφοριακού υλικού, η χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης,

ενίσχυσαν την επικοινωνία και τη δέσμευση εντός της κοινότητας. Στο πλαίσιο επικοινωνίας εντάσσεται η αποφυγή της παραπληροφόρησης και η διαχείριση ανάλογων προκλήσεων. Επιπλέον δημιουργήθηκε η ανάγκη διαχείρισης και ανάλυσης των επιδημιολογικών δεδομένων για την άντληση αναφορών και αποτελεσμάτων. Η ύπαρξη ψηφιοποιημένων εργαλείων συνείσφερε στην παρακολούθηση των εφαρμόσιμων μέτρων και των συνοριακών ελέγχων. Η δημιουργία κοινών συστημάτων επιτήρησης για τα κράτη, η παροχή συστάσεων προς κοινή λήψη αποφάσεων, η συλλογή πληροφοριών για συγκεκριμένες πρακτικές όπως πρόληψη, αγωγή, θεραπεία, αποτέλεσε στόχο για τη διασυνοριακή ιατρική. Απατώντας η ΕΕ οργάνωσε δράσεις σχετικά με τα υγειονομικά συστήματα τις διαδικασίες και την ανάλυση των δεδομένων για όλες τις δραστηριότητες.

Διαφορετικό επίπεδο ανάπτυξης της διασυνοριακής ιατρικής που ακολούθησε η ΕΕ, αναφέρεται σε δημοσιευμένο άρθρο της European Commission. Επιχείρησε να δημιουργήσει μια κοινή ένωση υγείας, με κοινό σχεδιασμό ετοιμότητας και αντίδρασης, ανάπτυξης, αποθήκευσης και προμήθειας εξοπλισμού. Ο ECDC δεσμεύτηκε για την παρακολούθηση των δεδομένων, η HERA κάλυψε ενιαία την αντιμετώπιση των εκτάκτων αναγκών και ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων δεσμεύτηκε για την επάρκεια των φαρμακευτικών προϊόντων και κλινικών φαρμάκων. Η ΕΕ εξασφάλισε εμβόλια για όλα τα κράτη-μέλη από τον Δεκέμβριο 2020, με την έγκριση άδειας κυκλοφορίας σε 6 κατασκευαστές εμβολίων. Στην εμφάνιση παραλλαγών του ιού διέθεσε εκ νέου κονδύλια για επείγουσα έρευνα. Υποστήριξε την κοινή προμήθεια για όλες τις χώρες ιατρικού εξοπλισμού για τον εμβολιασμό του πληθυσμού και επάρκεια της παραγωγικής διαδικασίας για την κοινή στήριξη της χρήσης εμβολίων, καθώς και προϊόντων αυξημένης προστασίας (ΜΑΠ). Η πανδημία δεν εμφανίστηκε στα όρια της Ευρωπαϊκής ηπείρου, γι'αυτό η Commission δεσμεύτηκε για την εξασφάλιση καθολικής πρόσβασης στον εμβολιασμό και σε χώρες χαμηλού εισοδήματος.

- **Διαχείριση και εκπαίδευση ανθρώπινου δυναμικού**

Βασικός συντελεστής για την αποδοτικότητα των υγειονομικών συστημάτων είναι το ανθρώπινο δυναμικό. Στη διάρκεια της πανδημίας διεξήχθησαν διδάγματα για τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τους Zapata et. al. (2021), στην πανδημία αναδείχθηκε η προσφορά των εργαζομένων στην υγεία. Σε μικρό χρονικό διάστημα υιοθετήθηκαν νέες δεξιότητες στην υγειονομική περίθαλψη και στη χρήση των νέων τεχνολογιών. Πρόκληση στάθηκε για τις κυβερνήσεις η προστασία και η φροντίδα του εργατικού δυναμικού. Η αντίστοιχη επένδυση σε αυτό ερμηνεύεται με την παροχή κινήτρων για προσλήψεις, επανεκπαίδευση, καθώς επίσης και καλύτερη αμοιβή. Η εκτίμηση των

εργαζομένων και η κρίσιμη συμβολή τους θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να αμείβονται επαρκώς, δημιουργώντας ελκυστικές συνθήκες εργασίες. Δεδομένου της γήρανσης του πληθυσμού, της συνταξιοδότησης και της εξάντλησης του εν ενεργεία προσωπικού τονίζεται η προσφορά των νέων εργαζομένων στον τομέα. Κατά τη διάρκεια της υγειονομικής κρίσης κλονίστηκε η ψυχική υγεία του προσωπικού με εκδηλώσεις άγχους, στρες και περιστατικών κατάθλιψης. Η ενθάρρυνση νέων ανθρώπων προς την κατάρτιση του τομέα υγείας συνδυαστικά με το ώριμο προσωπικό θα ενισχύσει την παραγωγική ικανότητα καλύπτοντας παράλληλα τις αυξανόμενες ανάγκες.

Οι Lie et. al. (2021), στη διεξαγωγή μελέτης κοόρτης για επαγγελματίες υγείας που εργάστηκαν σε ΜΕΘ της Νορβηγίας την περίοδο της πανδημίας, εξάγουν αποτελέσματα σχετικά με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού σε περιόδους εκτάκτων αναγκών. Το δυναμικό της δημόσιας υγείας γερνάει μαζί με τον πληθυσμό της Ευρώπης, εκ τούτου δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι διαθέτουν εμπειρία και είναι αρκετά καταρτισμένο. Η μελέτη επικεντρώνεται στην προετοιμασία και στις συνθήκες εργασίας του προσωπικού εντός των ΜΕΘ. Η προετοιμασία του προσωπικού ολοκληρώθηκε με ταχεία εκπαίδευση, η οποία υπήρξε ολιγοήμερη στα όρια της εβδομάδας. Οι λιγοστές κλίνες ΜΕΘ της χώρας δικαιολογούν και το αντίστοιχο ελάχιστο προσωπικό. Απόρροια αυτών ήταν η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών που σχετίζεται με τη προετοιμασία. Εντούτοις υπήρξαν έτοιμοι ψυχολογικά για την εντατική εργασία που απαιτούσε η ΜΕΘ και τη νοσηλεία των βαριά αναπνευστικών ασθενών. Σημαντικό ρόλο για την επαγγελματική στάση τους έπαιξε η ηλικιακή ωριμότητα και η επαγγελματική εμπειρία για την αντιμετώπιση της έκτακτης κατάστασης. Οι δυσκολίες της καθημερινής εργασίας σχετίστηκαν με την ανεπάρκεια σε εξοπλισμό ΜΑΠ, τη διασφάλιση της ατομικής τους υγείας και τη μεταξύ των εργαζομένων διασπορά του ιού. Η απουσία διαλείμματος, η συνεχής εργασία με επιπλέον φόρτο, η χρήση των ΜΑΠ, επέφεραν ανεπιθύμητα αποτελέσματα τους εργαζόμενους, όπως υπερβολική εξάντληση και εξουθένωση. Αξιοσημείωτο είναι ότι η Νορβηγία υπήρξε από τις χώρες που φιλοξένησε ασθενείς σε ΜΕΘ από άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Σύμφωνα με τις Panteli et. al. (2021), η πανδημία πρόσφερε διδάγματα σχετικά με την εκπαίδευση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Οι ρυθμιστικοί οργανισμοί κάθε χώρας για την κατάρτιση των υγειονομικών εργαζομένων, αφορά αποκλειστικά την ίδια. Σε περιπτώσεις μετανάστευσης επαγγελματιών υγείας σε καιρούς κανονικότητας ή και έκτακτης ανάγκης για υποστήριξη, όπως συνέβη τον καιρό της πανδημίας, προϋποθέτει να διατηρούν όλοι οι επαγγελματίες την ίδια ικανότητα και ευελιξία καθ’ όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας. Τουλάχιστον σε ευρωπαϊκό επίπεδο πρέπει να υπάρχει

