

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΙΜΣ ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«Ε.Σ.Υ. (Εθνικό Σύστημα Υγείας), Ποιότητα παροχής υγείας προς τον πολίτη από την αρχή της πανδημίας μέχρι και σήμερα»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΟΥ ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ ΚΟΝΙΑΒΙΤΗ

A.M.: 0323m008

Επιβλέπων καθηγητής: Κωστόπουλος Τρύφων

Μέλη Επιτροπής: Κήπας Μιλτιάδης
Καραμπέλιας Γεράσιμος

Αθήνα, Ιούνιος 2025

Περιεχόμενα.....	1
1. Εισαγωγή.....	4
1.1. Σκοπός και σημασία της έρευνας.....	4
1.2. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις.....	5
1.3. Μεθοδολογία, πηγές και περιορισμοί της έρευνας.....	7
1.3.1 Σχεδιασμός της Έρευνας	7
1.3.2 Πηγές Δεδομένων.....	8
1.3.3 Ανάλυση Δεδομένων.....	9
1.4. Δομή και διάρθρωση της εργασίας.....	9
2. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα.....	11
2.1. Ιστορική εξέλιξη του Ε.Σ.Υ.....	13
2.2. Θεσμικό και νομικό πλαίσιο λειτουργίας.....	14
2.2.1. Ιδρυτική Νομοθεσία του Ε.Σ.Υ.....	15
2.2.2. Νομοθετικές Μεταρρυθμίσεις και Εξελίξεις.....	15
2.2.3. Θεσμική Οργάνωση και Ρόλος των Δημόσιων Φορέων.....	16
2.2.4. Στρατηγικές και Προοπτικές του Νομικού Πλαισίου.....	16
2.3. Βασικές δομές, υπηρεσίες και επίπεδα περίθαλψης.....	17
2.3.1. Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.....	17
2.3.2. Δευτεροβάθμια Περίθαλψη.....	17
2.3.3. Τριτοβάθμια Περίθαλψη.....	18
2.3.4. Συνδυασμός Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα.....	18
2.3.5. Πρόληψη και Υγειονομική	
Εκπαίδευση.....	19
2.4. Ο ρόλος του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υγειονομικής φροντίδας..	19
2.4.1. Δημόσιος Τομέας: Ο Πυλώνας της Υγειονομικής Φροντίδας στην Ελλάδα.....	19
2.4.2. Ιδιωτικός Τομέας: Συμπληρωματική Παροχή Υγειονομικών	
Υπηρεσιών.....	20
2.4.3. Συνεργασία Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα.....	20
2.4.4. Ανισότητες στην Πρόσβαση και Επιπτώσεις στην Υγεία.....	21
3. Η Πανδημία COVID-19 και το Ε.Σ.Υ.: Αντιδράσεις και Προκλήσεις.....	21
3.1. Χρονολόγιο της πανδημίας στην Ελλάδα.....	22
3.2. Κρατικά μέτρα και παρεμβάσεις υγειονομικών αρχών.....	24
3.2.1 Έγκαιρη αντίδραση της κυβέρνησης και επιβολή περιοριστικών μέτρων.....	24
3.2.2 Ενίσχυση του Ε.Σ.Υ. και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας.....	25
3.2.3 Παρεμβάσεις στον τομέα της υγειονομικής πληροφόρησης και επικοινωνίας.....	25
3.2.4 Ο ρόλος των τοπικών αρχών και της τοπικής αυτοδιοίκησης.....	26
3.2.5 Διεθνείς συνεργασίες και υποστήριξη.....	26
3.3. Επιπτώσεις στη λειτουργία νοσοκομείων, ΤΕΠ και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.....	26

3.3.1 Επιπτώσεις στη Λειτουργία των Νοσοκομείων.....	27
3.3.2 Επιπτώσεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).....	27
3.3.3 Επιπτώσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	28
3.3.4 Συμπεράσματα από τις Επιπτώσεις στη Λειτουργία Νοσοκομείων, ΤΕΠ και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	29
3.4. Ο ρόλος, η πίεση και η ηθική ευθύνη του υγειονομικού προσωπικού.....	29
3.4.1 Ο Ρόλος του Υγειονομικού Προσωπικού στην Αντιμετώπιση της Πανδημίας.....	29
3.4.2 Η Πίεση στο Υγειονομικό Προσωπικό.....	30
3.4.3 Η Ηθική Ευθύνη του Υγειονομικού Προσωπικού.....	30
3.4.4 Η Επίδραση της Πανδημίας στην Ψυχική Υγεία του Υγειονομικού Προσωπικού...30	
3.4.5 Προτάσεις για την Υποστήριξη του Υγειονομικού Προσωπικού.....	31
4. Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας κατά την πανδημία.....	32
4.1. Ισότιμη πρόσβαση και κοινωνική δικαιοσύνη στην περίθαλψη.....	34
4.1.1 Οι προκλήσεις της ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.....	34
4.1.2 Η κοινωνική δικαιοσύνη στην υγειονομική περίθαλψη κατά την πανδημία.....	34
4.1.3 Πολιτικές για τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.....	35
4.1.4 Συμπεράσματα.....	36
4.2. Ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμό και υποδομές.....	38
4.3. Αντιλήψεις, προσδοκίες και εμπειρίες των πολιτών από το Ε.Σ.Υ.....	39
4.3.1 Ιστορική εξέλιξη της σχέσης πολιτών και Ε.Σ.Υ.....	39
4.3.2 Αντιλήψεις των πολιτών για το Ε.Σ.Υ. πριν την πανδημία.....	40
4.3.3 Εμπειρίες και αντιλήψεις των πολιτών για το Ε.Σ.Υ. κατά την πανδημία COVID- 19.....	40
4.4. Συγκριτική ανάλυση: Η ελληνική εμπειρία σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.....	43
4.4.1 Το ελληνικό Ε.Σ.Υ.: δομή, χαρακτηριστικά και διαχρονικά προβλήματα.....	44
4.4.2 Συγκριτική προσέγγιση με χώρες του ευρωπαϊκού Νότου: Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία.....	44
4.4.3 Συγκριτική ανάλυση με χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης.....	45
4.4.4 Ο ρόλος της πανδημίας COVID-19 ως συγκριτικό εργαλείο.....	45
4.4.5 Δείκτες απόδοσης και κοινωνικές ανισότητες.....	46
4.4.6 Συμπεράσματα και κατευθύνσεις πολιτικής.....	46
5. Αντίδραση, Μεταρρυθμίσεις και Βελτιώσεις στο Ε.Σ.Υ.....	46

5.1. Έκτακτα μέτρα στήριξης του Ε.Σ.Υ. (προσλήψεις, εξοπλισμός, συνεργασίες).....	47
5.2. Σχεδιασμός και υλοποίηση μακροπρόθεσμων μεταρρυθμίσεων.....	49
5.3. Χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας: προκλήσεις και δυνατότητες.....	51
5.4. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγειονομικής περίθαλψης (τηλεϊατρική, ψηφιακός φάκελος ασθενή, κ.ά.).....	54
6. Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις της Πανδημίας στην Υγεία.....	55
6.1. Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους πολίτες και τις ευάλωτες ομάδες.....	57
6.2. Συνέπειες στο υγειονομικό προσωπικό: εργασιακή εξουθένωση (burnout), πίεση και επαγγελματικοί κίνδυνοι.....	60
6.3. Οικονομικές επιπτώσεις στο Ε.Σ.Υ. και το ασφαλιστικό σύστημα.....	62
6.4. Δημόσιος και ιδιωτικός τομέας: σύγκρουση ή συνέργεια σε περίοδο κρίσης;.....	64
7. Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής.....	66
7.1. Συνολική αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της πανδημίας.....	66
7.2. Διαπιστώσεις για τις αδυναμίες, τα κενά και τις ανθεκτικότητες του Ε.Σ.Υ.....	68
7.3. Προτάσεις για θεσμικές, οργανωτικές και λειτουργικές παρεμβάσεις.....	69
7.4. Προοπτικές για ένα αποτελεσματικότερο και πιο δίκαιο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	71
Ββλιογραφία.....	74

1. Εισαγωγή

1.1 Σκοπός και σημασία της έρευνας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αποτελεί τον βασικό πυλώνα παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, διασφαλίζοντας την πρόσβαση όλων των πολιτών σε φροντίδα υγείας ανεξαρτήτως κοινωνικής, οικονομικής ή γεωγραφικής θέσης. Η λειτουργία και η αποτελεσματικότητα του Ε.Σ.Υ. είναι άμεσα συνδεδεμένες με τη δημόσια υγεία, την κοινωνική συνοχή και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού (Οικονόμου & Σούλης, 2020). Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρθηκαν στους πολίτες από την έναρξη της πανδημίας COVID-19 έως και σήμερα, με στόχο την επιστημονική τεκμηρίωση των επιπτώσεων, των προκλήσεων και των μελλοντικών προοπτικών του συστήματος.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να αναδείξει την εικόνα του ελληνικού Ε.Σ.Υ. μέσα από το πρίσμα της πανδημίας και να αξιολογήσει το κατά πόσο το σύστημα ανταποκρίθηκε στις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού για υγειονομική φροντίδα, πρόληψη και περίθαλψη (Κουρέτας, 2021). Πρόκειται για μια προσπάθεια να αναλυθούν σε βάθος οι επιδόσεις του συστήματος υγείας σε συνθήκες πίεσης και κρίσης, να εξεταστούν οι αντοχές του, οι αδυναμίες του αλλά και οι ευκαιρίες ανασχεδιασμού και βελτίωσης που αναδύθηκαν μέσα από αυτή τη δυσχερή συγκυρία. Η έρευνα εστιάζει τόσο στις οργανωτικές και θεσμικές διαστάσεις του συστήματος όσο και στις ανθρώπινες εμπειρίες: των πολιτών που βίωσαν την ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη αλλά και των εργαζομένων στο σύστημα, που κλήθηκαν να ανταπεξέλθουν σε πρωτοφανή εργασιακά και ηθικά διλήμματα (WHO, 2022).

Η σημασία της έρευνας είναι πολυδιάστατη. Σε κοινωνικό επίπεδο, φωτίζει το δικαίωμα του πολίτη στην ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, όπως κατοχυρώνεται θεσμικά αλλά και όπως πραγματώνεται στην καθημερινή εμπειρία (European Commission, 2021). Αναδεικνύει τις κοινωνικές ανισότητες που επιδεινώθηκαν ή αποκαλύφθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας, τις αποκλίσεις μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, μεταξύ κοινωνικών ομάδων, καθώς και τις μεταβολές στη σχέση του πολίτη με το κράτος πρόνοιας (Οικονόμου, 2020). Σε πολιτικό επίπεδο, η εργασία μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο αξιολόγησης δημόσιων πολιτικών, συνεισφέροντας με τεκμηριωμένες προτάσεις στον δημόσιο διάλογο γύρω από τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας (Tsiodras, 2021).

Επιπλέον, σε επιστημονικό επίπεδο, η συμβολή της έρευνας έγκειται στη σύνθεση δεδομένων και θεωρητικών προσεγγίσεων που αφορούν όχι μόνο το ελληνικό παράδειγμα, αλλά και τη διεθνή συγκυρία. Η συγκριτική διάσταση της μελέτης, μέσω της αντιπαραβολής με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, επιτρέπει την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων και καλών πρακτικών (OECD, 2022). Παράλληλα, η εργασία φιλοδοξεί να γεφυρώσει την επιστημονική θεωρία με την κοινωνική πραγματικότητα, παρέχοντας ένα πολυπαραγοντικό πλαίσιο ανάλυσης που λαμβάνει υπόψη θεσμικούς, πολιτικούς, οικονομικούς και ανθρώπινους παράγοντες (Αθανασάκης & Σισσούρας, 2020).

Ο κεντρικός άξονας γύρω από τον οποίο περιστρέφεται η εργασία είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ποιότητα δεν σημαίνει μόνο τεχνολογική επάρκεια ή ιατρική αποτελεσματικότητα· περιλαμβάνει επίσης την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, τον σεβασμό στον ασθενή, την προσβασιμότητα, την αίσθηση ασφάλειας και αξιοπρέπειας (Donabedian, 1988). Η πανδημία, με τις ακραίες συνθήκες που δημιούργησε, δοκίμασε όλους αυτούς τους δείκτες. Οι πολίτες κλήθηκαν πολλές φορές να περιμένουν, να μετακινηθούν, να μείνουν στο σπίτι χωρίς φροντίδα, ή ακόμη να στερηθούν υπηρεσίες που υπό κανονικές συνθήκες θα ήταν αυτονόητες (WHO, 2021). Ταυτόχρονα, το υγειονομικό προσωπικό βρέθηκε στην πρώτη γραμμή με ανεπαρκή μέσα, εξουθενωτικά ωράρια, ψυχολογική πίεση και πολλές φορές χωρίς την έμπρακτη στήριξη της Πολιτείας (ICN, 2021). Αυτά τα ζητήματα είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόηση του τι σημαίνει “ποιότητα” στην υγεία και γιατί είναι σημαντική.

Τέλος, η εργασία εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ανάγκης για επαναπροσδιορισμό του ρόλου του κράτους στον τομέα της υγείας. Η υγειονομική κρίση ανέδειξε με δραματικό τρόπο την αναγκαιότητα ενίσχυσης των δημόσιων δομών και της καθολικής φροντίδας (OECD, 2021). Πέρα από την κριτική προσέγγιση, στόχος της μελέτης είναι και η συμβολή στη διαμόρφωση μιας θετικής και ρεαλιστικής πρότασης για ένα σύστημα υγείας που θα είναι προσανατολισμένο στις ανάγκες του πληθυσμού, ανθεκτικό σε κρίσεις και προσαρμοστικό στις νέες τεχνολογικές και κοινωνικές συνθήκες (European Observatory on Health Systems and Policies, 2022).

Με βάση όλα τα παραπάνω, καθίσταται σαφές ότι η παρούσα έρευνα έχει τόσο θεωρητική όσο και πρακτική αξία. Αξιοποιώντας επιστημονικά δεδομένα, στατιστικά στοιχεία, εμπειρικές μαρτυρίες και σύγχρονη βιβλιογραφία, στοχεύει να προσφέρει μια συνολική εικόνα της κατάστασης του Ε.Σ.Υ. σε ένα κρίσιμο χρονικό σημείο και να συμβάλει, με τη σειρά της, στην κατεύθυνση μιας πιο δίκαιης και αποτελεσματικής δημόσιας υγειονομικής πολιτικής.

1.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Η διεξαγωγή μιας επιστημονικής έρευνας απαιτεί τη σαφή διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων, τα οποία καθοδηγούν ολόκληρη τη μεθοδολογική και αναλυτική προσέγγιση. Στην παρούσα εργασία, τα ερωτήματα που τίθενται επιδιώκουν να εντοπίσουν, να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) από την αρχή της πανδημίας του COVID-19 μέχρι και σήμερα.

Η διαμόρφωση των ερωτημάτων βασίστηκε τόσο σε θεωρητικά μοντέλα αξιολόγησης της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας (Donabedian, 1988), όσο και σε εμπειρικές παρατηρήσεις και στοιχεία από εθνικές και διεθνείς εκθέσεις για την υγεία (OECD, 2022· WHO, 2021). Τα ερωτήματα έχουν σχεδιαστεί με τρόπο που να καλύπτουν τρεις βασικές

διαστάσεις της ποιότητας: τη δομή (infrastructure), τη διαδικασία (process), και τα αποτελέσματα (outcomes), σύμφωνα με το γνωστό θεωρητικό σχήμα του Donabedian.

Βασικά Ερευνητικά Ερωτήματα:

1. Πώς αξιολογούν οι πολίτες την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που έλαβαν κατά την περίοδο της πανδημίας;

Το ερώτημα αυτό αφορά την εμπειρία των ασθενών και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, όπως αυτή αποτυπώνεται μέσα από την πρόσβασή τους στις δομές του Ε.Σ.Υ., την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, την επικοινωνία με το προσωπικό, τον χρόνο αναμονής και τη γενικότερη αίσθηση φροντίδας και αξιοπρέπειας (European Commission, 2021· Αθανασάκης & Σισσούρας, 2020).

2. Σε ποιο βαθμό επηρεάστηκε η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στη διάρκεια της πανδημίας;

Εδώ εξετάζεται κατά πόσο ο γεωγραφικός, κοινωνικός ή οικονομικός παράγοντας επηρέασε την πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη. Η ερώτηση εστιάζει ιδιαίτερα στις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, τους ηλικιωμένους, τους ανθρώπους με χρόνια νοσήματα και τους κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών (Οικονόμου, 2020· European Observatory on Health Systems and Policies, 2022).

3. Ποιες ήταν οι κύριες διοικητικές και οργανωτικές προκλήσεις που αντιμετώπισε το Ε.Σ.Υ. και πώς αυτές επηρέασαν την ποιότητα των υπηρεσιών;

Το ερώτημα εστιάζει στο εσωτερικό του συστήματος υγείας: στην κατανομή πόρων, στο ανθρώπινο δυναμικό, στην επάρκεια υλικοτεχνικής υποδομής, στη διαχείριση κρίσεων και στην ευελιξία λήψης αποφάσεων (Κουρέτας, 2021· OECD, 2021). Αξιολογούνται επίσης τα αποτελέσματα πολιτικών όπως η επιστράτευση ιατρών, η χρήση της τηλεϊατρικής και η οργάνωση των εμβολιαστικών κέντρων.

4. Πώς επηρέασε η πανδημία την ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας;

Το ζήτημα των εργαζομένων στο σύστημα υγείας είναι κρίσιμο για την κατανόηση της συνολικής ποιότητας. Οι συνθήκες πίεσης, οι ελλείψεις προσωπικού, η ηθική κόπωση (moral fatigue) και η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) αποτελούν φαινόμενα που όχι μόνο επηρεάζουν τους ίδιους τους επαγγελματίες αλλά έχουν και άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (ICN, 2021· WHO, 2022).

5. Ποιοι δείκτες ποιότητας παρουσίασαν σημαντική μεταβολή κατά την πανδημική περίοδο και ποια είναι τα συμπεράσματα για το μέλλον του Ε.Σ.Υ.;

Το ερώτημα αυτό στοχεύει στην ανάλυση ποσοτικών δεδομένων, όπως η θνητότητα, οι χρόνοι αναμονής, οι επανεισαγωγές, οι επιπλοκές, η κάλυψη εμβολιασμού και οι καταγραφές ανεπιθύμητων ενεργειών. Μέσα από αυτή την προσέγγιση μπορεί να

εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για την αποτελεσματικότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος (OECD, 2022· Tsiodras, 2021).

Δευτερεύοντα Ερωτήματα:

- Υπήρξε διαφοροποίηση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ανάμεσα σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα υγείας κατά την πανδημία;
- Ποιες ήταν οι στρατηγικές προσαρμογής του Ε.Σ.Υ. σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ);
- Πώς βίωσαν οι πολίτες την ψηφιακή μετάβαση (π.χ. άυλη συνταγογράφηση, τηλεϊατρική) και σε ποιο βαθμό θεωρείται αποτελεσματική;

Η επιλογή των παραπάνω ερωτημάτων βασίζεται στην ανάγκη πολυδιάστατης προσέγγισης του φαινομένου και αποσκοπεί στη δημιουργία ενός πλαισίου ανάλυσης που θα στηριχθεί τόσο σε ποιοτικά όσο και ποσοτικά δεδομένα. Στοχεύεται, επίσης, να αποτυπωθεί η εμπειρία των πολιτών και των εργαζομένων υγείας μέσα από ημι-δομημένες συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια και ανάλυση δευτερογενών δεδομένων από εθνικούς και διεθνείς οργανισμούς.

Όπως υποστηρίζει και ο Donabedian (1988), η αξιολόγηση της ποιότητας στην υγεία δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη· απαιτεί τη σύνθεση ποικίλων πηγών πληροφόρησης, εμπειρικών παρατηρήσεων και θεωρητικών εργαλείων. Με αυτόν τον τρόπο, η παρούσα εργασία επιχειρεί να απαντήσει σε κρίσιμα ερωτήματα που δεν αφορούν μόνο τη διαχείριση της πανδημίας, αλλά και το μέλλον της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.

1.3 Μεθοδολογία και Πηγές

Η παρούσα έρευνα εστιάζει στην ανάλυση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα, κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19. Σκοπός είναι η αξιολόγηση της απόδοσης του συστήματος υγείας, με έμφαση στην αποτελεσματικότητα, την προσβασιμότητα και την ισότητα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και η καταγραφή των προκλήσεων που αντιμετώπισε το Ε.Σ.Υ. στη διάρκεια αυτής της υγειονομικής κρίσης. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, θα χρησιμοποιηθεί μια συνδυασμένη μεθοδολογία, η οποία ενσωματώνει ποσοτικές και ποιοτικές προσεγγίσεις, προκειμένου να παρέχει μια σφαιρική εικόνα των αιτίων, των συνεπειών και των δυνατοτήτων βελτίωσης του συστήματος υγείας.

1.3.1 Σχεδιασμός της Έρευνας

Ο σχεδιασμός της έρευνας είναι πολυδιάστατος και συνδυάζει διάφορες μεθόδους για τη συλλογή, ανάλυση και ερμηνεία δεδομένων. Η χρήση και των δύο μεθόδων (ποσοτική και

ποιοτική) κρίνεται αναγκαία για την πλήρη κατανόηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αλλά και για τη σύγκριση των εμπειριών των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας. Ο σχεδιασμός της έρευνας μπορεί να διαχωριστεί σε τρία βασικά στάδια:

1. **Συλλογή δευτερογενών δεδομένων:** Στο πρώτο στάδιο, θα πραγματοποιηθεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για την ανάλυση της υγειονομικής κατάστασης πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Η ανασκόπηση αυτή θα περιλαμβάνει μελέτες που αφορούν την επίδραση της πανδημίας στο Ε.Σ.Υ., τις πολιτικές υγείας και τις στρατηγικές που ακολουθήθηκαν, όπως επίσης και συγκριτικές μελέτες με άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας.
2. **Πρωτογενής συλλογή δεδομένων:** Η πρωτογενής συλλογή δεδομένων θα πραγματοποιηθεί μέσω συνεντεύξεων με επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό προσωπικό) και ερωτηματολογίων που θα συμπληρώσουν οι χρήστες του Ε.Σ.Υ. Το πρώτο μέρος της συλλογής θα περιλαμβάνει ποιοτικές συνεντεύξεις που θα καταγράψουν τις προσωπικές εμπειρίες του υγειονομικού προσωπικού σχετικά με τις συνθήκες εργασίας και την απόδοση του συστήματος κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το δεύτερο μέρος θα αφορά τα ποσοτικά δεδομένα που θα αντληθούν από ερωτηματολόγια, τα οποία θα καλύπτουν την ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, τη διάρκεια αναμονής, την πρόσβαση σε υπηρεσίες, και την αξιολόγηση της συνολικής ποιότητας.
3. **Ανάλυση δεδομένων:** Η ανάλυση των δεδομένων θα γίνει σε δύο επίπεδα: (α) στατιστική ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων για την εξαγωγή συμπερασμάτων και (β) θεματική ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων. Η συνδυασμένη αυτή προσέγγιση θα επιτρέψει την ανάλυση των συνθηκών από διάφορες οπτικές γωνίες, επιτρέποντας μια πληρέστερη και πιο συγκροτημένη αποτίμηση της κατάστασης.

1.3.2 Πηγές Δεδομένων

Η βιβλιογραφία και οι πηγές δεδομένων που θα χρησιμοποιηθούν στην έρευνα περιλαμβάνουν δύο κύριες κατηγορίες: (α) δευτερογενή δεδομένα που προέρχονται από προηγούμενες μελέτες και βιβλιογραφία και (β) πρωτογενή δεδομένα που θα συλλεχθούν ειδικά για τους σκοπούς αυτής της έρευνας. Κάθε μία από αυτές τις πηγές παρέχει διαφορετική και συμπληρωματική εικόνα της πραγματικότητας που αντιμετώπισε το Ε.Σ.Υ. κατά την περίοδο της πανδημίας.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση θα επικεντρωθεί σε διεθνείς και ελληνικές μελέτες που εξετάζουν την κατάσταση του Ε.Σ.Υ. και τη λειτουργία του πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτή η ανασκόπηση θα περιλαμβάνει έργα που αναλύουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, τη διοικητική οργάνωση του Ε.Σ.Υ., καθώς και τη χρηματοδότησή του και τις πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης (Γεωργίου & Μακρής, 2020). Επιπλέον, θα

εξεταστούν συγκριτικές μελέτες που αναλύουν την αντίδραση άλλων ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας στην πανδημία COVID-19 (OECD, 2021).

Η βιβλιογραφία θα παρέχει θεωρητικές βάσεις για την κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετώπισε το ελληνικό σύστημα υγείας και την εφαρμογή στρατηγικών για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων. Η ανασκόπηση των στοιχείων της διεθνούς βιβλιογραφίας θα βοηθήσει στη σύγκριση της ελληνικής εμπειρίας με άλλες χώρες που αντιμετώπισαν παρόμοιες υγειονομικές κρίσεις.

Η συλλογή πρωτογενών δεδομένων μέσω συνεντεύξεων και ερωτηματολογίων θα αποσκοπεί στη συγκέντρωση πληροφοριών από δύο βασικές ομάδες: (α) επαγγελματίες του τομέα της υγείας και (β) χρήστες του Ε.Σ.Υ. (πολίτες που έλαβαν υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας).

Η πρώτη πηγή πρωτογενών δεδομένων θα προέλθει από συνεντεύξεις με γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους υγειονομικούς υπαλλήλους που εργάστηκαν στο Ε.Σ.Υ. κατά την πανδημία. Οι συνεντεύξεις αυτές θα αποσκοπούν στην καταγραφή των εμπειριών τους από τη δουλειά τους κατά τη διάρκεια της κρίσης. Θα ερωτηθούν σχετικά με τις προκλήσεις που αντιμετώπισαν, τις ελλείψεις που υπήρχαν σε προσωπικό και εξοπλισμό, και τις στρατηγικές που ακολουθήθηκαν για την ενίσχυση της λειτουργικότητας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Οι συνεντεύξεις θα καταγράψουν τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά στοιχεία της εμπειρίας τους, προσφέροντας μια ανθρωποκεντρική οπτική της κατάστασης.

Η δεύτερη πηγή πρωτογενών δεδομένων θα είναι τα ερωτηματολόγια που θα συμπληρώσουν πολίτες που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. κατά την περίοδο της πανδημίας. Το ερωτηματολόγιο θα καλύπτει θέματα όπως η ικανοποίηση από τη θεραπευτική φροντίδα, η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες, και η γενική αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ.

1.3.3 Ανάλυση Δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων θα γίνει σε δύο στάδια: (α) ποσοτική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων και (β) ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων με επαγγελματίες υγείας. Στην ποσοτική ανάλυση θα χρησιμοποιηθεί το λογισμικό SPSS για την εξαγωγή στατιστικών αποτελεσμάτων, ενώ στην ποιοτική ανάλυση θα γίνει κωδικοποίηση και κατηγοριοποίηση των θεμάτων που αναδύονται από τις συνεντεύξεις.

1.4 Δομή της Εργασίας

Η δομή της παρούσας εργασίας έχει οργανωθεί με σκοπό την ολοκληρωμένη ανάλυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας τις επιπτώσεις της

πανδημίας COVID-19 στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Κάθε κεφάλαιο της εργασίας στοχεύει στην ανάδειξη διαφορετικών πτυχών του Ε.Σ.Υ. και της αλληλεπίδρασής του με την πανδημία, καθώς και στη συζήτηση προτάσεων για τη βελτίωση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Το πρώτο κεφάλαιο, "Εισαγωγή", εισάγει το αναγνωστικό κοινό στο γενικότερο θέμα της έρευνας. Παρουσιάζεται ο σκοπός της έρευνας, που είναι να αναλυθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ. κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, και να εξεταστούν οι προκλήσεις και οι βελτιώσεις που προέκυψαν για το σύστημα υγείας. Η σημασία της έρευνας έγκειται στην εκτίμηση των επιπτώσεων της πανδημίας στο σύστημα υγείας και στην προώθηση της συζήτησης για τη μελλοντική ενίσχυσή του. Στο κεφάλαιο αυτό, επίσης, καθορίζονται τα ερευνητικά ερωτήματα που θα καθοδηγήσουν τη μελέτη, όπως ποιοι ήταν οι βασικοί παράγοντες που επηρέασαν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της πανδημίας και πώς οι πολιτικές υγείας και οι υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. εξελίχθηκαν υπό την πίεση αυτής της κρίσης. Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, καθώς και οι πηγές που αναλύθηκαν, περιγράφονται επίσης στο κεφάλαιο αυτό, ενώ παρουσιάζεται και η συνολική δομή της εργασίας, δίνοντας μια σαφή εικόνα της διάρθρωσης των επιμέρους κεφαλαίων και του τρόπου που συνδέονται μεταξύ τους.

Το δεύτερο κεφάλαιο της εργασίας, με τίτλο "Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα", εστιάζει στην κατανόηση των δομών και της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα. Το κεφάλαιο αυτό καλύπτει την ιστορική εξέλιξη του Ε.Σ.Υ. από την ίδρυσή του μέχρι και την περίοδο της πανδημίας, αναλύοντας τις βασικές αρχές λειτουργίας του, το νομικό και θεσμικό πλαίσιο που το διέπει, καθώς και τις βασικές δομές και υπηρεσίες που παρέχει. Αναφέρεται επίσης στον ρόλο του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και τις προκλήσεις που αντιμετώπισε το Ε.Σ.Υ. μέχρι την εμφάνιση της πανδημίας COVID-19.

Το τρίτο κεφάλαιο, "Η Πανδημία COVID-19 και οι Επιπτώσεις στο Ε.Σ.Υ.", αναλύει τις άμεσες επιπτώσεις της πανδημίας στην καθημερινή λειτουργία του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα. Το κεφάλαιο αυτό αναφέρει τα χρονικά στάδια της πανδημίας στην Ελλάδα και τα μέτρα που ελήφθησαν από το κράτος και τις υγειονομικές αρχές για την ενίσχυση του συστήματος υγείας. Εξετάζεται πώς η πανδημία άλλαξε τη λειτουργία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, και αναλύονται οι δυσκολίες που προέκυψαν στην προσπάθεια παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας σε μία περίοδο μεγάλης πίεσης. Ειδική αναφορά γίνεται στον ρόλο του υγειονομικού προσωπικού, που βρέθηκε αντιμετώπιζε με τεράστιες προκλήσεις και δυσκολίες στην παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, "Ποιότητα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας στην Πανδημία", εξετάζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα κρίσιμο ζήτημα, και το κεφάλαιο αυτό αναλύει τα ζητήματα πρόσβασης και ισότητας στις υπηρεσίες υγείας, τις ελλείψεις σε προσωπικό, εξοπλισμό και υποδομές, καθώς και τις επιπτώσεις της πανδημίας στη συνολική λειτουργία του Ε.Σ.Υ. Παρουσιάζονται εμπειρίες και απόψεις πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας

κατά την περίοδο της κρίσης, καθώς και συγκρίσεις της ελληνικής εμπειρίας με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Το πέμπτο κεφάλαιο, "Μεταρρυθμίσεις και Βελτιώσεις στο Ε.Σ.Υ.", αναφέρεται στις ανάγκες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας, όπως προέκυψαν από την πανδημία. Η εργασία εξετάζει τις έκτακτες ενέργειες που ελήφθησαν για την ενίσχυση του Ε.Σ.Υ. κατά την πανδημία και προτείνει μακροπρόθεσμες μεταρρυθμίσεις για την ενίσχυση του συστήματος, την εξασφάλιση της βιωσιμότητάς του και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του στο μέλλον. Ειδική αναφορά γίνεται στις προτάσεις για χρηματοδότηση και ψηφιοποίηση του συστήματος υγείας.

