Iceland Liechtenstein Norway Active citizens fund

Διαχειριστής Επιχορήγησης:

ΙΔΡΥΜΑ ΜΠΟΔΟΣΑΚΗ

SOLIDARITY NOW This is our common ground

ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

GIVMED Share medicine Share life

The Press Project

ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Μία βιβλιογραφική επισκόπηση για τα ζητήματα πρόσβασης στην υγεία στην Ελλάδα

ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Δεκέμβριος 2020

Αντίγραφα αυτού του εγγράφου διατίθενται σε:

Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία
Κεντρικά Γραφεία – Τμήμα Επικοινωνίας
Σαπφούς 12, 105 53, Αθήνα, Ελλάδα | Email: info@mdmgreece.gr

Το πρόγραμμα Active citizens fund, ύψους € 12εκ, χρηματοδοτείται από την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν και τη Νορβηγία και είναι μέρος του χρηματοδοτικού μηχανισμού του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ΕΟΧ) περιόδου 2014 – 2021, γνωστού ως EEA Grants. Το πρόγραμμα στοχεύει στην ενδυνάμωση και την ενίσχυση της βιωσιμότητας της κοινωνίας των πολιτών και στην ανάδειξη του ρόλου της στην προαγωγή των δημοκρατικών διαδικασιών, στην ενίσχυση της συμμετοχής των πολιτών στα κοινά και στην προάσπιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Τη διαχείριση της επιχορήγησης του προγράμματος Active citizens fund για την Ελλάδα έχουν αναλάβει από κοινού το Ίδρυμα Μποδοσάκη και το SolidarityNow.

Γιατροί του Κόσμου

Οι Γιατροί του Κόσμου – Ελληνική Αντιπροσωπεία (ΓτΚ) είναι μια ανθρωπιστική οργάνωση που ακολουθεί το δικό της μονοπάτι βασιζόμενη στις ιδιαιτερότητες της Ελλάδας διατηρώντας την οικονομική και διοικητική της ανεξαρτησία. Με δεκάδες προγράμματα ανθρωπιστικής βοήθειας στην Ελλάδα και σε αναπτυσσόμενες χώρες, Έλληνες γιατροί, υγειονομικό προσωπικό, διοικητικοί και τεχνικοί προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εθελοντικά. Στο πεδίο, οι ΓτΚ, διατηρώντας την ανεξαρτησία τους, τόσο σε επιχειρησιακό όσο και σε οικονομικό επίπεδο, διοργανώνουν αποστολές με στόχο την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας σε πληθυσμούς που το έχουν ανάγκη. Οι ΓτΚ, σε μια περίοδο με οικονομικούς περιορισμούς για τις ΜΚΟ στην Ελλάδα, κατάφεραν να επεκτείνουν τις δραστηριότητές τους με περιορισμένες χρηματοδοτήσεις προωθώντας τον εθελοντισμό, ακολουθώντας ακριβή και διαφανή πρότυπα υλοποίησης. Οι ΓτΚ Ελλάδας ιδρύθηκαν το 1990 και αποτελούν μοναδικό ελληνική οργάνωση. Συγχρόνως παραμένουν μέρος του Διεθνούς Δικτύου των Γιατρών του Κόσμου που αποτελείται από 16 αντιπροσωπείες. Η βασική αρχή που διέπει τις δράσεις των ΓτΚ είναι ότι κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα στην ανθρωπιστική βοήθεια, ανεξάρτητα από την εθνοτική του προέλευση, τη θρησκεία, την ιδεολογία ή τις πολιτικές του πεποιθήσεις. Ως εκ τούτου, οι ΓτΚ καθοδηγούνται από τις αρχές της ουδετερότητας και της αμεροληψίας. Ωστόσο, αυτή η ουδετερότητα δεν εμποδίζει του ς ΓτΚ από το να μιλήσουν ανοιχτά και να καταγγείλουν τις παραβιάσεις δικαιωμάτων που διαπιστώνουν. Οι ΓτΚ καταπολεμούν την αδικία σε όλες τις μορφές της. Σταθεροί υπερασπιστές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι ΓτΚ αντιτίθενται αποφασιστικά στον κοινωνικό αποκλεισμό και την περιθωριοποίηση των μεταναστών χωρίς χαρτιά και των προσφύγων, των ανασφάλιστων, των αστέγων και άλλων ευπαθών ατόμων που έχουν μικρή ή καμία πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Οι ΓτΚ στηρίζονται στην αφοσίωση των εθελοντών και στην οικονομική υποστήριξη των δωρητών τους. Οι πόσοι τους που προέρχονται κυρίως από δωρεές ιδιωτών διασφαλίζουν την ανεξαρτησία και την αποτελεσματικότητα της δράσης τους.

Συμπληρώνοντας 30 χρόνια συνεχούς δράσης το 2020, οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας έχουν καθιερωθεί στη συνείδηση των πολιτών, ως μια αξιόπιστη και αποτελεσματική οργάνωση η οποία προωθεί τα συναισθήματα αλληλεγγύης της ελληνικής κοινωνίας.

Πρόλογος

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του έργου **«Ανοίγοντας την Πρόσβαση στην Υγεία και το Φάρμακο για όλους»** μέσω του προγράμματος Active citizens fund, με φορέα υλοποίησης τους Γιατρούς του Κόσμου Ελλάδος και εταίρους το GIVMED και το The Press Project (TPP). Η παρούσα έρευνα δεδομένων εντάσσεται στην δράση εποπτείας του παρόντος συστήματος υγείας – φαρμάκου και εκπονήθηκε σε συνεργασία του Αλέκου Αναστασίου από τους Γιατρούς του Κόσμου και Αλέξανδρου Γαστεράτου από το The Press Project. Επιμέλεια έκδοσης Αναστάσιος Υφαντής & Θοδωρής Βερονίκης.

Περιεχόμενα

Εισαγωγή

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνδυάζει τη παροχή υπηρεσιών από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα. Τα στοιχεία που αποτελούν το σύστημα υγείας αφορούν τη συνύπαρξη ενός εθνικού συστήματος υγείας, με κυρίαρχες τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και ενός μεγάλου κομματιού του ιδιωτικού τομέα. Κεντρικός πάροχος από πλευρά δημοσίου είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) το οποίο και παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και χρηματοδοτείται από τον κεντρικό κρατικό προϋπολογισμό. Μέρος αυτού χρηματοδοτείται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος του από άμεσους ή έμμεσους φόρους. Ο υπεύθυνος και ρυθμιστής του τομέα υγείας στην Ελλάδα, είτε αφορά υπηρεσίες του δημοσίου είτε του ιδιωτικού τομέα είναι το υπουργείο Υγείας.

Το ΕΣΥ δημιουργήθηκε με τον νόμο 1397/83, προκειμένου να ενωθούν όλες οι υπηρεσίες υγείας κάτω από μια σκέπη. Η μεταρρύθμιση αυτή είχε ως στόχο την παροχή δωρεάν πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας, σε όσους πολίτες διαμένουν στην Ελλάδα. Αν και δημιουργήθηκε για την επίλυση συγκεκριμένων ζητημάτων αλλά και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας κάτω από μία σκέπη, στην πορεία εξέλιξης του βρέθηκε αντιμέτωπο με σημαντικές προκλήσεις όπως η υποχρηματοδότηση, ο κατακερματισμός των υπηρεσιών, η γραφειοκρατία και η υποστελέχωση, δημιουργώντας τόσο εμπόδια προσβασιμότητας όσο και εύρυθμης λειτουργίας.

Κομβικό σημείο μεταρρύθμισης αποτελεί το 2011, όταν και ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ενοποιήθηκαν όλες εκείνες οι δομές και υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων που αφορούσαν στην υγεία, ενώ παράλληλα το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης υποστηρίζεται πλέον από έναν ενοποιημένο κανονισμό. Ο ΕΟΠΥΥ είναι δημόσιος εταιρικός φορέας ο οποίος και λειτουργεί ως ο μοναδικός αγοραστής των υπηρεσιών υγειονομική περίθαλψης για το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλισμένων πολιτών της χώρας αλλά και των προστατευόμενων μελών των οικογενειών τους.

Από το 2016, με ειδική ρύθμιση, καλύπτεται και το ανασφάλιστο τμήμα του πληθυσμού. Ειδικότερα, ο νόμος 4368 του 2016 ο οποίος συμπληρώνεται από την Κοινή Υπουργική Απόφαση Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016, προβλέπει το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η αλλαγή που επέφερε ο συγκεκριμένος νόμος αφορά σε εξίσωση των δικαιωμάτων ασφαλισμένων, ανασφάλιστων αλλά και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας.

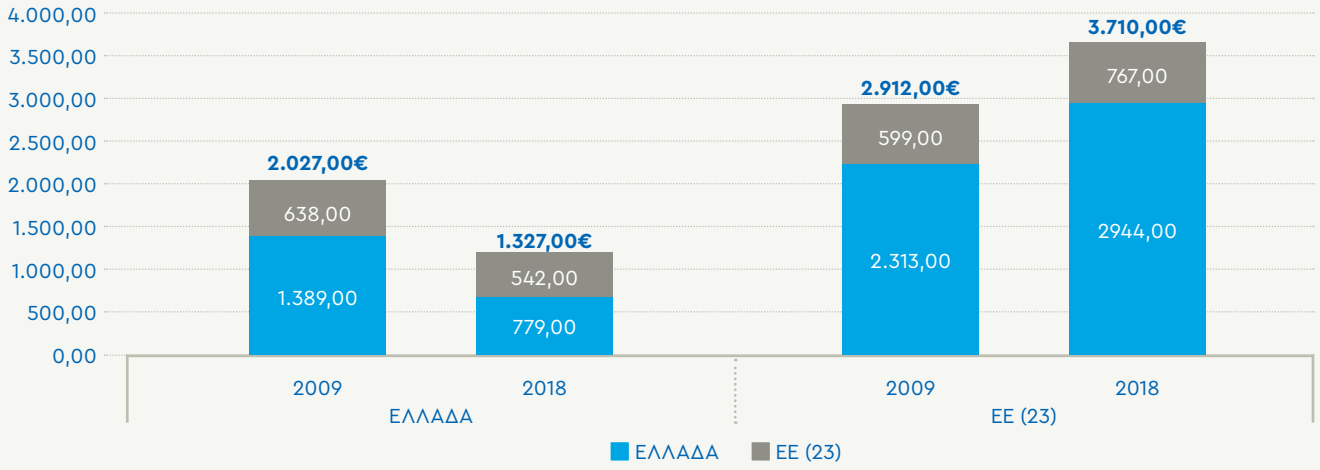
Επίσης σημαντική πρωτοβουλία ήταν η θεσμοθέτηση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ). Οι ΤΟΜΥ είναι ουσιαστικά Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, οι οποίες και

στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας. Ο πληθυσμός ευθύνης τους απαριθμείται σε 10.000–12.000 άτομα. Οι ΤΟΜΥ είναι διεπιστημονικές μονάδες, με την έννοια ότι δεν παρέχουν μόνο ιατρικής φύσεως υπηρεσίες αλλά ολοκληρωμένη εποπτεία που αφορά ακόμα και το βιοψυχοκοινωνικό πλαίσιο αλλά και τον οικογενειακό προγραμματισμό. Πάραυτα, στη πράξη, οι ΤΟΜΥ εκτός της πρώτης περιόδου λειτουργίας τους, λειτουργούν όπως και τα προγενέστερα Κέντρα Υγείας λόγω των περιορισμένων πόρων και χωρίς πληρη ανάπτυξη των υπηρεσιών τους. Σε πολλές περιοχές της ελληνικής περιφέρειας αυτές οι δομές υγείας υπολειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού ή και εξοπλισμού.

Πέραν της διάρθρωσης και των υπηρεσιών, σημαντικό στοιχείο, που διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο είναι η χρηματοδότηση του συστήματος από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μεγάλη μείωση των κονδυλίων που προωθούνται στην υγεία, με τα συνολικά ποσά να κυμαίνονται κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2008, αλλά και τα συνεχή προγράμματα δημοσιονομικών προσαρμογών που ακολούθησαν επηρέασαν αναμφίβολα και τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης πολιτικής μπορούν να εντοπιστούν στην εκτίναξη των ιδιωτικών δαπανών, στις ανισορροπίες στην πρόσβαση στο σύστημα Υγείας, στις μειώσεις σε προσωπικό και υλικοτεχνικό εξοπλισμό, ενώ κατά την περίοδο 2012–2015, ολόκληρες νοσοκομειακές πτέρυγες έκλεισαν, ενώ άλλες αποστερήθηκαν συγκεκριμένων κλινικών, οι οποίες μεταφέρθηκαν σε άλλα νοσοκομεία

Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι περίπου κατά 64 % χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ

Σχήμα 1. Συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας (Ελλάδα ΕΕ23)



ΠΗΓΗ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2018), OECD Health Statistics, 2019, επεξεργασία στοιχείων ΓτΚ

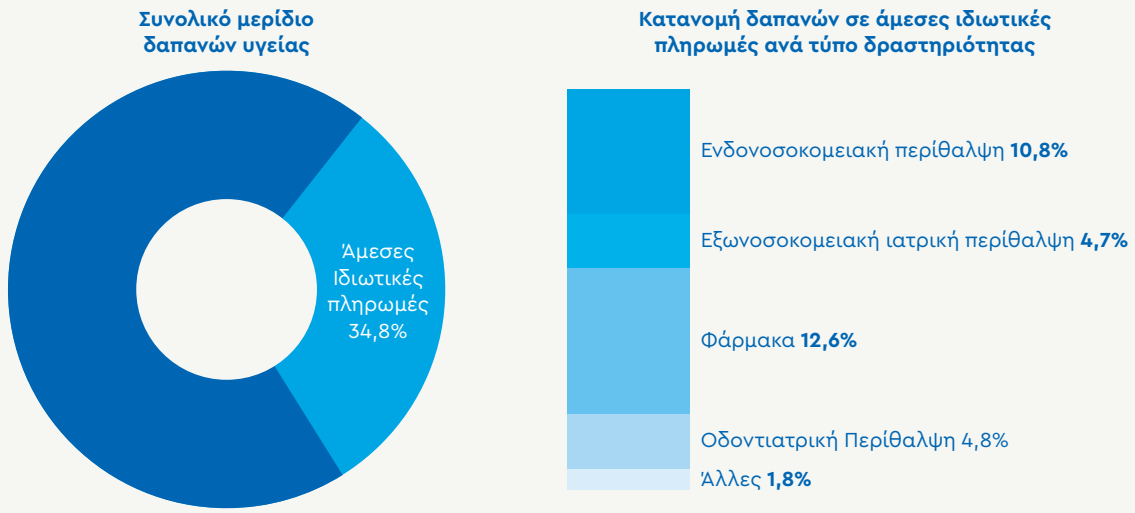
Δαπάνες για την Υγεία και ιδιωτική δαπάνη

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του ΟΑΣΑ για την υγεία, η Ελλάδα το 2018 δαπάνησε για υγειονομική περίθαλψη 1.327,8 ευρώ ανά άτομο, όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ είναι 3.710 ευρώ. Το ποσό της κρατικής δαπάνης για την Υγεία αντιστοιχεί σε 7.7% του ΑΕΠ, αριθμός επίσης μειωμένος σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ, ο οποίος διαμορφώνεται στο 9,9%. (*OECD.Stat, 2020*[1]). Ειδικότερα, από το 2008, όταν η κατά κεφαλήν κρατική επιβάρυνση ήταν 2.267 ευρώ, έως και το 2013, το ελληνικό κράτος μείωσε τις δαπάνες για την Υγεία κατά ένα τρίτο. (*OECD, 2019α*[2])

Ταυτόχρονα όμως, η εξοικονόμηση κρατικών κονδυλίων για την Υγεία, μετακύλησε το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης στα νοικοκυριά. Όπως αναφέρει η έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ποσοστό άνω του ενός τρίτου εκ των δαπανών Υγείας, προέρχεται από τα ίδια τα νοικοκυριά, καθιστώντας το ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης, ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ενδεικτικά, σύμφωνα με το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (*ΙΟΒΕ*[3]), το 2018, η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε στα €14,3 δισεκ., από τα οποία τα €8,4 δισεκ. αποτελούν δημόσια χρηματοδότηση – πράγμα το οποίο συνιστά μια μείωση σε ποσοστό 42,1% από το 2010 – και τα €5,8, την ιδιωτική. (ΙΟΒΕ, 2020).

Η αιτία όμως του μεγάλου κόστους που καλούνται να καταβάλουν τα νοικοκυριά, οφείλεται σύμφωνα με τα στοιχεία, «στις υψηλές άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (ή ανοιχτή νοσηλεία) και νοσοκομειακές υπηρεσίες». Πιο συγκεκριμένα, μόλις το 61% των

Σχήμα 2. Δαπάνες υγείας, Άμεσες Ιδιωτικές Πληρωμές



ΠΗΓΕΣ: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017)

δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη προέρχεται από δημόσιες πηγές, ενώ ποσοστό ίσο με 35 %, χρηματοδοτείται απευθείας από τα νοικοκυριά, που σύμφωνα με την έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ποσοστό στην ΕΕ.

Για να γίνει κατανοητή όμως η μεταφορά του κόστους, είναι χρήσιμο να αναφερθεί πως το 2010 τα χρήματα που κατέβαλαν τα νοικοκυριά για την Υγεία, αντιστοιχούσαν σε 28% της συνολικής δαπάνης στη χώρα. Το ποσοστό αυτό ανήλθε σε 37% το 2014, χρονιά που σημείωσε τη μεγαλύτερη αύξηση. Όπως επισημαίνει η Επιτροπή, «τα υψηλά επίπεδα επιμερισμού του κόστους πηγάζουν σε μεγάλο βαθμό από την προκλητή ζήτηση (ζήτηση που υποκινείται από την προσφορά) και οφείλονται κυρίως στις συμμετοχές των ασφαλισμένων για τα φάρμακα και στις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη παροχών, επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς, νοσηλευτική περίθαλψη, καθώς και οδοντιατρική περίθαλψη.

Σύμφωνα πάλι με το «Προφίλ Υγείας» για την Ελλάδα, το 2017 η Ελλάδα κατείχε τη δεύτερη θέση στην ΕΕ, όσον αφορά το επίπεδο αυτοαναφερόμενων μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης, «αφού ένα στα δέκα νοικοκυριά ανέφερε ότι δεν είχε δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας όταν τις χρειαζόταν. Σχεδόν ένα στα πέντε νοικοκυριά που βρισκόταν στο φτωχότερο πεμπτημόριο εισοδήματος, ανέφερε πως δεν ήταν σε θέση να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες των μελών του, ενώ από πλουσιότερα νοικοκυριά το ποσοστό μη καλυπτόμενων αναγκών ανερχόταν μόλις στο 3%, εμφανίζοντας με τον πιο ξεκάθαρο τρόπο «το μεγαλύτερο χάσμα όσον αφορά την εισοδηματική ανισότητα στην Ευρώπη», υπογραμμίζει η έκθεση. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί, εν είδη θετικής εξέλιξης, ότι το 2017 ήταν το πρώτο έτος κατά το οποίο το συνολικό επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών σημείωσε πτώση, ύστερα από συνεχή αύξηση έξι ολόκληρων χρόνων.

Πρόσφατη *έκθεση*[4] του γραφείου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ευρώπη, αναφέρει πως οι άτυπες πληρωμές των νοικοκυριών, αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα τέταρτο των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών για την Υγεία, «γεγονός που εγείρει σοβαρές ανησυχίες όσον αφορά την ισότητα και τα εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης», τονίζει η έκθεση, ενώ συμπληρώνεται επίσης πως η προαιρετική ασφάλιση υγείας «διαδραματίζει μόνον ήσσονος σημασίας ρόλο και αντιπροσώπευε το 4 % των συνολικών δαπανών υγείας το 2017». (WHO, 2018)

Φαρμακευτική δαπάνη

Η μείωση των εθνικών πόρων για την Υγεία δεν ήταν η μόνη που μετακύλησε το κόστος στους ασθενείς. Ένας ακόμη παράγοντας ήταν εκείνος της μείωσης των κρατικών δαπανών για το φάρμακο.

Αξίζει μόνο να σημειωθεί πως η δημόσια δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα από 4,8 δισ. το 2009 διαμορφώθηκε στα 1,9 δισ. το 2018, σημειώνοντας έτσι μείωση σε πο-

σοστό 58,7%. Αντίστοιχα, πτωτική πορεία παρουσιάζει και η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα στην Ελλάδα καθώς από 430 ευρώ ανά κάτοικο το 2009, μειώθηκε στα 198 ευρώ το 2017, έναντι των 310 ευρώ το 2017 που ίσχυε για την ΕΕ, ή περίπου 112€ λιγότερα. Αντιθέτως, η αντίστοιχη ιδιωτική δαπάνη σημείωσε άνοδο από 1,3 δισ. το 2009 στα 1,8 δισ. το 2018. Παράλληλα, περίπου το ήμισυ των δαπανών για φάρμακα (εξωνοσοκομειακές δαπάνες) προέρχονται από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές οι οποίες συνιστούν το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (13 %) έναντι 5,5% στη ΕΕ ή 58% υψηλότερα. (*ΙΟΒΕ, 2020*[5])

Σύμφωνα με τον καθηγητή *Υφαντόπουλο*[6], η μέση κατανομή κόστους των φαρμακευτικών προϊόντων εκτινάχθηκε από 13,3% σε 18% μεταξύ 2012 και 2013, ενώ η μέση χρέωση ασθενούς ανά συνταγή αυξήθηκε κατά 65,2% μεταξύ 2011 και 2014. (Yfantopoulos, 2018).

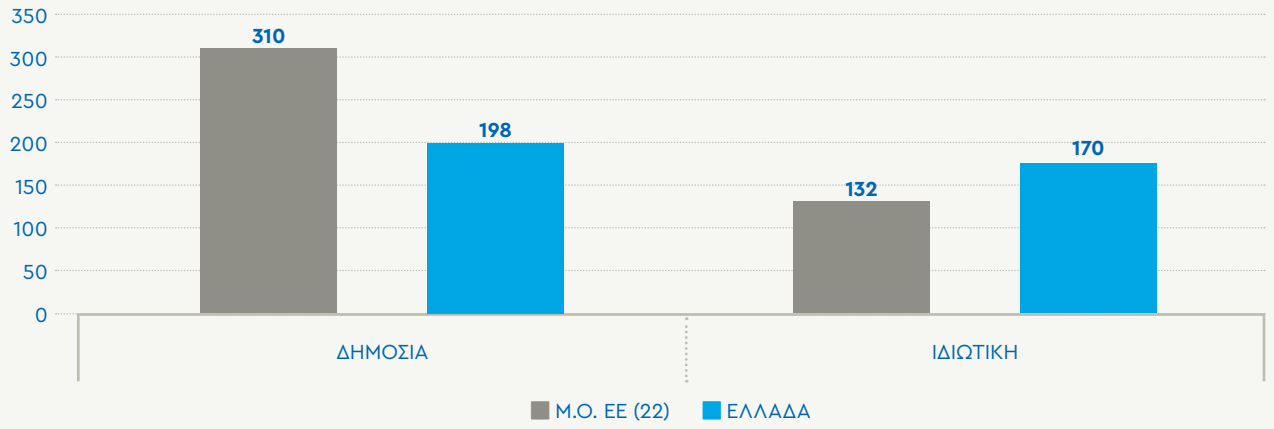
Επομένως τα νοικοκυριά και μεμονωμένοι πολίτες αναγκάζονται να ξοδεύουν περισσότερα χρήματα ούτως ώστε να έχουν πρόσβαση στο φάρμακο.