εναρμονισμένη κατεύθυνση για την τήρηση των ελάχιστων απαιτήσεων στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Πρόκληση αποτέλεσε ο συνδυασμός των ικανοτήτων και δεξιοτήτων του προσωπικού για τη διατήρηση της ομαδικής εργασίας. Η ταχεία εκπαίδευση που πραγματοποιήθηκε σε διάφορες δεξιότητες όπως εργασία σε ΜΕΘ ή στη χρήση αναπνευστήρων θα πρέπει να είναι αναγνωρίσιμες και αποδεκτές σε ενωσιακό επίπεδο. Παραμένει υψηλός ο επαγγελματισμός που ανέδειξαν στην πλειοψηφία οι εργαζόμενοι με την αβίαστη προσφορά τους και με τα υψηλότερα πρότυπα, κάτω από την πίεση του χρόνου και του κινδύνου. Η ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας εντός της ΕΕ ήρθε στην επιφάνεια λόγω έλλειψης του προσωπικού. Οι πρακτικές δεξιότητες των υγειονομικών θα πρέπει να είναι κοινές, ώστε να διατηρούνται ίδιες οι δεξιότητες στο εργατικό δυναμικό σε όλες τις χώρες.

Οι Williams et. al. (2022), προσεγγίζουν τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στην ύπαρξη δεξιοτήτων και την ανάγκη επανεκπαίδευσης. Οι περισσότερες χώρες βρέθηκαν στην ανάγκη να αυξήσουν το εργατικό δυναμικό υγείας με την προϋπόθεση ύπαρξης ευελιξίας και ικανοτήτων σε αυτό. Η αύξηση των εργαζομένων υλοποιήθηκε με την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού, με την επιπλέον εργασία ως υπερωρίες, την διακοπή αδειών, την αναστολή εξαιρέσιμων ωραρίων, τη μετατροπή της μερικής απασχόλησης σε πλήρη, καθώς και την εισαγωγή φοιτητών και συνταξιούχων στο υγειονομικό σύστημα. Σημαντική πρόκληση για τις παραπάνω περιπτώσεις υπήρξε η επαρκής εκπαίδευση, ώστε να μη σταθούν τροχοπέδη για τους υπάρχοντες εργαζόμενους. Η κατηγοριοποίηση των εργαζομένων με κριτήριο την έως τότε επαγγελματική τους εμπειρία και εκπαίδευση διευκόλυνε στην αντίστοιχη τοποθέτησή τους σε ΜΕΘ, στην ΠΦΥ, ή στην εξ' αποστάσεως εργασία. Η προσέγγιση του προσωπικού, η δημιουργία ευελιξίας με επαναπροσδιορισμό στις δεξιότητες του, απαιτούσε από τις κυβερνήσεις επιπλέον χρηματοδότηση, νομοθετικές ρυθμίσεις και λειτουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων. Μερικές από τις δράσεις που υλοποιήθηκαν εντός της ΕΕ, υπήρξε η πρωτοβουλία του Ταμείου Ασφάλισης της Γαλλίας που διέθεσε από το προσωπικό του για την ανίχνευση των επαφών. Το Περιφερειακό γραφείο του ΠΟΥ στην Ευρώπη δημιούργησε λογισμικό για υποστήριξη των χωρών στον σχεδιασμό του ανθρώπινου δυναμικού, στη διακίνηση των επιδημιολογικών δεδομένων και λοιπών πληροφοριών. Παραδειγματικά, βάσει αυτού γινόταν πρόβλεψη του απαιτούμενου προσωπικού αναλόγως της επιδημιολογικής κατάστασης. Στη Γαλλία με νομοθετική πράξη για την έκτακτη κατάσταση επιδόθηκαν νέοι ρόλοι και επιπλέον εργασία στους φαρμακοποιούς ενώ νοσηλευτές ανέλαβαν πρόσθετες εργασίες υγειονομικής περίθαλψης κατ' οίκον. Η ΕΕ κατανοώντας την έκτακτη ανάγκη δημιούργησε δωρεάν προγράμματα εκπαίδευσης για εντατική ιατρική, όπου συμμετείχαν γιατροί και νοσηλευτές από 24 χώρες,

με στόχο την ανατοποθέτηση εκπαιδευμένου προσωπικού για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας.

Ο ECDC (2023) σε δημοσίευσή του χαρακτηρίζει πυλώνα για την ύπαρξη ανθεκτικών συστημάτων την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό. Η ύπαρξη εκπαιδευμένου υγειονομικού προσωπικού αποτελούν τη βάση διαχείρισης, όχι μόνο σε περιόδους ηρεμίας αλλά και σε έκτακτες ανάγκες. Αποτέλεσε δίδαγμα ότι η κατάρτιση, η καλή γνώση, η εμπειρία, και η εκπαίδευση του προσωπικού υγείας ενισχύουν την αντιμετώπιση ανάλογων κρίσεων. Ο ECDC κατανοώντας την αναγκαιότητα για συνεχή εκπαίδευση, υποστήριξε την ύπαρξη κατάρτισης και εκπαίδευσης στο εργατικό δυναμικό που επανδρώνουν τα δημόσια συστήματα υγείας προσφέροντας εκπαιδευτικά προγράμματα. Στα πλαίσια της συνεχούς και ανελλιπούς ενημέρωσης του ανθρώπινου δυναμικού για νέα συστήματα και τεχνολογίες η ΕΕ υποστήριξε διοργανωτικά δωρεάν διαδικτυακά μαθήματα και σεμινάρια αναφορικά με τη δημόσια υγεία. Στη διάρκεια της υγειονομικής κρίσης αναδείχτηκαν οι αδυναμίες και οι ελλείψεις σε επαγγελματίες υγείας.

Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα υγείας αποτελεί πρόκληση για αυτό και συνεχίζονται οι προσπάθειες από τα κράτη μέλη της ΕΕ.