Το έκτο κεφάλαιο, "Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις της Πανδημίας στην Υγεία", εξετάζει τις κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της πανδημίας τόσο για το σύστημα υγείας όσο και για τους πολίτες. Η εργασία αναλύει τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις της πανδημίας στους πολίτες και το προσωπικό των υγειονομικών μονάδων, καθώς και την οικονομική επιβάρυνση του Ε.Σ.Υ. και του ασφαλιστικού συστήματος. Τέλος, το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας και στην ανάγκη αναβάθμισης του δημόσιου συστήματος υγείας.

Το τελευταίο κεφάλαιο της εργασίας, "Συμπεράσματα και Προτάσεις", συνοψίζει τα βασικά ευρήματα της μελέτης και παρουσιάζει προτάσεις για τη βελτίωση του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα. Εξετάζεται η αποτελεσματικότητα των μέτρων που ελήφθησαν κατά την πανδημία και προτείνονται λύσεις για την ενίσχυση του συστήματος, την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τη στήριξη του υγειονομικού προσωπικού.

2. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα αποτελεί τον πυρήνα της δημόσιας παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα, διαμορφώνοντας ένα πλαίσιο που συνδυάζει την καθολική πρόσβαση με τις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης και της ισότητας. Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. το 1983 σηματοδότησε μια σημαντική μεταρρύθμιση, επιδιώκοντας την ενοποίηση των διάσπαρτων και ανισομερώς κατανομημένων υπηρεσιών υγείας, καθώς και την εξάλειψη των ανισοτήτων στην πρόσβαση και την ποιότητα της φροντίδας.

Η ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αντικατοπτρίζει τις κοινωνικοπολιτικές μεταβολές και τις οικονομικές συνθήκες της χώρας. Από τις πρώτες προσπάθειες οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας κατά τον 19ο αιώνα, μέχρι την ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) το 1934 και την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. το 1983, παρατηρείται μια συνεχής προσπάθεια για τη δημιουργία ενός συστήματος που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Ωστόσο, η πορεία αυτή δεν ήταν χωρίς προκλήσεις, καθώς οι μεταρρυθμίσεις συχνά αντιμετώπιζαν αντιστάσεις από επαγγελματικές ομάδες και περιορισμούς λόγω οικονομικών κρίσεων.

Η δομή του Ε.Σ.Υ. βασίζεται σε ένα μικτό μοντέλο, όπου συνυπάρχουν δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω άμεσων και έμμεσων φόρων, καθώς και από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται μέσω ενός δικτύου που περιλαμβάνει αγροτικά ιατρεία, τοπικές μονάδες υγείας (ΤΟΜΥ), κέντρα υγείας και δημόσια νοσοκομεία. Επιπλέον, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που ιδρύθηκε το 2011, λειτουργεί ως ο κύριος αγοραστής υπηρεσιών υγείας, διασφαλίζοντας την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και την αποτελεσματική διαχείριση των πόρων .

Παρά τις προσπάθειες για την ενίσχυση του Ε.Σ.Υ., το σύστημα αντιμετωπίζει σημαντικές προκλήσεις. Η οικονομική κρίση που έπληξε τη χώρα τη δεκαετία του 2010 είχε σοβαρές επιπτώσεις στη χρηματοδότηση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Οι περικοπές στον προϋπολογισμό, η υποστελέχωση και η μείωση των παροχών οδήγησαν σε αύξηση των ανισοτήτων και σε επιδείνωση της ποιότητας των υπηρεσιών. Επιπλέον, η πανδημία COVID-19 ανέδειξε τις αδυναμίες του συστήματος, όπως η έλλειψη υποδομών και προσωπικού, αλλά και την ανάγκη για ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της ψηφιακής υγείας .

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες του Ε.Σ.Υ., με στόχο την παροχή ολοκληρωμένων και προσβάσιμων υπηρεσιών στον πληθυσμό. Ωστόσο, η ανάπτυξη της υπήρξε αργή και άνιση, με αποτέλεσμα την υπερφόρτωση των νοσοκομείων και την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων. Οι προσπάθειες για την ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, όπως η δημιουργία των ΤΟΜΥ, αντιμετώπισαν δυσκολίες στην εφαρμογή τους, λόγω ελλείψεων σε προσωπικό και υποδομές, καθώς και λόγω της περιορισμένης αποδοχής από τους πολίτες και τους επαγγελματίες υγείας.

Η ψηφιακή υγεία και η αξιοποίηση των τεχνολογιών πληροφορικής αποτελούν κρίσιμους παράγοντες για τον εκσυγχρονισμό του Ε.Σ.Υ. Η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, των ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων και των τηλεϊατρικών υπηρεσιών συμβάλλει στη βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών. Ωστόσο, η υιοθέτηση αυτών των τεχνολογιών απαιτεί επενδύσεις σε υποδομές, εκπαίδευση του προσωπικού και διασφάλιση της προστασίας των προσωπικών δεδομένων.

Η διακυβέρνηση και η διοίκηση του Ε.Σ.Υ. αποτελούν επίσης σημαντικούς τομείς που χρήζουν βελτίωσης. Η συγκεντρωτική διοίκηση, η γραφειοκρατία και η έλλειψη διαφάνειας περιορίζουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η ενίσχυση της αποκέντρωσης, η ενδυνάμωση των περιφερειακών και τοπικών δομών, καθώς και η συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. .

Η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. παραμένει ένα από τα βασικά ζητήματα που επηρεάζουν τη βιωσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η εξάρτηση από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι περιορισμένες επενδύσεις σε υποδομές και ανθρώπινο δυναμικό οδηγούν σε ελλείψεις και ανισότητες. Η αύξηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, η αξιοποίηση των ευρωπαϊκών πόρων και η ανάπτυξη μηχανισμών αποδοτικής διαχείρισης των πόρων είναι απαραίτητες για την ενίσχυση του συστήματος .

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη για ενίσχυση της ανθεκτικότητας του Ε.Σ.Υ. και την προσαρμογή του σε νέες προκλήσεις. Η εμπειρία της πανδημίας υπογράμμισε τη σημασία της πρόληψης, της ετοιμότητας και της συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων επιπέδων του συστήματος υγείας. Η ενίσχυση της δημόσιας υγείας, η ανάπτυξη ολοκληρωμένων υπηρεσιών και η επένδυση στην εκπαίδευση και την κατάρτιση του προσωπικού είναι κρίσιμες για την αντιμετώπιση μελλοντικών κρίσεων.

Συνοψίζοντας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα αποτελεί ένα θεμελιώδες στοιχείο του κοινωνικού κράτους, με στόχο την παροχή καθολικής και ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Παρά τις σημαντικές προόδους που έχουν επιτευχθεί, το σύστημα αντιμετωπίζει προκλήσεις που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση, τη διοίκηση, την υποδομή και την αποδοτικότητα. Η αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης, επενδύσεις σε ανθρώπινο και τεχνολογικό δυναμικό, καθώς και την ενεργή συμμετοχή των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας στη διαμόρφωση ενός βιώσιμου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας.

2.1. Ιστορική εξέλιξη του Ε.Σ.Υ.

Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και η ιστορική του πορεία αποτελούν τη βάση της εξέλιξης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, ενώ αναδεικνύουν τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές προκλήσεις που η χώρα αντιμετώπισε και συνεχίζει να αντιμετωπίζει στο πεδίο της υγείας. Η εξέλιξη του Ε.Σ.Υ. ξεκίνησε από μια κατακερματισμένη και προβληματική υγειονομική κατάσταση μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τον Εμφύλιο Πόλεμο, όταν η Ελλάδα είχε έναν υγειονομικό τομέα υποβαθμισμένο και περιορισμένο σε περιοχές υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Δημόπουλος, 2018).

Η ανάγκη για έναν οργανωμένο και καθολικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα άρχισε να γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1960. Η κοινωνική ανάπτυξη και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου κατέστησαν αναγκαία την οργανωμένη υγειονομική φροντίδα για το σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής τάξης ή γεωγραφικής θέσης. Παράλληλα, οι κοινωνικές ανισότητες και η αστικοποίηση οδηγούσαν σε μεγάλες υγειονομικές διαφοροποιήσεις που απαιτούσαν την παρέμβαση του κράτους (Χαραλαμπίδης, 2015).

Η πρώτη σημαντική τομή στη διαδικασία αυτή ήρθε με την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. το 1983, βάσει του Νόμου 1397/1983, με στόχο τη συγκρότηση ενός εθνικού, καθολικού και ισότιμου συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Ο νόμος αυτός καθιέρωσε την έννοια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και την εξασφάλιση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως της κοινωνικής και οικονομικής τους κατάστασης (Γεωργίου, 2020). Το Ε.Σ.Υ. στόχευε στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας, την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την καλύτερη κατανομή των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης.

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετώπισε το Ε.Σ.Υ. από την αρχή της λειτουργίας του ήταν η χρηματοδότηση του συστήματος. Ο χρηματοδοτικός μηχανισμός του Ε.Σ.Υ. στηρίχθηκε αρχικά σε κρατικούς πόρους, με αποτέλεσμα να παρουσιάζονται σοβαρές ελλείψεις, ειδικά κατά τις περιόδους δημοσιονομικών κρίσεων. Η οικονομική κρίση του 2008 αποτέλεσε καθοριστικό σημείο καμπής για το Ε.Σ.Υ., καθώς οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες και η επιβολή αυστηρών μέτρων λιτότητας οδήγησαν σε υποχρηματοδότηση και σοβαρές ελλείψεις προσωπικού και εξοπλισμού (Παπαδόπουλος, 2019).

Η αλλαγή στην προσέγγιση της υγειονομικής πολιτικής και οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις του Ε.Σ.Υ. συνεχίζουν να αποτελούν αναγκαία προτεραιότητα για την Ελλάδα. Τα τελευταία χρόνια, με την ένταξη της χώρας στην Ε.Ε. και την εφαρμογή των Κοινοτικών Κανονισμών, η Ελλάδα προσπάθησε να αναβαθμίσει το Ε.Σ.Υ., ενσωματώνοντας στοιχεία όπως η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και η εφαρμογή σύγχρονων ιατρικών τεχνολογιών. Ωστόσο, η πανδημία COVID-19 ανέδειξε τις τεράστιες αδυναμίες του συστήματος και τη συνεχιζόμενη ανάγκη για αναδιάρθρωση (Αναστασιάδης, 2020).

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, το Ε.Σ.Υ. ανέλαβε τη βασική ευθύνη για την αντιμετώπιση της κρίσης, με σημαντικές επιπτώσεις στην οργανωτική του δομή. Παρά την υπερπροσπάθεια του υγειονομικού προσωπικού και τις ενισχύσεις από το κράτος, το σύστημα υγείας αντιμετώπισε σοβαρές δυσκολίες. Η υπερφόρτωση των νοσοκομείων, η έλλειψη εξοπλισμού και η ανεπαρκής στελέχωση αποτέλεσαν βασικούς παράγοντες που έθεσαν σε κίνδυνο την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Μαραγκός, 2020). Αυτή η κρίση έφερε στην επιφάνεια την ανάγκη για πιο βιώσιμα και ευέλικτα μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης, που να ανταποκρίνονται γρήγορα σε εκτάκτως επείγουσες καταστάσεις, αλλά και να είναι έτοιμα να προσαρμοστούν στις διαρκώς εξελισσόμενες κοινωνικές ανάγκες.

Η εξέλιξη του Ε.Σ.Υ. δεν περιορίζεται μόνο στα θεσμικά και οργανωτικά πλαίσια, αλλά αναφέρεται και σε ένα σύνολο κοινωνικών και πολιτικών επιρροών που διαμορφώνουν το περιβάλλον λειτουργίας του. Οι αλλαγές στις κοινωνικές συνθήκες, οι εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη, η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας του πληθυσμού και η ανάγκη για νέες μορφές φροντίδας (όπως η ψυχική υγεία και η χρόνια περίθαλψη) καθορίζουν τα νέα δεδομένα για την υγειονομική πολιτική στην Ελλάδα (Λεβέντης, 2021).

2.2. Νομικό και Θεσμικό Πλαίσιο Λειτουργίας του Ε.Σ.Υ.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) της Ελλάδας είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς νομοθετικών πράξεων και μεταρρυθμίσεων, οι οποίες διαμορφώνουν το θεσμικό και νομικό πλαίσιο λειτουργίας του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Το νομικό πλαίσιο για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα επηρεάζεται από την ανάγκη για εξισορρόπηση των δημόσιων και ιδιωτικών πόρων, την εξασφάλιση της καθολικής πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα, καθώς και τη διαχείριση των οικονομικών πόρων που διατίθενται για τη χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας.

2.2.1. Ιδρυτική Νομοθεσία του Ε.Σ.Υ.

Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα αποτέλεσε μια ιστορική καμπή στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της χώρας και καταγράφηκε με τη θέσπιση του Νόμου 1397/1983, ο οποίος θεμελίωσε τη δημιουργία ενός καθολικού συστήματος υγειονομικής φροντίδας. Με τον νόμο αυτό, το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη της παροχής δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως της οικονομικής τους κατάστασης. Επιδιώκεται η εξασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία για όλους τους πολίτες μέσω της χρηματοδότησης του συστήματος από το κράτος, ενώ παράλληλα εισάγονται οργανωτικές δομές για την αποτελεσματική λειτουργία του Ε.Σ.Υ.

Ο Νόμος 1397/1983 προσδιόρισε τους βασικούς άξονες για τη λειτουργία του Ε.Σ.Υ., όπως είναι η διασφάλιση της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού μέσω της λειτουργίας δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Ο νόμος αυτός επαναστατεί στην μέχρι τότε υγειονομική κατάσταση της χώρας, η οποία βασιζόταν σε ένα ασθενές σύστημα που εξαρτώταν κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα για την παροχή υπηρεσιών υγείας (Σταυρόπουλος, 2016). Με τον Νόμο 1397/1983, το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ενισχύεται και καθιερώνεται ως ο κεντρικός πυλώνας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

2.2.2. Νομοθετικές Μεταρρυθμίσεις και Εξελίξεις

Στο διάστημα που ακολούθησε την ίδρυση του Ε.Σ.Υ., υπήρξαν σημαντικές νομοθετικές μεταρρυθμίσεις και τροποποιήσεις, οι οποίες επιδίωξαν να αντιμετωπίσουν τις αναδυόμενες ανάγκες και προκλήσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

1. Νόμος 2071/1992: Ένα από τα πιο σημαντικά νομοθετήματα που ακολούθησαν τον Νόμο 1397/1983 ήταν ο Νόμος 2071/1992, ο οποίος εισήγαγε μεταρρυθμίσεις με στόχο την ενίσχυση της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης και την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος αυτός περιλάμβανε την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, καθώς και τη διεύρυνση της κάλυψης του πληθυσμού με την εισαγωγή νέων μοντέλων υπηρεσιών.
2. Νόμος 3846/2010: Ο Νόμος 3846/2010 καταγράφηκε ως μια από τις πιο κρίσιμες μεταρρυθμίσεις του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα, καθώς ενέπλεξε τις πολιτικές προσαρμογής στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα. Παρότι η ανάγκη για περιορισμό των δαπανών και αποδοτικότητα του συστήματος ήταν επιτακτική, ο νόμος επέφερε περιορισμούς στις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη, ενώ προχώρησε σε δομικές αλλαγές, με την ενίσχυση της διαχείρισης των ανθρώπινων και υγειονομικών πόρων του Ε.Σ.Υ. (Βασιλικόπουλος, 2015).
3. Νόμος 4461/2017: Ο Νόμος 4461/2017 εισήγαγε μεταρρυθμίσεις για την εκσυγχρονισμένη λειτουργία του Ε.Σ.Υ., προσανατολισμένες στην ψηφιοποίηση του

συστήματος υγείας, την ενίσχυση των προληπτικών υπηρεσιών και την αποτελεσματική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στη δημιουργία κεντρικών μηχανισμών ελέγχου για την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών.

2.2.3. Θεσμική Οργάνωση και Ρόλος των Δημόσιων Φορέων

Η θεσμική οργάνωση του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα περιλαμβάνει τη συμμετοχή τόσο κεντρικών κρατικών φορέων όσο και περιφερειακών και τοπικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το Υπουργείο Υγείας είναι ο βασικός θεσμικός φορέας που καθορίζει τις στρατηγικές υγειονομικής πολιτικής και εποπτεύει τη λειτουργία του συστήματος. Στο Υπουργείο Υγείας εντάσσονται διάφορες διοικητικές δομές, όπως η Εθνική Αρχή Υγειονομικής Προστασίας (ΕΑΥΠ), που είναι αρμόδια για την εποπτεία και τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Πέρα από το κεντρικό Υπουργείο Υγείας, άλλοι σημαντικοί θεσμικοί φορείς που επηρεάζουν τη λειτουργία του Ε.Σ.Υ. περιλαμβάνουν τις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), οι οποίες διαχειρίζονται τις υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο περιφέρειας και συντονίζουν την παροχή υγειονομικής φροντίδας στα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Επίσης, τα δημόσια νοσοκομεία, τα οποία αποτελούν τα κεντρικά σημεία παροχής δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας, είναι οργανωμένα και διοικούνται με βάση τη νομοθεσία του Ε.Σ.Υ., ενώ παράλληλα λειτουργούν με ένα συνδυασμό κεντρικής διαχείρισης και τοπικής αυτονομίας.

2.2.4. Στρατηγικές και Προοπτικές του Νομικού Πλαισίου

Οι επόμενες νομοθετικές παρεμβάσεις αναμένονται να επικεντρωθούν στην ενίσχυση του ρόλου της τεχνολογίας και των καινοτομιών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών και την αποδοτική διαχείριση των πόρων. Η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας, μέσω των ηλεκτρονικών ιατρικών φακέλων και της ψηφιακής διαχείρισης των ιατρικών δεδομένων, είναι μια προτεραιότητα για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας, ενώ η ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας των φορέων του Ε.Σ.Υ. καθίσταται πιο επιτακτική.

Ορισμένες από τις επικείμενες προκλήσεις περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση των οικονομικών περιορισμών που θέτει η δημοσιονομική πολιτική της χώρας, την αναδιάρθρωση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και την ανάγκη για εκσυγχρονισμό των υποδομών και του εξοπλισμού των νοσοκομείων.

2.3. Βασικές δομές, υπηρεσίες και επίπεδα περίθαλψης.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα αποτελεί ένα σύστημα που προσφέρει ιατρική φροντίδα σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, και έχει σχεδιαστεί έτσι ώστε να καλύπτει μια μεγάλη ποικιλία υγειονομικών αναγκών. Ο πυρήνας του Ε.Σ.Υ. στηρίζεται σε τρεις βασικές δομές που αποτελούν τα θεμέλια της υγειονομικής περίθαλψης στη χώρα. Αυτές οι δομές είναι η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη. Κάθε επίπεδο έχει διαφορετικό ρόλο και λειτουργία, ενώ οι υπηρεσίες που παρέχονται διαφέρουν ανάλογα με τη σοβαρότητα της περίπτωσης και τις ανάγκες των ασθενών.

2.3.1. Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι το πρώτο επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας και αφορά τις βασικές ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται στον πληθυσμό. Αντιπροσωπεύει τη "πρώτη γραμμή άμυνας" και στοχεύει στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση, την παρακολούθηση της υγείας και την παροχή συνεχούς φροντίδας για κοινές ιατρικές καταστάσεις.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα παρέχονται μέσω των Κέντρων Υγείας και των ιδιωτών γιατρών, οι οποίοι έχουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας). Η λειτουργία των Κέντρων Υγείας είναι καθοριστική για την υγειονομική κάλυψη της υπαίθρου και των μικρών περιοχών, προσφέροντας ιατρικές εξετάσεις, εμβολιασμούς, παρακολούθηση χρόνιων παθήσεων και άλλες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Τα Κέντρα Υγείας είναι δημόσιες μονάδες που παρέχουν υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο και διασφαλίζουν την πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα για τον πληθυσμό σε απομακρυσμένες ή δυσπρόσιτες περιοχές. Παράλληλα, οι οικογενειακοί γιατροί και οι γενικοί γιατροί συνεισφέρουν σε αυτό το επίπεδο παρέχοντας υπηρεσίες διαρκούς παρακολούθησης και πρόληψης, ενώ είναι η πρώτη επαφή για την παραπομπή ασθενών σε ανώτερα επίπεδα περίθαλψης εφόσον κριθεί αναγκαίο.

2.3.2. Δευτεροβάθμια Περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη αφορά την αντιμετώπιση πιο σύνθετων ιατρικών καταστάσεων και είναι το επίπεδο στο οποίο παραπέμπονται οι ασθενείς από την πρωτοβάθμια φροντίδα, όταν απαιτούνται εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και εξετάσεις. Στο επίπεδο αυτό, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται από ειδικούς γιατρούς και διαγιγνώσκονται για πιο σοβαρές καταστάσεις που απαιτούν νοσοκομειακή φροντίδα ή χειρουργική επέμβαση.

Τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και αποτελούν τον πυρήνα της υγειονομικής φροντίδας για τους ασθενείς με ενδείξεις σοβαρών ασθενειών, όπως καρδιολογικές παθήσεις, παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος,

νευρολογικές διαταραχές και άλλα. Στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την εισαγωγή στο νοσοκομείο για θεραπεία, καθώς και τη δυνατότητα διεξαγωγής χειρουργικών επεμβάσεων ή πιο εξειδικευμένων διαγνωστικών εξετάσεων.

Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε ειδικότητες όπως η χειρουργική, η παθολογία, η ορθοπαιδική και άλλες, με στόχο τη θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν από τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

2.3.3. Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Η τριτοβάθμια περίθαλψη αφορά την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας για τις πιο περίπλοκες και σπάνιες ιατρικές καταστάσεις. Η τριτοβάθμια φροντίδα παρέχεται στα εξειδικευμένα νοσοκομεία, τα οποία διαθέτουν υψηλού επιπέδου τεχνολογικό εξοπλισμό και υπεξειδικευμένο προσωπικό για την αντιμετώπιση περιστατικών που απαιτούν προηγμένα διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα. Το επίπεδο αυτό συνήθως περιλαμβάνει τις μεγάλες ακαδημαϊκές ιατρικές μονάδες και νοσοκομεία αναφοράς, τα οποία είναι υπεύθυνα για την εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα, την εκπαίδευση των νέων γιατρών και την έρευνα.

Οι τριτοβάθμιες μονάδες περιλαμβάνουν νοσοκομεία που παρέχουν εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες για σπάνιες και σοβαρές ασθένειες, όπως είναι οι μονάδες μεταμόσχευσης, τα κέντρα εξειδικευμένης καρδιολογίας, νευροχειρουργικής και ογκολογίας. Εκτός από την θεραπευτική τους αποστολή, οι τριτοβάθμιες υπηρεσίες παίζουν σημαντικό ρόλο στην έρευνα και την ανάπτυξη νέων ιατρικών θεραπειών και τεχνικών, καθώς και στην εκπαίδευση των μελλοντικών υγειονομικών επαγγελματιών.

2.3.4. Συνδυασμός Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα

Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι περιορισμένος, αλλά συνάδει με την ενίσχυση της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών. Ιδιώτες γιατροί και κλινικές συνεργάζονται με το Ε.Σ.Υ., παρέχοντας υπηρεσίες μέσω του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ενώ οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ιδιωτικές υπηρεσίες για να καλύψουν εξειδικευμένες ανάγκες που δεν καλύπτονται πάντα από τις δημόσιες μονάδες. Ο συνδυασμός των δύο τομέων είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.

2.3.5. Πρόληψη και Υγειονομική Εκπαίδευση

Μια από τις βασικές λειτουργίες του Ε.Σ.Υ. είναι η προώθηση της υγειονομικής πρόληψης και η εκπαίδευση των πολιτών για την καλύτερη διαχείριση της υγείας τους. Μέσω των Κέντρων Υγείας και των νοσοκομείων, το Ε.Σ.Υ. παρέχει προληπτικές υπηρεσίες, όπως εμβολιασμούς, έλεγχο για καρκινικές παθήσεις, συμβουλές για την υγιεινή διατροφή, τον έλεγχο του βάρους και άλλες δραστηριότητες που προάγουν τη γενική υγεία και ευημερία του πληθυσμού.

Η πρόληψη αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες του συστήματος υγείας, καθώς η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη της ασθένειας συμβάλλουν στην καλύτερη υγειονομική κατάσταση του πληθυσμού και μειώνουν τα έξοδα θεραπείας σε επόμενα στάδια της ασθένειας.

2.4. Ο ρόλος του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υγειονομικής φροντίδας

Το σύστημα υγείας σε κάθε χώρα αποτελεί ένα σύνθετο οικοδόμημα που περιλαμβάνει τη συνεργασία και την αλληλεπίδραση διαφόρων φορέων και τομέων. Στην περίπτωση της Ελλάδας, η παροχή υγειονομικής φροντίδας συνδυάζει τόσο τον δημόσιο όσο και τον ιδιωτικό τομέα. Αυτοί οι δύο τομείς παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξασφάλιση της πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας για τον πληθυσμό. Ενώ ο δημόσιος τομέας αποτελεί την κύρια πηγή υγειονομικής φροντίδας για τους περισσότερους πολίτες, ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει σημαντική υποστήριξη, καλύπτοντας εξειδικευμένες ανάγκες και δίνοντας στους πολίτες μια εναλλακτική λύση για άμεση ή πιο εξειδικευμένη φροντίδα. Η συνεργασία και η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των δύο τομέων έχει κρίσιμη σημασία για την αποτελεσματικότητα και τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

2.4.1. Δημόσιος Τομέας: Ο Πυλώνας της Υγειονομικής Φροντίδας στην Ελλάδα

Ο δημόσιος τομέας υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε και εδραιώθηκε με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) το 1983. Στόχος του Ε.Σ.Υ. ήταν να προσφέρει καθολική και ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας για όλους τους πολίτες της χώρας, ανεξαρτήτως εισοδήματος ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης.

Μέσω του Ε.Σ.Υ., το κράτος ανέλαβε την ευθύνη για την παροχή της πλειονότητας των υπηρεσιών υγείας, καλύπτοντας μια ευρεία γκάμα αναγκών από την πρωτοβάθμια φροντίδα μέχρι την πιο εξειδικευμένη θεραπεία και νοσηλεία.

Η δομή του δημόσιου συστήματος υγείας στη χώρα περιλαμβάνει νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, ιατρεία και άλλες μονάδες υγειονομικής φροντίδας που είναι υπεύθυνα για την παροχή υπηρεσιών σε όλες τις περιοχές της χώρας. Τα δημόσια νοσοκομεία καλύπτουν δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, προσφέροντας νοσηλεία, εξειδικευμένη διάγνωση, χειρουργικές επεμβάσεις και άλλες υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας. Στην

πρωτοβάθμια φροντίδα, τα Κέντρα Υγείας και τα ιατρεία καλύπτουν τις βασικές ανάγκες των πολιτών, όπως προληπτικούς ελέγχους, εμβολιασμούς, παρακολούθηση χρόνιων παθήσεων και πρώτες βοήθειες.

Παρ' όλα αυτά, το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει μια σειρά από προκλήσεις. Η έλλειψη πόρων, η υπερφόρτωση των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας, η καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των ασθενών και η γραφειοκρατία αποτελούν μερικά από τα σημαντικότερα ζητήματα που επηρεάζουν την ποιότητα και την προσβασιμότητα της υγειονομικής φροντίδας. Επιπλέον, η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. έχει περιοριστεί τα τελευταία χρόνια λόγω των οικονομικών συνθηκών της χώρας, γεγονός που έχει οδηγήσει σε περιορισμό των υπηρεσιών και την ανάγκη για εξωτερική χρηματοδότηση ή συνεργασίες με τον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη συγκεκριμένων αναγκών (Κωστοπούλου, 2018).

2.4.2. Ιδιωτικός Τομέας: Συμπληρωματική Παροχή Υγειονομικών Υπηρεσιών

Αν και ο δημόσιος τομέας αποτελεί τη βασική πηγή υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα, ο ιδιωτικός τομέας έχει αναπτύξει έναν σημαντικό ρόλο ως συμπληρωματική δύναμη. Ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει ανάγκες που αφορούν εξειδικευμένες ή επείγουσες υπηρεσίες, που είτε δεν είναι διαθέσιμες στο δημόσιο σύστημα είτε απαιτούν ταχύτερη εξυπηρέτηση. Ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά ιατρεία προσφέρουν μια ευρεία γκάμα υπηρεσιών, από τη γενική ιατρική μέχρι την εξειδικευμένη θεραπεία σε τομείς όπως η καρδιολογία, η ογκολογία, η ορθοπαιδική και η γυναικολογία. Η δυνατότητα για άμεση πρόσβαση και μικρότερο χρόνο αναμονής είναι μερικά από τα πλεονεκτήματα του ιδιωτικού τομέα, ιδιαίτερα για ασθενείς που επιθυμούν πιο εξειδικευμένη ή άμεση θεραπεία.

Ωστόσο, η πρόσβαση στις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα δεν είναι πάντα εφικτή για όλους τους πολίτες, καθώς εξαρτάται από την οικονομική τους δυνατότητα. Οι άνθρωποι που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση ή δεν μπορούν να αντέξουν τα έξοδα του ιδιωτικού τομέα συχνά αναγκάζονται να στραφούν στον δημόσιο τομέα, με τις αναμενόμενες καθυστερήσεις και τη μεγάλη πίεση στο σύστημα. Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται κυρίως από τους ασθενείς, οι οποίοι πληρώνουν για τις υπηρεσίες ή καλύπτονται μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων (Αντωνίου & Κωνσταντίνου, 2019).

2.4.3. Συνεργασία Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα

Η συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω των πιέσεων που προκύπτουν από τη συνεχιζόμενη οικονομική κρίση και την ανάγκη για αποτελεσματικότερη και πιο βιώσιμη λειτουργία του συστήματος υγείας. Η συνεργασία αυτή περιλαμβάνει την αποδοχή των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα από το δημόσιο σύστημα, όπως η χρησιμοποίηση ιδιωτικών κλινικών ή γιατρών για να καλύψουν την ανάγκη για εξειδικευμένες θεραπείες που δεν μπορούν να προσφέρουν τα δημόσια νοσοκομεία.

Αυτή η συνεργασία ενισχύει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και επιτρέπει την καλύτερη κατανομή των πόρων. Έτσι, οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν αν θα λάβουν φροντίδα μέσω του δημόσιου ή του ιδιωτικού τομέα, ανάλογα με τις ανάγκες τους και την οικονομική τους κατάσταση. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. παρέχει τη δυνατότητα κάλυψης εξόδων για υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα μέσω αποζημιώσεων, διευκολύνοντας τους πολίτες να επωφεληθούν από τις υπηρεσίες αυτές χωρίς να επιβαρύνονται εξ ολοκλήρου.

Η ενίσχυση αυτής της συνεργασίας έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων τεχνολογιών και μεθόδων θεραπείας, καθώς ο ιδιωτικός τομέας, συχνά με μεγαλύτερους πόρους και ευχέρεια για καινοτομία, έχει προσφέρει νέα εργαλεία και τεχνικές που εφαρμόζονται και στα δημόσια νοσοκομεία. Η διάδοση και η εφαρμογή νέων διαγνωστικών μεθόδων και θεραπευτικών πρακτικών σε όλο το σύστημα υγείας, τόσο δημόσιο όσο και ιδιωτικό, συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Μπόλας & Χριστοδούλου, 2018).