Στα πλαίσια της ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ, θεσμοθετήθηκαν περιορισμοί στον αριθμό των χρηματοδοτούμενων από τον Οργανισμό επισκέψεων ανά ιατρό. Η πρόβλεψη αυτή ναι μεν, μείωσε το ενδεχόμενο υπερθεραπείας και υπερσυνταγογράφησης φαρμάκων αλλά είχε και ως αρνητική επίπτωση, πολλές φορές ασθενείς να καθυστερούν στην εύρεση της απαραίτητης περίθαλψης, είτε να στρέφονται προς τον ιδιωτικό τομέα, πράγμα αδιανόητο για άτομα με χαμηλά εισοδήματα, με ο,τι αποτέλεσμα μπορεί να έχει αυτή η εξέλιξη στην υγεία τους.

Ταυτόχρονα ορισμένες από τις υπηρεσίες που θεωρητικά παρέχονται, στη πραγματικότητα δεν είναι διαθέσιμες. Για παράδειγμα, υπάρχει μία σταθερή χρέωση, η οποία είναι πολύ χαμηλότερη από τις τιμές της αγοράς για περιορισμένες οδοντιατρικές υπηρεσίες που μπορούν να παρέχουν συμβεβλημένοι οδοντίατροι, οι οποίοι πιθανόν λόγω της μειωμένης χρέωσης, δεν έχουν συνάψει συμβάσεις με τον ΕΟΠΠΥ. Στο ΕΣΥ παρέχονται οδοντιατρικές υπηρεσίες στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και υπάρχει επίσης περιορισμένη ικανότητα παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών σε κέντρα υγείας, τα οποία συνήθως δεν διαθέτουν επαρκές προσωπικό. Η έλλειψη πλήρους κάλυψης, είτε από τον ΕΟΠΥΥ είτε από την ιδιωτική ασφάλιση, σημαίνει σχεδόν εξ ολοκλήρου άμεσες πληρωμές από τους ίδιους τους ασθενείς, καθιστώντας την έτσι έναν από τους κυρίαρχους τομείς άμεσων πληρωμών, με πάνω από το 14% των αντίστοιχων συνολικών δαπανών που καταβάλλουν τα νοικοκυριά. (*OECD, 2019α*[7]).

Όσον αφορά δε, στη φαρμακευτική δαπάνη, έχει οριστεί τέλος συμμετοχής 25%, που καταβάλλει ο ασφαλισμένος για συνταγογραφούμενα φάρμακα. Εξαιρούνται κατηγορίες χρόνιων παθήσεων που τα φάρμακα τους χορηγούνται με συμμετοχή 10% ή με μηδενική συμμετοχή. Πρέπει επίσης να

Σχήμα 3. Δημόσια και ιδιωτική κατά κεφαλή δαπάνη (Ευρώ) για φαρμακευτικά και άλλα υγειονομικά αναλώσιμα (2017)



ΠΗΓΗ: OECD Health Statistics 2019, Eurostat 2019, Επεξεργασία στοιχείων: ΓτΚ

σημειωθεί ότι δεν καταβάλλεται τέλος συμμετοχής από τους ασφαλισμένους για φάρμακα υψηλού κόστους, τα οποία παρέχονται μόνο από τα φαρμακεία δημόσιων νοσοκομείων και τον ΕΟΠΥΥ. Η μειωμένη ή μηδενική συμμετοχή αφορά μόνο στα φαρμακευτικά σκευάσματα για τη θεραπεία και αντιμετώπιση των αντίστοιχων και πολύ συγκεκριμένων παθήσεων. Οι ίδιοι κανόνες, σύμφωνα με τον *ΕΟΠΥΥ*[8], ισχύουν για τα ανασφάλιστα άτομα (κάτοχοι ΑΜΚΑ και ΚΥΠΑ), αν και ορισμένες κατηγορίες προσώπων εξαιρούνται από οποιαδήποτε συμμετοχή: όπως αιτούντες άσυλο, πρόσφυγες, φυλακισμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας άνω του 67% κ.λπ. (ΕΟΠΥΥ, 2020). Επίσης απαλλαγή δικαιούνται όσοι χαμηλοσυνταξιούχοι ήταν δικαιούχοι του ΕΚΑΣ το οποίο και πλέον έχει καταργηθεί.

Σε περίπτωση που ο ασθενής επιλέξει φάρμακο με λιανική τιμή υψηλότερη από την ασφαλιστική τιμή (οριζόμενη τιμή αποζημίωσης), πέρα από την προβλεπόμενη θεσμοθετημένη συμμετοχή, θα πρέπει να καλύψει και το σύνολο της διαφοράς μεταξύ της τιμής αποζημίωσης και της λιανικής τιμής του φαρμάκου. Το ποσό που ο ασθενής καλύπτει ωστόσο, δεν μπορεί να υπερβαίνει το ύψος των 50 ευρώ ανά μοναδιαίο σκεύασμα. (*ΕΟΠΥΥ, 2020*[9])

Σημαντικό ζήτημα αποτελεί το γεγονός ότι, η «ασφαλιστική τιμή» των φαρμάκων, είναι συνήθως μικρότερη της λιανικής τιμής, με αποτέλεσμα πέραν την συμμετοχής τους οι ασθενείς να επιβαρύνονται και με επιπλέον δαπάνη, καταβάλλοντας το 50% της διαφοράς της λιανικής τιμής από την ασφαλιστική τιμή για τα πρωτότυπα φάρμακα, που δεν έχουν ή δεν κυκλοφορούν αντίστοιχα γενόσημα. Αυτή η συνθήκη, όπως αναφέρει και η Ομοσπονδία Εργαζομένων Φαρμακευτικών και Συναφών Επαγγελμάτων, έχει συντελέσει στην εκτόξευση της μεσοσταθμικής συμμετοχής των ασθενών, η οποία από το 9% που ήταν το 2009 έφτασε στο 35% περίπου το 2016. (*ΟΕΦΣΕΕ, 2017*[10])

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε επιστολή του προς τους συλλόγους ασθενών, ο πρώην Υπ. Υγείας Αν. Ξανθός ανέφερε χαρακτηριστικά ότι «η μείωση των λιανικών τιμών όλα τα προηγούμενα χρόνια δεν είχε πάντα ως αποτέλεσμα την αντίστοιχη μείωση της συμμετοχής του πολίτη στο κόστος, γιατί λόγω του αλγόριθμου αποζημίωσης, συχνά αυξανόταν η διαφορά λιανικής-ασφαλιστικής τιμής. Από τα 624 εκ. ευρώ που ήταν για το 2018 η θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενή στη φαρμακευτική δαπάνη, μόνο τα 364 εκ. αντιστοιχούν στο ποσοστό συμμετοχής επί της τιμής (10% ή 25%) και τα 260 εκ. στη διαφορά λιανικής-ασφαλιστικής τιμής».

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. τα γενόσημα είναι η λύση στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Για την αύξηση του μεριδίου τους στη φαρμακευτική αγορά, θεσπίστηκε το 2017 στόχος 60 % επί του μεριδίου των συνταγών με διεθνή κοινόχρηστη ονομασία (ΔΚΟ), για εξωνοσοκομειακά φάρμακα, ποσοστό ανάλογο του ΕΕ μέσου όρου. Ωστόσο, το μερίδιο (σε όγκο) στην Ελλάδα παρότι σε σχετική άνοδο, δεν έφτασε καν το μισό του στόχου, ήταν 27 %, έναντι του αντίστοιχου στην ΕΕ που ήταν 50%, παραμένοντας από τα χαμηλότερα στην ΕΕ. (*ΙΟΒΕ, 2019*[11]).

Σε ό,τι αφορά όμως τα Μη Συνταγογραφούμενα Φάρμακα (ΜΗΣΥΦΑ), αν και υπάρχουν κατάλογοι με τιμές, οι οποίοι ανανεώνονται συνεχώς, αυτές δεν είναι δεσμευτικές αλλά ενδεικτικές. Όταν δεν υπάρχει περιορισμός στη χονδρική τιμή πώλησής τους στην φαρμακοβιομηχανία για εκατοντάδες φάρμακα ευρείας κατανάλωσης που τα τελευταία χρόνια συνεχώς αυξάνονται σε αριθμό και τα οποία πληρώνονται 100% από τους ασθενείς, αναπόφευκτα το κόστος επιβαρύνει τον καταναλωτή.

Σύμφωνα με τον πρόεδρο του Φαρμακευτικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης, Κυριάκο Θεοδοσιάδη, «η απελευθέρωση της χονδρικής τιμής πώλησης των ΜΗΣΥΦΑ και η αύξηση της λιανικής τιμής τους, κάτι που ήταν προαιώνιος πόθος της φαρμακοβιομηχανίας, θα εκτοξεύσει τις τιμές των ΜΥΣΥΦΑ και οι ασθενείς θα πληρώνουν περισσότερα απ' όσο πλήρωναν μέχρι σήμερα. Μάλιστα, τα φάρμακα αυτά θα τεθούν εκτός του δελτίου τιμών φαρμάκων που εκδίδεται κάθε έξι μήνες και συνεπώς οι τιμές τους θα είναι ελεύθερες και θα εκτιναχθούν προς τα πάνω. Τα χρήματα αυτά θα πάνε στη φαρμακοβιομηχανία, η οποία έτσι κι αλλιώς καθορίζει την τιμή των ΜΗΣΥΦΑ προς τα πάνω και η οποία βάζει χέρι και στο ποσοστό κέρδους των φαρμακοποιών». *Καθορισμός λιανικής τιμής για ΜΗΣΥΦΑ*[12]

Το συγκεκριμένο μέτρο ήταν κάτι που έβαινε στην αντίθετη πλευρά από την πραγματική κοινωνική ανάγκη, δηλαδή όλα τα φάρμακα να αποζημιώνονται 100% από το κράτος και να συνταγογραφούνται από τους γιατρούς αποκλειστικά με επιστημονικά κριτήρια. Η ύπαρξη «ενδεικτικών τιμών» στις συσκευασίες, στην πραγματικότητα δεν αλλάζει τίποτα για τους ασθενείς, οι οποίοι θα εξακολουθήσουν να πληρώνουν -και με αυτόν τον τρόπο- το φάρμακο εμπόρευμα.

Κοινωνικά Φαρμακεία

Στη κάλυψη ωστόσο ομάδων που δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα Υγείας ή που η πρόσβαση είναι ιδιαίτερα μειωμένη, συνέβαλαν από το 2012 τα Κοινωνικά Φαρμακεία. Οι δομές αυτές συστήθηκαν μέσω προγράμματος του ΕΣΠΑ ή/και τη χρηματοδότηση από φορείς όπως η εκκλησία. Η λειτουργία τους καλύπτεται κατά βάση με δωρεές φαρμακευτικού, παραφαρμακευτικού και λοιπού υγειονομικού υλικού, στο οποίο έχουν πρόσβαση ανασφάλιστοι και μέλη των οικογενειών τους, άστεγοι, μετανάστες, χαμηλοσυνταξιούχοι και εν γένει τα πιο ευάλωτα κοινωνικά στρώματα της ελληνικής κοινωνίας που σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι σε θέση να πληρώσουν ούτε τη συμμετοχή τους στο φάρμακο. Τα κριτήρια με τα οποία εγγράφεται κάποιος στις υπηρεσίες ενός Κοινωνικού Φαρμακείου, διαφέρουν από δομή σε δομή, παρ' όλα αυτά έχουν να κάνουν κατά βάση με το εισόδημα.

Οι δομές αυτές πέρα από την ένταξη στη περίθαλψη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, συνδράμουν και σε ένα άλλο μεγάλο ζήτημα που αφορά την ανακύκλωση φαρμάκων. Οι δωρεές φαρμάκων από πολίτες, βοηθούν τόσο στη μη συγκέντρωση φαρμακευτικών προϊόντων στις οικίες των προηγουμένως ασθενών (stockpiling) αλλά και στη μη απόρριψη, ειδικά των φαρμάκων που είναι ακόμα χρήσιμα, στα κοινά απορρίμματα.

Αν και έχουν αναφερθεί ζητήματα όπως η έλλειψη χρηματοδότησης των δομών, ούτως ώστε να καλύψουν αρκετές από τις ανάγκες τους, ένα μικρό ποσοστό αυτών που κυμαίνεται μεταξύ 10 και 30 τοις εκατό, δεν μπορεί να καλυφθεί, ενώ ένα άλλο μεγάλο ζήτημα φαίνεται πως είναι η έλλειψη πρόσβασης των Κοινωνικών Φαρμακείων στο σύστημα της ΗΔΙΚΑ προκειμένου να καταγράφονται οι συνταγές που εκτελούνται.

Περιορισμοί στην πρόσβαση στην Υγεία

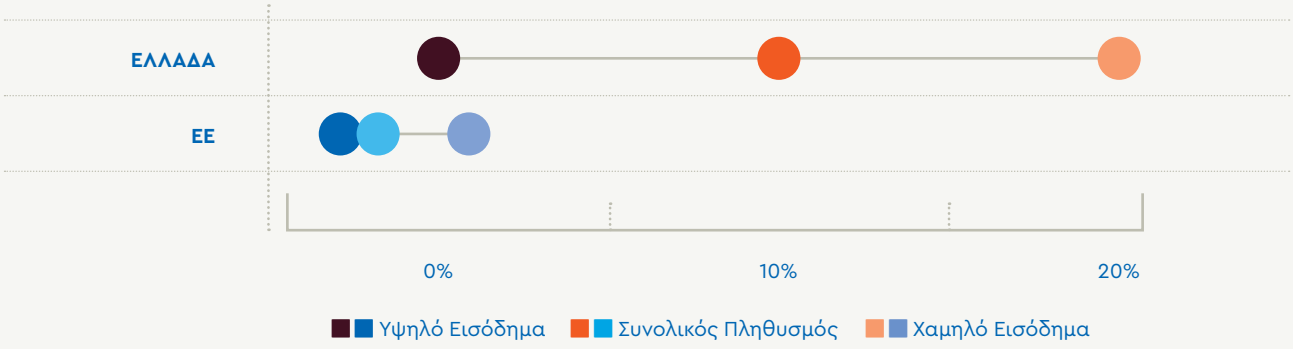
α. Μη καλυπτόμενες ανάγκες – Κόστος

Στην Ελλάδα, τουλάχιστον το 8% του πληθυσμού, ανέφερε ορισμένες μη καλυπτόμενες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη, κατατάσσοντας την δεύτερη στην ΕΕ, μετά την Εσθονία.

Σχεδόν ένας στους πέντε Έλληνες στο πεμπτημόριο χαμηλότερου εισοδήματος ανέφερε ότι δεν είχε κάποια ιατρική περίθαλψη όταν το χρειαζόταν – αυτές οι ανεκπλήρωτες ανάγκες ήταν κυρίως για οικονομικούς λόγους-, αναδεικνύοντας έτσι ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγεία, που είναι το κόστος. Ο δείκτης που χρησιμοποιείται ευρύτερα για τη μέτρηση της χρηματοοικονομικής δυσχέρειας που σχετίζεται με τις πληρωμές των νοικοκυριών, είναι η επίπτωση καταστροφικών δαπανών για την υγεία. Αυτό ποικίλλει σημαντικά στις ευρωπαϊκές χώρες, από λιγότερο από το 2% των νοικοκυριών που βιώνουν καταστροφικές δαπάνες για την υγεία όπως π.χ. στη Γαλλία, τη Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία, την Τσεχική Δημοκρατία και τη Σλοβενία, σε πάνω από το 8% των νοικοκυριών στην Πορτογαλία, την Πολωνία, την Ελλάδα και την Ουγγαρία, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ. (*OECD, 2020*[13])

Τα στοιχεία της έκθεσης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, καταδεικνύουν ότι από το 10% των νοικοκυριών με μη καλυπτόμενες ανάγκες, τέσσερα στα πέντε θέτουν το ύψος των δαπανών ως τη σημαντικότερη τροχοπέδη στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Στην Ελλάδα, τα ποσοστά άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, ανέρχονται στο 35 % του συνόλου των δαπανών υγείας, με τη μερίδα του λέοντος στις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, να κατέχουν οι πληρωμές των φαρμάκων, οι οποίες ανέρχονται σε 13%, ακολουθούμενες από τις πληρωμές για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, ποσοστό της τάξεως του 11%.

Σχήμα 4. Ποσοστό % που αναφέρει μη καλυπτόμενες ιατρικές ανάγκες (2017)



Σημείωση: Τα στοιχεία αναφέρονται σε μη καλυπτόμενες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή αγωγή λόγω κόστους, απόστασης που πρέπει να διανυθεί ή χρόνου αναμονής. **Πηγή:** Βάση δεδομένων της Eurostat, βάσει των στατιστικών της ΕΕ για το Εισόδημα και τις Συνθήκες Διαβίωσης (EU-SILC). (OECD, 2019, Επεξεργασία: ΓτΚ)

Η πληρωμή ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών στην Ελλάδα, ίσως να φάνταζε ανάξια αναφοράς, εφόσον, η περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία θεωρείται δωρεάν παροχή. Παρ' όλα αυτά, σύμφωνα με την έκθεση «Προφίλ Υγείας», παρά το γεγονός ότι κάποιες από τις δαπάνες είναι πιθανό να καταβάλλονται για νοσοκομειακές υπηρεσίες που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς, ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι άτυπες πληρωμές καταβάλλονται επίσης στα δημόσια νοσοκομεία.

Από στοιχεία αναφορικά με τις καταστροφικές δαπάνες υγείας που υφίστανται τα νοικοκυριά, προκύπτει ότι το ποσοστό των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι υψηλό και ανέρχεται σε 12 % για τη φτωχότερη εισοδηματική ομάδα, σύμφωνα με τον ΠΟΥ. (*WHO Regional Office for Europe, 2019*[14]). Στο σημείο αυτό να διευκρινιστεί ότι «καταστροφικές δαπάνες» είναι οι άμεσες δαπάνες των νοικοκυριών που υπερβαίνουν το ποσοστό του 40 % επί του συνόλου των εξόδων του νοικοκυριού, εφόσον όμως έχουν αφαιρεθεί οι δαπάνες για τις ανάγκες διαβίωσης ήτοι εξασφάλιση τροφής, στέγης και πληρωμή των υπηρεσιών κοινής ωφελείας.

Επομένως, αφού καθίσταται απαγορευτικό για τα φτωχότερα νοικοκυριά να αναζητήσουν ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη, εξαιτίας ακριβώς των περιορισμένων οικονομικών τους δυνατοτήτων, το ποσοστό που καταβάλλουν για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, δηλώνει ότι πραγματοποιούνται επίσης πληρωμές και στο πλαίσιο της δημόσιας ενδονοσοκομειακής περίθαλψης.

β. Ανισορροπία διαθεσιμότητας περίθαλψης

Στην Ελλάδα, δεν υπάρχει ισομερής κατανομή των πόρων αλλά και του προσωπικού, στη περιφέρεια σε σχέση με τα αστικά κέντρο. Έτσι, σε ορισμένες περιοχές το υγειονομικό προσωπικό είναι τριπλάσιο σε σχέση με άλλες. Σύμφωνα με την έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, «από μία έρευνα πληθυσμού προκύπτει ότι το 2014, από το σύνολο των ατόμων που έχρηζαν περίθαλψης, ποσοστό μόλις 3 % των ατόμων που ζούσαν σε πόλεις δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε αυτήν λόγω απόστασης ή έλλειψης μέσου μεταφοράς, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 13 % για τα άτομα που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές», επισημαίνει η έκθεση, σκιαγραφώντας το μεγάλο πρόβλημα της έλλειψης ισομερούς κατανομής πόρων στην επικράτεια.

Ακριβώς όμως εξαιτίας της ιδιαίτερης γεωγραφίας της η Ελλάδα, έχει αναπτύξει ένα πρόγραμμα ηλεκτρονικής υγείας (Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής) εδώ και αρκετές δεκαετίες, στοιχεία για το οποίο θα παρατεθούν εκτενώς στη συνέχεια.

γ. Πληθυσμιακή κάλυψη

Σε ό,τι αφορά την κάλυψη των υπηρεσιών Υγείας για τον πληθυσμό, η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση Υγείας μέσω της εργασίας, αποτελούσε πάντοτε τη σύνδεση με τις εν λόγω παροχές. Οι

πολίτες που είναι ασφαλισμένοι σε κάποιο από τα αντίστοιχα ταμεία, διαθέτουν πρόσβαση σε μια σειρά παροχών που αφορούν σε πρωτοβάθμια φροντίδα, διαγνωστικές εξετάσεις, εξειδικευμένη εξωνοσοκομειακή αλλά και ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, μέσω του δικτύου του ΕΟΠΥΥ. Ειδικότερα σχετικά με την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω ΕΟΠΥΥ, από το 2012 έχει θεσμοθετηθεί όριο στις επισκέψεις στους συμβεβλημένους γιατρούς. Παρ' όλα αυτά, ενδέχεται η συγκεκριμένη πρόβλεψη να αύξησε τις ιδιωτικές πληρωμές σε γιατρούς, αλλά και τις παράτυπες πληρωμές.

Αναφορικά όμως με τους ανέργους, η οικονομική κρίση ανέδειξε ένα μεγάλο κενό στην πληθυσμιακή κάλυψη αυτής της ομάδας αλλά και τα εξαρτώμενα από αυτούς τους ανθρώπους μέλη των οικογενειών τους, με την έκθεση για το «Προφίλ Υγείας» να αναφέρει ότι περισσότερα από 2 εκατομμύρια άτομα δεν δύνανται να έχουν πρόσβαση στις χρηματοδοτούμενες από το κράτος υπηρεσίες έως το 2015. «Ύστερα από σειρά νομοθετικών και διοικητικών προσπαθειών που ξεκίνησαν το 2013, το πρόβλημα αυτό επιλύθηκε με επιτυχία το 2016, όταν διατέθηκε επιπλέον χρηματοδότηση για την κάλυψη προηγουμένως ανασφάλιστων ομάδων κατοίκων και εγγεγραμμένων μεταναστών για υπηρεσίες που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας», υπογραμμίζει η έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. (*OECD, 2019a*[15])

δ. Δυσανάλογη κατανομή πόρων και ανθρώπινου δυναμικού με συγκέντρωση στις αστικές περιοχές

Σχετικά με την κατανομή των πόρων αλλά και του ανθρώπινου δυναμικού, έως και σήμερα η Ελλάδα αδυνατεί να κατανείμει τα δύο αυτά κεφάλαια αναλογικά. Έτσι παρατηρείται συγκέντρωση προσωπικού στις υγειονομικές μονάδες των αστικών κέντρων, ενώ σε πλήθος περιπτώσεων η περιφέρεια παραμένει πολλές φορές με ελλείψεις τόσο σε σχέση με το προσωπικό όσο σε σχέση και με τις εγκαταστάσεις.