6.3 Συζήτηση

Η παρούσα εργασία μελέτησε τα οφέλη της εφαρμογής της ΗΣ, η οποία καθιερώθηκε στην οικονομική κρίση ως πρακτική μετριασμού και ελέγχου των δαπανών, στην πανδημία συνδέθηκε και με άλλες εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας ώσπου αποτέλεσε ωφέλιμη πρακτική για την υποστήριξη των υγειονομικών συστημάτων και των ασθενών. Τα οφέλη από τη χρήση της παρουσιάζει η μελέτη του Deetjen (2016), ο οποίος τα διαχωρίζει σε κοινωνικά, οικονομικά και κοινωνικά. Επισημαίνει ως βασικό παράγοντα υλοποίησης της ΗΣ το υγειονομικό σύστημα κάθε χώρας, ενώ ενισχύει την κοινωνική αξία της με την ευρύτερη διάδοσή της σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, ως μια πρακτική που πρέπει να υποστηρίξουν οι χώρες με τη λήψη ανάλογων πολιτικών αποφάσεων. Γενικεύοντας μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών παρατηρεί ότι δεν μπορεί να μετρηθούν κατά αναλογία τα αποτελέσματα από τη χρήση της, διότι χώρες με μεγαλύτερα δυσλειτουργικά προβλήματα απόλαυσαν μεγαλύτερα οφέλη από την εφαρμογή της. Ο Deetjen καταλήγει ότι δεν γίνεται να αντιγραφεί ένα μοντέλο επιτυχίας, καθώς οι προϋποθέσεις, οι ανάγκες και οι εξελίξεις διαφέρουν ανά χώρα.

Στο ΕΣΥ η έλλειψη υποδομών, στρατηγικού σχεδιασμού και χρηματοδότησης δυσχέραιναν την εγκατάσταση την εφαρμογή και την ανάπτυξη των ΤΠΕ. Το χαμηλό

επίπεδο ψηφιακού γραμματισμού του προσωπικού αλλά και των ασθενών ενέτεινε την διστακτικότητα για αποδοχή. Η πανδημία επιτάχυνε την ενσωμάτωση των ψηφιακών εφαρμογών στην υγεία καθώς αποτέλεσε το μοναδικό τρόπο επιτήρησης και παρακολούθησης της περίθαλψης των ασθενών. Εντούτοις η ψηφιακή υγεία όπως αναπτύχθηκε στην Ελλάδα κατόρθωσε να καλύψει στο υγειονομικό σύστημα πάγιες ανάγκες, οι οποίες υλοποιούνταν με φυσική παρουσία. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Getachew et. al. (2023), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι ψηφιακές τεχνολογίες υγείας συνείσφεραν στην παρακολούθηση του ιού covid-19, στην διάγνωση, στην εύρεση και παροχή φαρμακευτικής αγωγής και εμβολίων. Οι ψηφιοποιημένες υπηρεσίες υγείας ενίσχυσαν τα υγειονομικά συστήματα με τη δημιουργία ηλεκτρονικών ιατρικών μητρώων και μητρώων υγείας, τη συγκέντρωση και διαχείριση των δεδομένων. Οι περισσότερες χώρες κατάφεραν να γεφυρώσουν το ψηφιακό κενό και να δικτυωθούν ενώ προβλήματα αντιμετώπισαν μόνο όσες διέθεταν περιορισμένους πόρους. Η Ελλάδα επέδειξε αξιόλογη προσαρμοστικότητα στα ψηφιακά δεδομένα, με ευρεία αποδοχή και συμμετοχή των πολιτών στην ηλεκτρονική διασύνδεση με την υγεία.

Την εφαρμογή της Τηλεϊατρικής στην παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας, ερεύνησαν οι Getachew et. al. (2023), σε περιοχές με χαμηλό βιοτικό επίπεδο στην Κένυα. Στην διάρκεια της πανδημίας χρησιμοποίησαν την πλατφόρμα Τηλεϊατρικής για υγειονομική παροχή περίθαλψης μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού της χώρας. Το γεγονός ότι στην χώρα δεν υπάρχουν κατάλληλες υποδομές κάνει το εγχείρημα ακόμα πιο τολμηρό. Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκαν εφαρμογές της Τηλεϊατρικής, όπως η εικονική επικοινωνία των νοσούντων με τους επαγγελματίες υγείας, η διάγνωση, η παρακολούθηση, η πληροφόρηση και οι ιατρικές οδηγίες. Η βιβλιογραφική έρευνα της Αγγελοπούλου (2023), αποδέχεται τη χρησιμότητα και επισημαίνει ως περιορισμούς για την πλήρη αποδοχή και εφαρμογή της στη χώρα, την απουσία υποστηρικτικής νομοθεσίας και καθοδήγησης, την έλλειψη εκπαίδευσης, το χαμηλό ποσοστό χρηστών των μέσων ΤΠΕ, καθώς αποτέλεσαν τα βασικά αίτια αντίστασης της αποδοχής και χρήσης της.

Αναγνωρίζεται ότι η πανδημία βρήκε απροετοίμαστα τα περισσότερα υγειονομικά συστήματα. Οι ελλείψεις στην οργάνωση, στον εξοπλισμό, στην εκπαίδευση αποτέλεσαν προκλήσεις τις οποίες κλήθηκε σε ενωσιακό επίπεδο να καλύψει η ΕΕ. Παρουσιάστηκαν οι οργανισμοί και οι μηχανισμοί στήριξης που δημιούργησε η ΕΕ για να ανταπεξέρθουν τα υγειονομικά συστήματα των χωρών μελών. Η λήψη πολιτικών αποφάσεων, οι συνεργασίες που δημιουργήθηκαν, οι δράσεις και χρηματοδότηση, υπήρξαν μερικά από τα χαρακτηριστικά της διασυνοριακής ιατρικής περίθαλψης. Στην ίδια διαπίστωση καταλήγει και η έρευνα των Glass et. al. (2022), η οποία επιχειρεί μια συγκριτική ανασκόπηση μεταξύ

ΕΕ, ΗΠΑ και Καναδά αναφορικά με τη διασυνοριακή κυκλοφορία των ιατρικών ομάδων. Περιγράφει μετακινήσεις ασθενών από Ιταλία και Ισπανία, οι οποίοι μεταφέρθηκαν στην Γερμανία, στην Ελβετία και στην Αυστρία. Ενεργοποιήθηκε συνεργασία μεταξύ των υγειονομικών δικτύων, των οχημάτων μεταφοράς με ανοιχτά σύνορα για επείγουσα περίθαλψη. Οι διασυνοριακές μεταφορές σε κλίνες ΜΕΘ επέφερε μόνο θετικά αποτελέσματα στη μείωση της θνησιμότητας. Τα διασυνοριακά προγράμματα επικοινωνίας που ανέπτυξε η ΕΕ στην πανδημία αποδείχτηκαν επωφελή με μακροπρόθεσμα ευεργετικά οφέλη και σε περιόδους κανονικότητας.