2.4.4. Ανισότητες στην Πρόσβαση και Επιπτώσεις στην Υγεία

Παρά τη συνεργασία μεταξύ των δύο τομέων, υπάρχουν σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, κυρίως λόγω των διαφορών στην οικονομική κατάσταση των πολιτών. Οι ανισότητες στην υγειονομική φροντίδα συχνά επηρεάζονται από τη δυνατότητα των πολιτών να πληρώσουν για υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα. Οι άνθρωποι που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να επιλέξουν τον ιδιωτικό τομέα εξαρτώνται από το δημόσιο σύστημα, το οποίο αντιμετωπίζει περιορισμούς λόγω έλλειψης πόρων και υπερφόρτωσης. Αυτό οδηγεί σε καθυστερήσεις στην πρόσβαση σε θεραπείες και συχνά υποβαθμίζει την ποιότητα της παροχής φροντίδας, ιδιαίτερα στις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Η διαφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η οποία εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση, ενισχύει τις κοινωνικές ανισότητες και έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών. Οι πολιτικές που προάγουν την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητες για τη μείωση των ανισοτήτων και την εξασφάλιση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδήματος (Κωνσταντίνου, 2020).

3. Η Πανδημία COVID-19 και το Ε.Σ.Υ.: Αντιδράσεις και Προκλήσεις

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε τις ευπάθειες και τις προκλήσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα, ενώ παράλληλα προσέφερε πολύτιμα διδάγματα σχετικά με τη διαχείριση υγειονομικών κρίσεων. Η ελληνική κυβέρνηση και οι υγειονομικές αρχές έπρεπε να αντιμετωπίσουν μια σειρά από άμεσες και σοβαρές προκλήσεις, όπως η υπερφόρτωση των νοσοκομείων, η έλλειψη ιατρικών πόρων και η διαχείριση των συνεχώς αυξανόμενων κρουσμάτων. Στο Κεφάλαιο 3, θα αναλύσουμε τις αντιδράσεις του Ε.Σ.Υ. κατά τη διάρκεια

της πανδημίας, τις προκλήσεις που προέκυψαν, καθώς και τις στρατηγικές που εφαρμόστηκαν για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

3.1. Χρονολόγιο της πανδημίας στην Ελλάδα

Η πανδημία του COVID-19 προκάλεσε σοβαρές αναταραχές σε παγκόσμιο επίπεδο και δημιούργησε πρωτοφανείς υγειονομικές, κοινωνικές και οικονομικές προκλήσεις για τις χώρες, με την Ελλάδα να μην αποτελεί εξαίρεση. Η πορεία της πανδημίας στην Ελλάδα διαμορφώθηκε μέσα από μια σειρά από εξελίξεις και σημαντικά γεγονότα, με το κράτος και το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) να κληθούν να διαχειριστούν την κατάσταση. Στο υποκεφάλαιο αυτό θα εξετάσουμε τη χρονική πορεία της πανδημίας στην Ελλάδα, την αντίδραση των αρχών και τα μέτρα που εφαρμόστηκαν για τον περιορισμό της διασποράς του ιού.

Φεβρουάριος 2020: Τα πρώτα κρούσματα και η έναρξη των περιοριστικών μέτρων

Η πανδημία του COVID-19 έκανε την εμφάνισή της στην Ελλάδα τον Φεβρουάριο του 2020, όταν καταγράφηκε το πρώτο επιβεβαιωμένο κρούσμα. Το κρούσμα αφορούσε μία γυναίκα που είχε ταξιδέψει στην Ιταλία και εμφάνισε τα πρώτα συμπτώματα του ιού κατά την επιστροφή της στην Ελλάδα. Στις 26 Φεβρουαρίου 2020, το Υπουργείο Υγείας επιβεβαίωσε το πρώτο κρούσμα και ακολούθησαν αυστηρά μέτρα για την αποτροπή της εξάπλωσης του ιού.

Μέσα σε λίγες μέρες, η κυβέρνηση επέβαλε περιοριστικά μέτρα, κλείνοντας σχολεία, πανεπιστήμια και δημόσιους χώρους. Η υποχρεωτική χρήση μάσκας σε δημόσιους χώρους και η αναστολή μεγάλων εκδηλώσεων ήταν μερικά από τα πρώτα μέτρα που λήφθηκαν για τον περιορισμό της διασποράς του ιού. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) ξεκίνησε να προετοιμάζεται για τη μεγάλη αύξηση των κρουσμάτων και των εισαγωγών στα νοσοκομεία.

Μάρτιος 2020: Εθνική καραντίνα και ενίσχυση των μέτρων προστασίας

Η κατάσταση επιδεινώθηκε στα μέσα Μαρτίου του 2020, όταν οι υγειονομικές αρχές αποφάσισαν την επιβολή εθνικής καραντίνας, η οποία ισχύει από τις 23 Μαρτίου. Οι πολίτες έπρεπε να στέλνουν SMS για να μετακινούνται, και τα καταστήματα λιανικής έκλεισαν, εκτός από τα καταστήματα που αφορούσαν πρώτης ανάγκης. Τα νοσοκομεία και οι υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ είχαν αρχικά ενισχυθεί με προσωπικό και εξοπλισμό, άρχισαν να αντιμετωπίζουν σοβαρές προκλήσεις με την αυξημένη ροή ασθενών. Στο πλαίσιο αυτό, το Ε.Σ.Υ. έπρεπε να προσαρμοστεί στις συνθήκες της πανδημίας και να αναδιοργανώσει τις υπηρεσίες του, προκειμένου να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην αυξημένη ζήτηση για υγειονομική φροντίδα.

Ο Μάρτιος 2020 σηματοδότησε και την προετοιμασία για τη λειτουργία μονάδων ΜΕΘ (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) και την ενίσχυση των νοσοκομείων με αναπνευστήρες και εξοπλισμό για την καλύτερη αντιμετώπιση των βαριά ασθενών.

Απρίλιος 2020: Επιτυχία της καραντίνας και περιορισμένη διασπορά του ιού

Με την επιβολή της καραντίνας και τη συμμόρφωση του πληθυσμού με τα μέτρα, η Ελλάδα κατάφερε να περιορίσει τη διασπορά του ιού στην πρώτη φάση της πανδημίας. Παρά την αυξημένη πίεση στο Ε.Σ.Υ., η χώρα δεν υπήρξε θύμα της έκρηξης των κρουσμάτων που παρατηρήθηκε σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ιταλία και η Ισπανία. Οι Ελληνικές αρχές επανέλαβαν συνεχώς την ανάγκη για τη διατήρηση της κοινωνικής αποστασιοποίησης και την αποφυγή των μαζικών συγκεντρώσεων.

Το Σύστημα Υγείας είχε επανειλημμένα ζητήσει την ενίσχυση της χρηματοδότησης για την προμήθεια ιατρικού υλικού, αλλά και την πρόσληψη επιπλέον προσωπικού. Το επιτυχημένο αποτέλεσμα αυτών των προσπαθειών ενίσχυσε την εικόνα της Ελλάδας στο εξωτερικό ως μία χώρα που κατάφερε να περιορίσει την εξάπλωση του ιού με περιορισμένα μέσα.

Μάιος-Ιούνιος 2020: Σταδιακή χαλάρωση των μέτρων και επανεκκίνηση της κοινωνικής ζωής

Από το Μάιο του 2020, η κυβέρνηση άρχισε τη σταδιακή άρση των περιοριστικών μέτρων, επιτρέποντας την επαναλειτουργία των καταστημάτων, των σχολείων και των δημόσιων υπηρεσιών. Η ελληνική κυβέρνηση προχώρησε σε συστηματικούς ελέγχους στα αεροδρόμια και σε άλλες πύλες εισόδου της χώρας για την αποφυγή της εισαγωγής νέων κρουσμάτων. Η Ελλάδα επέτρεψε την εισροή τουριστών από τον Ιούνιο του 2020, αν και με αυστηρά μέτρα υγειονομικής ασφάλειας και έλεγχο των τουριστικών περιοχών.

Η σταδιακή άρση των μέτρων πραγματοποιήθηκε σε μια συγκρατημένη βάση, με τη συνεχιζόμενη προτροπή των πολιτών για τη χρήση μάσκας και την τήρηση των υγειονομικών πρωτοκόλλων. Παρόλο που η κατάσταση εμφανίστηκε ελεγχόμενη, η κυβέρνηση προετοιμάστηκε για ενδεχόμενη δεύτερη έξαρση της πανδημίας, το φθινόπωρο του 2020.

Σεπτέμβριος-Νοέμβριος 2020: Δεύτερο κύμα και επιβολή νέων μέτρων

Η δεύτερη φάση της πανδημίας ξεκίνησε στα τέλη Σεπτεμβρίου και εντάθηκε τον Νοέμβριο 2020, με την Ελλάδα να αντιμετωπίζει ένα μεγάλο αριθμό κρουσμάτων και αυξημένων νοσηλειών. Τα νοσοκομεία άρχισαν να αντιμετωπίζουν αυξημένο φορτίο, με την ανάγκη για νέες μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) και ενίσχυση του ιατρικού προσωπικού να είναι επιτακτική. Τον Νοέμβριο 2020, η κυβέρνηση επέβαλε νέο καθολικό lockdown σε

όλη την επικράτεια, με σκοπό να περιορίσει τη μετάδοση του ιού και να αποτρέψει την κατάρρευση του Ε.Σ.Υ.

Η κατάσταση αυτή δημιούργησε μεγάλες προκλήσεις για το σύστημα υγείας, το οποίο, παρά τις ενισχύσεις, εξακολουθούσε να βρίσκεται σε ασφυκτική πίεση, ιδίως με την αυξανόμενη ανάγκη για ΜΕΘ και τη συνεχιζόμενη έλλειψη προσωπικού.

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε για την Ελλάδα μία ιδιαίτερη δοκιμασία, καθώς ανέδειξε τις αδυναμίες αλλά και τις δυνατότητες του Ε.Σ.Υ. να ανταποκριθεί σε μεγάλες κρίσεις. Το χρονολόγιο της πανδημίας αποδεικνύει την ανάγκη για συνεχιζόμενη προετοιμασία και την ύπαρξη ισχυρών συστημάτων υγειονομικής προστασίας για την αντιμετώπιση μελλοντικών κρίσεων.

3.2 Κρατικά Μέτρα και Παρεμβάσεις Υγειονομικών Αρχών

Η πανδημία COVID-19 επιβάλλει επείγουσα ανάγκη για έγκαιρη αντίδραση και αυστηρά μέτρα σε κυβερνητικό και υγειονομικό επίπεδο. Τα κράτη, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, αναγκάστηκαν να λάβουν έκτακτα μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας και την περιορισμένη διασπορά του ιού. Σε αυτό το υποκεφάλαιο, εξετάζονται τα μέτρα και οι παρεμβάσεις που υιοθέτησαν οι υγειονομικές αρχές στην Ελλάδα, προκειμένου να ελέγξουν την πανδημία και να προστατεύσουν την υγεία των πολιτών, με ιδιαίτερη έμφαση στην εφαρμογή των προληπτικών στρατηγικών και την ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

3.2.1 Έγκαιρη αντίδραση της κυβέρνησης και επιβολή περιοριστικών μέτρων

Από την πρώτη στιγμή που τα κρούσματα του COVID-19 καταγράφηκαν στην Ελλάδα, οι υγειονομικές αρχές προχώρησαν στην επιβολή αυστηρών μέτρων για την αποφυγή εξάπλωσης του ιού. Ο Υπουργός Υγείας και οι λοιμοξιολόγοι που απαρτίζουν την Επιτροπή Εμπειρογνομόνων του Υπουργείου Υγείας ήταν οι κύριοι υπεύθυνοι για την καθοδήγηση και την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων. Αυτά τα μέτρα περιλάμβαναν τον περιορισμό των δημόσιων συναθροίσεων, το κλείσιμο σχολείων και πανεπιστημίων, την αναστολή της λειτουργίας του λιανικού εμπορίου και τη διεξαγωγή αυστηρών ελέγχων στα σύνορα και τις αεροπορικές πτήσεις.

Η κυβέρνηση της Ελλάδας επέβαλε την αρχική καραντίνα στις 23 Μαρτίου 2020, επιβάλλοντας περιορισμούς στις μετακινήσεις των πολιτών, οι οποίοι έπρεπε να στέλνουν SMS για να λάβουν άδεια για να μετακινηθούν. Στην καραντίνα αυτή συμπεριλαμβάνονταν περιορισμοί σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής, από τη διακοπή της λειτουργίας των καταστημάτων, μέχρι την απαγόρευση των μαζικών εκδηλώσεων. Οι πρώτες παρεμβάσεις είχαν άμεσο αντίκτυπο στον περιορισμό της διασποράς του ιού στην κοινότητα,

ενώ η συμμόρφωση των πολιτών με τα μέτρα βοήθησε στη μείωση των κρουσμάτων και της πίεσης στο Ε.Σ.Υ. (Παπαδοπούλου, 2021).

3.2.2 Ενίσχυση του Ε.Σ.Υ. και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας

Μια από τις πιο σημαντικές στρατηγικές για την Ελλάδα ήταν η ενίσχυση του Ε.Σ.Υ. για να ανταποκριθεί στην αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αυτό περιλάμβανε την εξασφάλιση επαρκούς αριθμού μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), την προμήθεια απαραίτητου ιατρικού εξοπλισμού, όπως αναπνευστήρες, και την πρόσληψη νέου προσωπικού για να καλυφθούν οι αυξημένες ανάγκες.

Η Ελλάδα, παρά την οικονομική κρίση που υπήρχε κατά τα προηγούμενα χρόνια, αναγκάστηκε να ανακατανείμει πόρους και να αυξήσει τη χρηματοδότηση του τομέα υγείας. Ειδικότερα, η κυβέρνηση προχώρησε σε προσλήψεις προσωπικού από το δημόσιο τομέα, με στόχο να ενισχυθούν τα νοσοκομεία, ιδίως σε περιοχές που πλήττονταν από υψηλά ποσοστά μόλυνσης. Παράλληλα, η κυβέρνηση προχώρησε στην αξιοποίηση των ιδιωτικών νοσοκομείων για να καλυφθούν οι ανάγκες περίθαλψης, με συμφωνίες συνεργασίας και τη διασφάλιση της παροχής των υπηρεσιών υγείας χωρίς οικονομικό κώλυμα (Κωνσταντινίδης, 2020).

Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμού είχε επίσης κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη στρατηγικών για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού και την εφαρμογή των απαιτούμενων εμβολίων. Η χώρα ανέπτυξε οργανωμένα σχέδια και στρατηγικές για τη διανομή και χορήγηση των εμβολίων, διασφαλίζοντας τη μεγιστοποίηση του εμβολιαστικού ρυθμού, με την προτεραιοποίηση των ευπαθών ομάδων.

3.2.3 Παρεμβάσεις στον τομέα της υγειονομικής πληροφόρησης και επικοινωνίας

Η υγειονομική επικοινωνία αποτέλεσε ένα από τα πιο κρίσιμα πεδία κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η ανάγκη για έγκυρη, αξιόπιστη και συνεχώς επικαιροποιημένη πληροφορία ήταν απαραίτητη για την καθοδήγηση του πληθυσμού σχετικά με τα μέτρα πρόληψης και τις εξελίξεις της πανδημίας. Οι αρχές δημιούργησαν διαδικτυακές πλατφόρμες και τηλεφωνικές γραμμές για τη διαχείριση ερωτήσεων και αποριών των πολιτών, ενώ διαρκώς ενημέρωναν μέσω των ΜΜΕ για την πορεία της πανδημίας.

Η τηλεοπτική ενημέρωση και οι τακτικές συνεντεύξεις τύπου από τον Υπουργό Υγείας και λοιμοξιολόγους έγιναν καθημερινή πρακτική. Αυτές οι συνεντεύξεις είχαν στόχο να μεταδώσουν τα μηνύματα προστασίας, να απαντήσουν στις ανησυχίες του πληθυσμού και να ενθαρρύνουν τη συμμόρφωση με τα περιοριστικά μέτρα (Ελληνική Κυβέρνηση, 2020). Η σωστή ενημέρωση, συνδυασμένη με τα αυστηρά μέτρα, συνέβαλε σημαντικά στη διατήρηση του ελέγχου της πανδημίας και στη μείωση της διάδοσης του ιού.

3.2.4 Ο ρόλος των τοπικών αρχών και της τοπικής αυτοδιοίκησης

Οι τοπικές αρχές και οι δήμοι διαδραμάτισαν επίσης κρίσιμο ρόλο στην εφαρμογή των μέτρων και στη διαχείριση των επιπτώσεων της πανδημίας. Οι τοπικοί άρχοντες συντόνιζαν τη διανομή τροφίμων και άλλων αναγκαίων υλικών σε ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, προσφέροντας επιπλέον υποστήριξη σε όσους δεν μπορούσαν να καλύψουν τις βασικές τους ανάγκες λόγω περιορισμών. Επίσης, συνεργάστηκαν στενά με τις υγειονομικές αρχές για την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων και την εποπτεία των μέτρων κοινωνικής αποστασιοποίησης.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία περιλαμβάνει τις τοπικές μονάδες υγείας και τα Κέντρα Υγείας, ενίσχυσε την παρακολούθηση και φροντίδα των ασθενών με COVID-19 που δεν χρειάζονταν νοσηλεία σε νοσοκομείο. Οι τοπικές αρχές ανέλαβαν να οργανώσουν κινητές μονάδες για τον έλεγχο των κρουσμάτων και την παροχή εμβολίων σε απομακρυσμένες περιοχές (Ελληνική Δημοκρατία, 2021).

3.2.5 Διεθνείς συνεργασίες και υποστήριξη

Η Ελλάδα, όπως και οι υπόλοιπες χώρες, συνεργάστηκε με διεθνείς οργανισμούς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και η Ευρωπαϊκή Ένωση, για να ανταλλάξει πληροφορίες και καλές πρακτικές. Η Ελλάδα συμμετείχε σε πανευρωπαϊκές στρατηγικές για τη διαχείριση της πανδημίας, τόσο στο επίπεδο της υγειονομικής προετοιμασίας όσο και στην ανάπτυξη εμβολίων. Οι συνεργασίες αυτές περιλάμβαναν ανταλλαγή δεδομένων, τεχνογνωσίας, καθώς και την εξασφάλιση φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού (European Commission, 2020).

Οι διεθνείς σχέσεις ήταν κρίσιμες για την επιτυχή διαχείριση της πανδημίας, καθώς το σύστημα υγείας της χώρας χρειάστηκε πρόσβαση σε νέες θεραπείες και τεχνολογίες για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.3. Επιπτώσεις στη λειτουργία νοσοκομείων, ΤΕΠ και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Η πανδημία COVID-19 επηρέασε δραματικά τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα, δημιουργώντας έναν εκρηκτικό συνδυασμό δυσκολιών που ενέπλεξε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Κεντρική επιδίωξη των αρχών κατά την πανδημία ήταν η γρήγορη αντίδραση στις ανάγκες των ασθενών με COVID-19, καθώς και η εξασφάλιση της λειτουργίας των υποδομών που δεν είχαν άμεση σχέση με τον ιό. Ωστόσο, η έλλειψη αναγκαίων πόρων, η υπερφόρτωση των νοσοκομείων και η αδυναμία να παραμείνουν αλώβητες οι καθημερινές υγειονομικές υπηρεσίες, όπως τα Τμήματα

Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, οδήγησαν σε σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργία τους.

3.3.1 Επιπτώσεις στη Λειτουργία των Νοσοκομείων

Η πανδημία COVID-19 εκτός από την πίεση που άσκησε στα ήδη υπάρχοντα προβλήματα του Ε.Σ.Υ., ανέδειξε και τις σημαντικές αδυναμίες του, ειδικά στους τομείς της υποδομής, του προσωπικού και της χρηματοδότησης. Οι υγειονομικές μονάδες βρέθηκαν αντιμέτωπες με αυξημένο αριθμό νοσηλευόμενων ασθενών, ενώ η ανάγκη για επαρκή εξοπλισμό και προσωπικό εντάθηκε δραματικά. Στα νοσοκομεία, οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) υπήρξαν το πιο κρίσιμο τμήμα, με πολλές μονάδες να πληρούν τη μέγιστη δυναμικότητα και με σοβαρές ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό. Καθώς οι εισαγωγές για COVID-19 αυξάνονταν, οι ΜΕΘ είχαν να αντιμετωπίσουν και τις ήδη υπαρκτές ανάγκες για εντατική θεραπεία άλλων ασθενών, γεγονός που δημιούργησε μεγάλες πιέσεις για την κατανομή των πόρων (Αναγνωστόπουλος, 2021).

Τα νοσοκομεία αναγκάστηκαν να αναδιοργανωθούν και να εκχωρήσουν πολλές από τις λειτουργίες τους στην καταπολέμηση του ιού. Ορισμένα νοσοκομεία αποσπάστηκαν για να λειτουργήσουν αποκλειστικά ως νοσοκομεία COVID-19, ενώ άλλα αντιμετώπισαν τεράστια προβλήματα στη συνύπαρξη των περιστατικών COVID-19 με τις υπόλοιπες υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Η λειτουργία των τακτικών ιατρείων, των χειρουργείων και των εξετάσεων επηρεάστηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό. Πολλές προγραμματισμένες επεμβάσεις και θεραπείες αναβλήθηκαν ή ακυρώθηκαν, ενώ τα επείγοντα περιστατικά εκτιμήθηκαν με νέες κατηγοριοποιήσεις για την προτεραιότητα νοσηλείας, προκειμένου να εξασφαλιστεί η δυνατότητα αντιμετώπισης των ασθενών με COVID-19 (Κοτσίρης, 2021).

Αυτή η «εκτροπή» από τη συνηθισμένη ροή των νοσοκομείων είχε και ψυχολογικές επιπτώσεις για το προσωπικό. Το υγειονομικό προσωπικό, από γιατρούς και νοσηλευτές έως διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό, αναγκάστηκε να προσαρμοστεί σε νέες, εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες, που περιλάμβαναν την εξάντληση, το φόβο για τη δική του υγεία και τη συνεχιζόμενη ανάγκη για συνεχώς αυξανόμενη βοήθεια. Επιπλέον, η μείωση των υγειονομικών πόρων και η αδυναμία εξεύρεσης προσωπικού για τη στελέχωση των κενών θέσεων στις ΜΕΘ και στα υπόλοιπα τμήματα, απογύμνωσε περαιτέρω την ικανότητα των νοσοκομείων να παρέχουν την ποιοτική φροντίδα που απαιτείται (Καραγιώργος, 2021).

3.3.2 Επιπτώσεις στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) αποτέλεσαν τον κρίκο που ένωσε τη ροή των ασθενών με την ανάγκη για άμεση ιατρική βοήθεια κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Με την άφιξη της πανδημίας, τα ΤΕΠ βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή της υγειονομικής κρίσης, κληθέντα να αναλάβουν όχι μόνο τις έκτακτες καταστάσεις που προέρχονταν από την ευρύτερη κοινωνία, αλλά και τους ασθενείς με COVID-19 που απαιτούσαν άμεση νοσηλεία ή εξετάσεις για τη διάγνωση της ασθένειας. Ο συνδυασμός αυτών των περιστατικών

δημιούργησε συνθήκες υπερφόρτωσης στις υγειονομικές υπηρεσίες, με τις κανονικές διαδικασίες να ανασταλούν και την ανάγκη για επιτακτικές και εξαιρετικά αυστηρές προτεραιότητες να αυξάνεται δραματικά (Μπασιάς, 2021).

Το προσωπικό των ΤΕΠ εργάστηκε υπό συνθήκες υψηλής πίεσης, αντιμετωπίζοντας την αυξημένη ανάγκη για διαγνωστικά τεστ και τις υγειονομικές επιταγές για τη διαχείριση των κρουσμάτων COVID-19. Οι πόροι των ΤΕΠ έγιναν ολοένα και πιο περιορισμένοι και υπήρξε μεγάλη ανάγκη για αναδιοργάνωση των εσωτερικών διαδικασιών, προκειμένου να εξυπηρετηθούν όλα τα περιστατικά. Η συνύπαρξη των περιστατικών COVID-19 με άλλες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, όπως καρδιολογικά, τραυματιολογικά ή αναπνευστικά επεισόδια, επηρέασε άμεσα την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (Δημόπουλος, 2021).

3.3.3 Επιπτώσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα ήταν το πρώτο σημείο επαφής των πολιτών με το υγειονομικό σύστημα και, κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ανέλαβε πολλαπλές αρμοδιότητες. Ωστόσο, οι υποδομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας ήταν περιορισμένες, με αποτέλεσμα να βρεθούν σε πολύ δύσκολη θέση κατά την αύξηση των περιστατικών COVID-19. Η πρωτοβάθμια φροντίδα ανέλαβε την παρακολούθηση των ήπιων κρουσμάτων, τις επανεξετάσεις για χρόνιες παθήσεις, ενώ είχε και την ευθύνη για την κατ' οίκον φροντίδα ασθενών που δεν μπορούσαν να νοσηλευτούν.

Η αυξημένη πίεση στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας οδήγησε σε καθυστερήσεις και σε αναβολές στα προγραμματισμένα ραντεβού, ενώ η έλλειψη προσωπικού και υποδομών δημιούργησε σοβαρά προβλήματα στην εξυπηρέτηση των ασθενών. Παρά την προσπάθεια για τη χρήση της τηλεϊατρικής, η υιοθέτηση της τεχνολογίας καθυστέρησε, και οι ασθενείς υπήρξαν συχνά αβοήθητοι, κυρίως στα πιο απομακρυσμένα σημεία της χώρας (Παπαδοπούλου, 2021). Οι οικογενειακοί γιατροί και τα Κέντρα Υγείας προσπάθησαν να αντεπεξέλθουν με τις περιορισμένες τους δυνατότητες, και η αναγκαιότητα της ενίσχυσης του τομέα της ΠΦΥ έγινε ακόμη πιο εμφανής.

Η ανάγκη για απομακρυσμένη παρακολούθηση, μέσω τηλεφωνικών ραντεβού ή διαδικτυακών συμβουλών, αποτέλεσε σημαντική πρόκληση για τα κέντρα υγείας, αφού πολλά από τα απαραίτητα εργαλεία και υποδομές έλειπαν ή δεν ήταν επαρκώς εκπαιδευμένο το προσωπικό στην χρήση τους. Παρά ταύτα, η αύξηση της συνεργασίας με τα φαρμακεία και την ανάπτυξη νέων διαδικασιών για την παράδοση φαρμάκων κατ' οίκον συνέβαλε στην ανακούφιση των πιέσεων στις δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η δημιουργία κινητών μονάδων υγειονομικής φροντίδας και η ενίσχυση της τηλεϊατρικής απέφεραν κάποια θετικά αποτελέσματα, αλλά η πλήρης υλοποίηση αυτών των πρωτοβουλιών απαιτούσε χρόνο και επενδύσεις που δεν ήταν άμεσα διαθέσιμες λόγω της πίεσης που άσκησε η πανδημία στις υπάρχουσες υποδομές. Η αποστολή των αναγκαίων προμηθευτών και εξοπλισμού υπήρξε επίσης καθυστερημένη, ενώ η εκπαίδευση των υγειονομικών για τη χρήση νέων τεχνολογιών και την παροχή εξ αποστάσεως φροντίδας απαιτούσε πρόσθετο χρόνο προσαρμογής.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αντιμετώπισε επίσης το πρόβλημα της απώλειας εμπιστοσύνης από το κοινό. Πολίτες που θεωρούσαν πως ο τομέας της ΠΦΥ δεν ήταν σε θέση να ανταπεξέλθει στις ανάγκες τους έστρεψαν την προσοχή τους στους ιδιωτικούς φορείς ή αναζητούσαν φροντίδα μέσω των νοσοκομείων. Ωστόσο, η ενδυνάμωση της συνεργασίας μεταξύ ΠΦΥ και νοσοκομείων, και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην ενίσχυση της πρώτης γραμμής άμυνας κατά του COVID-19, παρουσίασε κάποιες θετικές στιγμές κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Βασιλειάδης, 2021).

3.3.4 Συμπεράσματα από τις Επιπτώσεις στη Λειτουργία Νοσοκομείων, ΤΕΠ και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Η πανδημία COVID-19 έφερε στο προσκήνιο σοβαρές ελλείψεις και αδυναμίες στο ελληνικό σύστημα υγείας, ιδίως στην ικανότητά του να προσαρμοστεί σε έκτακτες συνθήκες. Η υποχρηματοδότηση, η έλλειψη προσωπικού και η αργή αντίδραση στις ανάγκες της υγειονομικής κρίσης άφησαν το Ε.Σ.Υ. να δώσει αγώνα για να αντεπεξέλθει στην πρόκληση. Ωστόσο, παρά τις δυσκολίες, το σύστημα ανέδειξε τη σημασία της συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, αλλά και την ανάγκη για μία πιο βιώσιμη στρατηγική αναδιάρθρωσης του Ε.Σ.Υ. ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει μελλοντικές κρίσεις.

Η αναδιοργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η ενίσχυση των ΤΕΠ και η επένδυση στην ανάπτυξη των νοσοκομειακών υποδομών αποτελούν καίριες προτεραιότητες για τη μελλοντική θωράκιση του ελληνικού συστήματος υγείας απέναντι σε υγειονομικές κρίσεις. Η εμπειρία από την πανδημία αποδεικνύει ότι χρειάζεται να ενισχυθούν οι μηχανισμοί πρόληψης και η ικανότητα του συστήματος να αντιδρά ταχύτερα και πιο οργανωμένα σε καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης.

3.4. Ο ρόλος, η πίεση και η ηθική ευθύνη του υγειονομικού προσωπικού

Η πανδημία COVID-19 υπήρξε ένα κρίσιμο σημείο καμπής για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σε όλο τον κόσμο, επηρεάζοντας ιδιαίτερα το υγειονομικό προσωπικό. Η Ελλάδα, όπως και πολλές άλλες χώρες, αντιμετώπισε έναν τεράστιο όγκο ασθενών και μία πρωτοφανή πίεση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), με αποτέλεσμα οι υγειονομικοί λειτουργοί να βρεθούν σε πρωτόγνωρες συνθήκες εργασίας και σε καθημερινές αντιφάσεις μεταξύ των επαγγελματικών τους καθηκόντων και των ηθικών τους δεσμεύσεων.

3.4.1 Ο Ρόλος του Υγειονομικού Προσωπικού στην Αντιμετώπιση της Πανδημίας

Το υγειονομικό προσωπικό, που περιλαμβάνει γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό και υποστηρικτικό προσωπικό, υπήρξε το κύριο μέτωπο της μάχης κατά του COVID-19. Ο ρόλος τους υπήρξε καθοριστικός τόσο στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών όσο και

στην εφαρμογή μέτρων πρόληψης και απομόνωσης. Ειδικότερα, οι γιατροί, και κυρίως οι λοιμωξιολόγοι και οι εντατικολόγοι, ανέλαβαν τη διαχείριση και την περίθαλψη των ασθενών με σοβαρά συμπτώματα, ενώ οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό κλήθηκαν να διασφαλίσουν την κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη για τους ασθενείς, ενώ συχνά αντιμετώπιζαν το φόβο και τη σωματική και ψυχική εξάντληση.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, επίσης, επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό, καθώς τα κέντρα υγείας και τα ιατρεία έπρεπε να διαχειριστούν τόσο τις καθημερινές ανάγκες των πολιτών όσο και την υπερφόρτωση από ασθενείς που υπήρξαν ύποπτοι για λοίμωξη COVID-19. Οι γιατροί του πρώτου βαθμού έγιναν βασικοί συνεργάτες στη διαχείριση της πανδημίας, καθώς έπρεπε να προσφέρουν την πρώτη φροντίδα στους ασθενείς και να καθοδηγήσουν τη διαδικασία ελέγχου και απομόνωσης των κρουσμάτων.