Η κατανομή των νοσοκομείων στις 13 περιφέρειες της χώρας είναι καλή ως προς την αναλογικότητα με τον πληθυσμό των περιοχών. Παράλληλα η έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το 2017 αναφέρει ότι υπήρχαν 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1.000 κατοίκους αριθμός λίγο μικρότερος από τον αντίστοιχο που ισχύει για την Ευρωπαϊκή Ένωση που διαμορφώνεται στις 5 κλίνες ανά χιλιάδα κατοίκων. Ωστόσο η εικόνα δεν αποδίδει με ακρίβεια την διαθεσιμότητα σε υπηρεσίες για τους πολίτες, δεδομένου ότι η δυνατότητα των δημόσιων νοσοκομείων σε μικρές περιοχές της χώρας είναι περιορισμένη. Οι ασθενείς συχνά προτιμούν τα νοσοκομεία της Αθήνας ή τα μεγάλα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, τα οποία προσφέρουν υψηλής τεχνολογίας υπηρεσίες, καθώς τα περιφερειακά νοσοκομεία είναι συνήθως υποστελεχωμένα και σε μερικές περιπτώσεις έχουν περιορισμένες υποδομές. (*Economou et al., 2017*[16])

Αν και η Ελλάδα φέρεται να έχει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών, διαθέτει ταυτόχρονα και τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην ΕΕ, καθώς για τους γιατρούς ισχύει η αναλογία 1 προς 16 για το αντίστοιχο 1 προς 4 στην ΕΕ. Αναφορικά δε, με το προσωπικό, αυτό που παρατηρείται είναι ότι η κατανομή του προσωπικού είναι τέτοια, που έναντι των μεγάλων πόλεων, η επαρχία «χάνει» σε προσωπικό αλλά και σε ειδικότητες.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, το 2018 ο αριθμός των γιατρών ανά 1.000 κατοίκους κυμάνθηκε από 3,47 στην περιοχή του Ν. Αιγαίου και 3,6 στο Β. Αιγαίο, σε 7,9 στην περιοχή της Αττικής, σε σύγκριση με τον εθνικό μέσο όρο που ήταν 6,1. (*Eurostat, 2020*[17]). Η πρόσβαση ωστόσο δυσχεραίνεται περαιτέρω αν συνεκτιμήσουμε: α) τις αναφορές ιατρικών ενώσεων σύμφωνα με τις οποίες σχεδόν το ένα τέταρτο των εγγεγραμμένων γιατρών είναι πλέον άνεργοι, β) ότι ο αναφερόμενος αριθμός γιατρών στην Ελλάδα περιλαμβάνει όσους έχουν άδεια άσκησης και όχι όσους ασκούν το επάγγελμα κατά τη μέτρηση, γ) ότι καταγράφεται σημαντική μείωση ιατρικού προσωπικού στα κέντρα υγείας που βρίσκονται κυρίως σε αγροτικές περιοχές και σε νησιά, (Ήπειρο, Ιόνια Νησιά, Πελοπόννησο, Βόρειο και Νότιο Αιγαίο και Κρήτη) και δ) το αποκαλούμενο «brain drain» το οποίο αφορά σε πάνω από 18.000 γιατρούς που εγκατέλειψαν τη χώρα τα χρόνια της κρίσης. (*ΕΛΣΤΑΤ, 2020, και Τούντας et al, 2020*[18]).

Όσον αφορά την *υποστελέχωση*[19], χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού που καταγράφεται επί σειρά ετών, με αναλογία 3,3 ανά 1.000 άτομα σε σχέση με το αντίστοιχο 8,2 στην ΕΕ, με την Ελλάδα να κατέχει και τη χαμηλότερη αναλογία στην Ευρώπη, κατατάσσοντας τη χώρα, στην τελευταία θέση. (*OECD/European Union, 2020*[20])

Η κατάσταση των ελλείψεων στις δημόσιες μονάδες Υγείας, καταδεικνύεται με τον πιο χαρακτηριστικό τρόπο κατά την περίοδο της πανδημίας του κορονοϊού SARS-CoV-2. Πολλές μονάδες Υγείας δεν διαθέτουν ούτε τις απαραίτητες ειδικότητες ιατρών, ούτε τις απαραίτητες υποδομές, με αποτέλεσμα να πραγματοποιούνται αεροδιακομιδές ασθενών προσβεβλημένων από τη νόσο Covid-19, προκειμένου να τύχουν νοσηλείας σε κάποια από τις μεγάλες και πιο οργανωμένες μονάδες Υγείας των αστικών κέντρων.

Καταλυτικά για τη δυσανάλογη κατανομή του δυναμικού, είναι και τα στοιχεία που παρουσιάζει ο «*Άτλας Υγείας*[21]», βάσει του οποίου η Αττική παρουσιάζει τη μεγαλύτερη συσσώρευση ενεργού προσωπικού με 31.209 και οι Ιόνιοι Νήσοι τη μικρότερη, με 1.492.

ε. Χρόνος αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις και «γρηγορόσημο»

Οι προαναφερθείσες δυσκολίες αναδεικνύουν την ανισότητα πρόσβασης στην περίθαλψη και συντελούν στην διαμόρφωση μεγάλων χρόνων και λιστών αναμονής, ειδικά για εξετάσεις[22] από ειδικούς και για διαγνωστικό και εργαστηριακό έλεγχο. Ως εκ τούτου για την αποφυγή των καθυστερήσεων στις εξετάσεις, πολλοί ασθενείς επιλέγουν συνήθως να επιβαρυνθούν με την οικονομική συμμετοχή που απαιτείται και απευθύνονται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, ενώ άτυπες πληρωμές πραγματοποιούνται από τους ασθενείς ή την οικογένεια τους σε γιατρούς, χειρουργούς, κ.α. προκειμένου να ξεπεραστούν οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής και για να επιβεβαιώσουν ότι θα λάβουν υπηρεσίες καλύτερης ποιότητας. (*OECD, 2017 και Souliotis, et al. 2016*[23])

Οι μεγάλες ελλείψεις διαφαίνονται και από τους χρόνους αναμονής για εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Σύμφωνα με ρεπορτάζ της εφημερίδας «*Τα Νέα*[24]» το 2001, ο μέσος χρόνος αναμονής για τα απλά προγραμματισμένα τακτικά χειρουργεία κυμαινόταν από 14 έως 30 ημέρες, ενώ ο χρόνος αναμονής για εξειδικευμένες χειρουργικές επεμβάσεις από 6 έως 8 μήνες.

Περίπου μιάμιση δεκαετία μετά και συγκεκριμένα το 2016, άρθρο της εφημερίδας «*Καθημερινή*[25]» θα επισημάνει ότι ο χρόνος αναμονής ποικίλει αναλόγως το νοσοκομείο και αναλόγως το χειρουργείο. Ειδικότερα, σύμφωνα με το ρεπορτάζ, για νόσους χωρίς ή με ήπια συμπτώματα όπως απλές κήλες, χολοκυστολιθιάσεις, κιρσοί κ.ά. το χειρουργείο προγραμματιζόταν το μέγιστο σε βάθος τριών έως έξι μηνών. Περιστατικά με συνεχή ενοχλητική συμπτωματολογία μπορεί να ανέμεναν έως και δύο μήνες, ενώ η αναμονή για χειρουργείο σε όγκους και καταστάσεις με βαριά συμπτωματολογία κυμαινόταν από μία έως δύο εβδομάδες. Σε άλλα περιστατικά για παράδειγμα πλαστικής χειρουργικής ο χρόνος αναμονής έφτανε ακόμα και τους 12 μήνες.

Χαρακτηριστικά το άρθρο ανέφερε πως «είναι θέμα τύχης μέσα στην αγωνία του ασθενή πότε θα μπορέσει να εξυπηρετηθεί. Η κατάσταση έχει επιδεινωθεί τα τελευταία χρόνια ως αποτέλεσμα της "μετατόπισης" ασθενών από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα υγείας και της αποψίλωσης των νοσοκομείων -κυρίως χειρουργείων και ΜΕΘ- από προσωπικό. Εκτιμάται ότι τα μεγάλα νοσοκομεία λειτουργούν το 60% έως 85% των αιθουσών τους».

Αυτό όμως που προκαλεί ιδιαίτερη αίσθηση είναι ότι οι άτυπες πληρωμές, γνωστές και ως φακελάκι, οι οποίες αποτελούν επί της ουσίας εξαναγκαστική δωροδοκία του εκάστοτε γιατρού, φαίνεται να έχουν εμπεδωθεί στην πλειοψηφία της κοινωνίας ως νοοτροπία και συνήθης πρακτική ώστε ένας ασθενής να τύχει γρηγορότερης χειρουργικής εξυπηρέτησης τοποθετούμενος πιο πάνω στη λίστα των αναμονών για χειρουργείο ή ακόμα και παρακάμπτοντάς τη και εισαγόμενος ως «έκτακτο περιστατικό». Η συγκεκριμένη πρακτική στα ελληνικά νοσοκομεία είναι ιδιαίτερα γνωστή και αποτελεί έναν από τους παράγοντες εξαιτίας των οποίων, ασθενείς με σοβαρά προ-

βλήματα Υγείας που χρήζουν χειρουργείου, δεν μπορούν να εισαχθούν, με αποτέλεσμα να αναγκάζονται να παραμένουν στη μακρά λίστα αναμονής, με ό,τι συνεπάγεται αυτό για την επιδείνωση της ήδη επιβαρυμένης υγείας τους.

Δύο χρόνια αργότερα, το 2018, ρεπορτάζ της εφημερίδας «*Το Βήμα*[26]» θα αναφέρει πως οι λίστες αναμονής για τα προγραμματισμένα χειρουργεία ξεκινούν από τρεις και έξι μήνες και μπορεί να φτάσουν το ένα ή και τα δύο χρόνια, ανάλογα με τη σοβαρότητα του περιστατικού.

Όπως μετέφερε το δημοσίευμα αναδεικνύοντας το μεγάλο πρόβλημα της αναμονής, οι κατηγορίες των χειρουργικών επεμβάσεων με βάση την εκτιμώμενη δυνατότητα χρόνου αναμονής κυμαίνονται από δύο έως τέσσερις εβδομάδες για περιστατικά με γρήγορη που η καθυστέρηση επηρεάζει ή δύναται να επηρεάσει το αποτέλεσμα και 8 έως και 24 εβδομάδες για τα περιστατικά με έντονα ή μέτρια συμπτώματα ή δυσλειτουργίες με ή χωρίς γρήγορη εξέλιξη, καθώς και για κάθε άλλο περιστατικό.

στ. Πρόσβαση για τους αιτούντες διεθνούς προστασίας, πρόσφυγες, μετανάστες

Με το νόμο *4368/2016*[27] κατοχυρώνεται το δικαίωμα στην πρόσβαση των προσφύγων και μεταναστών στην νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη το οποίο επεκτείνεται και σε όσους δεν έχουν νομιμοποιητικά έγγραφα διαμονής, για επείγοντα περιστατικά.

Το σύνολο των προσφύγων και μεταναστών που φτάνουν στην Ελλάδα ζουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα στα Κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης (Hotspot) των νησιών και σε κέντρα κράτησης. Άτομα που υπάγονται σε συγκεκριμένες ευάλωτες κατηγορίες και άλλα που δεν δύνανται να επιστρέψουν στην Τουρκία ή στη χώρα καταγωγής τους, μετακινούνται στην ενδοχώρα όπου διαμένουν κυρίως σε κέντρα υποδοχής, ξενώνες, και ενίοτε σε κατειλημμένους χώρους. Βασικό χαρακτηριστικό όλων αυτών των χώρων είναι ο υπερπληθυσμός και οι κακές συνθήκες υγιεινής. Είναι κοινή διαπίστωση του υπουργείου Υγείας, αλλά και τοπικών και διεθνών ανθρωπιστικών οργανώσεων ότι οι συνθήκες διαβίωσης έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην φυσική και ψυχική υγεία αυτών των ευάλωτων ομάδων.

Όπως σημειώνεται στη θεματική έκθεση του ESPN για τις ανισότητες στην πρόσβαση, επιπλέον των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο γενικός πληθυσμός συμπεριλαμβάνονται και η οικονομική δυσκολία, η ανεπαρκής ενημέρωση σχετικά με το δικαίωμα αλλά και την πρόσβαση σε υπηρεσίες, η άγνοια του τρόπου λειτουργίας των υπηρεσιών, γλωσσικές και επικοινωνιακές δυσκολίες, δυσκολία μετακίνησης λόγω διαμονής σε απομακρυσμένες περιοχές με περιορισμένα μέσα μετακίνησης και αρνητικά στερεότυπα. (*ESPN, 2018*[28]).

Επίσης, μετά το 2015 και έως το 2018 υπήρξε ιδιαίτερα αυξημένη ροή προσφύγων και μεταναστών στην Ελλάδα με αντίστοιχη την ευρωπαϊκή χρηματοδότηση – για την αντιμετώπιση της επείγουσας κατάστασης που δημιουργήθηκε. Πολλές ΜΚΟ «σήκωσαν» το φορτίο προστασίας των νεοαφιχθέντων ειδικά όσον αφορά τα ζητήματα υγείας, δεδομένου ότι είχαν την δυνατότητα να κινητοποιήσουν άμεσα το δυναμικό τους, σε αντίθεση με κρατικούς φορείς που είδαν τις προσπάθειες τους να παραμένουν αυτό το διάστημα ανολοκλήρωτες εξαιτίας – απ' ότι φάνηκε – ανυπέρβλητων γραφειοκρατικών εμποδίων. Ενώ τα τελευταία δύο χρόνια παρατηρείται σταθεροποίηση του αριθμού πολιτών τρίτων χωρών στην Ελλάδα καθώς Ευρωπαϊκές και Ελληνικές αρχές αποτρέπουν την είσοδο προσφύγων και μεταναστών, ενίοτε με πρακτικές που αμφισβητούνται ακόμα και από Οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών, η προστασία που τους παρέχεται ειδικά σε θέματα που αφορούν στην υγεία σε οργανωτικό επίπεδο, ακολουθεί την προσέγγιση επείγουσας κατάστασης που συνήθως καταλήγει σε αποσπασματικές και χαώδεις παρεμβάσεις. (*Chiarenza A, et al, 2019*[29])

Συνεπώς, Διεθνείς οργανισμοί και ΜΚΟ, εκτός των απαράδεκτων συνθηκών που επικρατούν στα κέντρα υποδοχής στα νησιά έχουν σε αρκετές περιπτώσεις καταγγείλει και την αδυναμία πρόσβασης των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων στη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, κυρίως λόγω γραφειοκρατικών ζητημάτων που επικεντρώνονται στην αδυναμία έκδοσης ΑΜΚΑ, αναιρώντας στην ουσία το κατοχυρωμένο δικαίωμα τους στην υγεία. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα μέτρα που ελήφθησαν για τα κέντρα υποδοχής στα νησιά κατά την πρώτη περίοδο του κορονοιού, δημιούργησαν πολλές αντιδράσεις τόσο από τους διαμένοντες όσο και από τις ΜΚΟ που υποστήριζαν ότι οι συνθήκες διαβίωσης σε συνδυασμό με την έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού εξέθεταν τους ανθρώπους αυτούς σε αυξημένο κίνδυνο. (*Human Rights Watch, 2020*[30])

Τα ζητήματα πρόσβασης προσφύγων και μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη αναδεικνύονται από κρατικές αρχές αλλά και οργανισμούς όπως ο ΠΟΥ και το υπουργείο Υγείας, εκπρόσωποι των οποίων αξιολόγησαν από κοινού στα τέλη του 2019 την ικανότητα του συστήματος υγείας να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των εν λόγω πληθυσμιακών ομάδων. Οι κύριες συστάσεις τους αντικατοπτρίζουν τα προβλήματα που εντόπισαν και ενδεικτικά περιλαμβάνουν τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης στα κέντρα υποδοχής, την ενίσχυση του σχεδίου έκτακτης ανάγκης για την υγεία και την ενίσχυση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στα νησιά. (*WHO, 2020*[31])

Αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας

Αποτελεί κοινό τόπο ότι η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούσε να βελτιωθεί, δεδομένου ότι η αποδοτικότητα του, *υστερεί*[32] σημαντικά σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ ιδιαίτερα στην αντιμετώπιση συγκεκριμένων ασθενειών, όπως οι θεραπεύσιμοι τύποι καρκίνου, με τη συγκεκριμένη νόσο να αποτελεί τη δεύτερη κυριότερη αιτία θανάτου στην Ελλάδα.

Ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις (συμπεριλαμβανομένων των ισχαιμικών καρδιακών παθήσεων και του εγκεφαλικού επεισοδίου) παραμένουν οι πιο συχνές αιτίες θανάτου τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, αντιπροσωπεύοντας συνολικά το 65% του συνόλου των θανάτων. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ευρωπαϊκού πληροφοριακού συστήματος για τον καρκίνο, το 2020 οι πιο συχνές αιτίες θανάτου από καρκίνο για τους άνδρες είναι οι πνεύμονες (30%), ακολουθούμενοι από τον καρκίνο του παχέος εντέρου (11,6%) και του προστάτη (9,3%). Για τις γυναίκες, οι πιο συχνές αιτίες είναι οι καρκίνοι του μαστού (17,5%), του πνεύμονα (13,1%) και του παχέος εντέρου (12,7%). (*ECIS, 2020*[33])

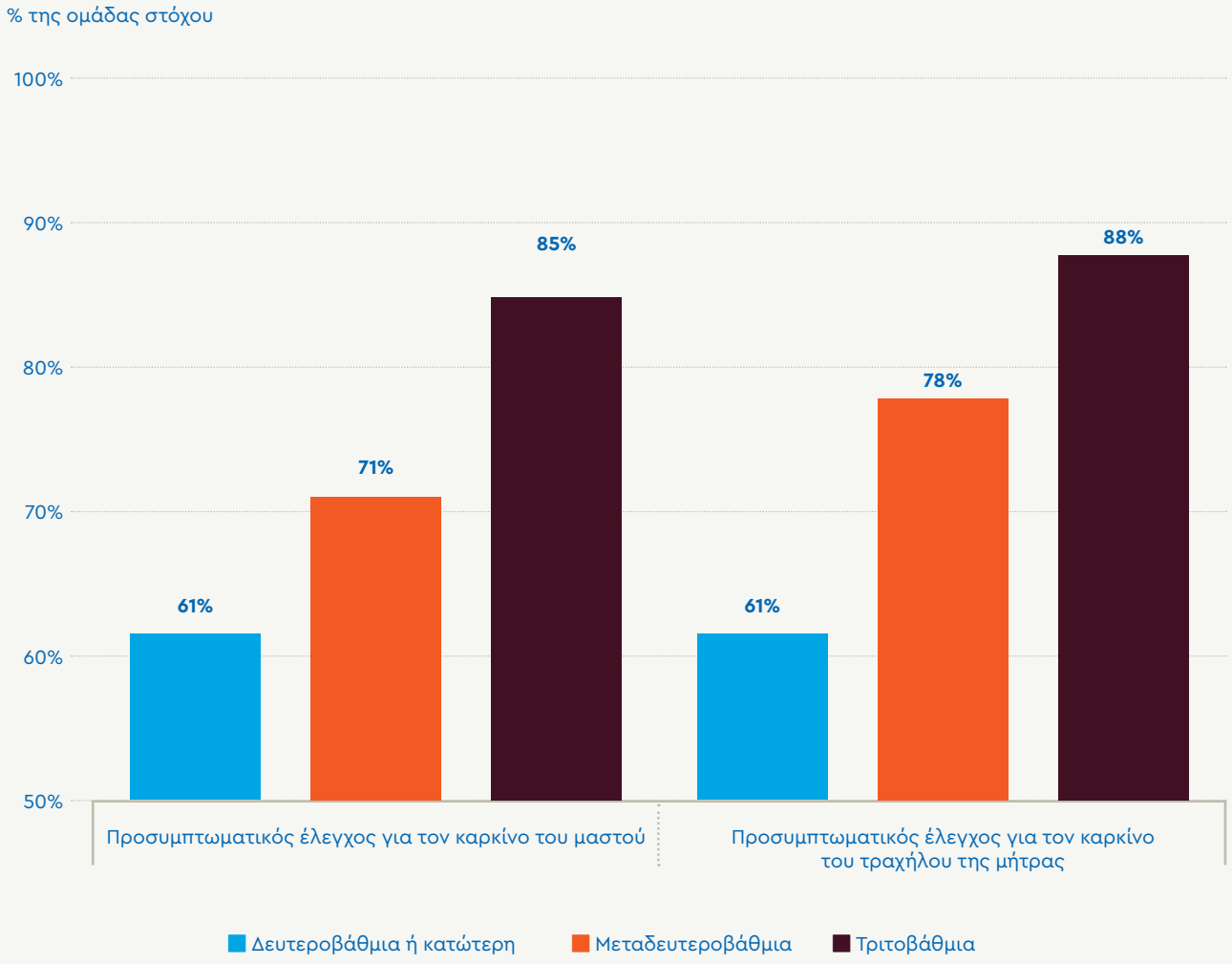
Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα διαχείρισης του καρκίνου, τα περιορισμένα διαθέσιμα δεδομένα, δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο αντιμετωπίζουν παρατεταμένες καθυστερήσεις στην πρόσβαση στη θεραπεία, ενώ ανεπίσημες πηγές δείχνουν ότι οι χρόνοι αναμονής είναι έξι έως οκτώ μήνες για επέμβαση ενώ ο ΙΣΑ καταγγέλλει για άλλη μια φορά τις πολύμηνες αναμονές για ακτινοθεραπεία στα Δημόσια νοσοκομεία που ξεπερνούν σταθερά τους δύο μήνες. (*ΙΣΑ, 2016*[34])

Παρότι όλα τα ακριβά φάρμακα για τον καρκίνο, διατίθενται μέσω των φαρμακείων του ΕΟΠΠΥ και των νοσοκομείων, οι οργανώσεις ασθενών αναφέρουν καθυστερήσεις και διακοπές στην προμήθεια φαρμάκων κυρίως υψηλού κόστους, οι οποίες αποδίδονται στα χρέη που έχουν τα δημόσια νοσοκομεία σε φαρμακευτικές εταιρείες, οι οποίες με τη σειρά τους διακόπτουν την ροή προμήθειας. Η κάλυψη των συγκεκριμένων ελλείψεων επιδιώκεται μέσω της Δωρεάς Φαρμάκων, πρακτική όμως που δεν είναι φυσικά σε θέση να καλύψει το σύνολο των αναγκών.

Σε επίπεδο πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης προσφέρονται δωρεάν διαδικασίες και εξετάσεις, οι οποίες μεταξύ άλλων, περιλαμβάνουν εξετάσεις για την διάγνωση καρκίνου του μαστού, του τραχήλου της μήτρας, του παχέος εντέρου, του προστάτη καθώς και υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος. Οι εξετάσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές, δεδομένου ότι πάνω από το 40% των περιπτώσεων καρκίνου μπορούν να προληφθούν και έτσι να μειωθεί η θνησιμότητα μέσω της έγκαιρης διάγνωσης και της βελτιωμένης φροντίδας για τους καρκινοπαθείς. Ωστόσο, δεν υπάρχουν εθνικά προγράμματα συστηματικού προσυμπτωματικού ελέγχου του πληθυσμού για θεραπεύσιμους καρκίνους, πράγμα που συντελεί στην αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας.