Στα πλαίσια ανθεκτικότητας των υγειονομικών συστημάτων τέθηκε σε προτεραιότητα η ΔΑΠ. Τόσο σε εθνικό όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο εφαρμόστηκαν στρατηγικές προσέλκυσης εργαζόμενων, προκειμένου να μετριαστεί η επιβάρυνση του προσωπικού δημιουργώντας μια καλή πρακτική στη ΔΑΠ. Η αναγνώριση της προσφοράς του έργου, η καλλιέργεια οργανωτικής κουλτούρας, η κατανομή ρόλων, η εκπαίδευση, η δημιουργία πρωτοκόλλων και ο καθορισμός προτύπων, αποτέλεσαν μερικές από τις αρχές ΔΑΠ στον τομέα υγείας. Η Ελλάδα παρότι είχε ελλείψεις σε ανθρώπινους πόρους κατόρθωσε να ανταπεξέλθει στις προκλήσεις ενισχύοντας το προσωπικό υγείας με ΜΑΠ, με μέτρα υγιεινής και προφύλαξης, με κατάρτιση και γρήγορη εκπαίδευση δημιουργώντας κλίμα προστασίας συνεργασίας και συντονισμού. Για τα μέτρα προστασίας του ανθρώπινου δυναμικού καταλήγει και η έρευνα των Kuhlmann et. al. (2021), όσων εργάστηκαν στην πρώτη γραμμή στην πανδημία. Καταλήγει ότι η υγειονομική κρίση ανέδειξε διδάγματα τόσο από τις αδυναμίες όσο και ευκαιρίες για καινοτομίες στον τομέα της υγείας. Ο σχεδιασμός, η διαχείριση, η εκπαίδευση και η προστασία πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στην λήψη πολιτικών αποφάσεων, ως αναγνώριση της αφοσίωσης και της παροχής φροντίδας στο υγειονομικό προσωπικό που εργάστηκε διακινδυνεύοντας ακόμη τη δική του υγεία και ζωή.

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Οι μεταρρυθμίσεις που συνέβησαν στα υγειονομικά συστήματα των ευρωπαϊκών χωρών στις περιόδους κρίσεων συσχετίστηκαν με τη βιωσιμότητά τους. Οι καλές πρακτικές που παρέμειναν, χαρακτηρίζονται από τον ανθρωποκεντρικό τους χαρακτήρα με κύριο σκοπό την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στον άνθρωπο.

Σε διαφορετικά υγειονομικά συστήματα παρατηρήθηκε υιοθέτηση καλών πρακτικών με προτεραιότητα στη λήψη μέτρων για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών στη φροντίδα υγείας, στην χρηματοδότηση, στην αποτελεσματικότητα και στην προσβασιμότητα. Η Ελλάδα λιγότερο ώριμη καθυστέρησε στην υιοθέτηση καλών πρακτικών λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος. Αναγκάστηκε εν μέσω κρίσεων να μετριάσει την σπατάλη πόρων, να καθιερώσει την καθολική πρόσβαση των πολιτών να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες και να προβεί στην εφαρμογή ψηφιοποιημένων υπηρεσιών. Η βελτίωση και εξέλιξη του συστήματος επήλθε από τον ορθολογισμό των δαπανών, την ανάπτυξη εργασιακής κουλτούρας, την συνεργασία και μετακίνηση του υγειονομικού προσωπικού και τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων της χώρας. Ειδικότερα στην περίοδο της πανδημίας αναπτύχθηκε αλληλεγγύη και συνεργασία. Η Ελλάδα ακολούθησε την κοινή πορεία αντιμετώπισης, δείχνοντας συμμόρφωση στις συστάσεις των Διεθνών Οργανισμών και συνεργασία με τα υπόλοιπα ευρωπαϊκά κράτη. Αδιαμφισβήτητα τα περιθώρια ενσωμάτωσης θετικών πρακτικών στην λειτουργία του ΕΣΥ είναι μεγάλα. Η προσέγγιση των κρίσεων αποτέλεσε μελλοντικά μαθήματα, ως προς την προσαρμογή και τη βελτίωση του συστήματος.

Αναδείχθηκαν οι πρακτικές οι οποίες παρέμειναν και εξελίχθηκαν βελτιώνοντας το ΕΣΥ. Ωφέλιμη θα ήταν μία μελλοντική μελέτη εκείνων των πρακτικών που δεν παρέμειναν ή απέτυχαν κατά την εφαρμογή τους. Η διερεύνηση των ειδικών συνθηκών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο θα δώσει απαντήσεις για τους λόγους μη εδραίωσης. Μέσω της ανατροφοδότησης, οι καλές πρακτικές από διαφορετικά υγειονομικά συστήματα δύναται να προσφέρουν εποικοδομητικά σε ποιοτικότερες παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Μελλοντική βάση έρευνας μπορεί να αποτελέσουν οι προκλήσεις που αντιμετώπισαν τα υγειονομικά συστήματα. Ο εντοπισμός των αδυναμιών και των ελλείψεων μπορούν να οδηγήσουν σε αλλαγές προς την κατεύθυνση της βελτίωσης. Παραδειγματικά, η δημιουργία παρατηρητηρίου και καταγραφής δεδομένων από τις ΥΠΕ θα αποτελέσει πυλώνα διασύνδεσης και υποστήριξης σε περιφερειακό επίπεδο. Είναι αποδεκτό ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και οι περίοδοι κρίσεων απέδειξαν την αναγκαιότητα για ισότητα και προσβασιμότητα στην υγεία. Οι καλές πρακτικές που ερευνήθηκαν συνείσφεραν προς

αυτούς τους στόχους και επιπλέον στη δημιουργία αντάξιου συστήματος υγείας. Η ετοιμότητα για έκτακτες ανάγκες πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα.

Ανάλογες προτάσεις συνδέονται και με την πλήρη αξιοποίηση της ηλεκτρονικής υγείας. Η διασύνδεσή της με τις υπηρεσίες υγείας, η χρήση της από όλους τους τομείς και από τους ίδιους τους ασθενείς, με πρόσβαση στα δεδομένα τους αποτελούν τις επόμενες προκλήσεις. Η ποιοτικότερη ανάπτυξη και εξέλιξη της Τηλεϊατρικής σχετίζεται άμεσα με την πρόταση υποστήριξης αυτής στις παραμεθόριες περιοχές. Η διαθεσιμότητα των δεδομένων για τη δημιουργία καλύτερης φροντίδας υγείας.

Η γνώση που αποκομίστηκε από την πανδημία, μπορεί να αποτελέσει τη βάση για ανάπτυξη της διασυνοριακής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτικών ιδρυμάτων των χωρών όπως ενδεικτικά η παρουσίαση περιπτώσεων που προβάλλονται σε συνέδρια ή σπάνιων ασθενειών. Η βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης μέσω του διασυνοριακού συντονισμού θα επιφέρει μείωση στην σπατάλη τον πόρων.

Επιπλέον η εκπαίδευση των υγειονομικών υπαλλήλων σε τακτική βάση και όχι υπό την πίεση των εκτάκτων αναγκών αποτελεί μελλοντική πρόταση. Τα πλαίσια πραγμάτωσης σχετίζονται με τις ανάγκες που προκύπτουν ανά νοσοκομείο, περιφέρεια ή της ευρύτερης περιοχής. Μια ολοκληρωμένη παρουσίαση των μέσων των εργαλείων και των καλών πρακτικών με συστηματική ενημέρωση θα συνεισφέρει στην ορθή διαχείριση μελλοντικών κρίσεων.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Adelaja, I. Sayma, M. Walton, H. McLachlan, G. de Boisanger, J. Bartlett-Pestell, S. et. al. (2020), A comprehensive hospital agile preparedness (CHAPs) tool for pandemic preparedness, based on the COVID-19 experience. *Future Healthcare Journal,* 7(2), 165.