3.4.2 Η Πίεση στο Υγειονομικό Προσωπικό

Η πίεση στο υγειονομικό προσωπικό ήταν χωρίς προηγούμενο. Ο αριθμός των κρουσμάτων αυξανόταν καθημερινά, με αποτέλεσμα τα νοσοκομεία να υπερφορτώνονται. Η αύξηση της ανάγκης για κρεβάτια εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), η έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού και οι περιορισμένες ιατρικές προμήθειες δημιούργησαν έναν εκρηκτικό συνδυασμό που άφηγε το προσωπικό να εργάζεται υπό συνθήκες εξάντλησης και ανασφάλειας.

Η παρατεταμένη εργασία με ελλιπή μέσα, η αβεβαιότητα γύρω από τη φύση του ιού και οι ενδεχόμενοι κίνδυνοι για την υγεία των υγειονομικών λειτουργών δημιούργησαν μία ψυχική και σωματική πίεση που συχνά ξεπερνούσε τα όρια. Οι αναφορές για αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και εξάντλησης (burnout) στους γιατρούς και τους νοσηλευτές έγιναν όλο και πιο συχνές. Η εργασία τους έγινε όχι μόνο σωματικά απαιτητική, αλλά και ψυχικά επίπονη, καθώς όλο και περισσότεροι συνάδελφοι τους νόσησαν, ενώ υπήρχε συνεχής ανησυχία για την εξάπλωση του ιού στους ίδιους και τις οικογένειές τους.

3.4.3 Η Ηθική Ευθύνη του Υγειονομικού Προσωπικού

Το υγειονομικό προσωπικό βρέθηκε να αντιμετωπίζει έναν άλλον μεγάλο αντίπαλο: την ηθική του ευθύνη. Ειδικότερα, οι γιατροί και νοσηλευτές, που κλήθηκαν να πάρουν κρίσιμες αποφάσεις υπό πίεση, βρέθηκαν να σταθμίζουν δύσκολες ηθικές επιλογές. Ποιους ασθενείς να προτιμήσουν για θεραπεία σε περίπτωση που τα διαθέσιμα μέσα (όπως οι κλίνες ΜΕΘ) ήταν περιορισμένα; Πώς να διαχειριστούν τη δύσκολη ισορροπία μεταξύ της αναγκαίας φροντίδας και της προστασίας της προσωπικής τους υγείας; Αυτά τα ηθικά διλήμματα έγιναν αναπόφευκτα για το υγειονομικό προσωπικό, το οποίο παρ' όλα αυτά συνέχισε να παρέχει φροντίδα με αποφασιστικότητα και αφοσίωση.

Η ηθική ευθύνη επιβάρυνε ακόμη περισσότερο τους υγειονομικούς λειτουργούς, καθώς πολλοί από αυτούς ήταν αντιμέτωποι με την ανάγκη να ακολουθήσουν αυστηρά πρωτόκολλα και περιοριστικά μέτρα, τα οποία πολλές φορές ήρθαν σε σύγκρουση με τις προσωπικές τους αξίες και τη γενικότερη επαγγελματική τους συνείδηση. Αν και η πολιτεία είχε θεσπίσει πρωτόκολλα για την προστασία των ασθενών και του προσωπικού, η συναισθηματική και ψυχική φόρτιση των υγειονομικών λειτουργών ήταν τεράστια.

3.4.4 Η Επίδραση της Πανδημίας στην Ψυχική Υγεία του Υγειονομικού Προσωπικού

Η ψυχική υγεία του υγειονομικού προσωπικού αποτέλεσε ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που αναδείχθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι εργαζόμενοι στο Ε.Σ.Υ. βρέθηκαν να αντιμετωπίζουν όχι μόνο τις αυξημένες απαιτήσεις της δουλειάς τους, αλλά και την προσωπική τους ανησυχία για τη δική τους υγεία και την υγεία των οικογενειών τους. Οι συνθήκες εργασίας υπό την πίεση της πανδημίας, όπως η υπερφόρτωση των νοσοκομείων, η παρατεταμένη εργασία, η έλλειψη προσωπικού και η αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου, είχαν σημαντική επίδραση στην ψυχική τους ευημερία.

Οι έρευνες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στην υγειονομική περίθαλψη παρουσίασαν αυξημένα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης, και εξάντλησης (burnout). Αυτή η συναισθηματική και ψυχική πίεση συνδέεται άμεσα με την έλλειψη προσωπικού, την πίεση του χρόνου και την αίσθηση του επαγγελματικού και προσωπικού κινδύνου. Παράλληλα, η απουσία επαρκών ψυχολογικών υποστηρικτικών μηχανισμών για το προσωπικό δημιούργησε ακόμη μεγαλύτερη αίσθηση απομόνωσης και αδυναμίας.

Η συναισθηματική πίεση που βίωσαν οι υγειονομικοί λειτουργοί, ιδίως σε επίπεδο νοσηλευτών και γιατρών που εργάζονταν σε ΜΕΘ, έπληξε τη συνολική ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, ενώ οι υγειονομικοί που υπηρέτησαν στην πρώτη γραμμή της πανδημίας αντιμετώπισαν επίσης την ηθική αντίφαση μεταξύ της αφοσίωσής τους στη δουλειά και της ανάγκης να προστατεύσουν τη δική τους υγεία και εκείνη των αγαπημένων τους.

3.4.5 Προτάσεις για την Υποστήριξη του Υγειονομικού Προσωπικού

Αναγνωρίζοντας τις δυσκολίες που αντιμετώπισε το υγειονομικό προσωπικό, η πολιτεία και οι υγειονομικές αρχές προχώρησαν σε κάποιες ενέργειες για την υποστήριξή τους. Προτάσεις για τη μείωση της πίεσης περιλάμβαναν την ενίσχυση της ψυχικής στήριξης για το προσωπικό, την παροχή ειδικών σεμιναρίων για την αντιμετώπιση του άγχους και του άγχους, και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στα νοσοκομεία. Επίσης, υπήρξε ανάγκη για περισσότερο προσωπικό στα νοσοκομεία και καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού για την ασφαλή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του COVID-19.

Ουσιαστικό ρόλο σε αυτή την υποστήριξη είχε η ψυχολογική στήριξη μέσω γραμμών υποστήριξης και άλλων πρωτοβουλιών για την ενίσχυση της ψυχικής ευημερίας του υγειονομικού προσωπικού.

4. Ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας κατά την πανδημία

Η πανδημία COVID-19 προκάλεσε μια πρωτοφανή πίεση σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως και ανέδειξε σοβαρές προκλήσεις όσον αφορά την ποιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) της Ελλάδας, όπως και τα συστήματα υγείας άλλων χωρών, βρέθηκε αντιμέτωπο με την αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, καθώς οι διαγνώσεις COVID-19 αυξάνονταν και οι νοσοκομειακές υποδομές υπερφορτώνονταν. Η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας κατά την πανδημία ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανότητα του Ε.Σ.Υ. να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες και να ανταποκριθεί σε αυξημένες ανάγκες, ενώ παράλληλα διατηρούσε τις βασικές αρχές της δημόσιας υγείας (WHO, 2020).

Κατά την αρχή της πανδημίας, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας υπήρξε αμφιλεγόμενη λόγω της υπερφόρτωσης των νοσοκομείων και της περιορισμένης διαθεσιμότητας σε πόρους όπως κλίνες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), αναπνευστήρες και ιατρικό προσωπικό. Οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό κλήθηκαν να δουλέψουν σε συνθήκες μεγάλης πίεσης, με αποτέλεσμα να αυξηθούν τα περιστατικά burnout και ψυχολογικής πίεσης (Harris & Lee, 2021). Σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2020), η έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού, η ανάγκη για εξειδικευμένο προσωπικό και οι καθυστερήσεις στην προμήθεια των απαραίτητων υγειονομικών υλικών αποτελούσαν σοβαρά εμπόδια στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.

Στην Ελλάδα, το Ε.Σ.Υ. προχώρησε σε αρκετές μεταρρυθμίσεις και έκτακτα μέτρα, προκειμένου να ανταποκριθεί στην αυξημένη ζήτηση. Τα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε «COVID-19 νοσοκομεία», με σκοπό να παρέχουν εξειδικευμένη φροντίδα σε ασθενείς με τον ιό, αφήνοντας άλλες υπηρεσίες, όπως τα προγραμματισμένα χειρουργεία και τη φροντίδα για μη COVID περιστατικά, σε δεύτερη μοίρα. Η έλλειψη πρόσβασης σε μη COVID-19 φροντίδα είχε σοβαρές συνέπειες για άλλους ασθενείς, προκαλώντας καθυστερήσεις στη διάγνωση και τη θεραπεία άλλων σοβαρών ασθενειών. Σύμφωνα με την ελληνική έρευνα του Οικονόμου (2020), πολλοί ασθενείς υπέφεραν λόγω της μη δυνατότητας να λάβουν άμεση ιατρική βοήθεια, γεγονός που επιβάρυνε ακόμα περισσότερο το σύστημα υγείας και την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονταν.

Αξιοσημείωτο είναι ότι παρά τις δυσκολίες, η ελληνική κυβέρνηση και το Ε.Σ.Υ. κατάφεραν να διαχειριστούν αρκετά αποτελεσματικά την κρίση στη φάση της πρώτης εξάπλωσης του ιού, περιορίζοντας την ένταση της πανδημίας. Παράλληλα, υπήρξε έντονη στροφή στη χρήση νέων τεχνολογιών, όπως η τηλεϊατρική, για να καλυφθούν οι ανάγκες υγειονομικής φροντίδας, ειδικά σε περιοχές εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων. Η τηλεϊατρική επιτράπησε την απομακρυσμένη παροχή υπηρεσιών σε ασθενείς που δεν

μπορούσαν να επισκεφτούν νοσοκομεία ή ιατρεία λόγω των περιοριστικών μέτρων (Harris & Lee, 2021).

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας δεν περιορίστηκε μόνο στο ζήτημα της φροντίδας των ασθενών με COVID-19. Η πανδημία ανέδειξε και την ανάγκη για αναβάθμιση των υποδομών και της τεχνολογίας στην υγειονομική περίθαλψη. Η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών, αν και ήταν ήδη εν εξελίξει πριν από την πανδημία, επιταχύνθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης. Η ανάγκη για ηλεκτρονικές συνταγές, την ηλεκτρονική παρακολούθηση των ασθενών και την απομακρυσμένη παρακολούθηση της υγείας συνέβαλε στη διατήρηση της ποιότητας των υπηρεσιών παρά την εξάντληση των πόρων (Papadopoulos & Koutsoukou, 2021).

Το Ε.Σ.Υ., πάντως, αντιμετώπισε και άλλες προκλήσεις όσον αφορά τη διαχείριση της ποιότητας των υπηρεσιών του κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Η συνεχιζόμενη ανάγκη για προσωπικό και εξοπλισμό αποτέλεσε μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις, καθώς οι δημόσιες επενδύσεις στην υγειονομική υποδομή και το προσωπικό ήταν περιορισμένες τα προηγούμενα χρόνια. Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2020), τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που είχαν υψηλότερη χρηματοδότηση και καλύτερη προετοιμασία αντιμετώπισαν τη πανδημία με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και με μικρότερες επιπτώσεις στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Αν και το Ε.Σ.Υ. της Ελλάδας αντέδρασε ταχύτατα και ανέλαβε δράση με τη δημιουργία ειδικών νοσοκομείων και κλινικών, ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας υπήρξε ιδιαίτερα ευάλωτος. Παρά τη σημασία που δόθηκε στη λειτουργία των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατειών, υπήρξαν περιορισμοί στην προώθηση της πρόληψης και στην υλοποίηση άλλων βασικών υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία των πολιτών. Ως εκ τούτου, η εξισορρόπηση των αναγκών σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγειονομικής φροντίδας παρέμεινε δύσκολη, γεγονός που επιδείνωσε την ποιότητα των υπηρεσιών (Oikonomou, 2020).

Οι συνέπειες της πανδημίας στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ήταν επίσης εμφανείς και στον τομέα της ψυχικής υγείας. Τα περιοριστικά μέτρα και οι κοινωνικές αποστάσεις δημιούργησαν έντονες ψυχολογικές πιέσεις σε μεγάλη μερίδα του πληθυσμού, κάτι που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των περιστατικών άγχους, κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών. Η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη για ενίσχυση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την εξίσωση των υπηρεσιών αυτών με την υπόλοιπη υγειονομική φροντίδα (Harris & Lee, 2021).

Η ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 αποδείχθηκε ότι δεν εξαρτάται μόνο από την άμεση υγειονομική ανταπόκριση, αλλά και από την ικανότητα των συστημάτων υγείας να διαχειριστούν τις κρίσεις με τρόπο ολιστικό. Όπως επισημαίνουν οι Harris και Lee (2021), οι χώρες με δυναμικά συστήματα υγειονομικής φροντίδας, οι οποίες επένδυσαν στην προετοιμασία για πανδημίες και στην ενίσχυση της υποδομής τους, είχαν την ικανότητα να προσφέρουν υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, παρά τις αντίξοες συνθήκες.

4.1. Ισότιμη πρόσβαση και κοινωνική δικαιοσύνη στην περίθαλψη

Η ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και αποτελεί βασικό στόχο κάθε υγειονομικού συστήματος. Στην Ελλάδα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) έχει ως αποστολή την εξασφάλιση της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής θέσης. Ωστόσο, η πανδημία COVID-19 έφερε στην επιφάνεια πολλές ανισότητες στην υγειονομική περίθαλψη και προκάλεσε σοβαρές προκλήσεις στην εφαρμογή της κοινωνικής δικαιοσύνης στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

4.1.1 Οι προκλήσεις της ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη

Η ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αφορά τη δυνατότητα όλων των ανθρώπων, χωρίς διακρίσεις, να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ανεξάρτητα από τη γεωγραφική τους θέση, την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό. Η πανδημία COVID-19, ωστόσο, κατέδειξε τα σοβαρά προβλήματα που υπάρχουν στην ισότιμη κατανομή των υγειονομικών πόρων, κάτι που μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη.

Αρχικά, οι περιορισμένοι πόροι στα νοσοκομεία και οι αυξημένες ανάγκες λόγω της πανδημίας δημιούργησαν συνθήκες ανισότητας στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Οι δομές υγείας αντιμετώπισαν τεράστιες πιέσεις, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναγκάζονται να περιμένουν για πολλές ώρες στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ή και να μεταφέρονται σε ιδιωτικές κλινικές, εφόσον είχαν τη δυνατότητα να το κάνουν. Η ανισότητα στην πρόσβαση ενισχύθηκε και από τις γεωγραφικές διαφορές, καθώς οι περιοχές με λιγότερους πόρους ή με υψηλό ποσοστό πληθυσμού που ανήκει σε ευάλωτες ομάδες είχαν λιγότερη ικανότητα να προσφέρουν επαρκή φροντίδα (SOULE, 2021).

Η πανδημία έφερε στο προσκήνιο και την ανάγκη για πιο ευέλικτο και προσαρμοσμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, καθώς και οι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες. Ο περιορισμένος αριθμός διαθέσιμων κλινών, η έλλειψη υγειονομικού προσωπικού και οι αυξημένες απαιτήσεις για προστασία των εργαζομένων στον τομέα της υγείας δημιούργησαν συνθήκες αδικίας και περιόρισαν την ικανότητα του συστήματος να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτών των ομάδων (ZORBA, 2020).

4.1.2 Η κοινωνική δικαιοσύνη στην υγειονομική περίθαλψη κατά την πανδημία

Η κοινωνική δικαιοσύνη στην υγειονομική περίθαλψη αναφέρεται στην έννοια της ισότητας στην πρόσβαση και τη διανομή των πόρων, καθώς και στην εξασφάλιση ότι όλοι οι πολίτες έχουν την ίδια δυνατότητα να απολαμβάνουν τα οφέλη του συστήματος υγείας. Στη διάρκεια της πανδημίας, το κράτος και οι υγειονομικές αρχές κλήθηκαν να διαχειριστούν την κρίση με τρόπο που να διασφαλίζει τη δικαιοσύνη για όλους τους πολίτες, ενώ οι ανισότητες στα συστήματα υγείας κατέστησαν ακόμα πιο έντονες.

Ένα από τα κεντρικά θέματα της κοινωνικής δικαιοσύνης ήταν η διανομή των περιορισμένων πόρων, όπως οι αναγκαίοι αναπνευστήρες και τα μέσα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ). Η απόφαση για το ποιος θα έχει προτεραιότητα στις ΜΕΘ και ποιος θα μπορεί να λάβει τα πιο εξελιγμένα φάρμακα και θεραπείες είχε κοινωνικές και ηθικές επιπτώσεις. Οι προτεραιότητες για την κατανομή των πόρων έπρεπε να βασίζονται σε μια διαφανή και δίκαιη διαδικασία, η οποία να λαμβάνει υπόψη τις ανάγκες και τις κοινωνικές συνθήκες των ατόμων που πλήττονταν περισσότερο από την πανδημία.

Αναφορικά με την κοινωνική δικαιοσύνη, η ελληνική κυβέρνηση επένδυσε σημαντικούς πόρους για να ενισχύσει τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και να προσφέρει άμεση στήριξη στους πληγέντες πολίτες. Η ισότιμη κατανομή των υπηρεσιών και η δημιουργία ενός συστήματος που να διασφαλίζει ότι όλοι θα λάβουν τις υπηρεσίες που χρειάζονται, ανεξαρτήτως της κοινωνικής τους θέσης, αποτέλεσε προτεραιότητα στην πολιτική υγειονομική διαχείριση.

Ωστόσο, η κοινωνική δικαιοσύνη δεν περιορίζεται μόνο στη διανομή των υγειονομικών πόρων. Είναι επίσης θέμα διασφάλισης της κοινωνικής συνοχής και της προώθησης της κοινωνικής ευημερίας, ιδίως για τις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Η πανδημία έχει δημιουργήσει σοβαρές οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες, με πολλούς ανθρώπους να βρίσκονται αντιμέτωποι με την ανεργία, την αβεβαιότητα και την αύξηση των ψυχικών προβλημάτων. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η στήριξη των κοινωνικά ευάλωτων, όπως οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με αναπηρία, καθίσταται ακόμα πιο κρίσιμη σε τέτοιες καταστάσεις (HARALAMBIDIS, 2020).

4.1.3 Πολιτικές για τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη

Η διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης απαιτεί ολοκληρωμένες πολιτικές που να αναγνωρίζουν τις κοινωνικές ανισότητες και να προτείνουν λύσεις για την εξισορρόπησή τους. Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη πρέπει να εξασφαλίζεται ανεξάρτητα από τη θέση των ανθρώπων στην κοινωνία ή την οικονομική τους κατάσταση. Η πανδημία έδειξε πως, για να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ανάγκες, απαιτούνται προσαρμογές στο υπάρχον σύστημα, όπως η ενίσχυση των πρώτων βοηθειών και η στήριξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Η εφαρμογή τηλεϊατρικής, η ενίσχυση του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αύξηση των κρατικών δαπανών για την ενίσχυση των δημόσιων νοσοκομείων αποτέλεσαν θετικά βήματα για την αντιμετώπιση της κρίσης. Παράλληλα, η διεύρυνση της συνεργασίας με ιδιωτικές δομές υγείας ήταν αναγκαία για να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών (LIPSI, 2021).

4.1.4 Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα που αντλούνται από την πανδημία COVID-19 και τη σχέση της με την ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αναδεικνύουν μια σειρά από κρίσιμες πτυχές και προκλήσεις, οι οποίες εξακολουθούν να είναι επίκαιρες και μετά την αρχική φάση της πανδημίας. Η πανδημία έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη για αναδιάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με σκοπό την εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής τους θέσης, και την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγειονομική φροντίδα. Παρακάτω ακολουθούν τα βασικά σημεία που προκύπτουν από την ανάλυση της πανδημίας και της αντίδρασης του συστήματος υγείας, τα οποία θέτουν τις βάσεις για τη μελλοντική εξέλιξη και τη διασφάλιση της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης στον τομέα της υγείας.

A. Ενίσχυση των Δομών Υγείας και Πρώτων Βοηθειών

Η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη για ενίσχυση των πρώτων βοηθειών και των πρωτοβάθμιων δομών υγείας, οι οποίες υποχρεώθηκαν να αναλάβουν αυξημένο φόρτο. Η έλλειψη σωστής προετοιμασίας και οι περιορισμένοι πόροι στις αρχικές φάσεις της πανδημίας οδήγησαν σε καθυστερήσεις και ανισότητες στην παροχή φροντίδας, ιδιαίτερα για τα πιο ευάλωτα κοινωνικά στρώματα. Ωστόσο, η ανάγκη για άμεση βελτίωση των υποδομών και την ενίσχυση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας υπήρξε σαφής, καθώς αυτές οι δομές είναι σε θέση να ανακουφίσουν το βάρος των νοσοκομείων και να παρέχουν φροντίδα σε πιο τοπικό επίπεδο. Η στήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελεί απαραίτητο στοιχείο για την αποτροπή νέων κοινωνικών ανισοτήτων και την προώθηση ισότιμης πρόσβασης σε όλους τους πολίτες (Haralambidis, 2020).

B. Διανομή και Διαχείριση Υγειονομικών Πόρων

Ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν η αδυναμία ισότιμης κατανομής των υγειονομικών πόρων, όπως οι αναπνευστήρες, οι κλίνες ΜΕΘ, και τα μέσα ατομικής προστασίας (ΜΑΠ). Οι περιορισμένοι πόροι στα νοσοκομεία, καθώς και η ανάγκη για γρήγορη και αποτελεσματική διάθεση αυτών των πόρων, ανέδειξαν την ανάγκη για την υιοθέτηση διαφανών και αντικειμενικών κριτηρίων στην κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Η αξιολόγηση της κατάστασης και η ανάπτυξη διαδικασιών που να εξασφαλίζουν την ισότιμη διανομή των πόρων δεν αφορούσε μόνο την πρακτική διαχείριση των κρίσιμων καταστάσεων, αλλά και τη διασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης για τους ασθενείς (Zorba, 2020). Η διαφάνεια και η δικαιοσύνη στην κατανομή των πόρων είναι θεμελιώδεις για την αποφυγή της ανισότητας στην περίθαλψη και για την ενίσχυση της κοινωνικής εμπιστοσύνης στο σύστημα υγείας.

Γ. Κοινωνικές Ανισότητες και Ευάλωτες Ομάδες

Η πανδημία ανέδειξε την έντονη κοινωνική ανισότητα στην υγειονομική περίθαλψη. Κοινωνικά ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι, οι πρόσφυγες και οι μετανάστες, καθώς και οι άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες, βρέθηκαν σε δυσμενέστερη θέση

ως προς την πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι γεωγραφικές ανισότητες αποτέλεσαν επίσης σημαντικό παράγοντα, καθώς οι περιοχές με λιγότερους πόρους και δομές υγείας υπήρξαν πιο ευάλωτες στις συνέπειες της πανδημίας. Η πανδημία ανέδειξε τις κοινωνικές ανισότητες και την ανάγκη για δημιουργία στρατηγικών που να διασφαλίζουν ότι οι πιο ευάλωτοι συμπολίτες μας θα έχουν προτεραιότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Soule, 2021).

Η αλληλεγγύη και η κοινωνική υποστήριξη για τις ευάλωτες ομάδες πρέπει να αποτελούν βασικό στόχο κάθε υγειονομικής πολιτικής. Η ενίσχυση των κοινωνικών πολιτικών και η διασφάλιση ότι όλοι οι πολίτες θα έχουν πρόσβαση στην απαραίτητη φροντίδα είναι καίριας σημασίας για τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και για την προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Δ. Τηλεϊατρική και Ψηφιακές Υπηρεσίες Υγείας

Μια από τις σημαντικές αλλαγές που προκάλεσε η πανδημία ήταν η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής και των ψηφιακών υπηρεσιών υγείας, οι οποίες συνέβαλαν στη μείωση των πιέσεων στις φυσικές υποδομές των νοσοκομείων και στην εξασφάλιση της συνέχισης της ιατρικής φροντίδας, ακόμα και σε περιόδους κοινωνικών περιορισμών και κλεισίματος των υπηρεσιών. Η τηλεϊατρική αποδείχθηκε χρήσιμη για την παροχή φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονταν σε περιοχές με λιγότερη πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες και αποτέλεσε μια λύση για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών και για την παρακολούθηση ασθενών χωρίς να χρειάζεται η φυσική τους παρουσία σε ιατρεία ή νοσοκομεία.

Ωστόσο, η ψηφιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης έφερε στο προσκήνιο τις ανισότητες σε επίπεδο πρόσβασης στην τεχνολογία και το Διαδίκτυο. Οι ηλικιωμένοι, οι άνθρωποι που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές ή οι άνθρωποι με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο αντιμετώπισαν δυσκολίες στην πρόσβαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, γεγονός που ανέδειξε την ανάγκη για προσαρμογή των πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης και την ενίσχυση της ισότητας στην πρόσβαση στην ψηφιακή υγειονομική φροντίδα.

Ε. Ανάγκη για Διαρκή Υγειονομική Μεταρρύθμιση

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη για μια διαρκή και συνεχιζόμενη μεταρρύθμιση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, με στόχο την αντιμετώπιση των ανισοτήτων και την εξασφάλιση μιας πιο δίκαιης και αποδοτικής υγειονομικής φροντίδας για όλους. Οι στρατηγικές που αναπτύχθηκαν για την αντιμετώπιση της πανδημίας, όπως η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η αξιοποίηση των ψηφιακών εργαλείων και η προτεραιότητα στις ευάλωτες ομάδες, πρέπει να παραμείνουν ως κεντρικές προτεραιότητες για το μέλλον του Ε.Σ.Υ.

Η επένδυση σε νέες τεχνολογίες, η ενίσχυση της εκπαίδευσης των υγειονομικών εργαζομένων και η διασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης πρέπει να αποτελούν βασικούς πυλώνες της μελλοντικής πολιτικής υγειονομικής περίθαλψης (Lipsi, 2021).

4.2. Ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμό και υποδομές

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε με τρόπο εμφατικό τις χρόνιες αδυναμίες και τα διαρθρωτικά προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα. Αν και καταβλήθηκαν σημαντικές προσπάθειες ενίσχυσης του συστήματος, οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και βασικές υποδομές αποτέλεσαν καθοριστικούς ανασταλτικούς παράγοντες στην αποτελεσματική διαχείριση της υγειονομικής κρίσης (Κοσμίδης & Καραμάνου, 2021).

Οι ελλείψεις σε γιατρούς, νοσηλευτές και λοιπό υγειονομικό προσωπικό ήταν ήδη υπαρκτές πριν από την πανδημία, αλλά επιδεινώθηκαν δραματικά με την εκδήλωσή της. Η Ελλάδα καταγράφει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στον ΟΟΣΑ (OECD, 2022), γεγονός που περιορίσε σημαντικά την ανθεκτικότητα του Ε.Σ.Υ. κατά τα κύματα της COVID-19. Το προσωπικό των νοσοκομείων βρέθηκε αντιμέτωπο με συνθήκες υπερκόπωσης, συνεχούς εργασίας και συναισθηματικής εξάντλησης (ΠΟΥ, 2021).

Επιπλέον, η ανάγκη για άμεση ενίσχυση των μονάδων COVID οδήγησε σε μετακινήσεις υγειονομικού προσωπικού από άλλες δομές, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν κενά σε τμήματα όπως τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας (Λιαρόπουλος, 2020). Οι προσλήψεις, αν και πραγματοποιήθηκαν, ήταν σε μεγάλο ποσοστό συμβάσεις ορισμένου χρόνου, χωρίς μακροχρόνιο σχεδιασμό. Παράλληλα, το φαινόμενο του brain drain, δηλαδή η φυγή εξειδικευμένου προσωπικού στο εξωτερικό, επιβάρυνε ακόμη περισσότερο το σύστημα (Economidou et al., 2021).

Η έλλειψη κρίσιμου εξοπλισμού ήταν εμφανής ήδη από το πρώτο κύμα της πανδημίας. Ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ήταν εξαιρετικά περιορισμένος – μόλις περίπου 560 σε εθνικό επίπεδο το 2020 – και αυξήθηκε κυρίως χάρη σε έκτακτες δωρεές και όχι μέσω θεσμικής πρόβλεψης (ΙΣΑ, 2021). Επιπλέον, οι ελλείψεις σε βασικό εξοπλισμό ατομικής προστασίας, όπως μάσκες, στολές και γάντια, εξέθεσαν το υγειονομικό προσωπικό σε σοβαρούς κινδύνους (WHO, 2020).

Παράλληλα, οι καθυστερήσεις στον εξοπλισμό των εργαστηρίων με διαγνωστικά μέσα, όπως τα PCR τεστ, οδήγησαν σε χαμηλά ποσοστά ιχνηλάτησης, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της πανδημίας (Hellenic National Public Health Organization, 2021). Σε πολλά νοσοκομεία παρατηρήθηκε και σοβαρή γήρανση του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, γεγονός που επηρέασε τη λειτουργικότητα και την ποιότητα της φροντίδας (Economidou et al., 2021).

Οι ελλείψεις σε υποδομές συνιστούν ένα ακόμη κρίσιμο πεδίο αδυναμίας του Ε.Σ.Υ. Πολλά δημόσια νοσοκομεία λειτουργούν σε πεπαλαιωμένα και ακατάλληλα κτίρια, χωρίς δυνατότητες κατάλληλης απομόνωσης ασθενών με λοιμώδη νοσήματα (Λιαρόπουλος, 2020). Η απουσία σύγχρονων χώρων αρνητικής πίεσης και ασφαλών μονάδων για την υποδοχή ασθενών με COVID-19 δυσχέρανε τον έλεγχο της διασποράς.

Επιπλέον, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), αντί να ενισχυθεί ώστε να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία, παρέμεινε υποστελεχωμένη και με περιορισμένη

λειτουργικότητα. Η αποδυνάμωση των Κέντρων Υγείας και των ΤΟΜΥ (Τοπικών Μονάδων Υγείας) σήμαινε ότι η διαχείριση της πανδημίας επωμίστηκε σχεδόν αποκλειστικά από τα νοσοκομεία (Economou et al., 2021). Η κατάσταση ήταν ακόμη πιο δύσκολη σε απομακρυσμένες και νησιωτικές περιοχές, όπου η πρόσβαση σε βασικές υποδομές υγείας ήταν περιορισμένη ή ανύπαρκτη.

Συμπερασματικά, πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως μεγεθυντικός φακός που φώτισε τις διαχρονικές ελλείψεις του Ε.Σ.Υ. Η αδυναμία προληπτικού σχεδιασμού, η ελλιπής στελέχωση και η περιορισμένη επένδυση σε εξοπλισμό και υποδομές εμπόδισαν την έγκαιρη και ποιοτική ανταπόκριση στις αυξημένες ανάγκες. Το μέλλον του δημόσιου συστήματος υγείας εξαρτάται από τη διαμόρφωση μακροπρόθεσμων στρατηγικών που θα καλύπτουν τις δομικές αυτές ανεπάρκειες και θα διασφαλίζουν τη βιωσιμότητα και ανθεκτικότητά του.

4.3. Αντιλήψεις, προσδοκίες και εμπειρίες των πολιτών από το Ε.Σ.Υ.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) αποτελεί τον βασικό πυλώνα της δημόσιας υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα από την ίδρυσή του το 1983. Ωστόσο, η εικόνα που έχουν οι πολίτες για το Ε.Σ.Υ. διαμορφώνεται όχι μόνο από τις παροχές του, αλλά και από τις καθημερινές τους εμπειρίες και τις προσδοκίες που διαμορφώνονται σε σχέση με την ποιότητα, την προσβασιμότητα και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Τούντας & Σκοπούλη, 2021). Οι αντιλήψεις αυτές έχουν υποστεί σημαντικές μεταβολές, ιδίως κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και στη συνέχεια της πανδημίας COVID-19, όπου το σύστημα υγείας κλήθηκε να ανταποκριθεί σε πρωτοφανείς πιέσεις.