Επίσης είναι χρήσιμο να υπογραμμιστεί ότι σύμφωνα με το Προφίλ Υγείας 2019 για την Ελλάδα και στοιχεία της Eurostat για το 2014, καταγράφεται σημαντική διαφορά στα ποσοστά εξετάσεων για καρκίνο του τραχήλου της μήτρας και του μαστού, μεταξύ γυναικών που είχαν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, συγκριτικά με γυναίκες που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η συγκεκριμένη διαπίστωση δείχνει ότι το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί σημαντικό παράγοντα, όσον αφορά στην προσφυγή στον προσυμπτωματικό έλεγχο. (*OECD, 2019α*[35])

Σχήμα 5. Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί σημαντικό παράγοντα όσον αφορά την προσφυγή στον προσυμπτωματικό έλεγχο για τον καρκίνο

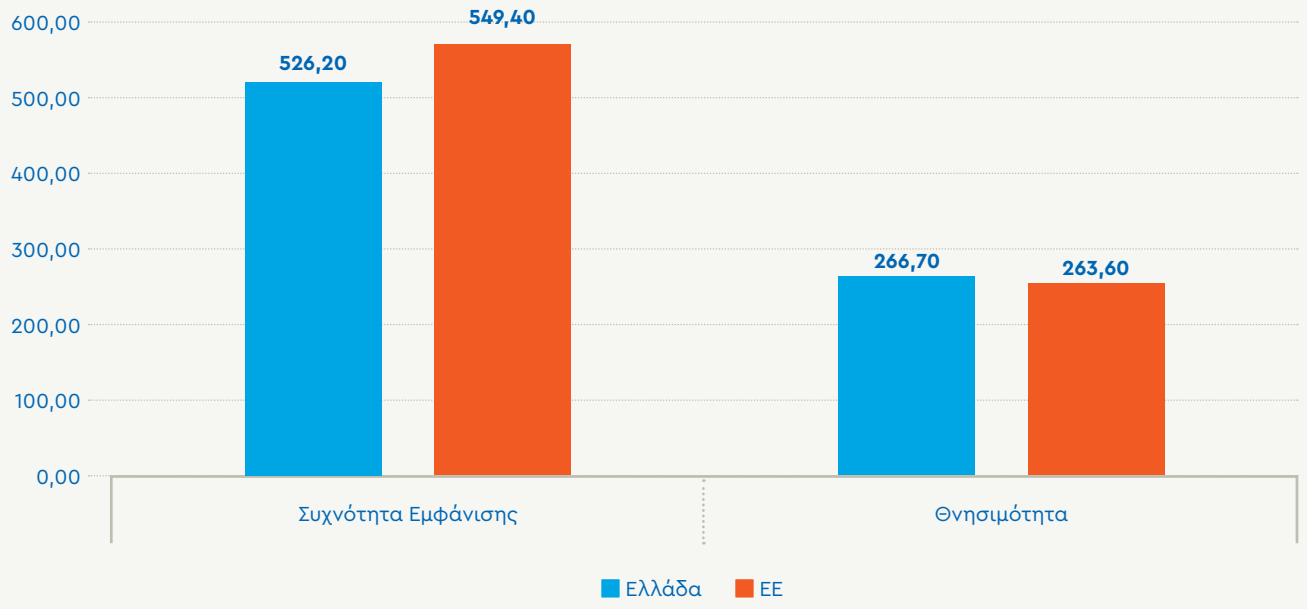


ΠΗΓΗ: Βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2014). OECD 2019, Προφίλ Υγείας 2019 Ελλάδα

Στοιχεία για το 2019 δείχνουν ότι η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού στην Ελλάδα ήταν κάτω από το μέσο όρο της ΕΕ (122,3 ανά 56 έναντι 144,9 ανά 100.000 γυναίκες), αλλά η θνησιμότητα ήταν εξίσου υψηλή (32 έναντι 32,9 ανά 100.000 γυναίκες). (Dafni et al.,2019). Ομοίως, η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του προστάτη ήταν πολύ χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (116.2 έναντι 158.8 ανά 100000 άνδρες), αλλά η θνησιμότητα είχε μικρή διαφορά (32,4 έναντι 36,3 ανά 100000 άνδρες). Αντίστοιχα, ενώ η συνολική εμφάνιση καρκίνου στην Ελλάδα σε άνδρες και γυναίκες ανά 100 χιλιάδες, είναι σαφώς μικρότερη από τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο (526.2, έναντι 569.4), η θνησιμότητα (266,7) είναι ελαφρώς μεγαλύτερη από τον ευρωπαϊκό μ.ο. (263,6). (*ECIS, 2020*[36])

Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν ότι η απόδοση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης υστερεί σημαντικά συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ ειδικά για την αντιμετώπιση ιάσιμων τύπων καρκίνου.

Σχήμα 6. Συχνότητα Εμφάνισης Νεοπλασιών και Θνησιμότητα



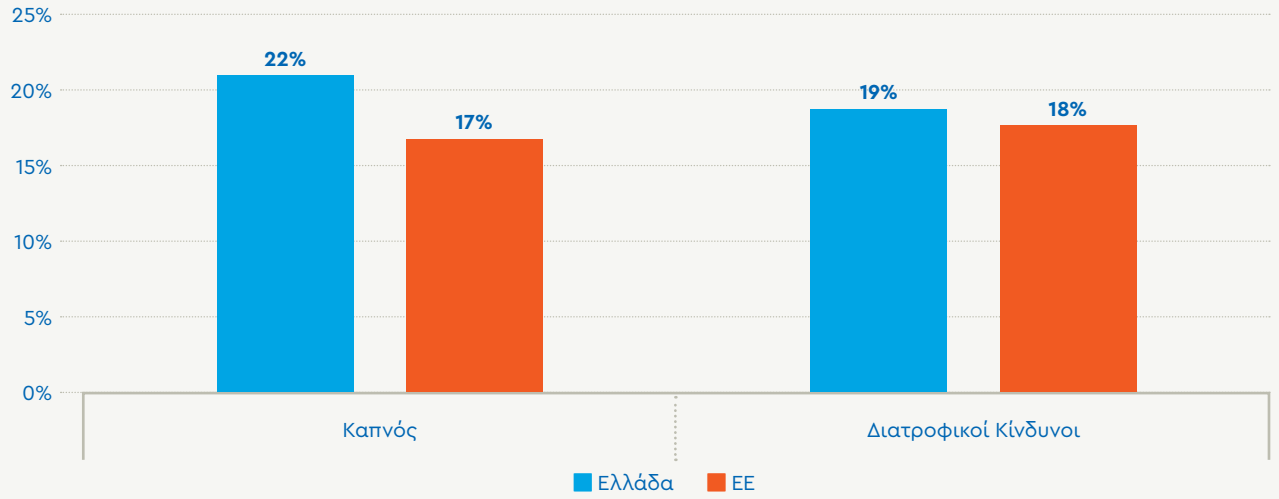
ΠΗΓΗ: ECIS – European Cancer Information System, (*https://ecis.jrc.ec.europa.eu*). Age standardised rate (European new) per 100.000. Επεξεργασία: ΓτΚ

Παράγοντες κινδύνου

Πέρα από τα περιβαλλοντικά ζητήματα, ορισμένοι μεταβλητοί παράγοντες κινδύνου έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία σε όρους τρωτοτήτας και θνησιμότητας, συνήθειες και καταστάσεις όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η ανθυγιεινή διατροφή, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και η παχυσαρκία. Το κάπνισμα ο μεγαλύτερος συμπεριφορικός παράγοντας κινδύνου για την υγεία, παραμένει η σημαντικότερη αιτία πρόωρης θνησιμότητας σε ολόκληρη την ΕΕ, με περίπου 700.000 θανάτους ετησίως. Η άμετρη κατανάλωση αλκοόλ ευθύνεται για άλλους 255.000 έως 290.000 θανάτους ενώ τα ποσοστά παχυσαρκίας σε ενήλικες αυξάνονται στις περισσότερες χώρες της ΕΕ, με περισσότερους από έναν στους έξι ενήλικες να είναι παχύσαρκοι. (*OECD, 2020*[37]).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι το 42% του συνόλου των θανάτων μπορούν να αποδοθούν σε συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου (έναντι 39 % στην ΕΕ), με κύριους το κάπνισμα , την κακή διατροφή, την κατανάλωση αλκοόλ και την περιορισμένη άσκηση. Αναφέρεται, ότι περίπου ένας στους 5 από το συνολικό αριθμό θανάτων το 2017, οφειλόταν στο κάπνισμα, 2 στους 10 σε διατροφικούς κινδύνους όπως π.χ. χαμηλή πρόσληψη προϊόντων ολικής άλεσης, φρούτων και λαχανικών και υψηλή κατανάλωση αλατιού) σε συνδυασμό με τη περιορισμένη σωματική δραστηριότητα, και περίπου 4% στην κατανάλωση αλκοόλ. (*OECD, 2019α*[38]).

Σχήμα 7. Η κατανάλωση καπνού και οι διατροφικοί κίνδυνοι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες θνησιμότητας



Σημείωση: Ο συνολικός αριθμός θανάτων που συνδέονται μ' αυτούς τους παράγοντες κινδύνου (50 000) είναι μικρότερος από το άθροισμα των θανάτων από κάθε επιμέρους παράγοντα σε μεμονωμένη βάση (58 000), επειδή ο ίδιος θάνατος μπορεί να αποδοθεί σε περισσότερους του ενός παράγοντες κινδύνου. Στους διατροφικούς κινδύνους περιλαμβάνονται 14 συνιστώσες, όπως η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και η υψηλή κατανάλωση ζαχαρούχων ποτών. **Πηγή:** Ινστιτούτο Μετρήσεων και Αξιολόγησης Υγείας (IHME) (2018), Ανταλλαγή Δεδομένων για την Υγεία (Global Health Data Exchange) (οι εκτιμήσεις αναφέρονται στο 2017). **Σημείωση 2:** Τα δεδομένα προέρχεται από την έκθεση Προφίλ Υγείας για την Ελλάδα, 2019 του ΟΑΣΑ, με επεξεργασία των ΓτΚ.

Ενώ το 2014 ένας στους έξι ενηλίκους ήταν παχύσαρκοι στην Ελλάδα, η κατάσταση όσον αφορά τους 15χρονους είναι σαφώς χειρότερη, δεδομένου ότι καταγράφεται σημαντική αύξηση από το 2002. Πλέον, ένας στους τέσσερις 15χρονους ήταν υπέρβαρος ή παχύσαρκος, αναλογία που μας κατατάσσει στην δεύτερη θέση στην Ευρώπη. Τα υψηλά ποσοστά αποδίδονται εν μέρει στην κακή διατροφή και στη περιορισμένη σωματική δραστηριότητα. (*OECD, 2019α*[39])

Τα ποσοστά ευκαιριακής άμετρης κατανάλωσης αλκοόλ, είναι από τα χαμηλότερα μεταξύ των χωρών της ΕΕ, καθώς μόνο ένας στους δέκα Έλληνες ενηλίκους αναφέρει ότι επιδίδεται σε ευκαιριακή άμετρη κατανάλωση αλκοόλ. Ανησυχητική είναι ωστόσο η αυξητική τάση που καταγράφεται στους νέους ηλικίας 15–16 ετών και ειδικά στα κορίτσια, όπου το ποσοστό αυξήθηκε από 24% το 1999 σε 34% το 2015, ενώ για τα αγόρια αυξήθηκε από 41% σε 43%. (*OECD, 2019α*[40])

Πολλοί συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα είναι πιο συνηθισμένοι στα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ή εισοδήματος. Έχει καταγραφεί σημαντική διαφορά στο κάπνισμα μεταξύ ανδρών στο χαμηλότερο πεμπτημόριο εισοδήματος σε σχέση με τα υψηλότερα εισοδήματα. Αντίστοιχα, ένας στους πέντε ενηλίκους που δεν είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι παχύσαρκος, έναντι ενός στους επτά ενηλίκους που είχαν ολοκληρώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση (*OECD, 2019α*[41]). Οι διαφορές βάσει οικονομικών κριτηρίων είναι εντονότερες για τα παιδιά, όπου τα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας είναι περίπου δύο φορές μεγαλύτερα μεταξύ εκείνων που ζουν σε οικογένειες με το χαμηλότερο εισόδημα σε σύγκριση με εκείνων που ζουν σε οικογένειες με το υψηλότερο εισόδημα (*OECD, 2020*[42]).

Ιδιαίτερα καθοριστικοί παράγοντες κινδύνου για την υγεία γενικά και για τις ανισότητες σε επίπεδο υγείας ειδικά, είναι η φτώχεια και η ανεργία, συνθήκες που η οικονομική κρίση επιτείνει. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Υγείας (*Euro Health Net*[43]), η κατάσταση της υγείας και οι ανισότητες στην υγεία επηρεάζονται από τους κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, τις συνθήκες δηλαδή υπό τις οποίες γεννιόμαστε, μεγαλώνουμε, ζούμε, εργαζόμαστε και γερνάμε, ενώ όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση ενός ατόμου, τόσο αρνητικότερες είναι οι επιπτώσεις στην υγεία του (*OECD, 2020*[44]). Να σημειωθεί επίσης η έκθεση για την κατάσταση της ισότητας στην υγεία του ΠΟΥ, η οποία δείχνει ότι το 90% των ανισοτήτων υγείας μπορεί να εξηγηθεί από την οικονομική ανασφάλεια (35%), την διαβίωση σε κακής ποιότητας κατοικίες και γειτονιές (29%) τον κοινωνικό αποκλεισμό (19%) και την έλλειψη αξιοπρεπούς εργασίας και τις κακές συνθήκες εργασίας (7%) (*WHO Europe, 2019b*[45]).

Να σημειωθεί τέλος ότι ένας από τους βασικούς δείκτες αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας είναι η θνησιμότητα από θεραπεύσιμες και αποτρέψιμες αιτίες, δείκτης που αναδεικνύει τον αριθμό των θανάτων που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί για συγκεκριμένες ασθένειες/περιπτώσεις, σε άτομα κάτω των 75 ετών, αλλά αυτό δεν συνέβη ελλείψει αποτελεσματικότερων

πολιτικών δημόσιας υγείας και/η διαθέσιμων ιατρικών παρεμβάσεων. Στην Ελλάδα το 2017 ο αριθμός αυτός ανήλθε σε 115 άνδρες και 77 γυναίκες ανά 100.000. (Eurostat, 2020). Όταν η Ελλάδα δαπανά ελάχιστους πόρους για προληπτική φροντίδα, μόλις 20 ευρώ ανά άτομο, έναντι των 89 ευρώ που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ, φαίνεται ότι τα δεδομένα που αφορούν τους παράγοντες κινδύνου δεν αποτελούν προτεραιότητα στην διαμόρφωση πολιτικών υγείας, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των αποτρέψιμων θανάτων (*OECD, 2019α*[46]).

Καταγραφή και μέτρηση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στη χώρα

Στην έκθεση του ΟΟΣΑ του 2017 για την Ελλάδα, αναφέρεται ότι υπάρχουν επιτροπές ποιότητας στα δημόσια νοσοκομεία, επιφορτισμένες με την προαγωγή της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών, αλλά δεν υπάρχει μηχανισμός δημόσιας υποβολής στοιχείων, που να βασίζεται σε μια σειρά τυπικών δεικτών ποιότητας, όπως π.χ. για την αξιολόγηση της ποιότητας της οξείας νοσοκομειακής περίθαλψης, τα ποσοστά ενδονοσοκομειακής θνητότητας από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. (*OECD, 2017*[47])

Στην έκθεση του 2019 για την Ελλάδα, γίνεται και πάλι αναφορά στην έλλειψη συστημάτων παρακολούθησης της ασφάλειας των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης, καθώς και στην έλλειψη διεθνώς συγκρίσιμων δεδομένων για βασικούς δείκτες ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης με νέο παράδειγμα αυτή την φορά, τις αποτρέψιμες νοσηλείες. (*OECD, 2019α*[48])

Στην έκθεση του European Social Policy Network, γίνεται εκτενέστερη αναφορά στο θέμα της μέτρησης των ανισοτήτων. Ειδικότερα, γίνεται λόγος για έλλειψη δεικτών και συνακόλουθα καταγραφής αντίστοιχων δεδομένων για παραμέτρους πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Αναφέρεται επίσης, ότι κάποιοι διαθέσιμοι δείκτες για διαφορετικές παραμέτρους της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, μπορεί να αντικατοπτρίζουν την πραγματική κατάσταση, ωστόσο υπάρχουν περιορισμοί σε άλλους με αποτέλεσμα να μην καταγράφεται μια σαφή εικόνα ορισμένων πτυχών του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. (*ESPN, 2018*[49])

Στη σχετική συζήτηση όσον αφορά τους δείκτες που μετρούν την κάλυψη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αναφέρεται ότι ο διαθέσιμος συνολικός δείκτης θεωρείται μεν χρήσιμος για συγκριτικούς σκοπούς μεταξύ των κρατών μελών, αλλά δεν αρκεί, καθώς απουσιάζουν οι απαραίτητοι υπο-δείκτες για τη μέτρηση του εύρους των καλυπτόμενων υπηρεσιών ή της διακύμανσης στην κάλυψη μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών/επαγγελματικών ομάδων, οι οποίοι απαιτούνται

για την εκτίμηση της ισότητας κάλυψης, σε σχέση με τις υπηρεσίες που προσφέρει το υποχρεωτικό σύστημα ασφάλισης υγείας.

Σε σχέση με τη **διαθεσιμότητα φροντίδας υγείας**, δεν υπάρχει συστηματοποιημένη μέτρηση και δημοσίευση των σχετικών δεικτών όπως χρόνοι αναμονής, λίστες αναμονής, καθυστερήσεις στον καθορισμό ραντεβού με γιατρούς ή για διαγνωστική εξέταση ή χειρουργικές επεμβάσεις και τα αντίστοιχα στοιχεία προκύπτουν μέσω ερευνών.

Σχετικά με την **προσιτότητα στην φροντίδα** επισημαίνονται δύο σημαντικές παράμετροι που δεν φαίνεται να συμπεριλαμβάνονται στους σχετικούς/αντίστοιχους δείκτες των ιδιωτικών πληρωμών. Αφορούν στις εκτεταμένες άτυπες πληρωμές καθώς επίσης και στο κόστος μεταφοράς για την υγειονομική περίθαλψη, το οποίο είναι αρκετά υψηλό, δεδομένων των γεωγραφικών ιδιαιτεροτήτων της χώρας.

Επίσης, έχει επισημανθεί η ανάγκη συλλογής δεδομένων όσον αφορά την προσβασιμότητα και τη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των χρηστών δεδομένου ότι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στις ανισότητες στην υγεία. (ESPN, 2018). Οι κατάλληλοι μέθοδοι με την μορφή δεικτών μπορούν να υπολογίσουν και να εντοπίσουν το ακριβές επίπεδο των ανισοτήτων, ενώ η παρακολούθηση των σχετικών εναλλαγών που παρατηρούνται σε όλα τα επίπεδα της ανάλυσης (π.χ. κοινωνικές ομάδες, περιοχές, άτομα) σε βάθος χρόνου, επιτρέπουν την ανάλυση των τάσεων (trend analysis). (*Spinakis et al., 2011*[50])

Καλές Πρακτικές

Χρήσιμο ωστόσο είναι να τονιστεί ότι υπάρχουν και ορισμένες καλές πρακτικές οι οποίες εφαρμόζονται σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες και αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζονται συγκεκριμένες προκλήσεις και διευκολύνεται η καλύτερη πλαισίωση του ασθενή, ή και παρέχεται φροντίδα με αποτελεσματικότερο τρόπο. Η αποδοχή και εφαρμογή των πρακτικών αυτών προϋποθέτει σχεδιασμό στην βάση διαπιστωμένων αναγκών, προκειμένου ένα τέτοιο σχέδιο να φέρει σημαντικά και μακροχρόνια οφέλη. Παράλληλα θα πρέπει να εξεταστεί όχι μόνο από την αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητά του αλλά και υπό το ευρύτερο πλαίσιο στο οποίο εξελίσσεται, έτσι ώστε πιθανή υιοθέτησή του να έχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

α. Νοσηλευτικό προσωπικό

Πολλές χώρες του ΟΟΣΑ και της ΕΕ έχουν πραγματοποιήσει μεταρρυθμίσεις την τελευταία δεκαετία για να εισαγάγουν προηγμένους ρόλους για νοσηλευτές στα νοσοκομεία και στην πρωτοβάθμια φροντίδα για την αντιμετώπιση του μειωμένου αριθμού γιατρών, τη βελτίωση της πρόσβασης στη περίθαλψη και την ποιότητα της περίθαλψης ή / και τη μείωση του κόστους. Οι κύριες τάσεις των μεταρρυθμίσεων αφορούν στην ανάπτυξη ειδικών ρόλων νοσηλευτικής προηγμένης πρακτικής, την εισαγωγή διαφόρων νέων συμπληρωματικών νοσηλευτικών ρόλων, που συχνά επικεντρώνονται στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, στην αύξηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την εκπαίδευση των νοσοκόμων στις απαιτούμενες δεξιότητες και ικανότητες και στην έγκριση νέων νόμων και κανονισμών σε ορισμένες χώρες από το 2010, ώστε να επιτρέπεται σε ορισμένες κατηγορίες νοσοκόμων να συνταγογραφούν φαρμακευτικά προϊόντα (συμπεριλαμβανομένης της Εσθονίας, της Φινλανδίας, της Γαλλίας, των Κάτω Χωρών, της Πολωνίας και της Ισπανίας). (*Maier, C. et al, 2017*[51])

Στην έκθεση **Νοσηλευτές με Προηγμένους Ρόλους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα**, αναφέρεται ότι οι αξιολογήσεις των επαγγελματιών νοσοκόμων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη σε χώρες όπως η Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ιρλανδία δείχνουν ότι οι νοσηλευτές προηγμένης πρακτικής *(advanced practice nurses)*, μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες και να μειώσουν τους χρόνους αναμονής, παρέχοντας παράλληλα την ίδια ποιότητα περίθαλψης με τους γιατρούς για μια σειρά ασθενών, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με μικρής βαρύτητας ασθένειες και όσων χρειάζονται παρακολούθηση ρουτίνας, με ένα υψηλό ποσοστό ασθενών να δηλώνει ικανοποιημένο από αυτές τις υπηρεσίες. (*Maier et al., 2017*[52]).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η νοσηλευτική παραμένει ο βασικός τομέας έλλειψης και πίεσης σε όλο το Εθνικό σύστημα υγείας. Το 2017 η κυβέρνηση εφάρμοσε την πολιτική για αύξηση των προπτυχιακών θέσεων στη νοσηλευτική και το μέτρο αυτό είχε θετικά αποτελέσματα. (*Buchan, J. et al.,2019*[53]). Παράλληλα στο Λονδίνο από το 2015 εφαρμόζεται το πρόγραμμα "Capital Nurse" με στόχο τη δη-

μιουργία επιπλέον εξειδικευμένου νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού, που μπορεί να προσφέρει άριστη φροντίδα στους ασθενείς, όπου κι αν χρειαστεί και αναπτύσσει δράσεις σε 3 τομείς: εκπαίδευση, στελέχωση, δυναμικότητα. (*NHS, 2017*[54])

β. Διαθεσιμότητα Ιατρών

Η άνιση γεωγραφική κατανομή των ιατρών και οι δυσκολίες πρόσληψης και διατήρησης ιατρών σε απομακρυσμένες και αραιοκατοικημένες περιοχές , είναι μια ακόμη επίμονη πρόκληση σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Σε όλες τις χώρες, η πυκνότητα των ιατρών είναι γενικά μεγαλύτερη στις αστικές περιοχές, γεγονός που σηματοδοτεί τη συγκέντρωση εξειδικευμένων υπηρεσιών, όπως η χειρουργική σε αστικά κέντρα, καθώς και τις προτιμήσεις των ιατρών να ζουν και να εργάζονται σε μεγάλα αστικά κέντρα. (*OECD, 2016*[55]). Οι διαφορές στην πυκνότητα των ιατρών μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών είναι υψηλότερες στη Σλοβακική Δημοκρατία, την Τσεχική Δημοκρατία και την Ελλάδα. (*OECD, 2019b*[56])

Πολλές χώρες παρέχουν διαφορετικούς τύπους οικονομικών και άλλων κινήτρων για να προσελκύσουν και να διατηρήσουν γιατρούς σε μειονεκτικές περιοχές , ακολουθώντας μία ή και περισσότερες από τις τέσσερις κατηγορίες παρέμβασης για την προσέλκυση και διατήρηση γιατρών που χρησιμοποιεί ο ΠΟΥ και διακρίνονται σε εκπαιδευτικές, κανονιστικές (νομοθετικές – διοικητικές) , οικονομικών κινήτρων και επαγγελματικής και προσωπικής υποστήριξης. (*WHO, 2010*[57]). Οι Κυβερνήσεις από την περιοχή της Νότιο-Ανατολικής Ευρώπης έχουν αναπτύξει ποικιλία στρατηγικών στην βάση όλων των προαναφερθεισών κατηγοριών. (*WHO, 2011*[58]).