Aguinis, H. (2019), Performance management for dummies., *Personnel Psychology,* New Jersey: John Wiley & Sons.

Al-Salem, W. Moraga, P. Ghazi, H. Madad, S. Hotez, P.J. (2021), The emergence and transmission of COVID-19 in European countries, 2019–2020: a comprehensive review of timelines, cases and containment. *Int. Health* 13, 383–398.

Androutsou, L. Latsou, D. & Geitona, M. (2021), Health Systems' challenges and responses for recovery in the pre and post COVID-19 era. *Journal of Service Science and Management*, 14(4), 444-460.

Anell, A. Glenngård, A. H. Merkur, S. & World Health Organization. (2012), Sweden: Health system review.

Aznar-Lou, I. Pottegård, A. Fernández, A. Peñarrubia-María, M. T. Serrano-Blanco, A. Sabés-Figuera, R. et. al. (2018), Effect of copayment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study. *BMJ Quality & Safety*, 27(11), 878-891.

Cavallo, J. Donoho, A. & Forman, P. (2020, March), Hospital capacity and operations in the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic—planning for the nth patient. *In JAMA health forum* (Vol. 1, No. 3, pp. e200345-e200345). American Medical Association.

Chan, D. W. K. (2020), A reflection on the anti-epidemic response of COVID-19 from the perspective of disaster management. *International journal of nursing sciences*, 7(3), 382-385.

Chelioudakis, E. Vamvaka, E. Krontiris, I. Logotheti, A. Kakavoulis, K. Terzidou, K., & et. al. (2020), Covid-19 & Digital Rights in Greece. Covid-19 & *Digital Rights in Greece*.

Christen, P. D'Aeth, J. Løchen, A. McCabe, R. Rizmie, D. Schmit, N. et. al. (2021), The J-IDEA Pandemic Planner: A Framework for Implementing Hospital Provision Interventions During the COVID-19 Pandemic. *Medical care,* 59(5), 371–378.

Clemens, V. Deschamps, P. Fegert, J. M. Anagnostopoulos, D. Bailey, S. Doyle, M. et. al. (2020), Potential effects of "social" distancing measures and school lockdown on child

and adolescent mental health. *European child & adolescent psychiatry*, 29(6), 739–742.

DAC/ΟΟΣΑ (9 April 2020), Joint Statement by the Development Assistance Committee (DAC) on the covid-19 global pandemic (Κοινή δήλωση της Επιτροπής Αναπτυξιακής Βοήθειας (DAC) σχετικά με την παγκόσμια πανδημία COVID-19, εκδόσεις ΟΟΣΑ, Παρίσι. Διαθέσιμο στη: http://www.oecd.org/dac/development-assistance-committee/DAC-Joint-Statement-COVID-19.pdf [Ανακτήθηκε στις 22/10/2023].

DAC/ΟΟΣΑ (25 June 2020), OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19) Strengthening health systems during a pandemic: The role of development finance. Διαθέσιμο στη: https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/strengthening-health-systems-during-a-pandemic-the-role-of-development-finance-f762bf1c/ [Ανακτήθηκε στις 22/10/2023].

Deetjen, U. (2016), European e-prescriptions: benefits and success factors.

Economou, C. Kaitelidou, D. Karanikolos, M. Maresso, A. & World Health Organization. (2017), Greece: health system review.

Emmert, M. Gemza, R. Schöffski, O. & Sohn, S. (2011), Public reporting in health care: the impact of publicly reported quality data on patient steerage. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 74(6), e25-41.

Europa Concilium (2021), COVID-19: Η αντίδραση της ΕΕ στον τομέα της δημόσιας υγείας. Διαθέσιμο στη: https://www.consilium.europa.eu/el/policies/coronavirus/covid-19-public-health [Ανακτήθηκε στις 24/10/2023].

European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization. Regional Office for Europe, Anna Sagan, Steve Thomas, Martin McKee. et al. (2020). COVID-19 and health systems resilience: lessons going forwards. *Eurohealth, 26 (2),* 20 - 24. World Health Organization. Regional Office for Europe.

European Centre for Disease Prevention and Control. Lessons from the COVID-19 pandemic. Stockholm: ECDC; 2023.

European Commission (2022), European Health Union. Διαθέσιμο στη: https://commission.europa.eu/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-waylife/european-health-union_en [Ανακτήθηκε στις 24/10/2023].

European Commission (2023), Διαθέσιμο στη: https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/coronavirus-response/overview-commissions-response_en#public-health [Ανακτήθηκε στις 01/12/2023].

Fredriksson, M. & Isaksson, D. (2022), Fifteen years with patient choice and free establishment in Swedish primary healthcare: what do we know? *Scandinavian Journal of Public Health,* 50(7), 852-863.

Geitona, M. Zavras, D. Hatzikou, M. Kyriopoulos, J., (2006), Generics market in Greece: The pharmaceutical industry's beliefs. *Health Policy*, 79:35–48.

Getachew, E. et. al. (2023), Digital health in the era of COVID-19: Reshaping the next generation of healthcare. *Frontiers in Public Health*, 11, 390.

Giannopoulou, I. & Tsobanoglou, G. (2020), COVID-19 pandemic: Challenges and opportunities for the Greek health care system. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(3), 226-230.

Giovanella, L. Stegmüller, K. (2014), The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, United Kingdom and Spain. *Cadernos de saude publica*, 30(11): 2263-2281.

Glass, L. T. Schlachta, C. M. Hawel, J. D. Elnahas, A. I. & Alkhamesi, N. A. (2022), Cross-border healthcare: A review and applicability to North America during COVID-19. *Health policy OPEN, 3*, 100064.

Godshall, C. E., & Banach, D. B. (2021). Pandemic Preparedness. *Infectious disease clinics of North America,* 35(4), 1077–1089.

Golinelli, D. Boetto, E. Carullo, G. Nuzzolese, AG. Landini, MP. & Fantini, MP. (2020), Adoption of digital technologies in health care during the COVID19 pandemic: Systematic review of early scientific literature. *Journal of Medical Internet Research,* 22(11), e22280.

Hamouche, S. (2020), COVID-19 and employees' mental health: stressors, moderators and agenda for organizational actions [version 1; peer review: 2 approved]. *Emerald Open Res,* 2:15.

Hanefeld, J. Mayhew, S. Legido-Quigley, H. Martineau, F. Karanikolos, M. Blanchet, K. et. al. (2018), Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health policy and planning*, 33(3), 355–367.

HSRM (2020a), COVID-19 Health System Response Monitor. Διαθέσιμο στη: https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrm/all-updates [Ανακτήθηκε στις 24/10/2023].