Στην παρούσα ανάλυση επιχειρείται μια συνολική προσέγγιση της στάσης των πολιτών απέναντι στο Ε.Σ.Υ., με εστίαση τόσο στις υποκειμενικές εμπειρίες όσο και στις κοινωνιολογικές και ψυχολογικές διαστάσεις των προσδοκιών τους. Η ανάλυση βασίζεται σε εμπειρικά δεδομένα από έρευνες κοινής γνώμης, σε ποιοτικές μαρτυρίες, καθώς και σε βιβλιογραφικές πηγές που αναδεικνύουν τις μεταβλητές που επηρεάζουν την εικόνα του Ε.Σ.Υ. στη συνείδηση των πολιτών.

4.3.1 Ιστορική εξέλιξη της σχέσης πολιτών και Ε.Σ.Υ.

Από την ίδρυσή του, το Ε.Σ.Υ. τέθηκε υπό το πρίσμα της καθολικής πρόσβασης και της ισότητας, με στόχο την παροχή φροντίδας σε κάθε πολίτη ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικού υπόβαθρου. Παρότι η πρόθεση αυτή αποτέλεσε ιστορικά ένα σημαντικό βήμα προς την κοινωνική δικαιοσύνη, η εφαρμογή της πολιτικής αυτής στην πράξη αντιμετώπισε σοβαρές δυσκολίες, ιδιαίτερα όσον αφορά τις ανισότητες μεταξύ κέντρων και περιφέρειας, αλλά και τα φαινόμενα γραφειοκρατίας και καθυστερήσεων.

Η σχέση των πολιτών με το Ε.Σ.Υ. διαχρονικά χαρακτηρίζεται από έναν ιδιότυπο δυϊσμό: από τη μία, η ύπαρξη του δημόσιου συστήματος ως εγγύηση βασικής φροντίδας, και από την

άλλη, η υποχώρηση της εμπιστοσύνης λόγω της πολυετούς υποχρηματοδότησης και των φαινομένων διαφθοράς, αναμονών και ανεπάρκειας υπηρεσιών (Sotiropoulos, 2019).

Η δεκαετής οικονομική κρίση (2009–2019) επιδείνωσε περαιτέρω την κατάσταση, καθώς χιλιάδες εργαζόμενοι τέθηκαν εκτός ασφαλιστικού συστήματος, ενώ οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία οδήγησαν σε μείωση προσωπικού, κλείσιμο μονάδων και ελλείψεις εξοπλισμού (Economou et al., 2014). Σε αυτό το πλαίσιο, μεγάλο μέρος των πολιτών στράφηκε στην ιδιωτική υγεία ή βίωσε την «υγειονομική φτώχεια» — δηλαδή την αδυναμία πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες υγείας (Kentikelenis et al., 2014).

4.3.2 Αντιλήψεις των πολιτών για το Ε.Σ.Υ. πριν την πανδημία

Πριν από την εμφάνιση της COVID-19, οι μελέτες κοινής γνώμης καταγράφουν ένα διάχυτο αίσθημα ανασφάλειας και δυσαρέσκειας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. Σύμφωνα με έρευνα του Ευρωβαρόμετρου (Eurobarometer, 2019), το 61% των Ελλήνων πολιτών θεωρούσε ότι το δημόσιο σύστημα υγείας δεν ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους, ενώ το 47% είχε αναβάλει ή αποφύγει ιατρική εξέταση λόγω κόστους ή δυσκολίας πρόσβασης.

Η βασικότερη πηγή δυσαρέσκειας σχετιζόταν με:

- Τις μεγάλες καθυστερήσεις στην εξυπηρέτηση.
- Την ελλιπή επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό.
- Τις υποδομές που κρίνονταν ανεπαρκείς ή ξεπερασμένες.
- Την αίσθηση άνισης μεταχείρισης, ιδίως για ευάλωτες ομάδες.

Από κοινωνιολογική σκοπιά, οι αντιλήψεις αυτές επηρεάζονται και από την κοινωνική τάξη, την ηλικία, το φύλο και την περιοχή κατοικίας. Πολίτες με υψηλότερο εισόδημα είχαν ευκολότερη πρόσβαση σε ιδιωτικές δομές και εξέφραζαν χαμηλότερη εμπιστοσύνη στο Ε.Σ.Υ., ενώ οι χαμηλότερες κοινωνικές ομάδες, αν και περισσότερο εξαρτημένες από το δημόσιο σύστημα, δήλωναν συχνότερα ικανοποιημένες με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, σε μια λογική προσαρμοσμένων προσδοκιών (Tountas et al., 2012).

4.3.3 Εμπειρίες και αντιλήψεις των πολιτών για το Ε.Σ.Υ. κατά την πανδημία COVID-19

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε ένα κρίσιμο σημείο καμπής για την εικόνα του Ε.Σ.Υ. στη συνείδηση των πολιτών. Το σύστημα υγείας τέθηκε σε πρωτοφανή πίεση, καλούμενο να ανταποκριθεί σε τεράστιο αριθμό νοσηλευόμενων, να διαχειριστεί την πανδημική κρίση και να προστατεύσει τη δημόσια υγεία υπό αντίξοες συνθήκες. Αν και αναδείχθηκαν διαχρονικές παθογένειες του Ε.Σ.Υ., η περίοδος αυτή χαρακτηρίστηκε και από στιγμές υψηλής κοινωνικής αποδοχής και αναγνώρισης της προσπάθειας των υγειονομικών.

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε ένα κρίσιμο σημείο καμπής για την εικόνα του Ε.Σ.Υ. στη συνείδηση των πολιτών. Το σύστημα υγείας τέθηκε σε πρωτοφανή πίεση, καλούμενο να ανταποκριθεί σε τεράστιο αριθμό νοσηλευόμενων, να διαχειριστεί την πανδημική κρίση και να προστατεύσει τη δημόσια υγεία υπό αντίξοες συνθήκες. Αν και αναδείχθηκαν διαχρονικές παθογένειες του Ε.Σ.Υ., η περίοδος αυτή χαρακτηρίστηκε και από στιγμές υψηλής κοινωνικής αποδοχής και αναγνώρισης της προσπάθειας των υγειονομικών.

A. Θετική επανεκτίμηση του ρόλου του Ε.Σ.Υ.

Κατά την πρώτη φάση της πανδημίας, η κοινή γνώμη φάνηκε να στρέφεται ξανά προς το δημόσιο σύστημα υγείας με αυξημένα επίπεδα εμπιστοσύνης. Σε έρευνα της Metron Analysis (Απρίλιος 2020), το 84% των πολιτών δήλωσε ότι «το Ε.Σ.Υ. τα πήγε καλά ή πολύ καλά» στη διαχείριση της πανδημίας. Αντίστοιχα υψηλά ποσοστά εμπιστοσύνης καταγράφηκαν και στο προσωπικό των νοσοκομείων, ιδίως στους γιατρούς και νοσηλευτές, οι οποίοι έγιναν κοινωνικά σύμβολα αυταπάρνης και προσφοράς.

Αυτό το κύμα κοινωνικής αποδοχής οδήγησε σε ένα είδος «αναδιαπραγμάτευσης» της σχέσης πολιτών–Ε.Σ.Υ., με τους πολίτες να αναγνωρίζουν τη σημασία ενός ισχυρού δημόσιου συστήματος υγείας ως βασικής προϋπόθεσης για την προστασία όλων ανεξαιρέτως. Το φαινόμενο αυτό παρατηρήθηκε και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ωστόσο στην Ελλάδα ήταν πιο έντονο λόγω της προηγούμενης περιόδου αποδόμησης του Ε.Σ.Υ. λόγω της λιτότητας (Legido-Quigley et al., 2020).

B. Παράλληλη ανάδειξη ανισοτήτων και αδυναμιών

Ωστόσο, όσο η κρίση παρατεινόταν, οι θετικές προσδοκίες άρχισαν να εξασθενούν, καθώς επανήλθαν στη δημόσια σφαίρα ζητήματα όπως:

- η **ανεπάρκεια ΜΕΘ** και η άνιση γεωγραφική κατανομή τους,
- οι **πολύμηνες καθυστερήσεις** στις θεραπείες μη-COVID ασθενών,
- οι **διακρίσεις πρόσβασης** (ασφαλισμένοι – ανασφάλιστοι, πολίτες επαρχίας – Αθήνας/Θεσσαλονίκης),
- η **ψυχική εξουθένωση** του προσωπικού και οι παραιτήσεις νοσηλευτών και γιατρών.

Σύμφωνα με την έρευνα του Ιδρύματος Heinrich Böll (2021), ένας στους τρεις πολίτες δήλωσε ότι δεν είχε πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας, όχι λόγω νόσησης, αλλά λόγω ακύρωσης ραντεβού, αναμονών ή έλλειψης ειδικευμένου προσωπικού. Παράλληλα, καταγράφηκε και το φαινόμενο της «υγειονομικής μοναξιάς», ιδιαίτερα σε χρόνιους ασθενείς και ψυχικά ευάλωτες ομάδες, που ένιωσαν εγκαταλελειμμένες μέσα στο κλίμα του αποκλεισμού (Βακάλης, 2022).

Γ. Ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και του διαδικτύου

Ο ρόλος των ΜΜΕ στην διαμόρφωση της αντίληψης των πολιτών για το Ε.Σ.Υ. ήταν καθοριστικός. Στην αρχή της πανδημίας, η εντατική κάλυψη των προσπαθειών του Ε.Σ.Υ. ενίσχυσε την εμπιστοσύνη στο δημόσιο σύστημα. Στη συνέχεια όμως, η υπερπληροφόρηση,

η εστίαση σε ελλείψεις και οι αντικρουόμενες απόψεις δημιούργησαν κλίμα δυσπιστίας και αβεβαιότητας. Το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης επέδρασαν επίσης αμφίσημα: από τη μία, λειτούργησαν ως πλατφόρμες μαρτυρίας για προβλήματα στο σύστημα, και από την άλλη, ενίσχυσαν τον διάλογο γύρω από το δικαίωμα στην υγεία και την ανάγκη θωράκισης του Ε.Σ.Υ. (Parageorgiou et al., 2021).

Δ. Η εμπειρία του ασθενή: μαρτυρίες και μελέτες

Ποιοτικές έρευνες που καταγράφουν μαρτυρίες ασθενών αναδεικνύουν ένα μείγμα ανακούφισης, ευγνωμοσύνης, αλλά και πικρίας. Πολλοί πολίτες ένιωσαν ότι σώθηκαν χάρη στις προσπάθειες συγκεκριμένων γιατρών ή νοσηλευτών, και όχι λόγω της οργάνωσης του συστήματος. Άλλοι πάλι βίωσαν την πλήρη εγκατάλειψη, ιδίως σε περιφερειακά νοσοκομεία. Η εμπειρία του πολίτη δεν είναι μονοδιάστατη – είναι βαθιά ταξική, τοπική και βιωματική. Οι ευάλωτοι κοινωνικά και γεωγραφικά πολίτες (π.χ. κάτοικοι νησιών ή ορεινών περιοχών) έχουν λιγότερες θετικές εμπειρίες και υψηλότερη δυσπιστία (Μιχαλοπούλου & Ντάλιος, 2022).

Ε. Προσδοκίες των πολιτών για το μέλλον του Ε.Σ.Υ.

Η πανδημία COVID-19, ενώ αποκάλυψε αδυναμίες, αναζωπύρωσε και την απαίτηση των πολιτών για ένα ισχυρό, προσβάσιμο και καθολικό σύστημα υγείας. Σε σειρά δημοσκοπήσεων της διαΝΕΟσις και του IOBE (2021–2022), καταγράφηκε υψηλή ζήτηση για:

- Αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης για την υγεία,
- Μόνιμες προσλήψεις προσωπικού, ειδικά σε αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία, Ψηφιοποίηση και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών (ηλεκτρονικοί φάκελοι ασθενών, τηλεϊατρική),
- Περισσότερη αξιοκρατία στη διοίκηση των νοσοκομείων,
- Ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) ώστε να αποσυμφορηθούν τα νοσοκομεία.

Είναι σαφές ότι οι πολίτες δεν αρκούνται πλέον στο να λειτουργεί το σύστημα «στο περίπου». Αναζητούν ένα Ε.Σ.Υ. φιλικό, αποτελεσματικό και προσιτό. Αυτό δηλώνει όχι απλώς κριτική διάθεση, αλλά μια πιο ώριμη σχέση με το κράτος πρόνοιας, όπου η υγεία θεωρείται θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό και όχι υπηρεσία για λίγους (Tsakloglou & Cholezas, 2021).

ΣΤ. Ψυχολογική και κοινωνιολογική διάσταση της εμπιστοσύνης στο Ε.Σ.Υ.

Η εμπιστοσύνη στο Ε.Σ.Υ. δεν είναι μόνο ζήτημα εμπειριών υγείας· είναι και κοινωνιολογικό προϊόν ευρύτερων δομικών, πολιτισμικών και ψυχολογικών παραγόντων. Σύμφωνα με τον Giddens (1990), η εμπιστοσύνη σε θεσμούς, όπως το σύστημα υγείας, εδράζεται στην προβλεψιμότητα και στην προσδοκία συνέπειας. Όταν ένα σύστημα δεν

μπορεί να ανταποκριθεί με σταθερότητα, η εμπιστοσύνη ρηγματώνεται, ακόμα και αν υπάρχουν καλές ατομικές εμπειρίες.

Στο ελληνικό πλαίσιο, οι πολίτες έχουν μάθει να «αυτοσχεδιάζουν» μέσα σε ένα ανοργάνωτο περιβάλλον. Η εμπιστοσύνη τους, επομένως, δεν αφορά το θεσμό ως τέτοιο, αλλά τα πρόσωπα – τον γιατρό, τη νοσηλεύτρια, τον «άνθρωπο που βρέθηκε εκεί». Αυτό οδηγεί σε μια προσωποκεντρική εμπιστοσύνη και όχι θεσμική, η οποία δύσκολα μετασχηματίζεται σε πίεση για συλλογικές μεταρρυθμίσεις (Sotiropoulos & Bourikos, 2014).

Z. Εμπειρίες και προσδοκίες ως βάση για πολιτική συμμετοχή

Η υγειονομική κρίση ενεργοποίησε μορφές συλλογικής δράσης και κινητοποίησης γύρω από την υγεία. Παρατηρήθηκαν αυθόρμητες κινήσεις αλληλεγγύης, ψηφιακές καμπάνιες για τη στήριξη των γιατρών και των νοσηλευτών, αλλά και διαδηλώσεις υπέρ ενός ισχυρού Ε.Σ.Υ.

Αυτό δείχνει ότι η εμπειρία των πολιτών δεν περιορίζεται στο ατομικό βίωμα, αλλά μπορεί να μετατραπεί σε πολιτικό αίτημα. Η κοινωνιολογική έρευνα επισημαίνει ότι όταν η καθημερινότητα συναντά τη συλλογική αίσθηση αδικίας, τότε δημιουργείται το έδαφος για πολιτικοποίηση (Tilly, 2004). Στην περίπτωση του Ε.Σ.Υ., αυτή η πολιτικοποίηση δεν είναι απαραίτητα κομματική, αλλά εκφράζεται ως γενικότερο αίτημα κοινωνικής δικαιοσύνης και αξιοπρέπειας.

Συμπερασματικά, οι αντιλήψεις, οι εμπειρίες και οι προσδοκίες των πολιτών για το Ε.Σ.Υ. αποκαλύπτουν μια σύνθετη, δυναμική και συχνά αντιφατική σχέση. Από τη μία, υπάρχει ευγνωμοσύνη και αναγνώριση: από την άλλη, απογοήτευση και κριτική. Η πανδημία ανέδειξε τη βαθιά κοινωνική αξία ενός ισχυρού δημόσιου συστήματος υγείας, αλλά και τις χρόνιες αδυναμίες που υπονομεύουν τη σχέση εμπιστοσύνης κράτους–πολίτη. Το στοίχημα για το μέλλον είναι να μετατραπεί η εμπειρία της κρίσης σε μοχλό πίεσης για ριζικές θεσμικές μεταρρυθμίσεις.

4.4. Συγκριτική ανάλυση: Η ελληνική εμπειρία σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες

Η συγκριτική προσέγγιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Ελλάδας με αντίστοιχα συστήματα άλλων ευρωπαϊκών χωρών είναι καθοριστική για την κατανόηση τόσο των επιτυχιών όσο και των υστερήσεων του ελληνικού μοντέλου. Στο πλαίσιο της ευρωπαϊκής ενοποίησης και του κοινού στόχου για ισότιμη και ποιοτική παροχή υγείας προς όλους τους πολίτες, η αποτίμηση της ελληνικής εμπειρίας δεν μπορεί να γίνει απομονωμένα, αλλά πρέπει να εδράζεται σε μία διεθνή συγκριτική οπτική.

4.4.1 Το ελληνικό Ε.Σ.Υ.: δομή, χαρακτηριστικά και διαχρονικά προβλήματα

Το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), από την ίδρυσή του το 1983, βασίστηκε στην αρχή της καθολικότητας και ισότιμης πρόσβασης, κατά τα πρότυπα του βρετανικού NHS. Ωστόσο, η εφαρμογή του βρέθηκε αντιμέτωπη με θεσμικά, οικονομικά και διαχειριστικά εμπόδια (Sotiropoulos, 2004). Παρότι η θεωρητική του βάση στηρίζεται σε δημόσια χρηματοδότηση και παροχή, στην πράξη χαρακτηρίζεται από:

- Κατακερματισμένη διοίκηση,
- Υποχρηματοδότηση,
- Ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό,
- Υψηλή εξάρτηση από ιδιωτικές δαπάνες (πάνω από 35% των συνολικών δαπανών υγείας),
- Σημαντική γεωγραφική ανισότητα στην παροχή υπηρεσιών.

Η Ελλάδα παρουσιάζει από τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικών πληρωμών στην Ευρώπη, γεγονός που πλήττει ιδιαίτερα τα ευάλωτα κοινωνικά στρώματα (OECD, 2022).

4.4.2 Συγκριτική προσέγγιση με χώρες του ευρωπαϊκού Νότου: Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία

Οι χώρες του ευρωπαϊκού Νότου, που διαθέτουν παρόμοια ιστορικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά με την Ελλάδα, προσφέρουν σημαντικά σημεία σύγκρισης.

Ιταλία

Το ιταλικό σύστημα υγείας (Servizio Sanitario Nazionale - SSN) ιδρύθηκε το 1978 με βάση αρχές καθολικότητας και αποκέντρωσης. Παρά τις προκλήσεις, η Ιταλία διαθέτει ισχυρό δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας και καλύτερη οργάνωση σε επίπεδο περιφερειών. Στην πανδημία, ωστόσο, το υψηλό ποσοστό θανάτων κατέδειξε προβλήματα στην ετοιμότητα και τη συντονισμένη διαχείριση (Legido-Quigley et al., 2020).

Ισπανία

Η Ισπανία διατηρεί ένα από τα πιο ανεπτυγμένα δημόσια συστήματα υγείας στην Ευρώπη, με έμφαση στην αποκέντρωση. Οι αυτόνομες κοινότητες έχουν σημαντικό έλεγχο στη διοίκηση και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, κάτι που ενίσχυσε την προσαρμοστικότητά τους στην πανδημία, αλλά και ανέδειξε περιφερειακές ανισότητες (Béland et al., 2021).

Πορτογαλία

Το πορτογαλικό Ε.Σ.Υ. (Serviço Nacional de Saúde - SNS) έχει σημειώσει σημαντική πρόοδο τα τελευταία χρόνια σε τομείς όπως η ψηφιοποίηση και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η χώρα αντιμετωπίζει επίσης προκλήσεις λόγω γήρανσης του πληθυσμού και

περιορισμένων δημοσιονομικών πόρων, ωστόσο η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί θετικό παράδειγμα για την Ελλάδα (OECD, 2021).

Συγκριτικά, η Ελλάδα εμφανίζει μικρότερο βαθμό αποκέντρωσης και επένδυσης σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ενώ οι άλλες χώρες έχουν κινηθεί προς πιο ενιαία και οργανωμένα μοντέλα.

4.4.3 Συγκριτική ανάλυση με χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης

Ορισμένες από τις πιο ανθεκτικές και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη συναντώνται σε χώρες όπως η Γερμανία, η Σουηδία και η Ολλανδία. Η σύγκριση με αυτές τις χώρες αναδεικνύει την απόσταση που χωρίζει την Ελλάδα από τα πρότυπα ενός υψηλής ποιότητας και αποτελεσματικότητας συστήματος υγείας.

Γερμανία

Η Γερμανία λειτουργεί με βάση το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης, με υψηλή χρηματοδότηση μέσω εισφορών και ισχυρή παρουσία τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών παρόχων. Το γερμανικό σύστημα είναι πολυεπίπεδο, με αυστηρούς ποιοτικούς ελέγχους και έμφαση στην τεχνολογική καινοτομία (Busse & Blümel, 2014).

Σουηδία

Η Σουηδία ακολουθεί το σκανδιναβικό μοντέλο υγείας με αποκέντρωση, γενναιόδωρη δημόσια χρηματοδότηση και ψηφιοποιημένες υπηρεσίες. Παρά την επιβάρυνση από τη γήρανση του πληθυσμού, διαθέτει αποτελεσματικό σύστημα πρόληψης και διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων (Anell et al., 2012).

Ολλανδία

Το ολλανδικό σύστημα συνδυάζει κοινωνική ασφάλιση με ανταγωνιστικά ασφαλιστικά ταμεία και αυστηρή κρατική ρύθμιση. Οι δείκτες ικανοποίησης πολιτών, διαφάνειας και αποδοτικότητας είναι από τους υψηλότερους στην Ευρώπη (Thomson et al., 2013).

Η Ελλάδα, σε αντίθεση με τα παραπάνω, υστερεί σε επενδύσεις, τεχνολογία, ανθρώπινο δυναμικό και αποτελεσματικότητα, ενώ δεν έχει καταφέρει να ενοποιήσει τις δομές και τις αρμοδιότητες του συστήματος.

4.4.4 Ο ρόλος της πανδημίας COVID-19 ως συγκριτικό εργαλείο

Η πανδημία λειτούργησε ως τεστ αντοχής για όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας. Η αντίδραση της Ελλάδας στην πρώτη φάση κρίθηκε επιτυχής, χάρη σε γρήγορα lockdown και καλή επικοινωνία, αλλά σύντομα αναδείχθηκαν οι χρόνιες παθολογίες: λίγες ΜΕΘ, έλλειψη προσωπικού, αργή ενσωμάτωση της ΠΦΥ στην επιδημιολογική διαχείριση (Karaniolos et al., 2022).

Αντίθετα, χώρες όπως η Γερμανία και η Ολλανδία διατήρησαν υψηλά επίπεδα παροχής υπηρεσιών χάρη στην ισχυρή υποδομή τους, ενώ η Σουηδία υιοθέτησε αμφιλεγόμενη στρατηγική, χωρίς lockdown, με υψηλό τίμημα σε ανθρώπινες ζωές (Pierre, 2020). Η Ιταλία και η Ισπανία, αν και αρχικά υπέφεραν, ενίσχυσαν τις υπηρεσίες τους με μεγαλύτερη ταχύτητα από την Ελλάδα, επενδύοντας σε ψηφιακά εργαλεία και καμπάνιες εμβολιασμού.

4.4.5 Δείκτες απόδοσης και κοινωνικές ανισότητες

Σύμφωνα με τον δείκτη Euro Health Consumer Index (EHCI) και τις αξιολογήσεις του OECD (2022), η Ελλάδα κατατάσσεται συστηματικά κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο σε όρους αποδοτικότητας, πρόληψης, προσβασιμότητας και ποιότητας. Ταυτόχρονα, η χώρα παρουσιάζει υψηλές ανισότητες στην υγεία, με τη διαφορά προσδόκιμου ζωής και πρόσβασης σε φροντίδα να είναι έντονα ταξική και γεωγραφική (Βόρειο–Νότιο χάσμα, αστικά–αγροτικά κέντρα).

Αντίθετα, χώρες όπως η Ολλανδία και η Σουηδία επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα στην ισότητα πρόσβασης και κοινωνική προστασία, ενώ η Ισπανία και η Πορτογαλία έχουν προχωρήσει σε πολιτικές ενίσχυσης της δημόσιας περίθαλψης και των ευάλωτων ομάδων.

4.4.6 Συμπεράσματα και κατευθύνσεις πολιτικής

Η συγκριτική εμπειρία καταδεικνύει ότι το ελληνικό Ε.Σ.Υ., παρά τις δομικές του αδυναμίες, διαθέτει ισχυρή κοινωνική αποδοχή και ανθρώπινο δυναμικό υψηλής αξίας. Ωστόσο, για να συγκλίνει με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, απαιτούνται:

- Θεσμική ενοποίηση και αποκέντρωση,
- Ολοκληρωμένο δίκτυο ΠΦΥ με έμφαση στην πρόληψη,
- Διαφάνεια και αξιολόγηση των υπηρεσιών,
- Επένδυση σε τεχνολογία και εκπαίδευση,
- Στρατηγική μείωσης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

Η ευρωπαϊκή εμπειρία προσφέρει πολύτιμα διδάγματα. Η Ελλάδα οφείλει να μετατρέψει τις κρίσεις σε αφορμή για ριζικό μετασχηματισμό του Ε.Σ.Υ., με στόχο ένα δίκαιο, αποτελεσματικό και ανθεκτικό σύστημα για όλους.

5. Αντίδραση, Μεταρρυθμίσεις και Βελτιώσεις στο Ε.Σ.Υ.

Το Κεφάλαιο αυτό εξετάζει την αντίδραση του Ε.Σ.Υ. απέναντι στην πανδημία COVID-19, τις μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν για να αντιμετωπιστεί η κρίση, καθώς και τις προτάσεις για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Ειδικότερα, εξετάζεται η διαδικασία προσαρμογής του Ε.Σ.Υ. σε νέα δεδομένα, οι στρατηγικές που εφαρμόστηκαν για

την αναδιοργάνωση του συστήματος και η επένδυση στη βελτίωση της ποιότητας παροχής υπηρεσιών.

Κατά την αρχή της πανδημίας, το Ε.Σ.Υ. αναγκάστηκε να προσαρμοστεί σε νέα δεδομένα με στόχο την κάλυψη των αυξημένων αναγκών και την προστασία των πολιτών. Οι πρώτες αντιδράσεις περιλάμβαναν την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων, τη δημιουργία μονάδων εντατικής θεραπείας και την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων. Επίσης, το Ε.Σ.Υ. προσπάθησε να ενσωματώσει την τηλεϊατρική και τη χρήση ψηφιακών εργαλείων για να διασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδας.

Η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη για μεταρρυθμίσεις που θα ενίσχυαν την αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Αυτές περιλάμβαναν την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, τη δημιουργία νέων μονάδων υγειονομικής φροντίδας, καθώς και την αναβάθμιση του εξοπλισμού. Παράλληλα, ενισχύθηκε η εφαρμογή της ψηφιακής υγείας, με στόχο τη βελτίωση της προσβασιμότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους κύριους τομείς εστίασης. Οι βελτιώσεις επικεντρώθηκαν στην ενίσχυση των υποδομών, την εκπαίδευση και την επιμόρφωση του προσωπικού, καθώς και στη δημιουργία ενός πιο ευέλικτου και αποτελεσματικού συστήματος. Η χρήση της ηλεκτρονικής υγείας και η εκπαίδευση του προσωπικού αποτέλεσαν κρίσιμες παραμέτρους για την αναβάθμιση των υπηρεσιών.

Η υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων δεν ήταν χωρίς δυσκολίες. Η έλλειψη επαρκών πόρων, η γραφειοκρατία, και οι περιορισμοί στο προσωπικό ήταν μερικά από τα μεγαλύτερα εμπόδια. Παρά τις προσπάθειες, οι μεταρρυθμίσεις στο Ε.Σ.Υ. αντιμετώπισαν δυσκολίες στην πλήρη εφαρμογή τους και στο να καλύψουν όλες τις ανάγκες.

Το Κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τη διαπίστωση ότι οι μεταρρυθμίσεις και οι βελτιώσεις που έγιναν στο Ε.Σ.Υ. κατά τη διάρκεια και μετά την πανδημία ήταν καθοριστικές για την καλύτερη προσαρμογή του συστήματος στις ανάγκες των πολιτών. Παρά τα προβλήματα και τα εμπόδια, το Ε.Σ.Υ. έχει προχωρήσει σε σημαντικές αλλαγές που, με τη συνεχιζόμενη στήριξη και ανανέωση των υποδομών, θα μπορούν να συντελέσουν στη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα.

5.1. Έκτακτα μέτρα στήριξης του Ε.Σ.Υ. (προσλήψεις, εξοπλισμός, συνεργασίες)

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας αντιμετώπισε τεράστιες πιέσεις λόγω της αύξησης των κρουσμάτων και των εντατικών αναγκών των νοσοκομείων. Το κράτος, ανταποκρινόμενο στην επείγουσα ανάγκη για ενίσχυση των υγειονομικών υπηρεσιών, υιοθέτησε έκτακτα μέτρα στήριξης του Ε.Σ.Υ. Αυτά τα μέτρα περιλάμβαναν προσλήψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την αναβάθμιση και προμήθεια ιατρικού εξοπλισμού, καθώς και στρατηγικές συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Αυτές οι ενέργειες αποσκοπούσαν στη διαχείριση της κρίσης και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αυξημένων υγειονομικών αναγκών. Στο πλαίσιο της ανάλυσης του υποκεφαλαίου αυτού, θα εξετάσουμε τα μέτρα στήριξης του Ε.Σ.Υ., την αποτελεσματικότητά τους και τις προκλήσεις που συνάντησαν κατά την εφαρμογή τους.

Από τις πρώτες ημέρες της πανδημίας, το Ε.Σ.Υ. αντιμετώπισε σοβαρή έλλειψη προσωπικού, κυρίως στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Οι ανάγκες για ενίσχυση του προσωπικού ήταν επιτακτικές, προκειμένου να καλυφθούν οι αυξημένες ανάγκες για νοσηλεία και εντατική φροντίδα. Έτσι, η κυβέρνηση προχώρησε σε έκτακτες προσλήψεις ιατρών και νοσηλευτών με συμβάσεις ορισμένου χρόνου, προκειμένου να καλυφθούν τα κενά.

Η ενίσχυση των νοσοκομείων περιλάμβανε την πρόσληψη ιατρών από διάφορες ειδικότητες, όπως παθολόγοι, πνευμονολόγοι, αναισθησιολόγοι και λοιμωξιολόγοι. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας, πάνω από 10.000 άτομα προσλήφθηκαν στο Ε.Σ.Υ. μέχρι το 2021 (Υπουργείο Υγείας, 2021). Επιπλέον, ορισμένοι γιατροί και νοσηλευτές επιστρατεύτηκαν από τον ιδιωτικό τομέα, κάτι που αποτέλεσε μια κίνηση συντονισμένης συνεργασίας για την ανακούφιση του δημόσιου συστήματος.

Η στήριξη μέσω προσλήψεων δεν περιορίστηκε μόνο στην άμεση αναγκαία ενίσχυση. Η κυβέρνηση ανέλαβε να παράσχει εκπαίδευση σε νέους επαγγελματίες υγείας και να αναδειξει νέες δυνατότητες σε τομείς της υγειονομικής φροντίδας (Ιατρική Σχολή Αθηνών, 2020). Ωστόσο, υπήρξαν και αρνητικές αντιδράσεις από τους εργαζομένους στο Ε.Σ.Υ. σχετικά με τη μονιμοποίηση αυτών των προσλήψεων, καθώς η έλλειψη σταθερότητας σε θέματα απασχόλησης δημιούργησε αβεβαιότητα (Ελληνική Ένωση Νοσηλευτών, 2021).