Στη Γερμανία, τα περισσότερα Ομόσπονδα κρατίδια προσφέρουν οικονομικά κίνητρα για ιατρούς που ξεκινούν την άσκηση του λειτουργήματός τους, ενώ γενικοί γιατροί που επιλέγουν να δραστηριοποιηθούν σε απομακρυσμένες – υπο-εξυπηρετούμενες περιοχές δικαιούνται υψηλότερη αμοιβή. Η πολιτική αυτή συνδυάζεται με κανονισμούς που περιορίζουν την ελευθερία των ιατρών να ασκήσουν το επάγγελμα τους σε περιοχές που κρίνεται ότι υπάρχει επάρκεια αντίστοιχων ειδικοτήτων. (*OECD, 2016*[59]).

Το Γαλλικό Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων εγκαινίασε το 2012 ένα αρκετά ολοκληρωμένο «Σύμφωνο για την Υγεία της Επικρατείας» για την προώθηση μέτρων για τις προσλήψεις και τη διατήρηση ιατρών σε μειονεκτούσες περιοχές καθώς και καινοτόμους τρόπους παροχής υπηρεσιών που συνδυάζουν πολλές από τις προαναφερθείσες πολιτικές. Αυτό το Σύμφωνο περιέχει μια σειρά μέτρων για την ενθάρρυνση της εγκατάστασης νέων ιατρών σε περιοχές με ελλειματικές υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων οικονομικών κινήτρων , και βελτιώσεων στις συνθήκες εργασίας τους, ιδίως μέσω της δημιουργίας νέων διεπιστημονικών ιατρικών κέντρων που επιτρέπουν στους ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας να εργαστούν στην ίδια τοποθεσία. Έως

το 2017 είχαν δημιουργηθεί 910 κέντρα, αριθμός που αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2022. Το Σύμφωνο περιλαμβάνει επίσης την προώθηση της τηλεϊατρικής και τη μεταφορά αρμοδιοτήτων από τους γιατρούς σε άλλους τοπικούς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα στο πλαίσιο κάλυψης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε όλη τη χώρα διαμόρφωσε αναλόγως την ρήτρα αριθμού για εγγραφή στις ιατρικές σχολές ενώ εισήγαγε στην Εθνική Στρατηγική για τη Υγεία το θεσμό των νοσοκόμων προηγμένων ικανοτήτων. (*OECD, 2019c*[60])

γ. Ψηφιακές Τεχνολογίες

Οι εναλλακτικές λύσεις αναφορικά με τις διαπροσωπικές συνεδρίες αναπτύσσονται ραγδαία σε πολλές χώρες μέσω της χρήσης ψηφιακών τεχνολογιών, παρέχοντας νέες ευκαιρίες για τη διευκόλυνση της αλληλεπίδρασης ασθενών και γιατρών με διάφορους τρόπους. (*OECD, 2020*[61]). Το 2019, οι γιατροί πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο προσέφεραν συχνά επιλογές επικοινωνίας μέσω διαδικτύου στους ασθενείς, π.χ. για ανανέωση συνταγογράφησης, ανακοίνωση/επεξήγηση αποτελεσμάτων εξετάσεων όπως και γιατροί στη Γαλλία, την Ελβετία, τη Νορβηγία και τις Κάτω Χώρες αλλά λιγότερο συχνά. (*Michelle et al., 2019*[62])

Η Τηλεϊατρική λειτουργεί καταλυτικά στην διασύνδεση γιατρών και ασθενών δίνοντας πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες ιδιαίτερα σε κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών. Η χρήση της έχει ξεκινήσει στην Ελλάδα εδώ και 2 δεκαετίες, ενώ όπως αναφέρεται στην *ιστοσελίδα*[63] του Υπουργείου Υγείας, η πλέον ολοκληρωμένη προσπάθεια που έχει γίνει μέχρι σήμερα είναι το ΕΔΙΤ.

Το ΕΔΙΤ είναι ένα δίκτυο σταθμών τηλεϊατρικής που λειτουργεί από τις αρχές του 2016 εντός της περιοχής αρμοδιότητας της 2ης ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου. Περιλαμβάνει μεταξύ άλλων:

- **30 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού – Ασθενούς (ΣΤΙΑ)** τοποθετημένους σε απομακρυσμένα σημεία: από τα Κύθηρα μέχρι το Καστελόριζο και από τη Λήμνο και τις Οινούσσες (Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία).

- **12 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου** σε μεγάλα Νοσοκομεία της 2ης ΥΠΕ, 5 Περιφερειακά Νοσοκομεία: Ρόδος, Σάμος, Σύρος, Μυτιλήνη, Χίος και 7 Νοσοκομεία που βρίσκονται στην Αττική: Ασκληπιείο, Τζάνειο, Θριάσιο, Μεταξά, Νίκαια, Αττικόν, ΨΝΑ)

- **1 Σταθμό Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου** στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ). Πέραν κάποιων τεχνικών δυσκολιών, το ΕΔΙΤ χρειάζεται να επεκταθεί και σε άλλες απομακρυσμένες περιοχές που δεν συμπεριλαμβάνονται έως σήμερα.

Στο πλαίσιο κάλυψης όλων των απομακρυσμένων περιοχών και ειδικά στα νησιά προστίθενται βαθμιαία νέοι σταθμοί. Το 2020, ο Έλληνας Υπουργός Υγείας ανακοίνωσε την *επέκταση*[64] του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ) σε ακόμη 22 νησιά του βόρειου και του νότιου Αιγαίου με 28 νέους σταθμούς τηλεϊατρικής.

δ. Υγεία και Κοινωνική Προστασία

Η κατάσταση της υγείας μας επηρεάζει την ικανότητά μας να συνεισφέρουμε στα συστήματα κοινωνικής προστασίας και στην κοινωνία συνολικά καθώς οι πιο υγιείς πληθυσμοί μπορούν πιο εύκολα να στηρίξουν οικονομικά τον εαυτό τους, τις οικογένειές τους και τις κοινότητές τους. Η κακή υγεία μειώνει τις ευκαιρίες για ποιοτική απασχόληση, μειώνει την παραγωγικότητα και συμβάλλει στην πρόωρη συνταξιοδότηση, ενώ συνδέεται στενά με τον κίνδυνο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. (*EuroHealthNet, 2020*[65]). Συνεπώς, η κοινωνική προστασία συνδέεται και με την ανάγκη μας για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας. Κανείς θα περίμενε ότι η ως άνω παραδοχή θα συμπεριλαμβανόταν στην ανάπτυξη πολιτικών για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αλλά αυτό φαίνεται ότι δεν εφαρμόζεται ευρέως.

Ωστόσο όλο και περισσότερες χώρες φαίνεται ότι εξετάζουν την αναδιαμόρφωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας που εφαρμόζουν στοχεύοντας στην προώθηση της καλής υγείας και της ισότητας στην υγεία (health equity) με παράδειγμα προς μίμηση την Σκωτία όπου καταβάλλουν συστηματική προσπάθεια για την δημιουργία μια «οικονομίας ευημερίας», στην οποία η υγεία και η μείωση ανισοτήτων, αποτελούν βασικές παραμέτρους στην ανάπτυξη πολιτικών για την Υγεία.

Συγκεκριμένα το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Σκωτία στην προσπάθεια του να μειώσει τις ανισότητες στην Υγεία σχεδίασε το εργαλείο «*Triple I*[66]» , μελέτη μοντελοποίησης, το οποίο συγκεντρώνει τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία για την εκτίμηση του αντίκτυπου διαφορετικών παρεμβάσεων συμπεριλαμβανομένου του τομέα των πολιτικών που βασίζονται στο εισόδημα (φορολογία, παροχές, ελάχιστος μισθός κ.λπ.) και που μπορεί να επηρεάσουν την υγεία γενικά και τις ανισότητες στην υγεία ειδικά, τα επόμενα 20 χρόνια. Αυτό το διαδικτυακό εργαλείο επιτρέπει στους χρήστες να περιηγούνται, να οπτικοποιούν και να κατεβάζουν τα αποτελέσματα του Triple I για την περιοχή που τους ενδιαφέρει.

Το εργαλείο δημιουργήθηκε γιατί ενώ υπάρχουν πολλά ξεχωριστά στοιχεία για το πώς συγκεκριμένες παρεμβάσεις επηρεάζουν την υγεία των ατόμων, δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για τον τρόπο με τον οποίο αυτές οι παρεμβάσεις μπορεί να επηρεάσουν τις ανισότητες στην υγεία και την υγεία εν γένει σε επίπεδο πληθυσμού. Το Triple I είναι μέρος της προσέγγισης του Σκωτσέζικου Εθνικού Συστήματος Υγείας για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων και βάσει αποδείξεων ελλείψεων (evidence based gaps) σε επίπεδο πληθυσμού. Το Triple I παρέχει στους εθνικούς και τοπικούς

υπεύθυνους λήψης αποφάσεων διαδραστικά εργαλεία και επεξεργασμένα αποτελέσματα/ευρήματα προς διευκόλυνση τόσο του σχετικού διαλόγου, όσο και την λήψη αποφάσεων σχετικά με την αποτελεσματικότητα και επιλογή παρεμβάσεων όπως ενδείκνυται. Το εργαλείο/ μελέτη είναι επίσης χρήσιμο για όσους ενδιαφέρονται να βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού και να μειώσουν τις ανισότητες στην υγεία. (*Public Health Scotland, 2019*[67]).

Αυτό καθιστά τη Σκωτία, μία από τις λίγες χώρες στις οποίες η καταπολέμηση της φτώχειας και κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας βρίσκονται στο επίκεντρο αυτών των παρεμβάσεων.

ε. Ψυχική Υγεία

Οι ψυχικές διαταραχές επιβαρύνουν σημαντικά την ευημερία και την υγεία των πολιτών, ενώ η καλή ψυχική υγεία είναι θεμελιώδης για την ευημερία των ατόμων. Πολλά προβλήματα ψυχικής υγείας σχετίζονται με κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, όπως η φτώχεια, η αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών κ.α. παράγοντες που επιτείνονται κατά την διάρκεια οικονομικών κρίσεων με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που αντιμετωπίζουν αντίστοιχα προβλήματα.

Το ελληνικό σύστημα αντιμετωπίζει σοβαρές προκλήσεις λόγω έλλειψης χρηματοδότησης και προσωπικού. Σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας, οι επισκέψεις ασθενών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, στα εξωτερικά ιατρεία και τις κλινικές ψυχικής υγείας στα γενικά νοσοκομεία του εθνικού συστήματος υγείας αυξήθηκαν κατά 120% κατά την περίοδο 2011–2014. Σύμφωνα με την πρόσφατα δημοσιευμένη έκθεση «*Τομεοποιημένος Σχεδιασμός Ανάπτυξης Μονάδων Ψυχικής Υγείας. Υφιστάμενη Κατάσταση και Ανάγκες σε Δομές και Προσωπικό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας*», το Υπουργείο Υγείας εκτιμά ότι για την ομαλή λειτουργία του συστήματος ψυχικής υγείας και την υλοποίηση της μεταρρύθμισης απαιτούνται περισσότεροι από 1.200 νέοι υπάλληλοι και η δημιουργία πάνω από 208 νέων δομών. Την ίδια στιγμή η εκτίμηση ανάγκης για την ανάπτυξη εξειδικευμένων υπηρεσιών είναι στις 34 νέες δομές, ενώ οι εξειδικευμένες υπηρεσίες για παιδιά και εφήβους είναι στις 28. Ταυτόχρονα, δεν υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας των ήδη υφιστάμενων δομών.

Παράλληλα η επιδημία COVID 19 έχει αυξήσει τον κίνδυνο εκδήλωσης για ανάπτυξη ποικίλων ψυχολογικών/ψυχιατρικών ζητημάτων ειδικά σε νέους και άτομα με χαμηλό εισόδημα. Υπάρχουν αρκετά καλά παραδείγματα για δράσεις που εστιάζουν στην ψυχική υγεία, αλλά θα εστιάσουμε σε δύο λόγω της παρούσας κατάστασης.

Το πιλοτικό έργο Κινητή μονάδα κρίσης, (Mobile Crisis Work- MCW), υλοποιήθηκε στην πόλη του Τάμπερε της Φινλανδίας, από τον Οκτώβριο του 2014 έως τον Δεκέμβριο του 2015. Υπεύθυνος φορέας για το έργο ήταν η Φινλανδική Ένωση Ψυχικής Υγείας, Mirakle. Το πρόγραμμα MCW ήταν πρω-

τοβουλία του τομέα υγείας και του κοινωνικού τομέα και εστίασε στην παροχή υπηρεσιών και στην εκπαίδευση.

Ο σκοπός του *MobileCrisisWork*[68] είναι να αναπτυχθεί μια κινητή μονάδα πρακτικής βοήθειας για την αντιμετώπιση κρίσεων που βίωναν ηλικιωμένοι, η οποία δυνητικά θα αναπαραγόταν μεταξύ τοπικών κέντρων αντιμετώπισης κρίσεων. Οι στόχοι που επιδίωκαν αφορούσαν την Πρόληψη της κατάθλιψης και προώθηση της ανθεκτικότητας, την Παροχή πιο προσβάσιμων υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την παροχή βοήθειας σε ηλικιωμένα άτομα που βίωναν δύσκολες καταστάσεις.

Οι δραστηριότητες του πιλοτικού προγράμματος περιλαμβάνουν μία έως πέντε επισκέψεις για υποστήριξη σε άτομα που είχαν ανάγκη και η ανάπτυξη ομαδικών δραστηριοτήτων για ηλικιωμένους. Το πρωτοποριακό πρόγραμμα Mobile Crisis Work είχε ως αποτέλεσμα την προώθηση του αισθήματος ευεξίας στους συμμετέχοντες. Διαπιστώθηκε επίσης η ανάγκη για επιπλέον συναντήσεις ενώ η χρονική επιμήκυνση του θα μπορούσε να δημιουργήσει καλύτερη και αποδοτικότερη συνεργασία με τις αντίστοιχες τοπικές υπηρεσίες. Το πρόγραμμα φαίνεται ότι μπορεί σχετικά εύκολα να αναπαραχθεί σε άλλες περιοχές καθώς επίσης και να ενισχυθεί με την προσθήκη και άλλων σχετικών υποστηρικτικών υπηρεσιών.

Ψυχολογικά ενημερωμένα περιβάλλοντα - Psychologically Informed Environments (PIE)

Τα ψυχολογικά ενημερωμένα περιβάλλοντα (*PIE*[69]) είναι μια συνεχής παρέμβαση, η οποία ξεκίνησε το 2011 στο Ηνωμένο Βασίλειο και συνεχίζει να αναπτύσσεται σε πάρα πολλές περιοχές. Ξεκίνησε από τον τομέα της υγείας τον κοινωνικό και εθελοντικό τομέα. Το PIE είναι ένα εργαλείο / μέθοδος το οποίο εστιάζει στην παροχή υπηρεσιών, τη δράση και την εκπαίδευση. Ο στόχος του PIE είναι να δημιουργήσει ένα περιβάλλον υπηρεσιών για άστεγους που προωθεί την ανάρρωση από τραύμα και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας, να επιτρέψει στους ανθρώπους να αναπτύξουν ανθεκτικότητα (resilience), καθώς και να ενδυναμωθούν για να μπορούν να λειτουργήσουν αυτόνομα και να χαράξουν μόνοι τους το δρόμο απομάκρυνσης από τον κοινωνικό αποκλεισμό. Οι δραστηριότητες περιλαμβάνουν ένα πλαίσιο παροχής ψυχολογικών υπηρεσιών, αναστοχαστική πρακτική, συμμετοχή των εξυπηρετούμενων, δημιουργία κοινωνικών χώρων, διαχείριση σχέσεων και υποστήριξη για χρήση υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης.

Στα αποτελέσματα του PIE αναφέρονται: αύξηση των θετικών μετακινήσεων από ιδρύματα αστέγων, μείωση περιστατικών βίας, αυτοτραυματισμού, αυτοκτονιών, επείγουσας νοσηλείας καθώς και μείωση των επαναλαμβανόμενων νοσηλειών ατόμων που αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας.

Οι υπηρεσίες Υγείας κατά την πανδημία Covid19

Ενδεχόμενα ζητήματα στον τομέα της υγείας, ελλείψεις αλλά και διαφορετικές πολιτικές διαχείρισης εμφανίστηκαν στην ολότητά τους από το ξέσπασμα της πανδημίας του νέου κορονοϊού SARS-CoV-2 (COVID-19) και έπειτα. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το ξέσπασμα της πανδημίας ανέδειξε μια σειρά λανθανόντων προβλημάτων των συστημάτων Υγείας. Ζητήματα τα οποία είχαν να κάνουν κατά βάση με τη μη προετοιμασία, την έλλειψη σαφών υγειονομικών πρωτοκόλλων, τις υλικές ελλείψεις αλλά και τις ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό.

Οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν μετά τη χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 επηρέασαν τα συστήματα Υγείας. Οι χώρες του ευρωπαϊκού Νότου επηρεάστηκαν περισσότερο για διάφορους παράγοντες που έχουν κατά βάση να κάνουν με ζητήματα οικονομίας. Επομένως εικόνες όπως αυτές του Μπέργκαμο της Ιταλίας, όπου τα νοσοκομεία και οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας για την αντιμετώπιση του κορονοϊού δεν επαρκούσαν, έγιναν ιδιαίτερα αισθητές με τους υγειονομικούς υπαλλήλους να διαχωρίζουν τους ασθενείς προσβεβλημένους από κορονοϊό σε εκείνους που θα διασωληνωθούν, αυξάνοντας ταυτόχρονα τις πιθανότητες να ζήσουν και εκείνους που θα έμεναν σε απλές κλίνες νοσηλείας, με μεγάλο αριθμό εξ αυτών να καταλήγουν.

Η ευρωπαϊκή πολιτική αντιμετώπισης της πανδημίας, εξελίχθηκε σε δύο επίπεδα, στο υγειονομικό και το οικονομικό. Το πρώτο αφορά τα μέτρα τα οποία έλαβαν οι χώρες της ΕΕ προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις υγειονομικές επιπτώσεις της πανδημίας, όπως η αύξηση προσωπικού στις μονάδες Υγείας, η αύξηση των μέσων ατομικής προστασίας και η διαθεσιμότητα αυτών, καθώς επίσης και αντίστοιχες ενισχύσεις της υλικοτεχνικής υποδομής. Το δεύτερο αφορά τα μέτρα εκείνα τα οποία πάρθηκαν ούτως ώστε να ενισχυθεί η οικονομία, η οποία σε μεγάλο βαθμό επλήγη από τα συνεχόμενα και για μεγάλα διαστήματα μέτρα καραντίνας. Ένα από τα βασικά μέτρα που έλαβε η ΕΕ, ήταν το πρόγραμμα SURE, το οποίο και αφορούσε χρηματοδοτική στήριξη ύψους 87,4 δισ. € σε 16 κράτη μέλη της Ένωσης με τη μορφή δανείων.

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την *έκθεση*[70] του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) «Υγεία με μια ματιά», οι δαπάνες των κρατών μελών της Ένωσης για την Υγεία, προωθούνται κυρίως στη θεραπεία και όχι στην πρόληψη ασθενειών. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην ίδια πηγή αναγνωρίζεται η δυσκολία του να πραγματοποιηθεί μια πλήρης αποτύπωση της κατάστασης σε σχέση με τον κορονοϊό, καθώς η πανδημία βρίσκεται εν εξελίξει και οι κυβερνήσεις των χωρών επανεξετάζουν συνεχώς την πολιτική αντιμετώπισης της πανδημίας.

Σε κάθε περίπτωση όμως τα ίδια στοιχεία δείχνουν ότι οι χώρες της ΕΕ αντιμετώπισαν μεγάλα προβλήματα στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες της πανδημίας τόσο κατά το πρώτο κύμα την Άνοιξη του 2020 όσο και κατά το δεύτερο, το Φθινόπωρο του ίδιου έτους. Αρκετές ήταν οι χώρες που, ειδι-

κά στην αρχή της κρίσης, αντιμετώπισαν δυσκολίες στην προμήθεια των αναγκαίων αποθεμάτων σε μάσκες και άλλα μέσα ατομικής προστασίας. Οι περισσότερες χώρες βρέθηκαν ακόμα μπροστά σε ζητήματα που είχαν να κάνουν με την αύξηση των διαγνωστικών τεστ του κορονοϊού, πράγμα το οποίο περιόρισε σημαντικά την αποτελεσματικότητα της διάγνωσης, του εντοπισμού και της ιχνηλάτησης κρουσμάτων. «Αυτό τις άφησε με λίγες επιλογές (όσον αφορά) τον περιορισμό της εξάπλωσης του ιού, κατά το πρώτο κύμα, κάνοντας απαραίτητα τα αυστηρότερα περιοριστικά μέτρα», αναφέρει ο ΟΟΣΑ. (OECD, 2020)

α. Αντιμετώπιση της πανδημίας στην Ελλάδα

Η ελληνική περίπτωση είναι ενδεικτική κυρίως λόγω των εγγενών αδυναμίων του συστήματος υγείας, καθώς αποτέλεσε έναν βασικό πυλώνα δυσχέρειας στην αντιμετώπισης της κρίσης του κορονοϊού, οδηγώντας σε σημαντικά προβλήματα. Μπορεί η πολιτεία να προχώρησε σε πλήθος περιορισμών, προκειμένου να ανασχεθεί η διασπορά του κορονοϊού, ωστόσο μια σειρά μέτρων που οι επιδημιολόγοι έκριναν απαραίτητα δεν ελήφθησαν. Σημαντικά ζητήματα όπως ο συνωστισμός στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, η ενίσχυση των μονάδων Υγεία σε έμψυχο δυναμικό και υλικοτεχνική υποδομή, καθώς επίσης και η συνταγογράφηση των τεστ μέσω του ΕΟΠΥΥ, δεν πραγματοποιήθηκαν καθόλου ή ορισμένα από αυτά δεν ήταν επαρκή.