HSRM (2020b), COVID-19 Health System Response Monitor, https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/hsrm/analyses/hsrm/how-do-the-worst-hit-regions-manage-covid-19-patients-when-they-have-no-spare-capacity-left [Ανακτήθηκε στις 31/10/2023].

Ismail, H. & Gali, N. (2017), Relationships among performance appraisal satisfaction, work–family conflict and job stress. *Journal of Management and Organization*, 23(3), 356-372.

Kalavrezou, N. (2016), Health Sector Reform in Greece Since 2010: Facts, Policies and Implementation. *Policies and Implementation* (January 10, 2016).

Kalavrezou, N. & Jin, H. (2021), Health Care Reform in greece: Progress and reform priorities. *International Monetary Fund*.

Kentikelenis, A. & Papanicolas, I. (2012), Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *European journal of public health*, 22(1), 4–5.

Kavaliunas, A. Ocaya, P. Mumper, J. Lindfeldt, I. & Kyhlstedt, M. (2020), Swedish policy analysis for Covid-19. *Health Policy and Technology*, 9, 598–612.

Konstantinidou, E. & Lykoudi, E. (2022), The coronavirus pandemic and the creation of social inequalities. *Hellenic Journal of Nursing Science* 15(1): 60-66.

Kringos, D. Boerma, W. Bourgueil, Y. Cartier, T. et al. (2013), The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 742-750.

Kuhlmann, E. Dussault, G. & Correia, T. (2021), Global health and health workforce development: what to learn from COVID-19 on health workforce preparedness and resilience. *The International Journal of Health Planning and Management*, 36(S1), 5-8.

Lie, I. Stafseth, S. Skogstad, L. Hovland, I. S. Hovde, H. Ekeberg, Ø. et al. (2021), Healthcare professionals in COVID-19-intensive care units in Norway: preparedness and working conditions: a cohort study. *BMJ open*, 11(10), e049135.

Majeed, A. Maile, E.J. Bindman, A.B. (2020), The primary care response to COVID-19 in England's National Health Service. J. R. Soc. Med. 113, 208–210.

Maltezou, H. C., Theodoridou, K., & Poland, G. (2020). *Influenza immunization and COVID-19. Vaccine,* 38(39), 6078.

Mohammadpour, M. Zarifinezhad, E. Ghanbarzadegan, A. Naderimanesh, K. Shaarbafchizadeh, N. & Bastani, P. (2021), Main Factors Affecting the Readiness and Responsiveness of Healthcare Systems during Epidemic Crises: A Scoping Review on Cases of SARS, MERS, and COVID-19. *Iranian journal of medical sciences*, 46(2), 81–92.

OECD (2021), Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic, OECD *Policy Responses to Coronavirus* (COVID-19), OECD Publishing.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), **Italy**: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), **Netherlands**: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), **Sweden**: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), **France**: Country Health Profile 2021, *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), **Germany**: Country Health Profile 2021, *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), **Spain**: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), **Κύπρος**: Προφίλ Υγείας 2021, *State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

Or, Z. Gandré, C. Durand Zaleski, I. & Steffen, M. (2022), France's response to the Covid-19 pandemic: between a rock and a hard place. *Health economics, policy, and law*, 17(1), 14–26.

Pashakhanlou A. H. (2022), Sweden's coronavirus strategy: The Public Health Agency and the sites of controversy. *World medical & health policy*, 14(3), 507–527.

Paleari, L. Malini, V. Paoli, G. Scillieri, S. Bighin, C. Blobel, B., & et al., (2022), EU-Funded Telemedicine Projects - Assessment of, and Lessons Learned From, in the Light of the SARS-CoV-2 Pandemic. *Frontiers in medicine*, 9, 849998.

Panteli, D. & Maier, C. (2021), Regulating the health workforce in Europe: implications of the COVID-19 pandemic. Human resources for health, 19(1), 80.

Pollock, A. Price, D. Roderick, P. Treuherz, T. McCoy, D. McKee, M. et. al., (2012), How the Health and Social Care Bill 2011 would end entitlement to comprehensive health care in England. *Lancet* (London, England), 379(9814), 387–389.

Pollock, A. M. Roderick, P. Cheng, K. & Pankhania, B. (2020), Covid-19: why is the UK government ignoring WHO's advice? *BMJ, 368*.

Polyzos, N. (2011), ESY. net: Presentation of the Secretary General of the Ministry of Health and Social Solidarity. *Athens: Ministry of Health and Social Solidarity*.

Renda A. & Castro R. (2020), Towards Stronger EU Governance of Health Threats after the COVID-19 Pandemic. European Journal of Risk Regulation, 11(2): 1-8.

Saez, M. Tobias, A. Varga, D. & Barceló, A. (2020), Effectiveness of the measures to flatten the epidemic curve of COVID-19. The case of Spain. *Science of the Total Environment*, 727, 138761.

Samoutis, G. Soteriades, E. Stoffers, H. Philalithis, A. Delicha, E. & Lionis, C. (2010), A pilot quality improvement intervention in patients with diabetes and hypertension in primary care settings of Cyprus. *Family Practice*, 27(3), 263-270.

Siettos, C. Anastassopoulou, C. Tsiamis, C. Vrioni, G. & Tsakris, A. (2021), A bulletin from Greece: A health system under the pressure of the second COVID-19 wave. *Pathogens and global health*, 115(3), 133-134.

Simon, M. (2012), Von der Koalitionsvereinbarung bis Ende 2010: Eine Zwischenbilanz Schwarz-gelber Gesundheitspolitik. *Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaft*, 47, 9-28.

Smith, A. C. Thomas, E. Snoswell, C. L. Haydon, H. Mehrotra, A. Clemensen, J. & et. al. (2020), Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of telemedicine and telecare*, 26(5), 309–313.

Sosnowski, R. Kamecki, H. Joniau, S. Walz, J. Klaassen, Z. & Palou, J. (2020), Introduction of Telemedicine During the COVID-19 Pandemic: A Challenge for Now, an Opportunity for the Future. *European urology*, 78(6), 820–821.

Sun, S. Xie, Z. Yu, K. Jiang, B. Zheng, S. & Pan, X. (2021), COVID-19 and healthcare system in China: challenges and progression for a sustainable future. *Globalization and Health*, 17(1), 1-8.

Theodorou, M. Charalambous, C. Petrou, C. Cylus, J. & World Health Organization (2012), Cyprus: health system review.

Thomas, S. Sagan, A. Larkin, J. Cylus, J. Figueras, J. & Karanikolos, M. (2020), Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies.

Tripsa, T. Kalpaxoglou M. Papamanoli A. Saridi M. Rekleiti M. Souliotis K. (2012), Recording and evaluation of issues encountered in the use of public health services in Greece. *Hellen J Nurs Sci*, 5:27–39.

Tzagkarakis, S. Pappas, I. & Kritas, D. (2020), Covid-19 has brought back the necessity of the welfare state: The Greek case. *HAPSc Policy Briefs Series*, 1(1): 67-71.