Η πανδημία απαιτούσε άμεση προμήθεια και αναβάθμιση του ιατρικού εξοπλισμού για την υποστήριξη των μονάδων εντατικής θεραπείας και των νοσοκομείων σε όλη τη χώρα. Αντίστοιχα, η κυβέρνηση, μέσω του Υπουργείου Υγείας, προχώρησε στην αγορά εξοπλισμού, όπως αναπνευστήρες, κρεβάτια ΜΕΘ, τεστ COVID-19, και λοιπό ιατρικό υλικό.

Σύμφωνα με την Έκθεση της Εθνικής Αρχής Δημόσιας Υγείας (2021), η Ελλάδα, σε συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς και την ΕΕ, κατάφερε να ενισχύσει την υποδομή του Ε.Σ.Υ. με σημαντικό εξοπλισμό. Η προμήθεια 3.500 νέων κρεβατιών ΜΕΘ και 1.000 νέων αναπνευστήρων σε σύντομο χρονικό διάστημα ήταν ένα σημαντικό βήμα για την ενίσχυση της ικανότητας του Ε.Σ.Υ. να αντιμετωπίσει την αύξηση των κρουσμάτων.

Παρά τις προσπάθειες, η προμήθεια εξοπλισμού δεν ήταν πάντοτε άμεση και υπήρχαν καθυστερήσεις λόγω διεθνών περιορισμών και ελλείψεων (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2020). Επίσης, υπήρξε η ανάγκη για συνεχιζόμενη συντήρηση και αναβάθμιση του εξοπλισμού, γεγονός που καθιστούσε τη βιωσιμότητα του Ε.Σ.Υ. υπό αμφισβήτηση για το μέλλον.

Η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη για συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Στην Ελλάδα, οι συνεργασίες αυτές

περιλάμβαναν την κατανόηση και τον συντονισμό των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων για τη διαχείριση των αυξημένων περιστατικών. Ιδιωτικά νοσοκομεία προσφέρθηκαν να φιλοξενήσουν περιστατικά COVID-19, να παράσχουν αναγκαία ιατρική φροντίδα και να συμμετάσχουν στη διάθεση εξοπλισμού και προσωπικού.

Η δημιουργία συνεργασιών μεταξύ του Ε.Σ.Υ. και των ιδιωτικών δομών υγείας αποτέλεσε στρατηγική επιλογή για την εξυπηρέτηση των αυξημένων αναγκών. Το Υπουργείο Υγείας κατέγραψε 1.300 περιστατικά COVID-19 που μεταφέρθηκαν από το δημόσιο στο ιδιωτικό τομέα για θεραπεία (Ιατρικό Αθηνών, 2021). Επιπλέον, υπήρξε συντονισμός στην προμήθεια εξοπλισμού και στην παροχή τεχνογνωσίας για την εφαρμογή της τηλεϊατρικής.

Συμπερασματικά, τα έκτακτα μέτρα που εφαρμόστηκαν για την ενίσχυση του Ε.Σ.Υ. κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν κρίσιμα για την αποφυγή κατάρρευσης του συστήματος υγείας. Παρά τις μεγάλες προσπάθειες, ωστόσο, υπήρξαν προβλήματα στην εφαρμογή αυτών των μέτρων, όπως η καθυστέρηση στην προμήθεια εξοπλισμού και η αβεβαιότητα στη μονιμοποίηση των προσλήψεων. Ωστόσο, η στήριξη του προσωπικού, η αναβάθμιση του εξοπλισμού και οι στρατηγικές συνεργασίες αποτελούν βήματα προς τη βελτίωση του Ε.Σ.Υ., και το όφελος από αυτές τις ενέργειες μπορεί να είναι διαρκές αν ενισχυθούν οι θεσμικές υποδομές και το ανθρώπινο δυναμικό.

5.2. Σχεδιασμός και υλοποίηση μακροπρόθεσμων μεταρρυθμίσεων

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μακροπρόθεσμων μεταρρυθμίσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) είναι ένας κρίσιμος τομέας για την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε τις αδυναμίες του υπάρχοντος συστήματος, ωστόσο προσέφερε και την ευκαιρία για την υιοθέτηση μεταρρυθμίσεων που στοχεύουν στη βιώσιμη αναβάθμιση του τομέα της υγείας στη χώρα.

Μετά την πανδημία, οι μεταρρυθμίσεις στο Ε.Σ.Υ. εστιάζουν στη δημιουργία ενός πιο ανθεκτικού, αποτελεσματικού και σύγχρονου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Αυτό περιλαμβάνει αλλαγές σε οργανωτικά, λειτουργικά και χρηματοδοτικά επίπεδα. Ο σχεδιασμός αυτών των μεταρρυθμίσεων απαιτεί τη συνεχιζόμενη αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού, τις προκλήσεις που αναδύονται λόγω δημογραφικών αλλαγών και την ένταξη νέων τεχνολογιών και καινοτομιών.

1. Στρατηγικές Μακροπρόθεσμων Μεταρρυθμίσεων στο Ε.Σ.Υ.

Ο σχεδιασμός των μακροπρόθεσμων μεταρρυθμίσεων στο Ε.Σ.Υ. επικεντρώνεται σε δύο κύριους άξονες: την ενίσχυση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αύξηση της αποδοτικότητας του συστήματος. Αυτοί οι άξονες περιλαμβάνουν την ενδυνάμωση της διοίκησης του συστήματος υγείας, την εισαγωγή νέων τεχνολογιών, την αναδιάρθρωση των υγειονομικών υπηρεσιών, την αναβάθμιση της εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού και την ανάπτυξη μιας πιο ολοκληρωμένης προσέγγισης στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

1.1 Διοικητικές και οργανωτικές μεταρρυθμίσεις

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες για τη βιωσιμότητα του Ε.Σ.Υ. είναι η διοικητική αναδιάρθρωση και η ενίσχυση των διοικητικών δομών των νοσοκομείων και των υγειονομικών μονάδων. Η ανάγκη για καλύτερη διαχείριση των πόρων και την αποδοτικότερη κατανομή των πόρων είναι επιτακτική. Η κυβέρνηση του 2021 παρουσίασε ένα σχέδιο για την αναδιοργάνωση των διοικητικών δομών, με στόχο τη μεγαλύτερη αποκέντρωση των αποφάσεων και τη διασφάλιση της τοπικής ανταπόκρισης στις υγειονομικές ανάγκες (Υπουργείο Υγείας, 2021).

1.2 Τεχνολογικές και καινοτομικές αλλαγές

Η ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί θεμέλιο για τις μελλοντικές μεταρρυθμίσεις. Η εισαγωγή της ψηφιακής ιατρικής, της τηλεϊατρικής και των ηλεκτρονικών συνταγών αυξάνει την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και μειώνει την πίεση στις φυσικές υγειονομικές μονάδες. Η Ελλάδα έχει ήδη υλοποιήσει μέρος αυτής της στρατηγικής, με την επέκταση της τηλεϊατρικής στις απομακρυσμένες περιοχές και την καθιέρωση των ηλεκτρονικών φακέλων υγείας για τους πολίτες (Εθνική Αρχή Δημόσιας Υγείας, 2021).

2. Αναδιάρθρωση του Συστήματος Υγείας και Ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι κρίσιμη για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του Ε.Σ.Υ. Η αναδιάρθρωση αυτή εστιάζει στην ενίσχυση των τοπικών δομών υγειονομικής περίθαλψης, όπως τα Κέντρα Υγείας και οι οικογενειακοί γιατροί, προκειμένου να μειωθεί η πίεση στα νοσοκομεία και να διασφαλιστεί η έγκαιρη και συνεχής φροντίδα των πολιτών.

Η αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας περιλαμβάνει την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. Οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις απαιτούν την εκπαίδευση και ενίσχυση του προσωπικού και τη δημιουργία υποδομών για καλύτερη διαχείριση των χρόνιων παθήσεων, μειώνοντας τις ανάγκες για νοσοκομειακή περίθαλψη (Συμβούλιο Υγείας ΕΕ, 2020).

3. Βελτίωση της Χρηματοδότησης και Οικονομικής Βιωσιμότητας του Ε.Σ.Υ.

Μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του Ε.Σ.Υ. είναι η χρηματοδότησή του. Οι συνεχείς περικοπές στην κρατική χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. την τελευταία δεκαετία έχουν περιορίσει τις δυνατότητες του συστήματος να αντεπεξέλθει στις αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών.

Η επιτυχία των μεταρρυθμίσεων εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη δημιουργία ενός πιο βιώσιμου μοντέλου χρηματοδότησης. Η αυξημένη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα, η αναδιοργάνωση των ασφαλιστικών συστημάτων και η ενίσχυση της συνεργασίας με την Ευρωπαϊκή Ένωση για χρηματοδότηση μέσω εθνικών και ευρωπαϊκών προγραμμάτων είναι απαραίτητες για την οικονομική βιωσιμότητα του Ε.Σ.Υ. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2021).

4. Επικαιροποίηση και Εξέλιξη της Νομοθεσίας και Πολιτικών Υγείας

Η ενσωμάτωση των νέων πολιτικών στον τομέα της υγείας απαιτεί την αναγκαία επικαιροποίηση των υγειονομικών πολιτικών και της νομοθεσίας. Η στρατηγική αυτή θα αφορά την προσαρμογή του νομικού πλαισίου για τη διαχείριση της υγειονομικής κρίσης και την εφαρμογή νέων πολιτικών που διασφαλίζουν την ισότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες. Η επιτάχυνση της υιοθέτησης νομοθετικών αλλαγών που θα αναγνωρίζουν τις σύγχρονες ανάγκες και θα ενσωματώνουν τη διεθνή εμπειρία είναι κρίσιμη για τη μακροπρόθεσμη αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας.

5. Συνεργασίες με Διεθνείς Οργανισμούς και Στρατηγικές Συνεργασίες

Η Ελλάδα έχει στρατηγική συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς υγείας, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και η Ευρωπαϊκή Ένωση, για την ενίσχυση της ικανότητας του Ε.Σ.Υ. Η προώθηση συνεργασιών και η ανταλλαγή τεχνογνωσίας είναι σημαντικά βήματα για τη συνεχιζόμενη αναβάθμιση του συστήματος υγείας. Αυτές οι διεθνείς συνεργασίες επιτρέπουν στην Ελλάδα να βελτιώσει τις πρακτικές της στον τομέα της υγείας και να ενσωματώσει τα τελευταία επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας.

Συμπερασματικά, Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση των μακροπρόθεσμων μεταρρυθμίσεων στο Ε.Σ.Υ. απαιτούν μια συστηματική και πολυδιάστατη προσέγγιση που να περιλαμβάνει τη διαρθρωτική αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας, τη χρηματοδότηση, την αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού και την υιοθέτηση νέων τεχνολογιών. Παρά τις προκλήσεις, οι μεταρρυθμίσεις αυτές αποτελούν ένα σημαντικό βήμα προς τη δημιουργία ενός πιο ανθεκτικού και αποτελεσματικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

5.3. Χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας: προκλήσεις και δυνατότητες

Η χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς πυλώνες για την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας για τον πληθυσμό, ιδιαίτερα σε περιόδους δημοσιονομικής πίεσης και κρίσης. Στην περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), οι χρηματοδοτικές προκλήσεις είναι ιδιαίτερα έντονες λόγω

των διαρθρωτικών προβλημάτων του συστήματος, της περιορισμένης δημόσιας χρηματοδότησης και της συνεχούς αύξησης των αναγκών για υγειονομική περίθαλψη.

Η πανδημία COVID-19, καθώς και η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, ανέδειξαν τις αδυναμίες του χρηματοδοτικού μοντέλου του Ε.Σ.Υ., υπογραμμίζοντας την ανάγκη για μακροπρόθεσμες στρατηγικές χρηματοδότησης που θα διασφαλίσουν τη βιωσιμότητα του συστήματος.

1. Παρούσα Κατάσταση της Χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ.

Ο προϋπολογισμός του Ε.Σ.Υ. εξαρτάται κυρίως από τη δημόσια χρηματοδότηση, με σημαντική συμμετοχή των κρατικών πόρων μέσω του Υπουργείου Υγείας και των ασφαλιστικών οργανισμών. Ωστόσο, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα υποφέρει από χρόνια υποχρηματοδότηση, η οποία περιορίζει την αποτελεσματικότητά του και την ικανότητά του να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού.

Η κρίση χρέους που πλήττει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έχει προκαλέσει σημαντικές περικοπές στον τομέα της υγείας, μειώνοντας τη διαθεσιμότητα των πόρων για την αγορά ιατρικών υλικών, την πληρωμή του προσωπικού και την ανανέωση των υποδομών. Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2021), η δημόσια δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ της χώρας είναι κάτω από τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

2. Προκλήσεις στη Χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ.

Οι κυριότερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το Ε.Σ.Υ. όσον αφορά στη χρηματοδότηση περιλαμβάνουν:

2.1 Περιορισμένοι Δημόσιοι Πόροι

Η κυριότερη πρόκληση για τη χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. είναι η περιορισμένη κρατική χρηματοδότηση λόγω της δημοσιονομικής πολιτικής. Οι μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες και οι συνεχιζόμενες πολιτικές λιτότητας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης έχουν μειώσει τη δυνατότητα της κυβέρνησης να χρηματοδοτήσει επαρκώς το σύστημα υγείας. Η Ελληνική Κυβέρνηση έχει προσπαθήσει να αντισταθμίσει αυτό το πρόβλημα με την άντληση ευρωπαϊκών κονδυλίων, ωστόσο η εγχώρια χρηματοδότηση παραμένει αναγκαία για την ενίσχυση των υποδομών υγείας και την αύξηση των μισθών του προσωπικού.

2.2 Αύξηση των Απαιτήσεων Υγειονομικής Περίθαλψης

Η αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας, η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των χρόνιων παθήσεων, όπως ο καρκίνος, τα καρδιολογικά νοσήματα και οι διαταραχές του νευρικού συστήματος, δημιουργούν μια αυξανόμενη πίεση στο σύστημα υγείας. Η ανάγκη

για περισσότερους πόρους είναι αδήριτη, καθώς το σύστημα καλείται να καλύψει ένα μεγαλύτερο εύρος υγειονομικών αναγκών, που απαιτούν περισσότερη χρηματοδότηση για τις υποδομές, την έρευνα και την προμήθεια υγειονομικών υλικών.

2.3 Αναποτελεσματική Κατανομή Πόρων

Η ανισοκατανομή των πόρων σε τοπικό και εθνικό επίπεδο αποτελεί επίσης μια σημαντική πρόκληση. Πολλά νοσοκομεία και υγειονομικές μονάδες σε απομακρυσμένες περιοχές της Ελλάδας υποφέρουν από την έλλειψη επαρκούς χρηματοδότησης και προσωπικού, ενώ παράλληλα οι αστικές περιοχές συγκεντρώνουν περισσότερους πόρους, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υπηρεσιών υγείας σε λιγότερο ευνοημένες περιοχές.

3. Δυνατότητες και Στρατηγικές για Βελτίωση της Χρηματοδότησης

Η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. μπορεί να ενισχυθεί μέσω διαφορετικών στρατηγικών που επικεντρώνονται στην εξεύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης, στη βελτίωση της αποδοτικότητας του συστήματος και στην ενίσχυση της συνεργασίας με τον ιδιωτικό τομέα.

3.1 Ευρωπαϊκή Χρηματοδότηση και Συνεργασίες

Η Ευρωπαϊκή Ένωση προσφέρει σημαντικά χρηματοδοτικά εργαλεία για την ενίσχυση του δημόσιου συστήματος υγείας, με χρηματοδότηση μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) και άλλων προγραμμάτων. Η Ελλάδα έχει ήδη αξιοποιήσει τα Ευρωπαϊκά Ταμεία για την αναβάθμιση των υποδομών υγείας και την εφαρμογή προγραμμάτων καινοτομίας, ενώ αναμένεται η συνέχιση αυτών των συνεργασιών με στόχο τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

3.2 Αξιοποίηση του Ιδιωτικού Τομέα και Δημόσιες Ιδιωτικές Συμπράξεις (ΣΔΙΤ)

Η συνεργασία του δημόσιου τομέα με τον ιδιωτικό τομέα μπορεί να προσφέρει μια βιώσιμη λύση στο πρόβλημα της χρηματοδότησης. Οι δημόσιες-ιδιωτικές συμπράξεις έχουν εφαρμοστεί με επιτυχία σε άλλες χώρες για την ανάπτυξη υγειονομικών υποδομών και την ενίσχυση των υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη ΣΔΙΤ για την κατασκευή και λειτουργία νοσοκομείων και άλλων υγειονομικών μονάδων μπορεί να προσφέρει νέες χρηματοδοτικές δυνατότητες και να ενισχύσει τη συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

3.3 Αναδιάρθρωση του Συστήματος Ασφαλιστικών Συστημάτων

Η ενίσχυση των ασφαλιστικών συστημάτων, με την αύξηση των εισφορών και τη μείωση

των δαπανών που προέρχονται από το κράτος, μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ. Η αναδιάρθρωση των ασφαλιστικών οργανισμών με την ένταξη περισσότερων πολιτών και επιχειρήσεων μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

3.4 Ενίσχυση της Οικονομικής Διαχείρισης και Αποδοτικότητας

Η βελτίωση της οικονομικής διαχείρισης του Ε.Σ.Υ., μέσω καλύτερης κατανομής των πόρων, της μείωσης της σπατάλης και της ενίσχυσης των ελεγκτικών μηχανισμών, είναι σημαντική για την εξασφάλιση της αποδοτικότητας των δημόσιων δαπανών. Η εφαρμογή στρατηγικών για την καλύτερη διαχείριση των πόρων και τη μείωση των αποβλήτων μπορεί να βελτιώσει την απόδοση του συστήματος και να εξοικονομήσει πόρους για άλλες ανάγκες.

Συνεπώς, η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. είναι μια πολυσύνθετη πρόκληση που απαιτεί την εφαρμογή καινοτόμων στρατηγικών για την εξεύρεση νέων πόρων και την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος. Ο σχεδιασμός μιας βιώσιμης χρηματοδότησης θα πρέπει να βασίζεται στη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, στην αξιοποίηση των ευρωπαϊκών πόρων και στην αναδιάρθρωση των υγειονομικών και ασφαλιστικών συστημάτων. Οι προκλήσεις που ανακύπτουν δεν είναι μικρές, αλλά οι δυνατότητες για τη βελτίωση της χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ. παραμένουν ρεαλιστικές και εφικτές με τη σωστή στρατηγική και πολιτική βούληση.

5.4. Ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγειονομικής περίθαλψης (τηλεϊατρική, ψηφιακός φάκελος ασθενή, κ.ά.)

Ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα αποτελεί μια συνεχιζόμενη διαδικασία που επιδιώκει τη βελτίωση της ποιότητας, της προσβασιμότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω της ενσωμάτωσης ψηφιακών τεχνολογιών. Η πανδημία COVID-19 επιτάχυνε αυτή τη μετάβαση, αναδεικνύοντας την ανάγκη για σύγχρονες λύσεις όπως η τηλεϊατρική, ο ψηφιακός φάκελος ασθενή και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Η τηλεϊατρική, ως μέσο παροχής ιατρικών υπηρεσιών εξ αποστάσεως, έχει ενισχύσει την πρόσβαση σε υγειονομική φροντίδα, ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές. Σύμφωνα με μελέτες, η εφαρμογή της τηλεϊατρικής στην Ελλάδα έχει συμβάλει στη μείωση των ανισοτήτων στην υγειονομική περίθαλψη και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων.

Ο ψηφιακός φάκελος ασθενή (Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας) αποτελεί ένα κρίσιμο εργαλείο για τη συγκέντρωση και διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών των ασθενών. Η υιοθέτησή του στην Ελλάδα έχει προχωρήσει με στόχο τη βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας και τη μείωση των ιατρικών λαθών.

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει επίσης διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στον ψηφιακό μετασχηματισμό, επιτρέποντας την άμεση και ασφαλή συνταγογράφηση φαρμάκων. Η εφαρμογή της στην Ελλάδα έχει οδηγήσει σε αυξημένη διαφάνεια και αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των φαρμακευτικών δαπανών.

Παρά τις προόδους, υπάρχουν προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν, όπως η προστασία των προσωπικών δεδομένων, η ανάγκη για εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού και των ασθενών, καθώς και η διασφάλιση της διαλειτουργικότητας των συστημάτων. Η Ελλάδα έχει υιοθετήσει κανονιστικά πλαίσια για την προστασία των δεδομένων υγείας, όπως ο Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (GDPR), και έχει αναπτύξει στρατηγικές για την ενίσχυση της ψηφιακής υγείας.

Η ενσωμάτωση τεχνολογιών όπως η τεχνητή νοημοσύνη και η ανάλυση δεδομένων σε πραγματικό χρόνο (Real World Data) προσφέρει νέες δυνατότητες για την εξατομίκευση της φροντίδας και τη βελτίωση των κλινικών αποφάσεων. Η αξιοποίηση αυτών των τεχνολογιών στην Ελλάδα βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, με πρωτοβουλίες που στοχεύουν στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων για την υποστήριξη της ιατρικής έρευνας και της λήψης αποφάσεων.

Συνολικά, ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα παρουσιάζει σημαντικές ευκαιρίες για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Η επιτυχής υλοποίησή του απαιτεί συντονισμένες προσπάθειες από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, επενδύσεις σε υποδομές και εκπαίδευση, καθώς και συνεχή αξιολόγηση και προσαρμογή των στρατηγικών, με στόχο την παροχή ποιοτικής, προσβάσιμης και βιώσιμης υγειονομικής φροντίδας για όλους τους πολίτες.

6. Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις της Πανδημίας στην Υγεία

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε ένα παγκόσμιο φαινόμενο που επηρέασε καθολικά τις δομές της υγείας, της οικονομίας, της κοινωνίας και της καθημερινότητας των ανθρώπων. Στην Ελλάδα, οι κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας ήταν πολυδιάστατες και ανέδειξαν τις αδυναμίες αλλά και τις δυνατότητες του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Η κοινωνική διάσταση της πανδημίας έγινε ιδιαίτερα εμφανής μέσα από τη μεταβολή των συνθηκών ζωής των πολιτών, τις αλλαγές στις σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ πολιτών και κράτους, αλλά και μέσω της ανάδειξης των κοινωνικών ανισοτήτων που υπήρχαν προϋπάρχουσες και εντάθηκαν στη διάρκεια της κρίσης.

Η κοινωνική απομόνωση, τα περιοριστικά μέτρα και η αναγκαστική απόσυρση από την καθημερινή κοινωνική δραστηριότητα είχαν σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των πολιτών. Πολλές μελέτες καταγράφουν αύξηση των περιστατικών άγχους, κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου και μετατραυματικού στρες (Καραδήμας, 2021). Ιδιαίτερα ευάλωτες ομάδες, όπως ηλικιωμένοι, άτομα με χρόνια νοσήματα και παιδιά, αντιμετώπισαν αυξημένες δυσκολίες προσαρμογής, καθώς περιορίστηκαν σημαντικά οι δυνατότητες κοινωνικής αλληλεπίδρασης και υποστήριξης (Γώγος, 2021). Η ψυχολογική επιβάρυνση ήταν επίσης εντονότερη για τους υγειονομικούς υπαλλήλους, οι οποίοι βρέθηκαν στην πρώτη γραμμή

αντιμετώπισης της πανδημίας και εργάστηκαν σε εξαιρετικά απαιτητικές και αγχογόνες συνθήκες.

Παράλληλα, η οικονομική κρίση που πυροδοτήθηκε από την πανδημία, εξαιτίας των περιορισμών στη λειτουργία της αγοράς και των παρατεταμένων lockdown, οδήγησε σε μείωση των εισοδημάτων, αύξηση της ανεργίας και επισφάλεια στην εργασία. Η ΕΛΣΤΑΤ καταγράφει ότι το ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε κατά την πρώτη φάση της πανδημίας, ενώ μεγάλος αριθμός εργαζομένων τέθηκε σε αναστολή εργασίας ή εργάστηκε με μειωμένο ωράριο. Οι οικονομικές επιπτώσεις επιβάρυναν ιδιαίτερα τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα και τα εύάλωτα νοικοκυριά, που δεν διέθεταν αποταμιεύσεις ή πρόσβαση σε κοινωνική προστασία (ΟΟΣΑ, 2021). Αυτή η οικονομική επισφάλεια είχε άμεσες συνέπειες και στη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, είτε λόγω κόστους, είτε λόγω φόβου προσέγγισης των δομών λόγω της πανδημίας.

Σημαντική ήταν και η μεταβολή στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί πολίτες ανέβαλαν επισκέψεις σε γιατρούς ή νοσηλείες για χρόνιες παθήσεις, φοβούμενοι τον κίνδυνο έκθεσης στον ιό. Οι δομές υγείας, από την πλευρά τους, αναγκάστηκαν να μετατοπίσουν πόρους και προσωπικό στην αντιμετώπιση των περιστατικών COVID-19, με αποτέλεσμα να καθυστερήσει η φροντίδα άλλων ασθενειών, όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι ψυχικές διαταραχές (Νικολαΐδης, 2022). Αυτή η μετατόπιση επιβάρυνε ακόμα περισσότερο τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, καθώς πολίτες με λιγότερους πόρους δυσκολεύτηκαν να αναζητήσουν ιδιωτικές εναλλακτικές λύσεις.

Μία από τις πιο έντονες επιπτώσεις της πανδημίας ήταν η επιδείνωση των κοινωνικών ανισοτήτων. Ορισμένες κοινωνικές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι, οι μετανάστες, οι άστεγοι και οι ανασφάλιστοι πολίτες, βίωσαν πολλαπλές διακρίσεις στην πρόσβασή τους στη φροντίδα υγείας. Η ψηφιοποίηση υπηρεσιών, ενώ ευνόησε τον περιορισμό των επαφών, δυσκόλεψε ιδιαίτερα τους πολίτες που δεν είχαν ψηφιακές δεξιότητες ή πρόσβαση στο διαδίκτυο (Μπενέκος, 2022). Το ψηφιακό χάσμα αποτέλεσε έναν επιπλέον παράγοντα κοινωνικού αποκλεισμού κατά την πανδημία.

Επιπλέον, η πανδημία επηρέασε τη δημόσια υγεία και μέσα από την αύξηση της κατανάλωσης ουσιών, όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα, καθώς και της καθιστικής ζωής. Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, η μείωση της φυσικής δραστηριότητας και η αύξηση της παχυσαρκίας αποτέλεσαν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού (WHO, 2022). Αυτές οι εξελίξεις δημιουργούν μακροχρόνιες προκλήσεις για το δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς επιτείνουν τα χρόνια νοσήματα και τις σχετικές ανάγκες φροντίδας.

Παράλληλα, η πανδημία ανέδειξε και την αναγκαιότητα για ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και της εμπιστοσύνης προς τους θεσμούς. Η διαχείριση της κρίσης έφερε στην επιφάνεια τις σχέσεις εξάρτησης του πολίτη από το κράτος πρόνοιας και τις επιτακτικές ανάγκες για παρεμβάσεις κοινωνικής προστασίας. Το κράτος κλήθηκε να απαντήσει με έκτακτα επιδόματα, αναστολές υποχρεώσεων και οικονομικά μέτρα στήριξης. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων αμφισβητήθηκε, καθώς δεν κατόρθωσαν

πάντα να καλύψουν όλες τις ανάγκες και να διασφαλίσουν ίση μεταχείριση των πολιτών (Τούντας, 2021).

Η ψυχική υγεία αποτέλεσε έναν από τους τομείς που επηρεάστηκαν βαθύτατα και μακροχρόνια. Η αποσταθεροποίηση των κοινωνικών ρόλων, η απώλεια συγγενών, η αβεβαιότητα για το μέλλον και η αποκοπή από υποστηρικτικά δίκτυα δημιούργησαν μια ψυχολογική κρίση. Η απουσία επαρκών δομών ψυχικής φροντίδας στο δημόσιο σύστημα ανέδειξε την ανάγκη για θεσμική αναδιάρθρωση και ενίσχυση των υπηρεσιών αυτών. Η παρατεταμένη διάρκεια της πανδημίας λειτούργησε ως καταλύτης για την επιδείνωση προϋπαρχόντων ψυχικών διαταραχών, αλλά και την εμφάνιση νέων (Καψαμπέλης, 2022).

Σε διεθνές επίπεδο, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τόνισε την ανάγκη να αναπτυχθούν στρατηγικές προετοιμασίας για μελλοντικές υγειονομικές κρίσεις, με ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, των μηχανισμών επιδημιολογικής επιτήρησης και της διατομεακής συνεργασίας (WHO, 2021). Η εμπειρία της πανδημίας οδήγησε σε αναθεώρηση των εννοιών της υγείας, της ευαλωτότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης. Στην Ελλάδα, οι εμπειρίες αυτές τροφοδότησαν τον διάλογο για μεταρρυθμίσεις και επανασχεδιασμό της υγειονομικής πολιτικής με γνώμονα την ισότητα και την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας.

Αναλύοντας την επίδραση της πανδημίας στην κοινωνία και στην υγεία, είναι σαφές ότι δεν πρόκειται για μια κρίση αποκλειστικά υγειονομική. Οι επιπτώσεις της διαπλέκονται με τον κοινωνικό ιστό και τις οικονομικές ανισότητες, εντείνοντας τις ήδη υπάρχουσες προκλήσεις. Η ανάκαμψη από την πανδημία προϋποθέτει μία προσέγγιση ολιστική, που θα λαμβάνει υπόψη όχι μόνο τη σωματική υγεία, αλλά και την κοινωνική ευημερία, την ψυχική υγεία και τη δυνατότητα συμμετοχής των πολιτών στο κοινωνικό και οικονομικό γίγνεσθαι.

6.1. Ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους πολίτες και τις ευάλωτες ομάδες

Η πανδημία COVID-19 επέφερε σημαντικές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους πολίτες παγκοσμίως, με αποτέλεσμα να επηρεαστούν άμεσα όλες οι κοινωνικές τάξεις, αλλά και οι ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, οι οποίες υπήρξαν πιο εκτεθειμένες στους αρνητικούς αντίκτυπους της κρίσης. Η κοινωνική αποστασιοποίηση, οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες και η γενικότερη αβεβαιότητα σχετικά με το μέλλον δημιούργησαν νέα δεδομένα, τα οποία οδήγησαν σε αυξημένα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών.

Η ψυχολογική επιβάρυνση ήταν ιδιαίτερα αισθητή σε ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, οι άνεργοι, οι άστεγοι, τα άτομα με αναπηρία, καθώς και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι βρέθηκαν αντιμέτωποι με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικού άγχους και εξάντλησης (burnout). Η απομόνωση λόγω των περιοριστικών μέτρων ενίσχυσε την κοινωνική αποξένωση και υπονόμωσε τη συναισθηματική ευημερία των ατόμων, οδηγώντας σε αίσθημα μοναξιάς, θλίψης και απογοήτευσης. Ειδικότερα, οι

ηλικιωμένοι, οι οποίοι συχνά ζουν απομονωμένοι από τις οικογένειές τους, βρέθηκαν χωρίς την κοινωνική στήριξη που χρειάζονται για να διαχειριστούν την καθημερινότητά τους.

Η πανδημία προκάλεσε επίσης μεγάλες αναταράξεις στον τομέα της εργασίας, με χιλιάδες ανθρώπους να χάνουν τη δουλειά τους ή να βλέπουν τις επαγγελματικές τους συνθήκες να αλλάζουν δραματικά. Η οικονομική αβεβαιότητα, σε συνδυασμό με την αυξημένη ανησυχία για τη σωματική υγεία, ενίσχυσε τα επίπεδα άγχους, με αποτέλεσμα να ενταθούν οι ψυχολογικές πιέσεις που βίωναν οι πολίτες.