Το ζήτημα της δυναμικότητας του συστήματος σε μάλιστα σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, αποτέλεσε και εξακολουθεί να αποτελεί ένα από τα βασικά ζητήματα διαχείρισης της κατάστασης. Μάλιστα κατά την κορύφωση του δεύτερου κύματος της πανδημίας – με τα στοιχεία που υπάρχουν έως και τον Δεκέμβριο – ειδικά σε περιοχές όπως η βόρεια Ελλάδα καταγγέλθηκε επανειλημμένα από γιατρούς και νοσηλευτές ότι κατά την έναρξη της βάρδιας σε συγκεκριμένα νοσοκομεία δεν υπήρχε διαθεσιμότητα κλινών προκειμένου να διασωληνωθούν ασθενείς ή ο αριθμών των κενών ήταν μηδαμινός μπροστά στο βάρος που θα καλούνταν να σηκώσουν. Υπογραμμίζεται ότι στις 18 Νοεμβρίου ο συνολικός αριθμός των ΜΕΘ για χρήση τους από ασθενείς με κορονοϊό, ήταν 624. Την ίδια ημέρα οι διασωληνωμένοι έφτασαν τους 480, σύμφωνα με την ανακοίνωση του ΕΟΔΥ, για να ανέλθουν σε 622 στις 3 Δεκεμβρίου.

Πιο συγκεκριμένα όμως, *μιλώντας*[71] στον τηλεοπτικό σταθμό Open στις 19 Νοεμβρίου, ο διευθυντής ΜΕΘ του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, είχε δηλώσει πως η βάρδια της προηγούμενης ημέρες, κατά την οποία διασωληνώθηκαν συνολικά 90 ασθενείς, κάλυψε όλες τις κενές κλίνες ΜΕΘ. Επομένως δεν υπήρχαν κενές κλίνες για νέα περιστατικά.

Χαρακτηριστικό επίσης *περιστατικό ρεπορτάζ*[72] για τις ελλείψεις αφορά μια 37χρονη νοσοκόμα, η οποία κατέληξε προσβεβλημένη από Covid-19, στην Έδεσσα. Καθώς το νοσοκομείο δεν διέθετε ΜΕΘ, δρομολογήθηκε η εξεύρεση και επιχείρηση μεταφοράς της στο νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος

της Θεσσαλονίκης, ωστόσο η νοσοκόμα εξέπνευσε πριν προλάβει να μεταφερθεί. Το περιστατικό αποτελεί καταγγελία του προέδρου της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), Μιχάλη Γιαννάκου. Σύμφωνα με *ρεπορτάζ*[73] του δημοσιογράφου Τάσου Τέλλογλου για το insidestory, 7 στους 10 ασθενείς που καταλήγουν από τη νόσο του κορονοϊού, νοσηλεύονται εκτός Μονάδων Εντατικής Θεραπείας, αφού αυτές δεν επαρκούν.

Παρά τις εκκλήσεις γιατρών, νοσηλευτών αλλά και διαφόρων ομάδων πίεσης για επίταξη του ιδιωτικού τομέα Υγείας, προκειμένου να διαθέσει πόρους σε εξοπλισμό αλλά και ανθρώπινο δυναμικό εναντίον της ιδιότυπης «μάχης» εναντίον του κορονοϊού, η κυβέρνηση δεν προχώρησε σε κανένα τέτοιο μέτρό. Αντίθετα προέβη σε ενοικίαση και μάλιστα κατά περιπτώσεις υπερκοστολογημένη, ιδιωτικών κλινικών προκειμένου αυτές να χρησιμοποιηθούν από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Μόνο τον Νοέμβριο και λίγο πριν επιβληθούν για δεύτερη φορά μέτρα απαγόρευσης κυκλοφορίας του πληθυσμού, το υπουργείο Υγείας αποφάσισε, με τροπολογία που κατέθεσε ο υπουργός Βασίλης Κικίλιας στη Βουλή στις 5 Νοεμβρίου, να πραγματοποιήσει μεταξύ άλλων προσλήψεις στο ΕΣΥ αλλά να νομοθετήσει επιπλέον και την «αναγκαστική διάθεση στο δημόσιο για κάλυψη αναγκών δημόσιας υγείας, κλινών ιδιωτικών θεραπευτηρίων και κλινικών, κλινών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), επιμέρους χώρων ιδιωτικών θεραπευτηρίων, δομών υγείας και παρόχων υπηρεσιών υγείας, καθώς και ιδιωτικών νοσοκομείων και θεραπευτηρίων εν συνόλω, για την κάλυψη της έκτακτης και επιτακτικής ανάγκης δημόσιας υγείας από την έξαρση του κορονοϊού COVID-19, εφόσον αυτές δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν με διαφορετικό τρόπο».

Ωστόσο οι ενισχύσεις αφορούσαν σε 500 οργανικές θέσεις ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ., 300 θέσεις εξειδικευόμενων ιατρών στο γνωστικό αντικείμενο της εξειδίκευσης στην εντατική νοσηλεία και 1.000 οργανικές θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οργανικές θέσεις του κλάδου ΤΕ Φυσικοθεραπείας. Όπως κατήγγειλε αργότερα με ανακοίνωσή της η ΟΕΝΓΕ, δεν πρόκειται για θέσεις επιπρόσθετων εργαζομένων αλλά άλλων που υπηρετούσαν ήδη στο ΕΣΥ.

β. Κατανομή πόρων

Η ανισοκατανομή πόρων στην επαρχία σε σχέση με τις μεγάλες πόλεις, φαίνεται ότι εξακολούθησε να συμβαίνει και τη περίοδο της πανδημίας. Αν και ήδη από το πρώτο κύμα της πανδημίας είχε εξαγγελθεί η ενίσχυση των υγειονομικών μονάδων σε επικουρικό προσωπικό, επανειλημμένα τα συνδικαλιστικά όργανα του προσωπικού των δημοσίων νοσοκομείων, ΟΕΝΓΕ και ΠΟΕΔΗΝ είχαν αντιδράσει έντονα, υποστηρίζοντας πως οι ενισχύσεις δεν επαρκούσαν, ειδικά όσον αφορά τις υγειονομικές μονάδες της επαρχίας. Σχετικά με το ζήτημα των ΜΕΘ, στην περιφέρεια ήταν ανεπαρκείς, πράγμα το οποίο κατέδειξε η κυβερνητική επιλογή να πραγματοποιούνται αεροδιακομιδές ασθενών από μονάδες της περιφέρειας σε άλλες περιοχές, όπου υπήρχαν ΜΕΘ ή κενές κλίνες αυτών. Τα κενά στο προ-

σωπικό αναδείχθηκαν ως επί το πλείστον όταν γιατροί και νοσηλευτές αλλά και άλλοι υπάλληλοι σε θέσεις κρίσιμες για τη λειτουργία των μονάδων Υγείας, άρχισαν να προσβάλλονται από τον SARS CoV- 2 και να χρειάζονται οι ίδιοι απομόνωση, νοσηλεία ή διασωλήνωση.

Ενδεικτικό είναι το παράδειγμα του Καρπενησίου, όπου μεταφέρθηκε ένας ηλικιωμένος νοσούντας από τον ιό και κλήθηκε να τον διασωληνώσει με παροχή οξυγόνου ο παθολόγος που βρισκόταν επίσης προσβεβλημένος από κορονοϊό σε κατ' οίκον περιορισμό. Εν τέλει μετά τη διασωλήνωση ο γιατρός κλήθηκε, παρά τον κίνδυνο διασποράς της νόσου, να αναλάβει και πάλι καθήκοντα, ενώ ο ασθενής μεταφέρθηκε σε άλλο νοσοκομείο, εφόσον στο συγκεκριμένο δεν υπήρχε ενεργή Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, καθώς δεν υπήρχε το απαραίτητο προσωπικό για τη στελέχωσή της.

Αξίζει να σημειωθεί ότι αν και τα νοσοκομεία των μεγάλων πόλεων παρουσίασαν επίσης μεγάλες ελλείψεις, το πρόβλημα εντοπίζεται κυρίαρχα στη περιφέρεια, όπου σημειώθηκαν τα περισσότερα περιστατικά που σχετίζονται με τη μη ενίσχυση των μονάδων Υγείας.

γ. Προτάσεις Επαγγελματιών Υγείας του Ε.Σ.Υ.

Ωστόσο πέρα από καταγγελίες και ορισμένες κινητοποιήσεις στις οποίες προχώρησαν οι υγειονομικοί υπάλληλοι των δημόσιων νοσοκομείων της χώρας, κατέθεσαν συγκεκριμένες και σαφείς προτάσεις τόσο κατά το πρώτο όσο και κατά το δεύτερο κύμα της πανδημίας, προκειμένου να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικότερα η πανδημία.

Στην πρώτη περίοδο της πανδημίας, η πρόταση της ΟΕΝΓΕ αποτελούταν από *έξι σημεία*[74] τα οποία ήταν τα εξής:

1. «Ανάπτυξη όσο το δυνατόν περισσότερων κλινών ΜΕΘ έστω και τώρα. Υπενθυμίζουμε πως πάγιο διαχρονικό αίτημα της ΟΕΝΓΕ και πριν την επιδημία ήταν τουλάχιστον 2000 κλίνες ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία συν άλλες 1500 κλίνες ΜΑΦ (που μπορούν να μετατραπούν άμεσα ανά πάσα στιγμή σε κλίνες ΜΕΘ).

2. Έκτακτες μαζικές προσλήψεις μόνιμου προσωπικού για να στελεχωθούν τα δημόσια νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

3. Μέσα ατομικής προστασίας των υγειονομικών. Καμία υποχώρηση. Καμία έκπτωση.

4. Άμεση επίταξη του ιδιωτικού τομέα. Άμεση επίταξη κλινών, κλινικών, κρεβατιών ΜΕΘ και εργαστηρίων του ιδιωτικού τομέα.

5. Διενέργεια test για κορονοϊό σε όλο το προσωπικό. Απαγόρευση της διενέργειας test στον ιδιω-

τικό τομέα, επίταξη όλης της ποσότητας αντιδραστηρίων και kit που διαθέτουν. Διενέργεια test μόνο βάσει επιστημονικών ενδείξεων, απολύτως δωρεάν και με ευθύνη των κρατικών φορέων σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού σύμφωνα με τις τρέχουσες οδηγίες του ΠΟΥ (WHO).

6. Άμεση εξασφάλισης όλων των αναγκαίων μέτρων προστασίας για την υγεία των προσφύγων και των μεταναστών, των άστεγων, των τοξικοεξαρτημένων, φυλακισμένων και άλλων ειδικών πληθυσμιακών ομάδων (π.χ. Ρομά)».

Τη δεύτερη περίοδο εξάπλωσης του κορονοϊού, οι προτάσεις της *ΟΕΝΓΕ*[75], αφορούσαν: και πάλι την άμεση ενίσχυση των μονάδων υγείας σε προσωπικό, καθώς επίσης και τη μονιμοποίηση των επικουρικών γιατρών.

Σε παρόμοιο επίπεδο κινούνταν και οι *προτάσεις*[76] του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) τον Δεκέμβριο του 2020. Συγκεκριμένα στην επιστολή του προς την ηγεσία του υπουργείου Υγείας, «οι ενέργειες που συστήνει ο ΠΙΣ είναι οι εξής:

1. Χορήγηση επιδόματος πανδημίας σε όλους τους υπηρετούντες ιατρούς στα νοσοκομεία, προσαυξημένο, αναλόγως θέσεως και καθηκόντων. Στο πλαίσιο αυτό, οι ιατροί που προσφέρουν ίδιο έργο, θα πρέπει να τυγχάνουν ίσης έμπρακτης αναγνώρισης.

2. Άμεση αποκατάσταση των επικουρικών ιατρών, οι οποίοι βρίσκονται στη μάχη μέσω ενός στρεβλού συστήματος, το οποίο μελλοντικά θα πρέπει να τερματισθεί. Στην παρούσα φάση όμως, θα πρέπει να αναιρεθεί κάθε επαγγελματική ανασφάλεια των συναδέλφων αυτών. Για την εξέλιξή τους σε μόνιμες θέσεις, οι συνάδελφοι που υπηρετούν ως επικουρικοί όπως και όσοι υπηρετήσουν με συμβάσεις περιορισμένου χρόνου κατά τη διάρκεια της πανδημίας, θα πρέπει να τυγχάνουν πενταπλάσιας αναγνώρισης του χρόνου εργασίας τους, ως προϋπηρεσία.

3. Οι συνάδελφοι που βρίσκονται σε αναμονή για ειδίκευση στις ειδικότητες αιχμής, είναι χρήσιμο να προσκληθούν και να αναλάβουν υπηρεσία τώρα, καθώς ο όγκος εργασίας αυτή τη στιγμή στα τμήματα, επιτρέπει και επιβάλλει την απασχόληση περισσότερων ειδικευόμενων.

4. Οι ειδικοί συνάδελφοι που υπηρετούν σε αγροτικά ως υποψήφιοι για τις εξετάσεις λήψης τίτλου ειδικότητας, θα πρέπει να αποσπαστούν άμεσα, στα πλησιέστερα νοσοκομεία. Ταυτόχρονα, για μια ακόμη φορά τονίζουμε ότι η υποχρέωση του αγροτικού πρέπει να αποδεσμευτεί από τη διαδικασία λήψης τίτλου ειδικότητας και να μην αποτελεί προϋπόθεση συμμετοχής στις εξετάσεις.

5. Οι διορισμοί κριθέντων ιατρών για μόνιμες θέσεις του ΕΣΥ, θα πρέπει να εκτελεστούν αστραπιαία. Επίσης, οι κρίσεις των προκηρυχθέντων θέσεων θα πρέπει να ολοκληρωθούν άμεσα. Αυτό

αφορά τόσο σε θέσεις που έχουν προκηρυχθεί, όσο σε θέσεις που πρέπει να προκηρυχθούν για την κάλυψη νέων αναγκών.

6. Η αναμόρφωση του μισθολογίου των νοσοκομειακών ιατρών είναι επιβεβλη-μένη, καθώς οι Έλληνες ιατροί λαμβάνουν από τους χαμηλότερους μισθούς στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η σύγκριση με χώρες όπως η Ρουμανία, Κύπρος και η Μάλτα προκαλεί θλίψη και αποτελεί αντικίνητρο για την προσέλκυση συναδέλφων. Η έναρξη διαλόγου για το θέμα αυτό σήμερα, είναι απολύτως αναγκαία».

δ. Υγειονομικά πρωτόκολλα

Δεν θα μπορούσε να συνίσταται αντιμετώπιση της πανδημίας χωρίς τα αντίστοιχα υγειονομικά πρωτόκολλα, ειδικά όσα αφορούν τις μονάδες που περιθάλπουν ασθενείς από Covid-19. Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, έχει εκδώσει οδηγίες αντιμετώπισης κρουσμάτων και περίθαλψης αυτών. Παρ' όλα αυτά φαίνεται πολλά εκ των υγειονομικών πρωτοκόλλων ιδίως σε ό,τι αφορά τα νοσοκομεία να μην τηρούνται, πράγμα το οποίος έχει να κάνει και με τα κενά στα αντίστοιχα οργανογράμματα. Ενδεικτικά στα τέλη Αυγούστου, ο πρόεδρος της ΠΟΕΔΗΝ, κατήγγειλε ότι «η απόφαση για τεστ κοροναϊού στους συναδέλφους που επιστρέφουν από άδεια είναι ημιτελής. Τα τεστ γίνονται μετά από ραντεβού που κλείνεται σε μια εβδομάδα και τα αποτελέσματα βγαίνουν σε 10 ημέρες. Εν τω μεταξύ εργάζονται κανονικά. Όταν νοσεί ένας που επιστρέφει από άδεια και είναι ασυμπτωματικός ο κίνδυνος είναι μεγάλος», ανέφερε, ουσιαστικά κάνοντας λόγο για παραβίαση των υγειονομικών πρωτοκόλλων. (*ΕΟΔΥ, 2020*[77])

Σε άλλη περίπτωση, οι εργαζόμενοι του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείο «Αττικόν», με *ανακοίνωσή* τους αναφέρονταν σε «ελαστικότητα» των υγειονομικών πρωτοκόλλων, αφού εργαζόμενοι – πιθανά κρούσματα, εξακολουθούσαν να εργάζονται στο νοσοκομείο, καθώς δεν υπήρχαν αναπληρωματικοί εργαζόμενοι που θα στελέχωναν τη ΜΕΘ, προκειμένου οι πρώτοι να απομονωθούν. «Οι ελλείψεις σε προσωπικό είναι τεράστιες, τόσο που δεν μας επιτρέπεται ούτε να αρρωστήσουμε», ανέφεραν χαρακτηριστικά στην ανακοίνωσή τους».

ε. Προσβασιμότητα

Σύμφωνα με την έκθεση του ευρωπαϊκού τμήματος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, από τις 20 Μαρτίου, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν τακτικές συνταγές στο κινητό τους τηλέφωνο, μέσω μηνύματος ή e-mail, με πρότερη εγγραφή στο gov.gr. Το συγκεκριμένο σύστημα, είναι προσβάσιμο σε όλους τους εγγεγραμμένους ασθενείς, προκειμένου να μην διακινδυνεύουν μια πιθανή μόλυνση, ιδίως οι ευάλωτες ομάδες, προκειμένου να πάρουν τη συνταγή τους.

Επιπλέον, θεσμοθετήθηκε ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας, καλούμενος «Βοήθεια στο σπίτι», το οποίο παρέχει φροντίδα σε ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρία. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει ένα τηλεφωνικό κέντρο, το οποίο λαμβάνει αιτήματα από κατοίκους σε κάθε δήμο. Στη συνέχεια τα διαβιβάζει σε ομάδα ειδικών προκειμένου να αξιολογηθούν. Στις υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα είναι η συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, η νοσηλευτική φροντίδα, η οικογενειακή βοήθεια και παράδοση στο σπίτι βασικών αγαθών, όπως φάρμακα και τρόφιμα.

Αξίζει να σημειωθεί ωστόσο ότι πληθυσμιακές ομάδες όπως πρόσφυγες, Ρομά, άστεγοι, τοξικοεξαρτημένοι και άλλες ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, οι οποίες δεν διαθέτουν σύνδεση στο ίντερνετ ή κάποια ηλεκτρονική συσκευή, είναι αδύνατο να συμμετάσχουν στη ηλεκτρονική συνταγογράφηση και αντ' αυτού, είναι υποχρεωμένες να μεταβαίνουν στις υγειονομικές μονάδες, ακόμα και για απλές συνταγογραφήσεις, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία τους και κατ' επέκταση την υγεία ατόμων στην ίδια κοινωνική ομάδα.

Για τους ασθενείς που χρειάζονται χειρουργεία τα πράγματα είναι ακόμα δυσκολότερα, καθώς πέρα από τα μεγάλα διαστήματα αναμονής που έτσι κι αλλιώς υπήρχαν σε ό,τι αφορά τα τακτικά χειρουργεία, πρέπει πλέον να αντιμετωπίσουν και τη μείωση κατά 80% στα χειρουργεία στις πιο επιβαρυμένες με ιικό φορτίο περιοχές (κόκκινες περιοχές), η οποία αποφασίστηκε μεταξύ των υπολοίπων μέτρων αντιμετώπισης της πανδημίας τον Οκτώβριο του 2020.

Παράλληλα, μεγάλα προβλήματα δημιουργήθηκαν και από τους ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες πέραν της Covid-19, καθώς όσες εξαγγελίες αναφέρθηκαν σε πρόσθετο αριθμό κλινών είτε απλής νοσηλείας για ασθενείς με κορονοϊό είτε ΜΕΘ-Covid, αποτελούσαν στη πραγματικότητα, μετατροπές κλινών που χρησιμοποιούνταν για τη νοσηλεία πασχόντων από άλλες ασθένειες, σε κλίνες νοσηλείας ασθενών με κορονοϊό. Ταυτόχρονα, παρά το γεγονός ότι ο μέσος όρος κρεβατιών ΜΕΘ ανά 100.000 κατοίκους σε ευρωπαϊκό επίπεδο είναι 11,5, στην Ελλάδα ο αριθμός αυτός διαμορφωνόταν τον Σεπτέμβριο σε 6.

Κατά τη διάρκεια των μηνών που η πανδημία εκτυλίσσεται καταγγέλθηκαν από γιατρούς και νοσηλευτές ελλείψεις σε ΜΕΘ που καθιστούσαν απαραίτητη την επιλογή ασθενών προς διασωλήνωση. Αν και η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας και άλλα κυβερνητικά στελέχη διέψευσαν τις κα ταγγελίες, οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό αποτελούν σε κάθε πε ρίπτωση πραγματικότητα, αν αναλογιστεί κάνεις το ότι το σχέδιο της κυβέρνησης για αντιμετώ πιση των περιστατικών κορονοϊού, περιλάμβανε αεροδιακομιδή ασθενών, ενώ οι βάρδιες πολλών νοσοκομείων ξεκινούσαν ακόμα και με 100% πληρότητα στις ΜΕΘ.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση δαπανών στον κρατικό προϋπολογισμό και το ίδιο συμβαίνει και με τον προϋπολογισμό του 2021, που διαμορφώθηκε ενώ οι επιπτώσεις της πανδημίας

ήταν απολύτως ορατές , θέτοντας έτσι σοβαρό ζήτημα στην ανθεκτικότητα του ΕΣΥ. Για την αντι μετώπιση των ελλείψεων, των εμποδίων στην πρόσβαση και των ανισοτήτων στην υγεία, απαιτού νται διαρθρωτικές αλλαγές και ανάλογη αύξηση δαπανών αν επιδιώκουμε η υγεία να αποτελεί κα θολικό δικαίωμα και όχι προνόμιο.

Εν κατακλείδι, παρότι το ΕΣΥ έχει στέρεες βάσεις, παρατηρείται μια σειρά προβλημάτων και αδυ-ναμιών, που καθιστούν το έργο της δημόσιας περίθαλψης ανεπαρκές. Όπως αναλύθηκε παραπά-νω υπάρχουν κενά που επιδρούν αρνητικά στην υγεία των πολιτών και πολύ περισσότερο των αν-θρώπων που είναι σε δυσμενέστερη θέση είτε οικονομικά είτε όσον αφορά το επίπεδο της υγείας τους. Η υγειονομική κρίση που προέκυψε με τον κορωνοϊό εξελίχθηκε σε κοινωνική, καθώς έφερε στην επιφάνεια τις βαθειές ανισότητες που χαρακτηρίζουν το εσωτερικό των κοινωνιών, αλλά και τις ανισότητες σε παγκόσμιο επίπεδο. Κατόπιν της συγκεκριμένης διερεύνησης και υπό το συγκε-κριμένο πρίσμα οι Γιατροί του Κόσμου προσπαθούν να συνεισφέρουν στον απαραίτητο διάλογο για την υγεία, μεταξύ άλλων παραθέτοντας παρακάτω προτάσεις βελτίωσης του ΕΣΥ και επίλυσης σημαντικών προβλημάτων.

στ. Πληθυσμιακές ομάδες που επλήγησαν περισσότερο

Ένας βασικός παράγοντας που φαίνεται ότι διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο αναφορικά με τις λοι-μώξεις και τους κινδύνους από την Covid-19, αποτελεί ο παράγοντας της φτώχειας. Όπως αναφέρει η έκθεση του ΟΟΣΑ για την υγεία στην Ευρώπη, η Covid-19 έχει χτυπήσει δυσανάλογα τους φτω-χούς, αυτούς που ζουν σε απομονωμένες περιοχές αλλά και τις μειονότητες. Αυτό συμβαίνει κα-θώς άτομα από αυτές τις ομάδες, είναι πιθανότερο να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, να εί-ναι ευάλωτα στην παχυσαρκία αλλά και να έχουν περιορισμένη πρόσβαση στα συστήματα υγείας.