Vandoros, S. Stargardt, T. (2013), Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy*. 109:1–6.

Waitzberg, R. Hernández-Quevedo, C. Bernal-Delgado, E. Estupiñán-Romero, F. Angulo-Pueyo, E. Theodorou, M., et.al. (2022), Early health system responses to the COVID-19 pandemic in Mediterranean countries: A tale of successes and challenges. *Health policy (Amsterdam, Netherlands),* 126(5), 465–475.

Wankmüller, C. (2021), European disaster management in response to the COVID-19 pandemic. *Mind Soc* 20, 165–170.

Whitelaw, S. Mamas, M. Topol, E. & Van Spall, H. (2020), Applications of digital technology in COVID-19 pandemic planning and response. *The Lancet Digital Health*, 2(8), e435-e440.

WHO. (2020), Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19: Interim guidance 27 Μαΐου 2021. Διαθέσιμο στη:

https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1349213/retrieve [Ανακτήθηκε στις 18/10/2023].

Williams, G. Maier, C. Scarpetti, G. Galodé, J. Lenormand, M. C. Ptak-Bufken, K. & Zapata, T. (2022), *Human resources for health during COVID-19: creating surge capacity and rethinking skill mix. Eurohealth*, 28(1), 19-23.

Zapata, T. Buchan, J. & Azzopardi-Muscat, N. (2021), The health workforce: Central to an effective response to the COVID-19 pandemic in the European Region. *The International journal of health planning and management*, 36(S1), 9–13.

Zissi, A. & Chtouris, S. (2020), Η πανδημία Covid-19: Επιταχυντής των ανισοτήτων και εγκαταστάτης νέων μορφών ανισοτήτων. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 65-73.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγγελοπούλου, Ε. Στανίτσα, Ε. Φραγκιαδάκη, Σ. Κονταξοπούλου, Δ. Παύλου, Δ. Παπατριανταφύλλου, Ι. κ.α. (2023). Η Τηλεϊατρική στα νευροεκφυλιστικά νοσήματα Ευκαιρίες και προκλήσεις. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 40(1).

Αθανασάκης, Κ. Βαφειάδης, Γ. Γαρύφαλλος, Αλ. Γιαννίρη, Σ. Δόλνερας, Απ. Καλύβας, Δ. κ.α. (2013), Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση, Υπουργείο Υγείας, Αθήνα.

Αντωνίου, Π. Σουλιώτης, Κ. Σαρίδη, Μ. (2021), Η εξέλιξη των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, *Archives of Hellenic Medicine /Arheia Ellenikes Iatrikes*. 38(5):588-598.

Γαλάνης, Π. (2009), Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση, *Archives of Hellenic Medicine*, 26(6):826-841.

Γιαννοπούλου, Α. (2020), Ηλεκτρονική συνταγογράφηση, *Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική*, 13:13–34.

ΔιαΝΕΟσις, (2020), Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *ΔιαΝΕΟσις*, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης. Διαθέσιμο στη: https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2021/11/PP_to-neo-ESY_final.pdf [Ανακτήθηκε στις 10/10/2023].

Ελληνική Δημοκρατία, Εθνικό Επιχειρησιακό Σχέδιο Εμβολιασμού κατά της COVID-19. Διαθέσιμο στη: https://emvolio.gov.gr/diadikasia-emvoliasmou [Ανακτήθηκε στις 20/10/2023].

Ελληνική Δημοκρατία, Υγεία, (2023), Διαθέσιμο στη: https://covid19.gov.gr/category/ygeia[Ανακτήθηκε στις 19/10/2023].

Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2020), Διαθέσιμο στη https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:32020H0518&from=EN [Ανακτήθηκε στις 10/12/2023].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2020), Communication From The Commission To The European Parliament, The European Council, The Council & The European Investment Bank EU Strategy for COVID-19 vaccines. Διαθέσιμο στη: https://eur-lex.europa.eu/legal-

content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0245&from=EN [Ανακτήθηκε στις 23/10/2023].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2021a), Προφίλ υγείας ανά χώρα. Διαθέσιμο στη: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_el [Ανακτήθηκε στις 22/10/2023].

Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2021b), State of Health in the EU: Ελλάδα, Προφίλ Υγείας 2021, Διαθέσιμο στη: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf [Ανακτήθηκε στις 21/10/2023].

ΙΟΒΕ (2011), Δαπάνες Υγείας Και Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου. Διαθέσιμο σε: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_01092011_REP_GR.pdf [Ανακτήθηκε 04/12/2023].

ΙΟΒΕ (2012), Η Αγορά Φαρμάκου Στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών Της Υγείας, σ.σ.91. Διαθέσιμο σε: http://iobe.gr/docs/research/res_05_a_03022013rep_gr.pdf [Ανακτήθηκε 12/10/2023].

ΙΟΒΕ (2021), Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα : Γεγονότα & Στοιχεία 2021. Διαθέσιμο σε: http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_23062022_REP_GR.pdf [Ανακτήθηκε 22/10/2023].

Καράσσα, ΦΒ. (2006), Αρχές και μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, *Ελληνική Ρευματολογία*,17(4):289-97.

Κονδύλης, Η. Μπένος, Α. (2020), Σύγχρονες απειλές δημόσιας υγείας, η διεθνής διακυβέρνησή τους και οι εθνικές πολιτικές αντιμετώπισής τους: η περίπτωση της πανδημίας του κορονοϊού (COVID-19). ΚΕΠΥ συνοπτικό σημείωμα 2020.1. ΚΕΠΥ – Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Θεσσαλονίκη:1–11.

Κονδύλης, Η. Παντουλάρης, Ι. Μακρίδου, Ε. Rotulo, Α. Σερέτης, Σ. Μπένος, Α. (2020), Κριτική αποτίμηση της ετοιμότητας και των πολιτικών αντιμετώπισης της πανδημίας του νέου Κορωναίου (SARS – CoV-2): διεθνής και ελληνική εμπειρία. Έκθεση 2020.2. Θεσσαλονίκη: ΚΕΠΥ - Κέντρο Έρευνας και Εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, την Πολιτική Υγείας και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Κοινωνία Της Πληροφορίας, (2021), Διαθέσιμο στη: https://www.ktpae.gr/ [Ανακτήθηκε στις 19/10/2023].

Κωνσταντινίδου, Ε. & Λυκούδη, Ε. (2022), Η πανδημία του κορωνοϊού και η δημιουργία κοινωνικών ανισοτήτων, *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 15(1): 60-66.

Κωνσταντίνου, Ε. Υφαντόπουλος, Ν. Υφαντόπουλος, Γ. (2020), Η οικονομική κρίση, το μνημόνιο και οι μεταρρυθμίσεις στο Σύστημα Υγείας της Κύπρου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 37(6):832-843.

Μαντή, Π. Τσελέπη, Χ. (2000), *Κοινωνικές- Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*, ΕΑΠ, Πάτρα.

Μητάκος, Α. & Μπογιατζίδης, Π. (2023), Δαπάνες και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, Οι επιπτώσεις της πανδημίας της νόσου COVID-19. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 40(1).