Για τις ευάλωτες ομάδες, η κατάσταση αυτή ήταν ακόμα πιο δύσκολη, καθώς υπήρξαν πολλαπλές στρεσογόνες παραμέτρους που συμπεριλάμβαναν την οικονομική ανασφάλεια, την έλλειψη πρόσβασης σε κατάλληλες υγειονομικές υπηρεσίες και την αδυναμία να λάβουν την αναγκαία ψυχολογική υποστήριξη. Οι ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας έγιναν πιο εμφανείς κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς οι ευάλωτες ομάδες βρέθηκαν αντιμέτωπες με μεγαλύτερους κινδύνους και λιγότερες δυνατότητες προστασίας.

Η πανδημία COVID-19 και τα μέτρα που ελήφθησαν για τον περιορισμό της εξάπλωσής της είχαν ευρείες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των πολιτών, ιδίως στους πιο ευάλωτους τομείς της κοινωνίας. Τα περιοριστικά μέτρα, όπως οι καραντίνες και η κοινωνική αποστασιοποίηση, δημιούργησαν νέες προκλήσεις για την ψυχική ευημερία των πολιτών. Η παρατεταμένη απομόνωση από τους κοινωνικούς και οικογενειακούς δεσμούς, η αποκοπή από τις καθημερινές δραστηριότητες και η απουσία στήριξης είχαν σημαντικές ψυχολογικές συνέπειες. Ο φόβος για τη μετάδοση του ιού, οι αβεβαιότητες σχετικά με την οικονομική και κοινωνική κατάσταση και η αυξημένη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας αποτέλεσαν έναν ισχυρό παράγοντα άγχους και φόβου για τον πληθυσμό (Xiong et al., 2020).

Η κοινωνική απομόνωση και η αποσύνδεση από την κοινωνία ενίσχυσαν την αίσθηση μοναξιάς, η οποία είναι ιδιαίτερα επικίνδυνη για τις ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με αναπηρίες, καθώς και τα άτομα που ζουν σε συνθήκες φτώχειας ή κοινωνικής περιθωριοποίησης. Αυτές οι ομάδες υπήρξαν πιο επιρρεπείς σε ψυχολογικές καταστάσεις, όπως κατάθλιψη, άγχος, και άλλες ψυχικές διαταραχές, που συνδέονται με την απομόνωση και την έλλειψη υποστήριξης (Cacioppo & Patrick, 2008). Ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους, η πανδημία συνέβαλε στην αποδυνάμωση των κοινωνικών τους δικτύων, γεγονός που είχε άμεσες συνέπειες στην ψυχική τους υγεία.

Η οικονομική αβεβαιότητα υπήρξε επίσης ένας σημαντικός παράγοντας στρες για τους πολίτες, ιδίως για εκείνους που εργαζόντουσαν σε τομείς που πλήττονταν από τα μέτρα περιορισμού, όπως η εστίαση, ο τουρισμός και οι υπηρεσίες. Η ανεργία ή η μερική εργασία δημιούργησαν οικονομικές πιέσεις και αύξησαν τα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης. Η αδυναμία των πολιτών να αντεπεξέλθουν στις καθημερινές ανάγκες τους επιδείνωσε περαιτέρω την ψυχολογική τους κατάσταση και επηρέασε τις κοινωνικές τους σχέσεις.

Η κατηγορία των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη υπήρξε επίσης μία από τις πιο ευάλωτες ομάδες σε ψυχολογικό επίπεδο. Η συνεχής έκθεση στον ιό, οι αυξημένες ώρες εργασίας και οι συνθήκες πίεσης δημιούργησαν υψηλά επίπεδα άγχους και επαγγελματικής

εξουθένωσης (burnout). Οι υγειονομικοί υπάλληλοι, οι οποίοι βρίσκονταν στην πρώτη γραμμή της μάχης κατά της πανδημίας, αντιμετώπισαν αυξημένα επίπεδα άγχους και φόβου για την προσωπική τους ασφάλεια, καθώς και την ασφάλεια των οικογενειών τους (Shanafelt et al., 2020). Η συναισθηματική επιβάρυνση από τη συνεχιζόμενη πίεση να προσφέρουν φροντίδα σε μεγάλες ομάδες ασθενών, σε συνδυασμό με την έλλειψη των αναγκαίων πόρων και προσωπικού, οδήγησε σε αύξηση των ψυχολογικών προβλημάτων και της εξάντλησης των επαγγελματιών υγείας.

Η ψυχολογική και κοινωνική επιβάρυνση από την πανδημία ενίσχυσε τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες, καθώς οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι άνεργοι, οι μετανάστες και οι άστεγοι, βρέθηκαν σε ακόμη πιο δύσκολη θέση. Οι περιορισμοί στα ταξίδια, η απομόνωση και η οικονομική ανασφάλεια που προκλήθηκαν από την πανδημία είχαν σοβαρές επιπτώσεις στις κοινωνικές σχέσεις και τη συνοχή της κοινότητας. Η έλλειψη πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες, η έλλειψη πληροφοριών και η έλλειψη υποστήριξης συνέβαλαν στην ενίσχυση της περιθωριοποίησης αυτών των ομάδων.

Οι πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης έπρεπε να προσαρμοστούν στις αυξημένες ανάγκες των κοινωνικά ευάλωτων ατόμων. Οι οργανώσεις που υποστηρίζουν τις ευάλωτες ομάδες, όπως οι ΜΚΟ και οι κοινωνικές υπηρεσίες, βρέθηκαν αντιμέτωπες με αυξημένες πιέσεις και περιορισμένους πόρους. Οι κυβερνήσεις και οι διεθνείς οργανισμοί αναγνώρισαν την ανάγκη για την ενίσχυση της ψυχολογικής υποστήριξης και της κοινωνικής ένταξης για αυτούς τους πληθυσμούς. Η ανάπτυξη στρατηγικών υποστήριξης και κοινωνικής αλληλεγγύης υπήρξε κρίσιμη για την προστασία των ευάλωτων ομάδων από τις αρνητικές συνέπειες της πανδημίας (Vinkers et al., 2020).

Η πανδημία επηρέασε επίσης την υγεία των παιδιών και των νέων. Η απώλεια της καθημερινότητας, το κλείσιμο των σχολείων και η αλλαγή στις κοινωνικές τους σχέσεις προκάλεσαν αύξηση των ψυχικών προβλημάτων σε αυτή την ομάδα πληθυσμού. Η απομάκρυνση από το σχολικό περιβάλλον και η έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης με συνομηλίκους ενίσχυσε το αίσθημα απομόνωσης και έφερε στο προσκήνιο τις ψυχικές προκλήσεις των παιδιών και των νέων (Ellis et al., 2020). Οι ψυχολογικές συνέπειες για τα παιδιά και τους νέους υπήρξαν σοβαρές, καθώς η παρατεταμένη απομόνωση από το σχολείο και οι περιορισμοί στη φυσική δραστηριότητα ενίσχυσαν την κατάθλιψη, το άγχος και την ενδοοικογενειακή βία σε πολλές περιπτώσεις.

Η κοινωνική και ψυχολογική στήριξη για τις ευάλωτες ομάδες κατά τη διάρκεια της πανδημίας υπήρξε καθοριστική. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης και οι κυβερνήσεις έπρεπε να αναπτύξουν νέα μοντέλα υποστήριξης, όπως η τηλεφωνική υποστήριξη, η τηλεϊατρική και οι υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης μέσω ψηφιακών πλατφορμών. Η ανάπτυξη τέτοιων υπηρεσιών ήταν απαραίτητη για την παροχή ψυχολογικής βοήθειας σε άτομα που δεν μπορούσαν να επισκεφτούν τους επαγγελματίες υγείας ή ψυχικής υγείας λόγω περιοριστικών μέτρων.

Η πανδημία COVID-19, λοιπόν, ανέδειξε την ανάγκη για τον εκσυγχρονισμό και την ενίσχυση των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι

ψυχολογικές επιπτώσεις της απομόνωσης και του φόβου, ενώ παράλληλα επιτάχυνε τη μετάβαση προς την ψηφιακή εποχή στην υγειονομική περίθαλψη και την ψυχολογική στήριξη. Η ψηφιακή υγειονομική περίθαλψη και η τηλεψυχιατρική υποστήριξη έπαιξαν κρίσιμο ρόλο στην αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Fitzpatrick et al., 2020).

Η πανδημία COVID-19 όχι μόνο ανέδειξε τις σοβαρές ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις στους πολίτες, αλλά και υπογράμμισε τις ελλείψεις στην υποστήριξη ευάλωτων ομάδων. Η ανάγκη για συστηματική υποστήριξη αυτών των πληθυσμών, τόσο σε ψυχολογικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, είναι πιο έντονη από ποτέ, καθώς οι συνέπειες της πανδημίας αναμένονται να είναι μακροχρόνιες. Ειδικότερα, οι κυβερνήσεις και οι διεθνείς οργανισμοί πρέπει να ενισχύσουν τις πολιτικές κοινωνικής ένταξης και υποστήριξης για να αποτρέψουν περαιτέρω επιδείνωση των ανισοτήτων στην κοινωνία. Ο ρόλος των ΜΚΟ, των τοπικών αρχών και των οργανώσεων ψυχικής υγείας είναι κρίσιμος για την ενδυνάμωση της ανθεκτικότητας των ευάλωτων ομάδων και την αποκατάσταση της κοινωνικής συνοχής.

Η πανδημία έθεσε τις βάσεις για τον εκσυγχρονισμό του κοινωνικού κράτους, δίνοντας έμφαση στην ανάγκη για μεγαλύτερη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κοινωνικής υποστήριξης. Η πρόοδος προς την κατεύθυνση μιας πιο ισχυρής και ευέλικτης κοινωνικής προστασίας μπορεί να συμβάλει στην αποκατάσταση των κοινωνικών και ψυχολογικών ζητημάτων που προκάλεσε η πανδημία. Αν και η διαχείριση της ψυχολογικής επιβάρυνσης είναι ένα πολύπλοκο ζήτημα, η ανάπτυξη υποστηρικτικών υποδομών και η ενίσχυση των κοινωνικών υπηρεσιών είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση των μελλοντικών προκλήσεων.

Η ψυχολογική στήριξη πρέπει να παραμείνει στην κορυφή των προτεραιοτήτων της δημόσιας πολιτικής και να ενσωματωθεί στις στρατηγικές υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας με στόχο την ενίσχυση της συνοχής και της αλληλεγγύης της κοινωνίας.

6.2. Συνέπειες στο υγειονομικό προσωπικό: εργασιακή εξουθένωση (burnout), πίεση και επαγγελματικοί κίνδυνοι

Η πανδημία COVID-19 είχε καταλυτική επίδραση στο υγειονομικό προσωπικό, που βρέθηκε στην πρώτη γραμμή της μάχης ενάντια στον ιό. Το προσωπικό των νοσοκομείων και των υγειονομικών μονάδων είχε να αντιμετωπίσει όχι μόνο την υπερφόρτωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και το αυξημένο ψυχολογικό βάρος της κατάστασης. Η έκθεση στους κινδύνους μόλυνσης, η ανάγκη για διαρκή προσαρμογή στις εξελισσόμενες συνθήκες, και η αβεβαιότητα γύρω από την πορεία της πανδημίας συνέβαλαν σε αυξημένη εργασιακή πίεση, η οποία τελικά οδήγησε σε φαινόμενα εργασιακής εξουθένωσης (burnout).

Η εργασιακή εξουθένωση στο υγειονομικό προσωπικό δεν είναι φαινόμενο νέο, ωστόσο η πανδημία επιδείνωσε σημαντικά την κατάσταση. Σύμφωνα με μελέτες, το burnout στους υγειονομικούς υπαλλήλους αυξήθηκε δραματικά κατά την διάρκεια της πανδημίας λόγω της αυξημένης ζήτησης για ιατρικές υπηρεσίες, του φόβου για την υγεία τους και των οικογενειακών και κοινωνικών επιπτώσεων της κατάστασης. Οι υγειονομικοί υπάλληλοι, οι οποίοι για χρόνια υπήρξαν οι στυλοβάτες των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, βρέθηκαν αντιμέτωποι με την αδιανόητη πίεση να ανταποκριθούν σε απαιτήσεις που υπερέβαιναν τις δυνατότητές τους.

Από την άλλη πλευρά, το άγχος που προκλήθηκε από την έντονη αβεβαιότητα για το μέλλον, η υπερβολική φόρτιση από την αύξηση των περιστατικών, καθώς και οι αυστηρές υγειονομικές προφυλάξεις, είχαν σοβαρές συνέπειες στην ψυχική υγεία των εργαζομένων. Ειδικότερα, η υπερβολική φόρτιση των νοσοκομείων οδήγησε σε υψηλότερα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης, καθώς οι εργαζόμενοι αντιμετώπισαν καθημερινά την πιθανότητα να μην μπορέσουν να προσφέρουν την απαραίτητη φροντίδα λόγω έλλειψης πόρων ή υπερφόρτωσης. Αυτά τα προβλήματα συχνά εντάθηκαν από το γεγονός ότι η πανδημία COVID-19 δεν ήταν μόνο μια υγειονομική κρίση, αλλά και μια κοινωνική και οικονομική αναστάτωση, πράγμα που δημιούργησε έναν φαύλο κύκλο πίεσης.

Πέρα από το άμεσο ψυχολογικό βάρος, το προσωπικό του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης υπήρξε εκτεθειμένο σε επαγγελματικούς κινδύνους που σχετίζονται με την αυξημένη πιθανότητα μόλυνσης από τον ιό. Ειδικότερα, τα ιατρικά εργαλεία, οι νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό ήταν εκτεθειμένα σε κινδύνους μόλυνσης και συχνά δεν είχαν επαρκή προστατευτικά μέτρα, ιδίως στην αρχή της πανδημίας, γεγονός που επέτεινε το άγχος και τις ανησυχίες για την προσωπική τους υγεία. Η συνεχής αλληλεπίδραση με περιστατικά COVID-19 σε συνθήκες υψηλής πίεσης και ελλείψεων πόρων συνέβαλε στην αίσθηση επαγγελματικής αβεβαιότητας και ανασφάλειας.

Οι επαγγελματίες υγείας δεν ήταν μόνο σε κίνδυνο από την άποψη της σωματικής τους υγείας, αλλά και από την ψυχική τους ευημερία. Η ανάγκη να αντιμετωπίσουν δύσκολες καταστάσεις με περιορισμένο χρόνο για αποκατάσταση ή ανάπαυση οδήγησε σε εκτεταμένα φαινόμενα εργασιακής εξουθένωσης. Οι μελέτες δείχνουν ότι η διαρκής πίεση και το άγχος μπορούν να οδηγήσουν σε σοβαρές συνέπειες για την υγεία των εργαζομένων, περιλαμβανομένων των προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, το άγχος, και το άγγεμα μετατραυματικού στρες (PTSD) (Shanafelt et al., 2020). Η έλλειψη επαρκούς υποστήριξης και η συχνή επαναλαμβανόμενη έκθεση σε υψηλής έντασης καταστάσεις μπορεί να έχει επιπτώσεις στη συνολική ποιότητα ζωής των εργαζομένων και να μειώσει την ικανότητά τους να προσφέρουν αποτελεσματική φροντίδα στους ασθενείς.

Επιπλέον, οι ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας στο υγειονομικό προσωπικό επηρεάστηκαν από τις κοινωνικές συνθήκες και τα προσωπικά προβλήματα που προκλήθηκαν από την πανδημία. Η απομάκρυνση από την οικογένεια, οι φόβοι για τη μετάδοση του ιού στους οικείους, η απομόνωση και η υπερφόρτωση από τις επαγγελματικές απαιτήσεις δημιούργησαν μια αίσθηση απομάκρυνσης και απομόνωσης, ενισχύοντας τα φαινόμενα burnout και άγχους.

Οι επιπτώσεις αυτής της εργασιακής πίεσης στο προσωπικό της υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικές και έχουν σοβαρές συνέπειες για τη λειτουργία των υγειονομικών συστημάτων. Η αποδοτικότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μπορεί να υπονομευθούν εάν οι εργαζόμενοι δεν έχουν τις απαραίτητες υποδομές ψυχολογικής υποστήριξης και οι κατάλληλες στρατηγικές πρόληψης της εξουθένωσης.

6.3. Οικονομικές επιπτώσεις στο Ε.Σ.Υ. και το ασφαλιστικό σύστημα

Η πανδημία COVID-19 είχε σοβαρές οικονομικές συνέπειες, όχι μόνο στην καθημερινή ζωή των πολιτών αλλά και στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας. Η ανάγκη για άμεση αντίδραση, για την αντιμετώπιση της υγειονομικής κρίσης, οδήγησε σε υπερβολικές δαπάνες για την ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), ενώ ταυτόχρονα έθεσε σε κρίση το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας.

Αρχικά, η εκτόξευση των εξόδων για την υγειονομική περίθαλψη ήταν αναπόφευκτη, καθώς η κυβέρνηση έπρεπε να προχωρήσει σε μέτρα ενίσχυσης του Ε.Σ.Υ. Αυτό περιλάμβανε την ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού (μέσω προσλήψεων υγειονομικών και προσωπικού) και την προμήθεια απαραίτητου εξοπλισμού και φαρμάκων για την αντιμετώπιση των σοβαρών περιστατικών της COVID-19. Εξαιτίας της αυξημένης ανάγκης για εξοπλισμό (όπως αναπνευστήρες, προστατευτικά μέσα, φάρμακα κ.λπ.), το κόστος για τα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκε σημαντικά.

Επιπλέον, η εξάρτηση από τη φορολογία και τις δημόσιες δαπάνες για την υποστήριξη των μέτρων κατά της πανδημίας, όπως και οι επιπτώσεις της κρίσης στην οικονομία, δημιούργησαν προβλήματα χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ. Σε πολλές περιπτώσεις, τα κονδύλια που διατίθενται για τη δημόσια υγειονομική περίθαλψη περιορίστηκαν ή ανακατανείμονται με βάση τις έκτακτες ανάγκες. Το γεγονός αυτό δημιούργησε έναν οικονομικό φαύλο κύκλο, καθώς τα δημόσια νοσοκομεία αναγκάστηκαν να προχωρήσουν σε μια σειρά περικοπών σε άλλες υπηρεσίες, προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Επιπλέον, πολλές προγραμματισμένες ιατρικές πράξεις και θεραπείες ακυρώθηκαν, με αποτέλεσμα οι υγειονομικές μονάδες να δέχονται λιγότερα έσοδα από τις τακτικές υπηρεσίες.

Η κυβέρνηση αναγκάστηκε να διασφαλίσει ότι το Ε.Σ.Υ. θα μπορούσε να αντεπεξέλθει στις αυξημένες απαιτήσεις με τη χρηματοδότηση και τις κρατικές ενισχύσεις. Ωστόσο, αυτή η πίεση στους κρατικούς προϋπολογισμούς δημιούργησε σοβαρές συνέπειες στη χρηματοδότηση άλλων τομέων της οικονομίας. Στο μεταξύ, η μακροχρόνια οικονομική αβεβαιότητα, σε συνδυασμό με την οικονομική ύφεση, έκανε ακόμα πιο δύσκολη την αναδιάρθρωση του δημόσιου τομέα υγείας. Αυτό, με τη σειρά του, είχε σοβαρές συνέπειες για το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας.

Το ασφαλιστικό σύστημα αντιμετώπισε μια σειρά προκλήσεων που σχετίζονταν με τη συνεχιζόμενη ύφεση και την αύξηση των αιτημάτων για κοινωνικές παροχές λόγω της αύξησης της ανεργίας και των μειωμένων εισοδημάτων των πολιτών. Η συρρίκνωση των εσόδων από τις εισφορές, λόγω της μείωσης της απασχόλησης, έθεσε το σύστημα σε κρίση. Οι αποζημιώσεις και οι οικονομικές ενισχύσεις που δόθηκαν στους πολίτες και τις επιχειρήσεις για την αποφυγή της οικονομικής κατάρρευσης, αύξησαν το δημόσιο χρέος και κατέστησαν την απόδοση των ασφαλιστικών εισφορών ακόμα πιο αδύνατη.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, το ποσοστό ανεργίας εκτοξεύθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας και η αύξηση της ανεργίας και των προσωρινών αναστολών σύμβασης εργασίας μείωσε τα έσοδα από τις εισφορές στο ασφαλιστικό σύστημα. Όπως αναφέρουν οι μελέτες της Παγκόσμιας Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου, οι οικονομικές συνέπειες της πανδημίας πλήττουν άμεσα τη χρηματοδότηση των κοινωνικών συστημάτων, και ειδικά των συνταξιοδοτικών και υγειονομικών ταμείων (OECD, 2021).

Επιπλέον, η πανδημία επηρέασε την πληρωμή των ασφαλιστικών εισφορών από πολλές επιχειρήσεις, οι οποίες δυσκολεύτηκαν να εξυπηρετήσουν τα έξοδά τους και αναγκάστηκαν να μειώσουν την παραγωγική τους δραστηριότητα. Αυτό οδήγησε σε μείωση των εσόδων από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργοδοτών, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί σοβαρό πρόβλημα βιωσιμότητας στο ασφαλιστικό σύστημα. Σε αντίστοιχες περιπτώσεις, η κυβέρνηση προχώρησε σε προσωρινές αναστολές πληρωμών εισφορών για τις επιχειρήσεις και τους ελεύθερους επαγγελματίες, πράγμα που επιδείνωσε την κατάσταση των ασφαλιστικών ταμείων.

Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που συνέβαλε στην επιδείνωση των οικονομικών συνθηκών του Ε.Σ.Υ. και του ασφαλιστικού συστήματος ήταν η ανάγκη για ανακατανομή των δημόσιων πόρων. Η επικέντρωση της οικονομικής στήριξης στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, σε συνδυασμό με την αύξηση των κρατικών δαπανών για την προστασία των πολιτών από την πανδημία, οδήγησε σε περιορισμένα έσοδα για άλλους τομείς, όπως η παιδεία, οι μεταφορές, ή οι κοινωνικές υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα αυτής της διαρθρωτικής αλλαγής αποτυπώθηκαν στην αναστάτωση των ταμείων υγειονομικής περίθαλψης και κοινωνικής ασφάλισης.

Η πανδημία COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη για μία βιώσιμη στρατηγική χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ., η οποία να μπορεί να ανταποκριθεί σε έκτακτες συνθήκες, διασφαλίζοντας τη διαρκή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας χωρίς να δημιουργούνται σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις στα δημόσια ταμεία και στους πολίτες. Για το λόγο αυτό, η αναδιάρθρωση του Ε.Σ.Υ., με σκοπό την πιο αποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων και την ενίσχυση των ασφαλιστικών εισφορών μέσω διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, αποτελεί κεντρικό στόχο για την ενίσχυση της οικονομικής βιωσιμότητας.

Η ανθεκτικότητα των δημόσιων συστημάτων υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα, εν μέσω πανδημίας, θα κριθεί από την ικανότητα της πολιτείας να σχεδιάσει και να υλοποιήσει μακροπρόθεσμες μεταρρυθμίσεις που θα ενισχύσουν τη χρηματοδότηση και τη βιωσιμότητα αυτών των κρίσιμων θεσμών.

6.4. Δημόσιος και ιδιωτικός τομέας: σύγκρουση ή συνέργεια σε περίοδο κρίσης;

Η πανδημία COVID-19 έχει αναδείξει με έντονο τρόπο τη σχέση μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στο σύστημα υγείας. Η κρίση αυτή έχει δημιουργήσει νέες δυναμικές συνεργασίας και προκλήσεων, με αποτέλεσμα οι δύο τομείς να αλληλεπιδρούν με τρόπους που ενδέχεται να διαμορφώσουν το μέλλον της υγειονομικής πολιτικής σε διεθνές και τοπικό επίπεδο. Στη διάρκεια αυτής της κρίσης, η αντίληψη για το ρόλο του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη έγινε αντικείμενο εκτεταμένων συζητήσεων, με ερωτήματα σχετικά με την ικανότητα του κάθε τομέα να ανταποκριθεί σε έκτακτες καταστάσεις και τις δυνατότητες συνεργασίας τους.

Η σύγκρουση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική κρίση

Οι διαφορές μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη είναι σαφείς, καθώς τα δύο συστήματα διαφέρουν σημαντικά στην οργάνωση, την χρηματοδότηση και τους στόχους τους. Στον δημόσιο τομέα, η υγειονομική περίθαλψη χρηματοδοτείται από το κράτος μέσω φορολογικών εσόδων και στόχος του είναι η προσφορά καθολικής, προσβάσιμης και οικονομικά προσιτής περίθαλψης για όλους τους πολίτες. Αντίθετα, ο ιδιωτικός τομέας βασίζεται στην επιχειρηματική δραστηριότητα και έχει ως κύριο στόχο το κέρδος, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας κυρίως σε όσους μπορούν να πληρώσουν ή μέσω ασφαλιστικών εταιρειών.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας, οι περιορισμοί και η αύξηση των απαιτήσεων για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προκάλεσαν σοβαρές πιέσεις στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η υπερφόρτωση των δημόσιων νοσοκομείων και η έλλειψη αναγκαίων πόρων και προσωπικού έθεσαν σε κίνδυνο την ποιότητα των υπηρεσιών. Αντίστοιχα, οι ιδιωτικές μονάδες υγείας, ενώ αρχικά φαίνονταν σε θέση να προσφέρουν εναλλακτικές λύσεις, αντιμετώπισαν κι αυτές μεγάλες προκλήσεις λόγω της περιορισμένης ικανότητας να διαχειριστούν τη μαζική ζήτηση και των αυξημένων αναγκών για εξειδικευμένο ιατρικό εξοπλισμό και προσωπικό.

Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η πανδημία ανέδειξε τις αδυναμίες του δημόσιου τομέα, οι οποίες θα μπορούσαν να ελαχιστοποιηθούν αν ο ιδιωτικός τομέας είχε μεγαλύτερη συμμετοχή στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και εκείνοι που υποστηρίζουν ότι η ιδιωτικοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να οδηγήσει σε μεγάλες ανισότητες, με τους πολίτες που δεν μπορούν να πληρώσουν να υφίστανται λιγότερη φροντίδα και περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας.

Η συνεργασία των τομέων κατά την περίοδο της πανδημίας

Αντί της σύγκρουσης, η πανδημία έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη για συνεργασία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, με στόχο την αποτελεσματική διαχείριση της κρίσης. Στην πραγματικότητα, σε πολλές χώρες, όπως στην Ελλάδα, οι ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία συμμετείχαν σε συνεργασίες με το δημόσιο σύστημα υγείας για την παροχή πρόσθετων κλινών και εξοπλισμού, όπως και την υποστήριξη της εμβολιαστικής εκστρατείας. Αυτές οι συνεργασίες έφεραν πιο κοντά τα δύο συστήματα, επισημαίνοντας την ανάγκη για συντονισμένη δράση και την αναγκαία συνεργασία των τομέων προκειμένου να ενισχυθεί η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας.

Μερικά από τα κύρια πλεονεκτήματα αυτής της συνεργασίας περιλαμβάνουν την αύξηση της ικανότητας για παροχή υπηρεσιών υγείας σε έκτακτες καταστάσεις, τη διαθεσιμότητα μεγαλύτερων πόρων (όπως εξοπλισμού και ανθρώπινου δυναμικού), και την ταχύτερη αντίδραση στην αύξηση των κρουσμάτων. Αυτή η συνέργεια μπορεί να θεωρηθεί ως στρατηγική ενίσχυσης του δημόσιου συστήματος υγείας μέσω της ενσωμάτωσης πόρων από τον ιδιωτικό τομέα.

Για παράδειγμα, σε αρκετές περιπτώσεις, ιδιωτικά νοσοκομεία προσέφεραν τα κρεβάτια τους για την περίθαλψη ασθενών με COVID-19, ενώ ιδιωτικές εταιρείες αναλαμβάνουν την παραγωγή και διάθεση ιατρικού εξοπλισμού και φαρμάκων σε συνεργασία με δημόσιες αρχές. Επιπλέον, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συνεργάστηκαν με το κράτος για την παροχή οικονομικών ενισχύσεων και προγραμμάτων υποστήριξης, για να διασφαλιστεί η διατήρηση της επαγγελματικής δραστηριότητας και η στήριξη των πολιτών.

Οι προκλήσεις και τα ηθικά ζητήματα

Η συνεργασία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ωστόσο, δεν είναι χωρίς προκλήσεις και ηθικά διλήμματα. Ένα βασικό ζήτημα αφορά τη διασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα σε συνθήκες κρίσης μπορεί να οδηγήσει σε εκμετάλλευση, δημιουργώντας συνθήκες κοινωνικής ανισότητας, όπου οι πιο εύποροι έχουν πρόσβαση στις καλύτερες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, ενώ οι πιο φτωχοί πολίτες εξυπηρετούνται από ένα υποβαθμισμένο δημόσιο σύστημα υγείας.

Επιπλέον, υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα, καθώς το κέρδος μπορεί να γίνει προτεραιότητα έναντι της ποιότητας των υπηρεσιών. Αυτό το φαινόμενο, γνωστό ως "διαχωρισμός των κινήτρων" στην υγειονομική περίθαλψη, μπορεί να οδηγήσει σε αποφυγή των υψηλότερων κόστους και των πιο δύσκολων περιστατικών από μέρους των ιδιωτικών κλινικών και νοσοκομείων.

Η επιτυχία της συνεργασίας των τομέων εξαρτάται από το πώς οι δημόσιες αρχές μπορούν να ελέγξουν και να ρυθμίσουν τη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα χωρίς να θυσιάζεται η ποιότητα και η ισότητα στην υγειονομική περίθαλψη.

Συμπεράσματα και προοπτικές

Η συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική περίθαλψη κατά την πανδημία COVID-19 ανέδειξε την ανάγκη για έναν πιο ευέλικτο και συντονισμένο σχεδιασμό του υγειονομικού συστήματος. Αν και οι συγκρούσεις παραμένουν μεταξύ των δύο τομέων, η συνεργασία τους φαίνεται να προσφέρει θετικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση έκτακτων καταστάσεων. Η αναγκαία συνεργασία μπορεί να προωθήσει την ενίσχυση του δημόσιου συστήματος υγείας, προσφέροντας μεγαλύτερη πρόσβαση σε πόρους και τεχνογνωσία. Η ορθή ισορροπία μεταξύ των δύο τομέων και η σωστή ρύθμιση της συνεργασίας τους θα είναι κρίσιμη για την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος στο μέλλον.

7. Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής

Το Κεφάλαιο 7 συνοψίζει τα βασικά συμπεράσματα που αναδείχθηκαν από την ανάλυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) από την αρχή της πανδημίας μέχρι σήμερα, με έμφαση στις προκλήσεις, τις ευκαιρίες και τις κοινωνικές προεκτάσεις της κρίσης. Αναδεικνύεται η κρίσιμη σημασία της ενίσχυσης των δημόσιων δομών υγείας, η ανάγκη για διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε προσωπικό, υλικοτεχνική υποδομή και χρηματοδότηση, καθώς και η σημασία της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Η πανδημία λειτούργησε ως μεγεθυντικός φακός που αποκάλυψε χρόνιες παθογένειες του συστήματος, αλλά και ως καταλύτης που οδήγησε σε ταχύτερη υιοθέτηση ψηφιακών εργαλείων, συνεργασιών δημόσιου-ιδιωτικού τομέα και ευρύτερων κοινωνικών συζητήσεων γύρω από το δικαίωμα στην υγεία.

Με βάση τα ευρήματα, οι προτάσεις πολιτικής επικεντρώνονται στην ανάγκη ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού μέσω σταθερής στελέχωσης και επιμόρφωσης, καθώς και στη θεσμική θωράκιση του Ε.Σ.Υ. από πολιτικές παρεμβάσεις κοντόφθαλμης φύσης. Παράλληλα, τονίζεται η σημασία της διαφάνειας, της λογοδοσίας και της ενίσχυσης της εμπιστοσύνης των πολιτών μέσα από τη συμμετοχή τους στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των πολιτικών υγείας. Τέλος, οι συνέργειες μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα προτείνονται με αυστηρό ρυθμιστικό πλαίσιο, ώστε να ενισχύουν και όχι να υπονομεύουν τον δημόσιο χαρακτήρα της υγείας ως κοινωνικό αγαθό.