Ταυτόχρονα η ανεπάρκεια των πληροφοριών για την Covid-19 αλλά και τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε μειονότητες που δεν κατανοούν καλά ή και καθόλου την γλώσσα της εκάστοτε χώρας, αποτελεί σημαντική τροχοπέδη για πρόσβαση στο σύστημα περίθαλψης. (*OECD, 2019d /2019c*[78])

Συμπερασματικά, μεταξύ άλλων οι διακρίσεις, η φτώχεια, η υπαγωγή σε εθνοτική ομάδα ή σε άλ-λη μειονεκτική ομάδα και η μη πρόσβαση στην τηλεργασία, ανεβάζουν τον κίνδυνο προσβολής και κατ' επέκταση θανάτου από κορονοϊό, σε επίπεδο ακόμα και 50% πάνω σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες του πληθυσμού.

Ειδικά για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα, η κατάσταση που δημιούργησε ο κορονοϊός, ήταν ιδιαίτερα ανησυχητική. Συμπεράσματα μπορούν να εξαχθούν ήδη από το γεγονός ότι η πίεση των νοσοκομείων που μεταφράστηκε σε υπολειτουργία ιατρείων αλλά και ο φόβος μετάβασής σε αυ-τά, εξαιτίας κινδύνου μετάδοσης του κορονοϊού, αναγκάζουν πολλούς ασθενείς να μεταχρονολο-

γήσουν τις ιατρικές τους επισκέψεις, με αποτέλεσμα σημαντικές εξετάσεις ή και θεραπείες να μην πραγματοποιούνται, πράγμα το οποίο συχνά συνεπάγεται την περαιτέρω επιδείνωση της υγείας των ασθενών αυτών.

Όπως είχε αναφέρει η παθολόγος-διαβητολόγος, διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών, Παναγιώτα Μήτρου, μιλώντας τον Οκτώβριο στο *Αθηναϊκό-Μακεδονικό Πρακτορείο*[79], οι υπηρεσίες υγείας για τα μη μεταδοτικά νοσήματα επηρεάστηκαν πολύ σημαντικά. Σε ότ,ι αφορά τους καρκινοπαθείς, το 39% των χωρών μείωσαν τις θεραπείες τους, ενώ αντίστοιχες επιπτώσεις υπάρχουν και για τους ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη.

Αδυναμία αντιμετώπισης σε πολλές χώρες υπήρξε και για τους ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Ειδικά για την Ελλάδα η Π. Μήτρου είχε σημειώσει πως καταγράφηκε μείωση κατά 70% στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, λόγω φόβου μετάδοσης της νόσου Covid-19.

ζ. Εμβόλιο

Στα μέτρα αντιμετώπισης της πανδημίας, εντάσσεται και ο επικείμενος εμβολιασμός. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει συνάψει συμφωνίες με διάφορες εταιρείες προκειμένου να εφοδιαστεί με τον απαραίτητο αριθμό εμβολίων κατά της νόσου Covid-19. Τα εμβόλια, όπως ήδη έχει αποφασιστεί, θα διατεθούν στις χώρες σύμφωνα με τον πληθυσμό τους. Επομένως στην Ελλάδα αντιστοιχεί ένα ποσοστό 2,36 – 2,39% του αριθμού των δόσεων εμβολίου, που θα εξασφαλίσει η Ε.Ε.

Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι η χώρα δεν θα λάβει ολόκληρη την προμήθεια εμβολίων κατευθείαν αλλά αυτό θα πραγματοποιηθεί σε διάστημα μηνών. Με βάση τον αριθμό των εμβολίων που αναμένεται να λάβει η χώρα, η ελληνική κυβέρνηση έχει αναπτύξει ένα «Εθνικό Σχέδιο Εμβολιασμού» του πληθυσμού το οποίο περιλαμβάνει τρεις φάσεις κατά προτεραιότητα ευαλωτότητας της εκάστοτε πληθυσμιακής ομάδας.

Συμπερασματικά

Η μελέτη του ελληνικού συστήματος υγείας αποτελεί από μόνη της ένα εργαλείο αντιμετώπισης και των παθογενειών που το χαρακτηρίζουν. Ακόμα και αν το ελληνικό σύστημα είναι δομημένο πάνω στην πλήρη ένταξη και στην ισότιμη περίθαλψη, αυτό δεν αποτυπώνεται στην πράξη καθώς πληθυσμιακές ομάδες είτε εξαναγκάζονται να πληρώνουν συχνά υπέρογκα κόστη για τις υπηρεσίες υγείας είτε πλήττονται περισσότερο για μια σειρά από λόγους όπως το γεγονός ότι συχνά δεν μπορούν να προμηθευτούν δωρεάν τα φάρμακά τους.

Όπως αναλύθηκε παραπάνω ζητήματα όπως το κόστος των υπηρεσιών και του φαρμάκου, η εγγύτητα σε μονάδες υγείας, η ανισομερής κατανομή προσωπικού στην επικράτεια, η κατανόηση λειτουργίας του συστήματος και των χαρακτηριστικών του (π.χ. για τους αιτούντες άσυλο), τα ενδονοσοκομειακά κόστη, η ιδιωτική δαπάνη, οι άτυπες πληρωμές καθώς και μία σειρά από άλλους λόγους συνιστούν τα εμπόδια που συναντά κανείς, κυρίως όμως οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα. Για τους ανθρώπους δε, που χρήζουν χειρουργικής επέμβασης, ο χρόνος αναμονής στις λίστες των χειρουργείων αποτελεί ένα μόνιμο και θεσμοθετημένο πλέον πρόβλημα. Ουσιαστικά αντί να ενισχυθούν οι δομές υγείας με χειρουργούς όλων των ειδικοτήτων αλλά και με την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή, δημιουργήθηκε η τακτική της λίστας, η οποία συχνά σημαίνει και μήνες αναμονής για χειρουργικές επεμβάσεις.

Παράλληλα οι μηδαμινές δαπάνες για την πρόληψη, τα υψηλά σχετικά νούμερα των αποτρέψιμων θανάτων και άλλα ζητήματα, όπως για παράδειγμα οι θεραπεύσιμες μορφές καρκίνου, αναδεικνύουν επίσης τα κενά που υπάρχουν στο Ελληνικό σύστημα υγείας εφόσον η διάγνωση τέτοιον ογκολογικών περιπτώσεων δεν πραγματοποιείται εγκαίρως, καθώς δεν υπάρχει τέτοια πρόβλεψη συστηματικών μαζικών εξετάσεων στον πληθυσμό.

Η περίοδος της πανδημίας, στο σύντομο χρονικό διάστημα από την έναρξη της ορατότητας των επιπτώσεων και στη χώρα μας ανέδειξε πλήθος των παθογενειών που αναφέρθηκαν. Ζητήματα όπως η ανεπάρκεια σε μονάδες νοσηλείας, σε ΜΕΘ, σε προσωπικό αλλά και η μη επαρκής στελέχωση των μονάδων της περιφέρειας, αποτέλεσαν βασικά προβλήματα τόσο στην πρόσβαση όσο και στην θνητότητα από την Covid-19.

Ωστόσο οι συγκεκριμένες ελλείψεις δεν αποτελούν κεραυνό εν αιθρία. Μια δομημένη προσπάθεια περικοπής δαπανών για το σύστημα υγείας συντονίστηκε και εφαρμόστηκε κατά τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής τα προηγούμενα χρόνια, αφήνοντας ουσιαστικά μεγάλα κενά, τα οποία μία μεγάλη υγειονομική κρίση όπως αυτή του κορονοϊού ανέδειξε με τον χειρότερο τρόπο.

Κατά τη διάρκεια των μηνών που η πανδημία εκτυλίσσεται καταγγέλθηκαν από γιατρούς και νοσηλευτές ελλείψεις σε ΜΕΘ που καθιστούσαν απαραίτητη την επιλογή ασθενών προς διασωλήνωση. Αν και η πολιτική ηγεσία του υπουργείου Υγείας και άλλα κυβερνητικά στελέχη διέψευσαν τις καταγγελίες, οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό αποτελούν σε κάθε περίπτωση πραγματικότητα, αν αναλογιστεί κάνεις το ότι το σχέδιο της κυβέρνησης για αντιμετώπιση των περιστατικών κορονοϊού, περιλάμβανε αεροδιακομιδή ασθενών, ενώ οι βάρδιες πολλών νοσοκομείων ξεκινούσαν ακόμα και με 100% πληρότητα στις ΜΕΘ.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση δαπανών στον κρατικό προϋπολογισμό και το ίδιο συμβαίνει και με τον προϋπολογισμό του 2021, που διαμορφώθηκε ενώ οι επιπτώσεις της πανδημίας ήταν απολύτως ορατές , θέτοντας έτσι σοβαρό ζήτημα στην ανθεκτικότητα του ΕΣΥ. Για την αντιμετώπιση των ελλείψεων, των εμποδίων στην πρόσβαση και των ανισοτήτων στην υγεία, απαιτούνται διαρθρωτικές αλλαγές και ανάλογη αύξηση δαπανών αν επιδιώκουμε η υγεία να αποτελεί καθολικό δικαίωμα και όχι προνόμιο.

Εν κατακλείδι, παρότι το ΕΣΥ έχει στέρεες βάσεις, παρατηρείται μια σειρά προβλημάτων και αδυναμιών, που καθιστούν το έργο της δημόσιας περίθαλψης ανεπαρκές. Όπως αναλύθηκε παραπάνω υπάρχουν κενά που επιδρούν αρνητικά στην υγεία των πολιτών και πολύ περισσότερο των ανθρώπων που είναι σε δυσμενέστερη θέση είτε οικονομικά είτε όσον αφορά το επίπεδο της υγείας τους. Η υγειονομική κρίση που προέκυψε με την πανδημία Covid19 εξελίχθηκε σε κοινωνική, καθώς έφερε στην επιφάνεια τις βαθειές ανισότητες που χαρακτηρίζουν το εσωτερικό των κοινωνιών, αλλά και τις ανισότητες σε παγκόσμιο επίπεδο. Κατόπιν της συγκεκριμένης διερεύνησης και υπό το συγκεκριμένο πρίσμα, οι Γιατροί του Κόσμου προσπαθούν να συνεισφέρουν στον απαραίτητο διάλογο για την υγεία, μεταξύ άλλων παραθέτοντας παρακάτω προτάσεις βελτίωσης του ΕΣΥ και επίλυσης σημαντικών προβλημάτων.

α. Προτάσεις Πολιτικής

- Ενίσχυση της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ, ώστε οι δημόσιες δαπάνες υγείας να αντιστοιχούν τουλάχιστον στο 6% του Α.Ε.Π (από 5% που είναι σήμερα).

- Προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού για τη κάλυψη τω ελλείψεων.

- Γεωγραφική διεύρυνση και ενίσχυση λειτουργίας των δομών υγείας του ΠΕΔΥ, σε συνδυασμό με καλύτερη διεπικοινωνία και διασύνδεση αυτών και Ενίσχυση των θεσμών του Οικογενειακού Ιατρού, της Κοινοτικής Νοσηλευτικής και της Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας, του Οικογενειακού Προγραμματισμού και των υπηρεσιών σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και της Παιδικής Ανοσοποίησης

- Επένδυση στην πρόληψη με θεσπισμένες περιοδικές δράσεις προαγωγής υγείας στην κοινότητα (σχολεία, πανεπιστήμια, κέντρα κοινότητας, λέσχες φίλιας 3ης ηλικίας, δομές ΑμΕΑ, κέντρα υποδοχής και διαμονής αιτούντων άσυλο) με τη συμμετοχή φορέων της κοινωνίας των πολιτών σε συνεργασία με τις αρμόδιες ΔΥΠΕ

- Σχεδιασμός οδικού χάρτη υγείας και πρόνοιας για την επιτήρηση ιατρικών αναγκών και συστηματική κατανομή πόρων σε όλη την επικράτεια στη βάση διαπιστωμένων αναγκών σύμφωνα με δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά και επιδημιολογικά κριτήρια

- Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, των δράσεων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και των δομών φροντίδας της ψυχικής υγείας.

- Δημιουργία Μονάδων Χρονίων Νοσημάτων με τη συμμετοχή των γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας. Οι Μονάδες αυτές θα μπορούν να στεγάζονται σε νοσοκομεία ή σε Κέντρα Υγείας ή να διασυνδέονται επαρκώς με αυτά.

- Εκτίμηση του επιπέδου υγείας των πολιτών μέσω σχεδιασμού και εφαρμογής Εθνικού Προγράμματος Προσυμπτωματικού Ελέγχου με την συνεργασία εμπλεκόμενων φορέων και την Κοινωνία των Πολιτών.

- Διεύρυνση των συστημάτων επιτήρησης νόσων με την συμπερίληψη της παρακολούθησης των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων και Συστηματικές δράσεις εκστρατείας για την πρόληψη ασθενειών και την μείωση επιπολασμού, ευαισθητοποίηση και προ αγωγή υγείας του γενικού πληθυσμού αναφορικά με μη μεταδιδόμενες ασθένειες όπως η παιδική παχυσαρκία, τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα, ΧΑΠ, Οστεοπόρωση, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, η χρήση καπνού, αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών με τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών.

- Περαιτέρω αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας, επέκταση της ηλεκτρονικής υγείας (e-health) σε όλους τους τομείς καθώς και επέκταση του Εθνικού Δικτύου Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ).

- Εγγραμματοσύνη Υγείας και Ψηφιακή Εγγραμματοσύνη του γενικού πληθυσμού και των επαγγελματιών υγείας στο πλαίσιο ανάπτυξης δεξιοτήτων για την ανάγνωση και κατανόηση των σύγχρονων πληροφοριών υγείας.

- Καθιέρωση/Ενίσχυση διακυβερνητικής, διατομεακής και διεπιστημονικής συνεργασίας στη λογική της «ενιαίας υγείας» για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας και την υιοθέτηση/εφαρμογή τεκμηριωμένων μέτρων/πολιτικών που εστιάζουν σε ευάλωτες, κοινωνικά αποκλεισμένες και περιθωριοποιημένες κοινότητες.

- Ενίσχυση μέτρων κοινωνικής προστασίας και βελτίωσης συνθηκών διαβίωσης για όλους με στόχο την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία και στην εκπαίδευση και την αποφυγή κοινωνικού αποκλεισμού, σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων και των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης (SDGs) και Συλλογή συγκρίσιμων δεδομένων σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο που να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καταγραφή και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία.

- Άρση των διακρίσεων και σεβασμός της διαφορετικότητας και της ταυτότητας φύλου και σεξουαλικού προσανατολισμού σε υγειονομικές δράσεις όπως των προϋποθέσεων στην αιμοδοσία (θεσμικός αποκλεισμός ΛΟΑΤΚΙ ατόμων)

- Μείωση της συμμετοχή για διενέργεια Διαγνωστικών εξετάσεων όταν απαιτείται άμεση διάγνωση και τα διαθέσιμα ραντεβού σε Δημόσιες Δομές Υγείας ξεπερνούν τα εύλογα χρονικά διαστήματα και Αύξηση του οικονομικού ορίου για την συμμετοχή στο μέτρο της χαμηλότερης η μηδενικής συμμετοχής στις δαπάνες υγείας συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων

- Λήψη περαιτέρω μέτρων για την Αύξηση του μεριδίου της αγοράς των γενόσημων φαρμάκων και Διευκόλυνση της πρόσβασης των ασθενών στα καινοτόμα φάρμακα

β. Για τα Κοινωνικά Φαρμακεία

- Θέσπιση νομικού πλαισίου για διαδικασία και τον τρόπο δωρεάς περισσευούμενων φαρμάκων από ιδιώτες προς δομές κοινωνικής αλληλεγγύης

- Θέσπιση κανονισμού λειτουργίας των κοινωνικών φαρμακείων που θα ορίζει ενιαία κριτήρια για τους δικαιούχους τους αλλά και τον ακριβή τρόπο λειτουργίας τους σύμφωνα με τη φαρμακευτική νομοθεσία.

- Ενίσχυση του θεσμού κοινωνικών φαρμακείων και του ανθρωπιστικού ρόλου που επιτελούν με την διασφάλιση σταθερής χρηματοδότησης.

- Πρόσβαση των κοινωνικών φαρμακείων στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση για δυνατότητα παρακολούθησης εκτέλεσης των συνταγών που εκτελούνται από κοινωνικά φαρμακεία και δυνατότητα περαιτέρω συνταγογράφησης από τους θεράποντες ιατρούς που εξέδωσαν τις σχετικές συνταγές.

- Ενίσχυση της συνεργασίας και καλύτερος συντονισμός μεταξύ των κοινωνικών φαρμακείων και των δημόσιων νοσοκομείων, ιδίως σε περιπτώσεις φαρμάκων και υγειονομικού υλικού που βρίσκονται σε έλλειψη στα νοσοκομεία και σε περίσσευμα στα κοινωνικά φαρμακεία.

- Διασφάλιση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα όλων των συμμετεχόντων καθ' οιονδήποτε τρόπο στη διαδικασία δωρεάς φαρμάκων, σύμφωνα με τον Ν. 4624/2019 «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου (ΕΚ) και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του ΕΚ και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις».

γ. Για την αντιμετώπιση της πανδημίας

Εκτός των παραπάνω προτάσεων για την χρηματοδότηση της Δημόσιας Υγείας, την ενίσχυση του ΕΣΥ, την περαιτέρω ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας, και την άρση κάθε είδους οικονομικού εμποδίου στην πρόσβαση όλων στο σύστημα υγείας, μέτρα που συστήνει και ο ΠΟΥ με τις τελευταίες του οδηγίες, προτείνονται επίσης:

- Διενέργεια μαζικών τεστ, ιχνηλάτηση και παρακολούθηση των περιστατικών covid-19 στην κοινότητα, ουσιαστική επίταξη του ιδιωτικού τομέα και ένταξη στον κρατικό σχεδιασμό, άνοιγμα των κλειστών νοσοκομείων, επιτάχυνση του εμβολιαστικού προγράμματος και επίλυση των χρόνιων αιτημάτων των υγειονομικών.

- Απρόσκοπτη πρόσβαση σε προσιτό και άμεσο εμβολιασμό για όλους

- Αντιμετώπιση του συνόλου των νοσογόνων παραγόντων, (του αιτιολογικού συμπλέγματος/κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας) για την καταπολέμηση της πανδημίας.

- Χάραξη μακροπρόσθεσμης πολιτικής για τη δημόσια υγεία με στόχο τη μείωση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων για να διασφαλιστεί ότι η πανδημία COVID-19 δεν αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία για τις μελλοντικές γενιές.

Βιβλιογραφία

Baeten R et al (2018), *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies, European Social Policy Network (ESPN), European Commission, Brussels*, https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8152&furtherPubs=yes

Buchan J et al (2019), *Falling short: the NHS workforce challenge, The Health Foundation*, 2019, https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2019/S05_Falling%20short_The%20NHS%20workforce%20challenge.pdf

Chiarenza A et al (2019), *Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure, BMC Health Serv Res 19, 513* (2019). https://doi.org/10.1186/s12913-019-4353-1

Dafni U et al (2019), *Breast Cancer Statistics in the European Union: Incidence and Survival across European Countries, Breast Care*; Vol. 14: 344–35, https://doi.org/10.1159/000503219

ECIS – European Cancer Information System (2020), *Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries*, https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0-0$1-All$2-All$4-1,2$3-0$6-0,85$5-2008,2008$7-7,8$CEstByCountry$X0_8-3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_-1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$CEstByCountryTable$X4_19-AE27

Economou C et al (2017), *Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 19(5):1–192.* http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

EU Compass Consortium (2017), *Good Practices in Mental Health and Well-Being*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/ev_20161006_co05_en.pdf

EuroHealthNet (2019), *Fact Sheet: Health Equity in the EU*, https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Health_Equity_in_the_EU_Factsheet_August_2019_A4_greek_online.pdf

EuroHealthNet (2020), *Making the link: Improving Health and Health Equity through Strong Social Protection Systems*, https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/PP_Social_Protection_FINAL.pdf

Eurostat (2020), *Preventable and treatable mortality statistics, Statistics Explained*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Preventable_and_treatable_mortality_statistics#cite_note-1

Eurostat (2020), *Health personnel by NUTS 2 regions, European Commission, Luxembourg*, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prsrg/default/table?lang=en

Eurostat (2020), *Cancer statistics – specific cancers, Statistics explained*, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Cancer_statistics_-_specific_cancers#Breast_cancer ECS-SCSE.