Μπακόλα, Ε. Φραδέλος, Δ. Μπακόλα, Ε. και Ζυγά, Σ. (2018), Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (4): 549-557.

Μπαρλαμά, Ο. & Μπογιατζίδης, Π. (2021), Η Απόκριση Των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας Στις Οικονομικές Επιπτώσεις Της Πανδημίας. *Surgical Chronicles,* 26(4).

Μπελλάλη, Θ. (2011), Βασικές Αρχές και Μεθοδολογία της Συστηματικής Ανασκόπησης Ποσοτικών Μελετών, *Νοσηλευτική*, 50(1), 10–22.

Νιάκας, Δ. (2014), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας, *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5 (1):3-7.

Νικολαΐδης, Η. (2020), Ο Κόσμος και η Covid-19: Σημειώσεις Από Μια Πανδημία Σε Εξέλιξη, *ΔιαΝΕΟσις,* Διαθέσιμο στη: https://www.dianeosis.org/2020/07/simeioseis-apo-mia-pandimia-se-ekseliksi/ [Ανακτήθηκε στις 30/10/2023].

Οικονόμου, Χ. (2012), Το θεσμικό πλαίσιο ασθενείας στην Ελλάδα. Η λειτουργία και ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Αθήνα.

Πετμετζίδου, Μ. Παπαναστασίου, Σ. Πετμετζόγλου, Μ. Παπαθεοδώρου, Χ. & Πολυζωίδης, Π. (2015), Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, σ.σ.160-163. Διαθέσιμο σε: https://www.researchgate.net/publication/320811681_Ygeia_kai_makrochronia_phrontida_sten_Ellada [Ανακτήθηκε 13/10/2023].

Πετρής, Α. Αποστολάκης, Ι. & Σαράφης, Π. (2023), Η ψηφιακή υγεία, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η τήρηση του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 40(5).

Ποτήρης, Α. Σαράφης, Π. (2014), Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, Τόμος 6,Τεύχος 3, 116-121.

Σουλιώτης, Κ. Παπαδονικολάκη, Τ. Παπαγεωργίου, Μ. Οικονόμου, Μ. (2018), Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχεία ελληνικής Ιατρικής*, 35 (Συμπλ 1):9–16.

Σπινέλλης, Δ. Βασιλάκης, Ν. Πουλούδη, Ν. & Τσούμα, Ν. (2008), *Η ηλεκτρονική διακυβέρνηση στην Ελλάδα στη μετα-κορωνοϊό εποχή*. Ανακτήθηκε 10/10/2018 (Ιωάννινα) από: https://www. dianeosis. org/wpcontent/uploads/2018/02/e-goverment_final. Pdf .

Σταχτέας, Π. (2022), Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη συντονισμένη απόκριση των συστημάτων υγείας στην πανδημία COVID-19, *Archives of Hellenic Medicine,* 39(6):742-750.

Τσολακίδης, Α. (2021), *Εθνικό Μητρώο Εμβολιασμών κατά της COVID-19*, ΗΔΙΚΑ. Διαθέσιμο στη: https://presentations.boussias.com/files/_boussias_conferences_content/presentations/health_it/2021/Tsolakidis_HealthIT2021.pdf [Ανακτήθηκε στις 19/10/2023].

Τριαντόπουλος, Χρ. (2018), Οικονομία και Υγεία στην Ελλάδα: Κρίση, Προσαρμογή και Προκλήσεις. Στο Ε. Μπιτσάνη, Κ. Μαυρέας, Δ. Σωτηρόπουλος, Θ. Τσέκος, (επιμ.), *Θεσμοί και πολιτικές τον καιρό της κρίσης. Διοίκηση, κοινωνία, υγεία και οι επιπτώσεις της κρίσης*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σ. σ. 311-345.

Υπουργείο Υγείας, Διαθέσιμο στη: https://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/7068-se-leitoyrgia-to-mhtrwo-asthenwn-covid-19-ndash-pshfiaka-gia-prwth-fora-h-ypografh-ths-sxetikhs-kya [Ανακτήθηκε στις 19/10/2023].

Υπουργείο Υγείας, (2023) Διαθέσιμο στη: https://portal.bi.moh.gov.gr/el/node/4 [Ανακτήθηκε στις 20/10/2023].

Υπουργείο Υγείας, (2023) Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (2019), Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για τη Δημόσια Υγεία 2019-2022. Διαθέσιμο στη:

https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/6237-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-dhmosia-ygeia?fdl=14940 [Ανακτήθηκε στις 20/10/2023].

Φιλαλήθης, Α. (2021), Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Χαμένη στο λαβύρινθο, *Αρχεία ελληνικής Ιατρικής*, 38(4):548-556.

ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **1397/1983** : Εθνικό Σύστημα Υγείας.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **3892/2010**: Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **3816 /2010**: Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **3918/2011**: Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **4238/2014**: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **4337/2015**: Μέτρα για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. ΦΕΚ 129/Α/17.10.2015.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **4368/2016**: Μέτρα ανακούφισης από την ανθρωπιστική κρίση και διασφάλιση της καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **4486/2017**:Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ, ΝΟΜΟΣ **4931/2022** (ΦΕΚ Α 94 - 13.05.2022): Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις.

ΠΡΑΞΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ **ΦΕΚ Α 84/13-4-2020**: Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις.

ΠΡΑΞΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ **ΦΕΚ Α 64/14-3-2020**: Κατεπείγοντα μέτρα αντιμετώπισης της ανάγκης περιορισμού της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19.

ΠΡΑΞΗ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ **ΦΕΚ Α 68/20-3-2020**: Κατεπείγοντα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών του κινδύνου διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, τη στήριξη της κοινωνίας και της επιχειρηματικότητας και τη διασφάλιση της ομαλής λειτουργίας.

Κ.Υ.Α. Υ4α/ΓΠ/οικ.48985/3.6.2014 (**ΦΕΚ Β' 1465/05-06-2014**): Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.

ΚΥΑ. Υ4α/οικ.165114/2010 (**ΦΕΚ 2080/Β/2010**): Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.

Κ.Υ.Α. Γ.Π./ΟΙΚ. 56432/2014 (**ΦΕΚ 1753/Β/28-6-2014**): Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλίστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.

ΚΥΑ. 2650/2020 (**ΦΕΚ 1298/Β/ 10.4.2020**): Ρύθμιση ειδικότερων τεχνικών ζητημάτων για τη λειτουργία του Εθνικού Μητρώου Ασθενών από τον κορωνοϊό COVID-19, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διατάξεις των άρθρων εικοστού ένατου της από 30.3.2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (ΠΝΠ) «Μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις.

ΚΥΑ. 39683/2020 (**ΦΕΚ 1481/Β/17-4-2020**): Αντικατάσταση διατάξεων, Δήλωση αποθεμάτων υγειονομικού υλικού και τροφίμων

ΥΠΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΦΑΣΗ Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754 (**ΦΕΚ Β 490/01.04.2015**): Κατάργηση της υποχρέωσης καταβολής αμοιβής εξέταστρου πέντε (5) ευρώ στις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).