Karanikolos M et al (2018), *Amenable mortality in the EU – has the crisis changed its course? European Journal of Public Health, 28(5):864–9.* DOI: 10.1093/eurpub/cky116

Maier C et al (2017) *Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation, OECD Health Working Papers*, No. 98, OECD Publishing, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*

Michelle M et al (2019), *Primary Care Physicians' Role in Coordinating Medical and Health-Related Social Needs in Eleven Countries*, Health Affairs, Vol. 39/1, *https://doi.org/10.1377/ hlthaff.2019.01088.*

NHS News (11 September 2017), *London comes together to tackle nurse shortages*, *https://www.england.nhs.uk/london/2017/09/11/london-comes-together-to-tackle-nurse-shortages/*

OECD (2016), *Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Health Policy Studies*, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264239517-en*

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

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

OECD (2019b), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/4ddd50c09-en*

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019c), *France: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris, *https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_fr_english.pdf*

OECD (2019d), *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*

OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/82129230-en*

Public Health Scotland (2019), *Informing Interventions to reduce health Inequalities (Triple I)*, *http://www.healthscotland.scot/reducing-health-inequalities/take-cost-effective-action/informing-interventions-to-reduce-health-inequalities-triple-i/overview-of-triple-i*

Souliotis K et al (2016), *Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last....*, Eur J Health Econ 17, 159–170 *https://doi.org/10.1007/s10198–015–0666–0*

Spinakis A et al (2011), *Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union – Full Report, European Commission Directorate General for Health and Consumers*, Luxembourg, *https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/full_quantos_en.pdf*

WHO (2010), *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*, World Health Organization, Geneva, *www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/*

WHO Regional Office for Europe (2011), *Technical Meeting on Health Workforce Retention in Countries of the South-eastern Europe Health Network: Bucharest, 28–29 March 2011*, Copenhagen, *https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/152203/e95774.pdf*

WHO Regional Office for Europe (2018), *Addressing informal payments in the Greek health system*, Copenhagen, *https://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/addressing-informal-payments-in-the-greek-health-system-2018*

WHO Regional Office for Europe (2019a), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*, Copenhagen, *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y*

WHO Regional Office for Europe (2019b), *Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report*, Copenhagen, *https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019*

WHO Regional Office for Europe (2020), *Greece: assessing health systems capacity to manage large influx of refugees and migrants in an evolving context. Assessment implemented in Greece 27 November–4 December 2019.* Copenhagen, (Report of the joint Ministry of Health and WHO assessment mission), *https://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications*

Yfantopoulos J, Chantzaras A (2018), *Drug policy in Greece. Value in Health Regional Issues*, 16:66–73. *https://www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212–1099(18)30116-X/fulltext*

Ziomas et al (2018), *ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare: Greece*, *https://ec.europa.eu/social/main.jsp?pager.offset=10&advSearchKey=ESPNhc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0*

ΑΠΕ-ΜΠΕ (9 Οκτωβρίου 2020), *Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην περίθαλψη χρονίως πασχόντων ασθενών*, *https://www.amna.gr/health/article/495306/Oi-epiptoseis-tis-pandimias-stin-perithalpsi-chronios-paschonton-asthenon*

Άτλας Υγείας (2020), *Ανθρώπινο Δυναμικό ανά Περιφέρεια*, *https://healthatlas.gov.gr/HealthCareStats/#!/reports/05004*

Το Βήμα (2 Ιουνίου 2018), *Χειρουργεία εκτός... ελέγχου -Υπό διάλυση νοσοκομεία του ΕΣΥ*, *https://www.tovima.gr/2018/06/02/society/xeiroyrgeia-ektos-elegxoy-ypo-dialysi-nosokomeia-toy-esy/*

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (1 Αυγούστου 2020) *Πρωτόκολλο Διαχείρισης Κρούσματος*, *https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/10/%CE%A0%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%9F%CE%9B%CE%9B%CE%9F-%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%A1%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%A3-%CE%9A%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%A3-%CE%A3%CE%95-%CE%A7%CE%A9%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3-%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%A3%CE%99%CE%91%CE%A3-%CE%A4%CE%9F%CE%A5-%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%9F%CE%A3%CE%99%CE%9F%CE%A5-%CE%A4%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%91.pdf*

ΕΛΣΤΑΤ (2020), *Δελτίο Τύπου. Έρευνα Υγείας*, 2019, Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή, *https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/-*

ΕΛΣΤΑΤ (2020), *Δελτίο Τύπου: Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια*, 2019, Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή, *https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06*

Efsyn (24 Μαρτίου 2020), *Έξι προτάσεις για ΕΣΥ και Covid-19 κατέθεσε η ΟΕΝΓΕ σε Τσίπρα-Ξανθό*, *https://www.efsyn.gr/node/236446*

ΙΣΑ (11 Μαΐου 2016), *Ο ΙΣΑ καταγγέλλει για άλλη μια φορά τις πολύμηνες αναμονές για ακτινοθεραπεία στα Δημόσια νοσοκομεία*, https://www.isathens.gr/news/arxeio-drasewn-isa/5977-isa-kataggelei-xsana-anamones-aktinotherapeias-nosokomeia.html

ΙΟΒΕ (2019), *Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2018. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος*, Αθήνα. https://www.sfee.gr/i-farmakeftiki-agora-stin-ellada-gegonota-stichia-2018/

ΙΟΒΕ (2020), *Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2019. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος*, Αθήνα. http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_22062020_REP_GR.pdf

Inside story (30 Νοεμβρίου 2020), *Ανταπόκριση από τα νοσοκομεία ΙΙ: Παγιδευμένοι στην επαρχία*, https://insidestory.gr/covid-19-antapokrisi-nosokomeia-II-pagideymenoi-stin-eparxia?token=N11R28IBJ1&fbclid=IwAR26pwkIc48p8lZqmtVQWd64M5NmUI5auUEpWLtATN6oolYsobGbBYRxTaE

Η Καθημερινή (14 Φεβρουαρίου 2016), *Έως και ένα χρόνο στη λίστα αναμονής των χειρουργείων*, https://www.kathimerini.gr/society/849464/eos-kai-ena-chrono-sti-lista-anamonis-ton-cheiroyrgeion/

Τα ΝΕΑ (12 Φεβρουαρίου 2001), *Οι λίστες αναμονής υπάρχουν για να... παραβιάζονται*, https://www.tanea.gr/2001/02/12/greece/oi-listes-anamonis-yparxoyn-gia-na-parabiazontai/

ΟΕΝΓΕ (9 Νοεμβρίου 2020), *Να υλοποιήσει τώρα η Κυβέρνηση τις προτάσεις της ΟΕΝΓΕ για άνευ όρων επίταξη του ιδιωτικού τομέα*, https://www.oengegr.com/post/%CE%BD%CE%B1-%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%AE%CF%83%CE%B5%CE%B9-%CF%84%CF%8E%CF%81%CE%B1-%CE%B7-%CE%BA%CF%85%CE%B2%CE%AD%CF%81%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%B9%CF%82-%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%84%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BF%CE%B5%CE%BD%CE%B3%CE%B5-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CE%AC%CE%BD%CE%B5%CF%85-%CF%8C%CF%81%CF%89%CE%BD-%CE%B5%CF%80%CE%AF%CF%84%CE%B1%CE%BE%CE%B7-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CF%89%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D-%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%B1

Ομοσπονδία Εργαζομένων Φαρμακευτικών & Συναφών Επαγγελμάτων Ελλάδος (27 Ιουλίου 2017), *Στοιχεία για τον κλάδο του φαρμάκου στο τρίμηνο Απρίλη-Ιούνη 2017*, http://oefsee.blogspot.com/2017/07/

Τούντας et al (2020), *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Αθήνα, διαΝΕΟσις, https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf

Υπουργείο Υγείας (10/12/2018), *Η Τηλεϊατρική στην Ελλάδα*, https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/6084-h-thleiatrikh-sthn-ellada

Φαρμακευτικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης (2017), *Χαριστική βολή για τους φαρμακοποιούς η απόφαση για τον καθορισμό λιανικής τιμής των ΜΗΣΥΦΑ*, https://www.fsth.gr/%CE%BC%CE%B7%CF%83%CF%85%CF%86%CE%B1-%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%AE.el.aspx

Human Rights Watch (24 Μαρτίου 2020), *Να μετακινηθούν οι Αιτούντες Άσυλο και οι Μετανάστες σε Ασφαλή Τοποθεσία*, https://www.hrw.org/el/news/2020/03/24/339874

The Press Project (14 Σεπτεμβρίου 2020), *«Κοπτοραπτική» στα υγειονομικά πρωτόκολλα των νοσοκομείων λόγω ελλείψεων προσωπικού*, https://thepressproject.gr/koptoraptiki-sta-ygeionomika-protokolla-ton-nosokomeion-logo-elleipseon-prosopikou/

The Press Project (19 Νοεμβρίου 2020), *Ούτε μία κενή ΜΕΘ στο ΑΧΕΠΑ – Στο 100% η πληρότητα μετά τη γενική εφημερία του νοσοκομείου*, https://thepressproject.gr/oute-mia-keni-meth-sto-achepa-sto-100-i-plirotita-meta-ti-geniki-efimeria-tou-nosokomeiou/

The Press Project (20 Νοεμβρίου 2020), *Μου είπαν ότι ακόμα και να βρεθεί ΜΕΘ ο πατέρας μου δεν θα επιλεγεί για να διασωληνωθεί λόγω ηλικίας*, https://thepressproject.gr/mou-eipan-oti-akoma-kai-na-vrethei-meth-o-pateras-mou-den-tha-epilegei-gia-na-diasolinothei-logo-ilikias/

Virus (29/07/2020), *Σε 22 νησιά επεκτείνεται το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής*, https://virus.com.gr/ote-intracom-telecom-se-22-nisia-epekteinetai-to-ethniko-diktyo-tileiatrikis/

Virus (4 Δεκεμβρίου 2020), *Προτάσεις των γιατρών για την διαχείριση της πανδημίας*, https://virus.com.gr/protaseis-ton-giatron-gia-tin-diacheirisi-tis-pandimias/

Παραπομπές

1. OECD (χ.χ.), Ανακτήθηκε από: *https://stats.oecd.org/index.aspx*

2. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

3. ΙΟΒΕ (2020), Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2019. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Αθήνα, Ανακτήθηκε από: *http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_22062020_REP_GR.pdf*

4. WHO Regional Office for Europe (2018), Addressing informal payments in the Greek health system, Copenhagen, Ανακτήθηκε από: *https://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications/addressing-informal-payments-inthe-greek-health-system-2018*

5. ΙΟΒΕ (2020), Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2019. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Αθήνα, Ανακτήθηκε από: *http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_22062020_REP_GR.pdf*

6. Yfantopoulos J, Chantzaras A (2018), Drug policy in Greece. Value in Health Regional Issues, 16:66–73. *https:// www.valuehealthregionalissues.com/article/S2212–1099(18)30116-X/fulltext*

7. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

8. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (1 Αυγούστου 2020) Πρωτόκολλο Διαχείρισης Κρούσματος, *https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/10/%CE%A0%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%9 F%CE%9B%CE%9B%CE%9F-%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%A1%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%A3-%CE%9A%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%-A3-%CE%A3%CE%95-%CE%A7%CE%A9%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3-%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%A3%CE%99%CE%91%CE%A3-%CE%A4%CE%9F%CE%A5-%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%9F%CE%A-3%CE%99%CE%9F%CE%A5-%CE%A4%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%91.pdf*

9. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (2020, Αύγουστος 1) Πρωτόκολλο Διαχείρισης Κρούσματος, Ανακτήθηκε από: *https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/10/%CE%A0%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%9 F%CE%9B%CE%9B%CE%9F-%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%A1%CE%99%CE%A3%CE%97%CE%A3-%CE%9A%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%A3-%CE%A3%CE%95-%CE%A7%CE%A9%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3-%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%A3%CE%99%CE%91%CE%A3-%CE%A4%CE%9F%CE%A5-%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%9F%CE%A-3%CE %99%CE%9F%CE%A5-%CE%A4%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%91.pdf*

10. Ομοσπονδία Εργαζομένων Φαρμακευτικών & Συναφών Επαγγελμάτων Ελλάδος (2017, Ιούλιος 27), Στοιχεία για τον κλάδο του φαρμάκου στο τρίμηνο Απρίλη-Ιούνη 2017, Ανακτήθηκε από: *http://oefsee.blogspot.com/2017/07/*

11. ΙΟΒΕ (2019), Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα & Στοιχεία 2018. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος, Αθήνα, Ανακτήθηκε από: *https://www.sfee.gr/i-farmakeftiki-agora-stin-ellada-ge-gonota-stichia-2018/*

12. Χαριστική βολή για τους φαρμακοποιούς η απόφαση για τον καθορισμό λιανικής τιμής των ΜΗΣΥΦΑ (χ.χ.), Ανακτήθηκε από: *https://www.fsth.gr/%CE%BC%CE%B7%CF%83%CF%85%CF%86%CE%B1-%CF%84%CE%B9%CE%BC%CE%AE.el.aspx*

13. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/82129230-en*

14. WHO Regional Office for Europe (2019a), Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe, Copenhagen, Ανακτήθηκε από: *https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y*

15. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

16. Economou C et al (2017), Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 19(5):1–192. *http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf*

17. Eurostat (2020), Health personnel by NUTS 2 regions, European Commission, Luxembourg, Ανακτήθηκε από: *https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_rs_prsrg/default/table?lang=en*

18. ΕΛΣΤΑΤ (2020), Δελτίο Τύπου: Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια, 2019, Πειραιάς, Ελληνική Στατιστική Αρχή, Ανακτήθηκε από: *https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06*

Τούντας et al (2020), Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αθήνα, διαΝΕΟσις, Ανακτήθηκε από: *https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf*

19. Eurostat (02/07/2021) Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and degree of urbanisation. Ανακτήθηκε από: *https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_21/default/table?lang=en*

20. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/82129230-en*

21. Άτλας Υγείας (2020), Ανθρώπινο Δυναμικό ανά Περιφέρεια, Ανακτήθηκε από: *https://healthatlas.gov.gr/HealthCareStats/#!/reports/05004*

22. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264285224-el*

23. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264285224-el*

Souliotis K et al (2016), Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last...., Eur J Health Econ 17, 159–170 *https://doi.org/10.1007/s10198-015-0666-0*

24. Αθανασίου, Α., (2001, Φεβρουάριος 12),Οι λίστες αναμονής υπάρχουν για να... παραβιάζονται. Τα Νέα. Ανακτήθηκε από: *https://www.tanea.gr/2001/02/12/greece/oi-listes-anamonis-yparxoyn-gia-na-parabiazontai/*

25. Μπουλούτζα, Π (2016, Φεβρουάριος 14)., Εως και ένα χρόνο στη λίστα αναμονής των χειρουργείων. Καθημερινή. Ανακτήθηκε από: *https://www.kathimerini.gr/society/849464/eos-kai-ena-chrono-sti-lista-anamonis-ton-cheiroyrgeion/*

26. Φυντανίδου, Ε., (2018, Ιούνιος 2). Χειρουργεία εκτός... ελέγχου-Υπό διάλυση νοσοκομεία του ΕΣΥ. Το Βήμα. Ανακτήθηκε από: *https://www.tovima.gr/2018/06/02/society/xeiroyrgeia-ektos-elegxoy-ypo-dialysi-nosokomeia-toy-esy/*

27. Νόμος 4368/2016, άρθρο 33, παράγραφος 2, Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας (ΦΕΚ 21/Α/21–2–2016)

28. Ziomas, D., Konstantinidou, D., & Capella, Antoinetta. (2018). ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare: Greece.

29. Chiarenza A et al (2019), Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure, BMC Health Serv Res 19, 513 (2019). *https://doi.org/10.1186/s12913–019-4353–1*

30. Human Rights Watch (2020, Μάρτιος 24), Να μετακινηθούν οι Αιτούντες Άσυλο και οι Μετανάστες σε Ασφαλή Τοποθεσία, Ανακτήθηκε από: *https://www.hrw.org/el/news/2020/03/24/339874*

31. WHO Regional Office for Europe (2020), Greece: assessing health systems capacity to manage large influx of refugees and migrants in an evolving context. Assessment implemented in Greece 27 November–4 December 2019. Copenhagen, (Report of the joint Ministry of Health and WHO assessment mission), Ανακτήθηκε από: *https://www.euro.who.int/en/countries/greece/publications*

32. Economou C et al (2017), Greece: Health system review. Health Systems in Transition, 19(5):1–192. *http://www. euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf*

33. ECIS – European Cancer Information System (2020), Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries, Ανακτήθηκε από: *https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0–0$1-All$2-All$4–1,2$3-0$6–0,85$5–2008,2–008$7–7,8$CEstByCountry$X0_8–3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexByCountry$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_- 1–1$CEstByIndiByCountry$X2_8–3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8–3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$C EstByCountryTable$X4_19-AE27*

34. ΙΣΑ (2016, Μάιος 11), Ο ΙΣΑ καταγγέλλει για άλλη μια φορά τις πολύμηνες αναμονές για ακτινοθεραπεία στα Δημόσια νοσοκομεία, Ανακτήθηκε από: *https://www.isathens.gr/news/arxeio-drasewn-isa/5977-isa-kataggelei-xsana-anamones-aktinotherapeias-nosokomeia.html*

35. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

36. ECIS – European Cancer Information System (2020), Estimates of cancer incidence and mortality in 2020, for all countries, Ανακτήθηκε από: *https://ecis.jrc.ec.europa.eu/explorer.php?$0–0$1-All$2-All$4–1,2$3–0$6–0,85$5–2008,2- 008$7–7,8$CEstByCountry$X0_8–3$X0_19-AE27$X0_20-No$CEstBySexBy-*

Country$X1_8-3$X1_19-AE27$X1_- 1-1$CEstByIndiByCountry$X2_8-3$X2_19-AE27$X2_20-No$CEstRelative$X3_8-3$X3_9-AE27$X3_19-AE27$C EstByCountryTable$X4_19-AE27

37. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/82129230-en*

38. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

39. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

40. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

41. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

42. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/82129230-en*

43. EuroHealthNet (2019) Ανισότητες στην υγεία στην Ευρώπη. Ανακτήθηκε από: *https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/Health_Equity_in_the_EU_Factsheet_August_2019_A4_greek_on-line.pdf*

44. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/82129230-en*

45. WHO Regional Office for Europe (2019b), Healthy, prosperous lives for all: the European Health Equity Status Report, Copenhagen, Ανακτήθηκε από: *https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-equity-status-report-2019*

46. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

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

48. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9552c910-el*

49. European Commision. European Social Policy Network (ESPN) – Country Reports. ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare, Greece, 2018, *https://ec.europa.eu/social/main.jsp?advSearchKey=ESPNhc_2018&mode=advancedSubmit&catId=22&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0*

50. Spinakis A et al (2011), Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union – Full Report, European Commission Directorate General for Health and Consumers, Luxembourg, Ανακτήθηκε από: *https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/full_quantos_en.pdf*

51. Maier C et al (2017) Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation, OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*

52. Maier C et al (2017) Nurses in Advanced Roles in Primary Care: Policy Levers for Implementation, OECD Health Working Papers, No. 98, OECD Publishing, Paris, *http://dx.doi.org/10.1787/a8756593-en*

53. Buchan J et al (2019), Falling short: the NHS workforce challenge, The Health Foundation, 2019, Ανακτήθηκε από: *https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2019/S05_Falling%20short_The%20NHS%20workforce%20challenge.pdf*

54. NHS News (2017, September 11), London comes together to tackle nurse shortages, Ανακτήθηκε από: *https://www.england.nhs.uk/london/2017/09/11/london-comes-together-to-tackle-nurse-shortages/*

55. OECD (2016), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264239517-en*

56. OECD (2019b), Health at a Glance 2019: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en*

57. WHO (2010), Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations, World Health Organization, Geneva, *www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/*

58. WHO Regional Office for Europe (2011), Technical Meeting on Health Workforce Retention in Countries of the South-eastern Europe Health Network: Bucharest, 28–29 March 2011, Copenhagen, Ανακτήθηκε από: *https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/152203/e95774.pdf*

59. OECD (2016), Health Workforce Policies in OECD Countries: Right Jobs, Right Skills, Right Places, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/9789264239517-en*

60. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019c), France: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, Ανακτήθηκε από: *https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_fr_english.pdf*

61. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/82129230-en*

62. Michelle M et al (2019), Primary Care Physicians' Role in Coordinating Medical and Health-Related Social Needs in Eleven Countries, Health Affairs, Vol. 39/1, *https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.01088*

63. Υπουργείο Υγείας (2018, Δεκέμβριος 10), Η Τηλεϊατρική στην Ελλάδα, Ανακτήθηκε από: *https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/6084-h-thleiatrikh-sthn-ellada,*

64. Σε 22 νησιά επεκτείνεται το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (2020, Ιούλιος 29), Virus, Ανακτήθηκε από: *https://virus.com.gr/ote-intracom-telecom-se-22-nisia-epekteinetai-to-ethniko-diktyo-tileiatrikis/*

65. EuroHealthNet (2020), Making the link: Improving Health and Health Equity through Strong Social Protection Systems, Ανκτήθηκε από: *https://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/PP_Social_Protection_FINAL.pdf*

66. Public Health Scotland (2019), Informing Interventions to reduce health Inequalities (Triple I), Ανακτήθηκε από: *http://www.healthscotland.scot/reducing-health-inequalities/take-cost-effective-action/informing-interventions-to-reduce-health-inequalities-triple-i/overview-of-triple-i*

67. Public Health Scotland (2019), Informing Interventions to reduce health Inequalities (Triple I), *http://www.healthscotland.scot/reducing-health-inequalities/take-cost-effective-action/informing-interventions-to-reduce-health-inequalities-triple-i/overview-of-triple-i*

68. Building Blocks for Mental Well- Being of the older-People project (2012–2016) (χ.χ.) Ανακτήθηκε από: *https://mieli.fi/en/home/development-programs/building-blocks-mental-well-being-older-people-project*

69. Mental Health Foundation (2017, 26 Ιανουαρίου), Psychologically informed support for homeless people: what it means and why it's crucial, Ανακτήθηκε από: *https://www.mentalhealth.org.uk/blog/psychologically-informed-support-homeless-people-what-it-means-and-why-it%E2%80%99s-crucial*

70. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/82129230-en*

71. Ούτε μία κενή ΜΕΘ στο ΑΧΕΠΑ – Στο 100% η πληρότητα μετά τη γενική εφημερία του νοσοκομείου, (2020, Νοέμβριος 19), The Press Project, Αναρτήθηκε από: https://thepressproject.gr/oute-mia-keni-meth-sto-achepa-sto-100-i-plirotitameta-ti-geniki-efimeria-tou-nosokomeiou/

72. The Press Project Κατέληξε από κορονοϊό 37χρονη νοσοκόμα που δεν πρόλαβε να νοσηλευτεί σε ΜΕΘ (2020, Δεκέμβριος 6), The Press Project, Ανακτήθηκε από: *https://thepressproject.gr/katelixe-apo-koronoio-37chroni-nosokoma-pou-den-prolave-na-nosileftei-se-meth/*

73. Τέλογλου, Τ., (2020, Νοέμβριος 30) Ανταπόκριση από τα νοσοκομεία ΙΙ: Παγιδευμένοι στην επαρχία, Inside Story, Ανακτήθηκε από: *https://insidestory.gr/covid-19-antapokrisi-nosokomeia-II-pagideymenoi-stin-eparxia?token=N11R28IBJ1&fbclid=IwAR26pwkIc48p8lZqmtVQWd64M5N-mUI5auUEpWLtATN6oolYsobGbBYRxTaE*

74. Βέργου, Ν., (2020, Μάρτιος 24), Έξι προτάσεις για ΕΣΥ και Covid-19 κατέθεσε η ΟΕΝΓΕ σε Τσίπρα-Ξανθό, Εφημερίδα των Συντακτών. Ανακτήθηκε από: *https://www.efsyn.gr/node/236446*

75. ΟΕΝΓΕ (2020, Νοέμβριος 24), Να υλοποιήσει τώρα η Κυβέρνηση τις προτάσεις της ΟΕΝΓΕ για άνευ όρων επίταξη του ιδιωτικού τομέα, Ανακτήθηκε από: *https://www.oengegr.com/post/%CE%BD%CE%B1-%CF%85%CE%BB%CE%BF%CF%80%CE%BF%CE%B9%CE%AE%CF%83%CE%B5%CE%B9-%CF%84%CF%8E%CF%81%CE%B1-%CE%B7-%CE%BA%CF%85%CE%B2%CE%AD%CF%81%CE%BD%CE%B7%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%B9%CF%82-%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%84%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82-%CF%84%CE%B7%CF%82-%CE%BF%CE%B5%CE%BD%CE%B3%CE%B5-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CE%AC%CE%BD%CE%B5%CF%85-%CF%8C%CF%81%CF%89%CE%BD-%CE%B5%CF%80%CE%AF%CF%84%CE%B1%CE%BE%CE%B7-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CF%89-%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D-%CF%84%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%B1*

76. Αλιμπέρτη, Μ., (2020, 4 Δεκεμβρίου), Προτάσεις των γιατρών για την διαχείριση της πανδημίας, Virus, Ανακτήθηκε από: *https://virus.com.gr/protaseis-ton-giatron-gia-tin-diacheirisi-tis-pandimias/*

77. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (2020, Αύγουστος 1) Πρωτόκολλο Διαχείρισης Κρούσματος, *https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/10/%CE%A0%CE%A1%CE%A9%CE%A4%CE%9F%CE%9A%CE%9 F%CE%9B%CE%9B%CE%9F-%CE%94%CE%99%CE%91%CE%A7%CE%95%CE%99%CE%A1%CE%99%CE%A3 %CE%97%CE%A3-%CE%9A%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%A3-%CE%A3%CE%95-%CE%A7%CE%A9%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3-%CE%95%CE%A1%CE%93%CE%91%CE%A3%CE%99%CE%91%CE%A3-%CE%A4%CE%9F%CE%A5-%CE%94%CE%97%CE%9C%CE%9F%CE%A3%CE%99%CE%9F%CE%A5-%CE%A4%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%91.pdf*

78. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019c), France: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, Ανακτήθηκε από: *https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_fr_english.pdf*

OECD (2019d), Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, *https://doi.org/10.1787/3c8385d0-en*

79. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην περίθαλψη χρονίως πασχόντων ασθενών,(2020, Οκτώβριος 9), ΑΠΕ-ΜΠΕ, Ανακτήθηκε από: *https://www.amna.gr/health/article/495306/Oi-epiptoseis-tis-pandimias-stin-perithalpsi-chronios-paschonton-asthenon*