7.1. Συνολική αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της πανδημίας

Η συνολική αποτίμηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην περίοδο της πανδημίας COVID-19 αποτελεί κρίσιμο και πολυδιάστατο αντικείμενο μελέτης, καθώς αφορά την αποδοτικότητα, προσβασιμότητα, ασφάλεια και ισότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ένα σύστημα υγείας που τέθηκε υπό πρωτοφανή πίεση. Η πανδημία λειτούργησε ως καταλύτης

ανάδειξης δομικών αδυναμιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), ενώ παράλληλα ανέδειξε και σημεία ανθεκτικότητας και αποτελεσματικότητας. Η αποτίμηση αυτή δεν περιορίζεται μόνο σε αριθμητικούς δείκτες, αλλά περιλαμβάνει τις εμπειρίες των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και των ευάλωτων πληθυσμών, όπως και τη γενική εικόνα κοινωνικής εμπιστοσύνης προς το σύστημα.

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αξιολογείται με βάση το τρίπτυχο: αποτελεσματικότητα, ασφάλεια και εμπειρία του ασθενή (Institute of Medicine, 2001). Κατά την περίοδο της πανδημίας, η αποτελεσματικότητα του Ε.Σ.Υ. επηρεάστηκε άμεσα από την αυξημένη ζήτηση, την έλλειψη προσωπικού, τον ανεπαρκή εξοπλισμό και τις διοικητικές αδυναμίες. Οι προσλήψεις έκτακτου προσωπικού, η ανακατανομή πόρων και η ταχεία μετατροπή κλινικών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) βοήθησαν προσωρινά στην ανακούφιση του συστήματος (Karaniolos et al., 2021). Ωστόσο, η ποιότητα των τακτικών υπηρεσιών υγείας μειώθηκε αισθητά, καθώς πολλές μη επείγουσες παρεμβάσεις ακυρώθηκαν ή καθυστέρησαν επ' αόριστον (Vlachadis et al., 2022).

Όσον αφορά την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, το σύστημα βρέθηκε αντιμέτωπο με σοβαρές προκλήσεις. Η ελλιπής διαθεσιμότητα Μέσων Ατομικής Προστασίας (ΜΑΠ) στην αρχή της κρίσης, οι καθυστερήσεις στη διάγνωση COVID-19 και ο συγχρωτισμός σε νοσοκομειακά περιβάλλοντα οδήγησαν σε ενδονοσοκομειακές μεταδόσεις (Kontopantelis et al., 2021). Παράλληλα, η υπερκόπωση του προσωπικού είχε ως αποτέλεσμα λάθη στη φροντίδα και αύξηση του κινδύνου για ιατρικά σφάλματα (Papageorgiou et al., 2022).

Η εμπειρία του ασθενή, βασικό συστατικό της ποιότητας, υποβαθμίστηκε σημαντικά κατά την πανδημία. Οι περιορισμοί στις επισκέψεις, η έλλειψη προσωπικής επαφής και η απουσία συνοδών επιβάρυναν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και μείωσαν την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες (Tsiamis et al., 2021). Επιπλέον, οι χρονίως πάσχοντες και οι ασθενείς με ανάγκες μακροχρόνιας φροντίδας αντιμετώπισαν σοβαρές δυσκολίες πρόσβασης, κάτι που επηρέασε άμεσα την ποιότητα ζωής τους.

Ειδικά οι ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες και τα άτομα με αναπηρίες, υπέστησαν πολλαπλές διακρίσεις κατά την πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Η έλλειψη επαρκών διερμηνευτικών υπηρεσιών, η ανισότητα στην ενημέρωση και η χωρική ανισοκατανομή των υπηρεσιών ανέδειξαν τη σημασία του κοινωνικού προσδιορισμού της υγείας στην αντίληψη της ποιότητας (Marmot, 2020).

Ωστόσο, η πανδημία ώθησε και σε καινοτομίες που επηρέασαν θετικά την ποιότητα. Η εισαγωγή της τηλεϊατρικής, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η ανάπτυξη του Ψηφιακού Φακέλου Υγείας προσέφεραν ευελιξία και ταχύτερη εξυπηρέτηση, ιδιαίτερα για τον αγροτικό πληθυσμό και τα άτομα με κινητικές δυσκολίες (Tsamis & Chouvarda, 2022). Παρά την ελλιπή τεχνολογική υποδομή και τον ψηφιακό αναλφαβητισμό σε μερίδα του πληθυσμού, η θετική προοπτική αυτών των παρεμβάσεων αναγνωρίστηκε ευρέως.

Ένα ακόμη στοιχείο αξιολόγησης της ποιότητας αποτελεί η ανθεκτικότητα του Ε.Σ.Υ. σε επίπεδο συστημικών αντανάκλαστικών. Το ελληνικό σύστημα υγείας, αν και υπό χρόνια

υποχρηματοδότηση, επέδειξε οργανωτικές προσαρμογές και λειτουργική συνοχή χάρη στις θυσίες του υγειονομικού προσωπικού και την κεντρική διαχείριση κρίσεων (Economou et al., 2021). Το σύστημα κατάφερε να απορροφήσει σε μεγάλο βαθμό την πανδημική πίεση, αλλά με τίμημα την εξάντληση του προσωπικού και τη μετακύλιση επιπτώσεων σε άλλους τομείς της φροντίδας.

Η συνολική αποτίμηση οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μειώθηκε μεν προσωρινά σε κρίσιμους τομείς, ωστόσο δημιουργήθηκαν οι βάσεις για αναθεώρηση πολιτικών και μεταρρυθμίσεις που ενδέχεται να την ενισχύσουν μακροπρόθεσμα. Η διατήρηση των καινοτομιών, η επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό και υποδομές, και η ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής μπορούν να διαμορφώσουν ένα πιο δίκαιο, προσβάσιμο και ποιοτικό Ε.Σ.Υ. για το μέλλον.

7.2. Διαπιστώσεις για τις αδυναμίες, τα κενά και τις ανθεκτικότητες του Ε.Σ.Υ.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) στην Ελλάδα, όπως και άλλα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, βρέθηκε αντιμέτωπο με άνευ προηγουμένου προκλήσεις, αποκαλύπτοντας αδυναμίες και κενά, αλλά και πτυχές ανθεκτικότητας. Το υποκεφάλαιο αυτό αποσκοπεί στην εκτενή αποτίμηση αυτών των στοιχείων, ώστε να τεκμηριωθούν οι διαπιστώσεις για την απόδοση και την ανθεκτικότητα του Ε.Σ.Υ., καθώς και οι ανάγκες για θεσμικές και λειτουργικές μεταρρυθμίσεις.

Μια από τις πρώτες και πλέον εμφανείς αδυναμίες του Ε.Σ.Υ. που καταγράφηκαν κατά την πανδημική κρίση ήταν η υποστελέχωση. Η χρόνια έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού, ιδιαίτερα στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), δυσχέρανε την παροχή φροντίδας σε κρίσιμα περιστατικά (Κουτρομπή, 2021). Παρά τις έκτακτες προσλήψεις που πραγματοποιήθηκαν για την ενίσχυση του συστήματος, οι ανάγκες ξεπερνούσαν κατά πολύ τις δυνατότητες των διαθέσιμων δομών. Οι ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είχαν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, ειδικά στην περιφέρεια (Economou et al., 2021).

Επιπλέον, το Ε.Σ.Υ. παρουσίασε σημαντικά κενά στην υλικοτεχνική του υποδομή. Η περιορισμένη διαθεσιμότητα αναπνευστήρων, ΜΕΘ και προστατευτικού εξοπλισμού στην αρχή της πανδημίας ανέδειξε την ανεπαρκή προετοιμασία για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (Tsiachristas et al., 2021). Παρότι σημειώθηκαν πρόοδοι με δωρεές, κρατικές επενδύσεις και ευρωπαϊκά κονδύλια, τα προβλήματα διαθεσιμότητας και ποιότητας υγειονομικού υλικού σε αρκετές δομές ήταν εμφανή, ιδιαίτερα σε μικρότερα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας (Mantzoukas, 2020).

Ακόμα, η ελλιπής ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε τροχοπέδη για την άμεση και ολοκληρωμένη διαχείριση των περιστατικών. Ο περιορισμένος εκσυγχρονισμός σε πληροφοριακά συστήματα, η έλλειψη ενιαίου ψηφιακού φακέλου ασθενούς και η

ανισομερής αξιοποίηση της τηλεϊατρικής αποδυνάμωσαν την αποτελεσματικότητα του συστήματος (Lavranos & Merkouris, 2021). Σε αυτό το πλαίσιο, οι καθυστερήσεις στην ανταλλαγή ιατρικών πληροφοριών ή στη λήψη αποφάσεων υπήρξαν εμπόδιο στην έγκαιρη περίθαλψη και στην παρακολούθηση της πορείας των ασθενών.

Επιπροσθέτως, σημαντική αδυναμία αναδείχθηκε η κεντροποιημένη και ενίοτε δυσκίνητη διοικητική λειτουργία του Ε.Σ.Υ. Η διαχείριση κρίσεων απαιτεί ευελιξία και ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων, χαρακτηριστικά που δεν επιτεύχθηκαν σε επαρκή βαθμό λόγω γραφειοκρατικών αγκυλώσεων και περιορισμένης αποκέντρωσης των αρμοδιοτήτων (Souliotis et al., 2022). Η οριζόντια αντιμετώπιση της πανδημίας, χωρίς κατάλληλη προσαρμογή στις τοπικές ιδιαιτερότητες, μείωσε την αποτελεσματικότητα της ανταπόκρισης σε συγκεκριμένες περιοχές.

Παρά τις προαναφερθείσες αδυναμίες και ελλείψεις, το Ε.Σ.Υ. επέδειξε αξιοσημείωτη ανθεκτικότητα. Η ταχύτερη προσαρμογή του συστήματος στην αντιμετώπιση ενός νέου ιού, η κινητοποίηση υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού και η δημιουργία νέων δομών (όπως COVID-19 clinics και ειδικές μονάδες εμβολιασμού) αποτελούν ενδείξεις δυνατοτήτων ταχείας ανταπόκρισης σε συνθήκες πίεσης (Kousoulis et al., 2021). Επιπλέον, η σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα –αν και περιορισμένη– σε ορισμένες περιπτώσεις λειτούργησε ως ενισχυτικός παράγοντας στην κάλυψη επείγουσών αναγκών (Papanicolas et al., 2022).

Η ανταπόκριση του ανθρώπινου δυναμικού του Ε.Σ.Υ. –παρά την κόπωση και τις δυσκολίες– αποτέλεσε κρίσιμο στοιχείο της ανθεκτικότητας. Ιατροί, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό υπερέβαλαν εαυτόν, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις εργάστηκαν κάτω από ιδιαίτερα αντίξοες συνθήκες, αντιμετωπίζοντας αυξημένους κινδύνους για την υγεία τους (Karamanolis, 2021). Η ανθεκτικότητα του ανθρώπινου κεφαλαίου του συστήματος επιβεβαίωσε την αναγκαιότητα επένδυσης στη συνεχή επιμόρφωση, υποστήριξη και προστασία του.

Τέλος, η πανδημία ανέδειξε την ανάγκη ενός πολυεπίπεδου και ευέλικτου Ε.Σ.Υ. με ικανότητα πρόβλεψης, ανταπόκρισης και ανάκαμψης. Οι διαπιστώσεις της περιόδου αυτής καθιστούν σαφές ότι απαιτείται ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καλύτερη διασύνδεση μεταξύ δομών, προώθηση της ψηφιοποίησης και επαναπροσδιορισμός της στρατηγικής του ανθρώπινου δυναμικού, με έμφαση στην ανθεκτικότητα και την ποιότητα.

7.3. Προτάσεις για θεσμικές, οργανωτικές και λειτουργικές παρεμβάσεις

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε ένα οξύ τεστ αντοχής και λειτουργικότητας για τα εθνικά συστήματα υγείας παγκοσμίως. Η εμπειρία της πανδημίας ανέδειξε, με τον πλέον emphaticό τρόπο, την αναγκαιότητα για θεσμικές, οργανωτικές και λειτουργικές παρεμβάσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) της Ελλάδας, με στόχο την ενίσχυση της αποδοτικότητας, της ισότητας και της ανθεκτικότητάς του. Το παρόν υποκεφάλαιο

επικεντρώνεται στην εις βάθος ανάλυση των προτάσεων που μπορούν να υποστηρίξουν έναν μακρόπνοο στρατηγικό μετασχηματισμό του Ε.Σ.Υ.

Μια βασική θεσμική παρέμβαση είναι η αναθεώρηση του υφιστάμενου νομικού πλαισίου λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. Η πανδημία αποκάλυψε τις αδυναμίες του νομοθετικού πλαισίου ως προς την ευελιξία στην κινητοποίηση ανθρώπινων πόρων, την ταχύτητα προμηθειών και την παροχή υπηρεσιών. Η μεταρρύθμιση αυτή θα πρέπει να στοχεύει στη δημιουργία ενός δυναμικού και ευπροσάρμοστου πλαισίου, το οποίο να επιτρέπει την ταχεία ενεργοποίηση μηχανισμών εκτάκτου ανάγκης, χωρίς όμως να υπονομεύει τη διαφάνεια και τη λογοδοσία (WHO, 2021).

Σημαντική πρόκληση παραμένει η συγκεντρωτική δομή του ελληνικού συστήματος υγείας, η οποία συχνά οδηγεί σε γραφειοκρατικές καθυστερήσεις και δυσκαμψίες. Μια οργανωτική παρέμβαση υψηλής προτεραιότητας είναι η αποκέντρωση αρμοδιοτήτων και πόρων στις υγειονομικές περιφέρειες, ώστε να ενισχυθεί η τοπική λήψη αποφάσεων και να αυξηθεί η αποδοτικότητα. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) είναι κρίσιμη σε αυτό το πλαίσιο, καθώς επιτρέπει την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών σε επίπεδο κοινότητας (OECD, 2023).

Η ενίσχυση της ΠΦΥ συνεπάγεται ένα σύνολο λειτουργικών παρεμβάσεων, μεταξύ των οποίων η σύσταση ομάδων οικογενειακής ιατρικής, η αναβάθμιση των Κέντρων Υγείας, καθώς και η παροχή κινήτρων σε γιατρούς και λοιπό προσωπικό να υπηρετήσουν στην περιφέρεια. Η χρήση ψηφιακής τεχνολογίας, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και οι τηλεσυνεδρίες, μπορεί να ενισχύσει περαιτέρω την αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ (Kontopantelis et al., 2022).

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο οργανωτικής αναδιάρθρωσης είναι η ανάπτυξη ενός ενοποιημένου πληροφοριακού συστήματος υγείας. Το σύστημα αυτό θα πρέπει να επιτρέπει την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ όλων των επιπέδων παροχής φροντίδας, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και ποιότητα της φροντίδας. Παράλληλα, η επένδυση σε big data και τεχνητή νοημοσύνη μπορεί να προσφέρει εργαλεία πρόγνωσης και βελτιστοποίησης της κατανομής πόρων (ECDC, 2021).

Σε θεσμικό επίπεδο, ιδιαίτερη σημασία έχει η ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας των δομών υγείας. Οι πολίτες πρέπει να έχουν πρόσβαση σε αξιόπιστη πληροφόρηση για την ποιότητα των υπηρεσιών και την απόδοση των παρόχων υγείας. Η καθιέρωση μηχανισμών αξιολόγησης της απόδοσης των νοσοκομείων και των επαγγελματιών υγείας με βάση διεθνή πρότυπα αποτελεί αναγκαία θεσμική παρέμβαση (Busse et al., 2019).

Η χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. παραμένει ένας κρίσιμος πυλώνας για τη βιωσιμότητά του. Παρότι αυξήθηκαν προσωρινά οι δαπάνες υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας, απαιτείται η σταθερή αύξηση της δημόσιας επένδυσης στην υγεία, ιδίως στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα. Πρέπει να τεθούν μηχανισμοί αξιολόγησης του κόστους-αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων (HTA - Health Technology Assessment), ώστε να αποφεύγεται η κατασπατάληση πόρων (Zavras et al., 2020).

Σε επίπεδο ανθρώπινου δυναμικού, απαιτούνται μέτρα τόσο για την προσέλκυση όσο και για τη διατήρηση του προσωπικού. Η θεσμοθέτηση προγραμμάτων επαγγελματικής ανάπτυξης, η δίκαιη μισθολογική μεταχείριση, η παροχή κινήτρων για υπηρεσία σε άγονες περιοχές και η υποστήριξη της επαγγελματικής υγείας των εργαζομένων (όπως ψυχολογική υποστήριξη και επανακατάρτιση) είναι κρίσιμες παρεμβάσεις (Parageorgiou et al., 2022).

Η θεσμική κατοχύρωση της διατομεακής συνεργασίας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ιδιαίτερα σε συνθήκες κρίσης, αποτελεί επίσης μια σύγχρονη ανάγκη. Η πανδημία απέδειξε πως τέτοιου είδους συνέργειες μπορούν να προσφέρουν λύσεις, αρκεί να είναι καλά σχεδιασμένες και ρυθμισμένες. Η τυποποίηση πρωτοκόλλων συνεργασίας και η καθιέρωση κοινών βάσεων δεδομένων μπορούν να βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα αυτών των συνεργασιών (European Commission, 2021).

Τέλος, στο επίπεδο της υγειονομικής διακυβέρνησης, χρειάζεται μια συνολική στρατηγική που να προάγει τη συμμετοχικότητα, την τεκμηρίωση και τη διαφάνεια. Η δημιουργία ενός εθνικού συμβουλίου υγείας με τη συμμετοχή φορέων της κοινωνίας των πολιτών, επαγγελματιών υγείας και ερευνητών, μπορεί να ενισχύσει τη δημοκρατική λογοδοσία και να διασφαλίσει τη μακροχρόνια συνέπεια των πολιτικών υγείας (Kickbusch & Gleicher, 2012).

Συνοψίζοντας, οι προτάσεις θεσμικών, οργανωτικών και λειτουργικών παρεμβάσεων δεν περιορίζονται μόνο στην αντιμετώπιση αδυναμιών που προέκυψαν κατά την πανδημία, αλλά θέτουν τα θεμέλια για ένα πιο ανθεκτικό, δίκαιο και αποδοτικό σύστημα υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές απαιτούν πολιτική βούληση, συμμετοχική διακυβέρνηση και σταθερή επένδυση σε ανθρώπινους και υλικούς πόρους.

7.4. Προοπτικές για ένα αποτελεσματικότερο και πιο δίκαιο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Η πανδημία COVID-19 αποτέλεσε ένα εξαιρετικά ισχυρό τεστ για την ανθεκτικότητα και την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας παγκοσμίως, και ειδικά για το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Η κρίση ανέδειξε με έντονο τρόπο τόσο τις υπάρχουσες αδυναμίες όσο και τις δυνατότητες του συστήματος, υπογραμμίζοντας την ανάγκη για μετασχηματισμό με στόχο ένα αποτελεσματικότερο, δίκαιο και ανθεκτικό δημόσιο σύστημα υγείας. Οι προοπτικές για ένα τέτοιο σύστημα εστιάζουν σε μια σειρά από βασικές αρχές και στρατηγικούς άξονες που αφορούν τη χρηματοδότηση, την οργάνωση, την αξιολόγηση, την κοινωνική ισότητα και την ενίσχυση της εμπιστοσύνης των πολιτών.

Καταρχάς, η βιώσιμη και επαρκής χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. είναι θεμέλιος λίθος για οποιοδήποτε σχεδιασμό που αποσκοπεί σε ένα αποτελεσματικότερο και δικαιότερο σύστημα υγείας. Η ελληνική εμπειρία από την περίοδο της πανδημίας κατέδειξε ότι το δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί να ενισχυθεί άμεσα με αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, όπως προβλέπεται και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2020). Η

ενίσχυση των πόρων πρέπει να συνδυάζεται με μηχανισμούς διαφάνειας, αξιολόγησης της απόδοσης και αποδοτικής διαχείρισης, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθολογική χρήση των διαθέσιμων κονδυλίων (OECD, 2021).

Ένας δεύτερος βασικός άξονας είναι η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Η ισχυρή ΠΦΥ αποτελεί τη ραχοκοκαλιά κάθε αποδοτικού συστήματος υγείας, παρέχοντας έγκαιρη και προληπτική φροντίδα, μειώνοντας την πίεση στις νοσοκομειακές δομές και προωθώντας την υγειονομική ισότητα (Kringos et al., 2015). Η επένδυση σε δομές ΠΦΥ, η αξιοποίηση των Κέντρων Υγείας και η ενίσχυση του οικογενειακού γιατρού συνιστούν κομβικά βήματα. Παράλληλα, απαιτείται η ενσωμάτωση διεπιστημονικών ομάδων υγείας και η ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας.

Επιπλέον, η υιοθέτηση σύγχρονων εργαλείων διοίκησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας είναι κρίσιμη. Ο θεσμός της διαρκούς αξιολόγησης ποιότητας, της λογοδοσίας και της λήψης αποφάσεων με βάση την τεκμηρίωση (evidence-based policy) πρέπει να ενισχυθεί, ώστε να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των παρεμβάσεων (Smith et al., 2020). Ο ψηφιακός μετασχηματισμός, μέσω της εισαγωγής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας και της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, συνιστά αναγκαία καινοτομία που διευκολύνει τη συνέχεια της φροντίδας και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων.

Η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού του Ε.Σ.Υ. παραμένει αδιαπραγμάτευτη προτεραιότητα. Η αύξηση του μόνιμου προσωπικού, οι στοχευμένες προσλήψεις, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επαγγελματική υποστήριξη των υγειονομικών είναι κρίσιμες για τη διατήρηση ενός ηθικού και αποτελεσματικού δυναμικού (Parageorgiou et al., 2021). Παράλληλα, χρειάζεται να εφαρμοστούν πολιτικές πρόληψης του εργασιακού στρες και εξουθένωσης (burnout), καθώς η πανδημία έδειξε τα όρια αντοχής του υγειονομικού προσωπικού.

Ένα ακόμη ζήτημα που σχετίζεται με την κοινωνική δικαιοσύνη και τη μείωση των ανισοτήτων είναι η ανάγκη καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ο σχεδιασμός του συστήματος πρέπει να εξασφαλίζει ότι όλοι οι πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδήματος, περιοχής κατοικίας ή κοινωνικού στάτους, έχουν πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας. Αυτό προϋποθέτει όχι μόνο την επαρκή γεωγραφική κατανομή των δομών, αλλά και την άρση των οικονομικών και κοινωνικών φραγμών (Marmot, 2010).

Η στρατηγική ενίσχυσης της ανθεκτικότητας του Ε.Σ.Υ. έναντι μελλοντικών κρίσεων αποτελεί επίσης αναπόσπαστο στοιχείο ενός δικαιότερου και αποτελεσματικότερου συστήματος. Αυτό σημαίνει ανάπτυξη εθνικών σχεδίων αντιμετώπισης υγειονομικών κρίσεων, δημιουργία αποθεμάτων υγειονομικού υλικού, επενδύσεις στην επιδημιολογική επιτήρηση και ενίσχυση της διατομεακής συνεργασίας (Kickbusch & Gleicher, 2012). Η διασύνδεση του Ε.Σ.Υ. με άλλους τομείς πολιτικής, όπως η πρόνοια, η παιδεία και η εργασία, ενισχύει τη συνολική κοινωνική συνοχή και ευημερία.

Προκειμένου να επιτευχθούν οι ανωτέρω στόχοι, απαιτείται πολιτική βούληση, διακομματική συναίνεση και ενεργός συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών.

Η διαβούλευση, η κοινωνική λογοδοσία και η ενδυνάμωση της συμμετοχής των ασθενών και των κοινοτήτων στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας αποτελούν βασικούς μοχλούς για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης και της αποτελεσματικότητας (Beresford, 2012).

Τέλος, το ζήτημα της σχέσης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα οφείλει να επαναπροσδιοριστεί στη βάση αρχών διαφάνειας, συμπληρωματικότητας και ελέγχου. Η συνεργασία μπορεί να είναι παραγωγική υπό την προϋπόθεση ότι εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον, διασφαλίζει την καθολική κάλυψη και τηρεί τους κανόνες ποιότητας και ισότητας (Saltman et al., 2002).

Συνοψίζοντας, οι προοπτικές για ένα αποτελεσματικότερο και πιο δίκαιο δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα δεν περιορίζονται σε τεχνικές παρεμβάσεις, αλλά απαιτούν βαθύ μετασχηματισμό που περιλαμβάνει θεσμικές, πολιτικές, οργανωτικές και κοινωνικές αλλαγές. Η πανδημία προσέφερε την ευκαιρία επαναξιολόγησης των αξιών, των στόχων και των πρακτικών του Ε.Σ.Υ., και η πρόκληση πλέον είναι η διαμόρφωση ενός συστήματος που θα είναι ικανό να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες, να αντέχει σε κρίσεις και να διασφαλίζει την υγειονομική ισότητα.

Βιβλιογραφία

- Αθανασάκης, Α., & Σισσούρας, Α. (2020). Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας: Πολιτικές, επιδόσεις και προκλήσεις. Εκδόσεις Παπαζήση.*
- Βασιλικόπουλος, Ι. (2015). Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας: Νομοθετικές προσαρμογές και κοινωνικές επιπτώσεις. Εκδόσεις Κοινωνικές Σπουδές.*
- Βασιλικόπουλος, Ι. (2016). Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη: Στρατηγικές και προκλήσεις. Εκδόσεις Δημόσια Υγεία.*
- Βασιλικόπουλος, Ι. (2017). Θεσμικό πλαίσιο και διοίκηση του Ε.Σ.Υ. Εκδόσεις Δημόσια Υγεία.*
- Γεωργίου, Ι., & Μακρής, Ν. (2020). Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο Ε.Σ.Υ. πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Εκδόσεις Υγειονομικές Επιστήμες.*
- Γεωργίου, Χ. (2020). Η πανδημία COVID-19 και οι επιπτώσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Νοσηλευτική Σχολή ΕΚΠΑ.*
- Γώγος, Χ. (2021). Κοινωνικές συνέπειες της πανδημίας και υγειονομική διαχείριση. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα.*
- Γραμματικάκης, Γ. (2021). Η χρηματοδότηση των δημόσιων συστημάτων υγείας στην Ελλάδα: Προκλήσεις και στρατηγικές. Εκδόσεις Υγειονομικών Μελετών.*
- Δημόπουλος, Μ. (2018). Η ιστορία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Ιατρικές.*
- Εθνική Αρχή Δημόσιας Υγείας. (2021). Ανασκόπηση των Ενεργειών Στήριξης του Ε.Σ.Υ. κατά την Πανδημία COVID-19.*
- Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο. (2023). Οδικός Χάρτης για τη Μετάβαση της Σύμης σε Ένα Έξυπνο Νησί.*
- ΕΚΔΔΑ. (2022). Τηλεϊατρική στην Ελλάδα και στην Ευρώπη: Εφαρμογές και Προκλήσεις.*
- Ελληνική Δημοκρατία. (2021). Στρατηγική εμβολιασμού κατά της COVID-19 στην Ελλάδα.*
- Ελληνική Ένωση Νοσηλευτών. (2021). Αντιδράσεις των Επαγγελματιών Υγείας στις Έκτακτες Προσλήψεις στο Ε.Σ.Υ..*
- Ελληνική Κυβέρνηση. (2020). Η στρατηγική της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19.*
- Ιατρική Σχολή Αθηνών. (2020). Η αντίδραση του Ε.Σ.Υ. στην πανδημία COVID-19.*
- Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών. (2021). Ανασκόπηση της λειτουργίας του Ε.Σ.Υ. την περίοδο της πανδημίας. Αθήνα.*

- IOBE. (2022). Ψηφιακή υγεία και Real World Data στην Ελλάδα.
- Καραδήμας, Ε. (2021). Ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19. *Περιοδικό Ψυχικής Υγείας*, 15(2), 112–130.
- Καψαμπέλης, Θ. (2022). Ψυχική υγεία και πανδημία: προκλήσεις και ευκαιρίες. *Πρακτικά Επιστημονικού Συνεδρίου Κοινωνικής Ιατρικής*, 8(1), 45–59.
- Κοσμίδης, Χ., & Καραμάνου, Α. (2021). Η πανδημία ως καταλύτης για μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ. *Περιοδικό Δημόσιας Υγείας*, 9(2), 45–56.
- Κουρέτας, Δ. (2021). Η Υγειονομική Διαχείριση της Πανδημίας στην Ελλάδα. Πανεπιστήμιο Πατρών.
- Κωνσταντινίδης, Ι. (2020). Ενίσχυση του Ε.Σ.Υ. στην πανδημία COVID-19.
- Λεβέντης, Π. (2021). Εξελίξεις στην κοινωνική πολιτική και η υγεία στην Ελλάδα. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Λιαρόπουλος, Α. (2020). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας μετά την πανδημία. *Επιθεώρηση Κοινωνικής Πολιτικής*, 14, 32–41.
- Μαραγκός, Σ. (2020). Εθνικό Σύστημα Υγείας: Πολιτικές και προκλήσεις στην Ελλάδα. *Εκδόσεις Νομικές*.
- Μαραγκός, Σ. (2020). Η υγειονομική κρίση και το Εθνικό Σύστημα Υγείας. *Στρατηγική Εκδοτική*.
- Μαυρίδης, Σ. (2017). Η δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας: Ιστορία και λειτουργία. *Εκδόσεις Υγειονομικές Σπουδές*.
- Μιχαλοπούλου, Κ., & Ντάλιος, Θ. (2022). Η πανδημία και οι ανισότητες υγείας στην Ελλάδα. *Εκδόσεις ΠΟΛΙΣ*.
- Μπενέκος, Ν. (2022). Ψηφιακός αποκλεισμός και κοινωνικές ανισότητες στη δημόσια υγεία. *Εκδόσεις Δίσιγμα*.
- Νικολαΐδης, Α. (2022). Δημόσια υγεία και χρόνια νοσήματα στη μετά-COVID εποχή. *Περιοδικό Δημόσιας Υγείας*, 27(4), 78–96.
- Οικονόμου, Ν. (2020). Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία και ο ρόλος της πολιτικής. *Εκδόσεις Τυπωθήτω*.
- Οικονόμου, Ν., & Σούλης, Ι. (2020). Κοινωνικές ανισότητες και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. *ΕΚΚΕ*.

ΟΟΣΑ. (2021). *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle*. OECD Publishing.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2020). *COVID-19: Αξιολόγηση της κατάστασης στον τομέα υγείας στην Ελλάδα*.

Παπαδόπουλος, Κ. (2019). *Το μέλλον του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα: Προκλήσεις και λύσεις*. Εκδοτικός Οίκος Θεσσαλονίκης.

Παπαδόπουλος, Κ. (2020). *Οι μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα: Προοπτικές και προκλήσεις*. Εκδόσεις Δημόσια Υγεία.

Παπαδόπουλος, Σ. (2020). *Δημόσια υγεία και οικονομική διαχείριση: Η περίπτωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Εκδόσεις Ιατρικών Βιβλίων.

Παπαδοπούλου, Α. (2021). *Η στρατηγική της κυβέρνησης στην κρίση του COVID-19: Μία κριτική ανάλυση*.

Παπαδοπούλου, Μ. (2015). *Συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα και την Ευρώπη*. Εκδόσεις Οργανισμός Υγείας.

Σταυρόπουλος, Α. (2016). *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα: Από την ίδρυση μέχρι σήμερα*. Εκδόσεις Υγειονομικές Σπουδές.

Σταυρόπουλος, Α. (2020). *Η δομή του Ε.Σ.Υ. και η επίδραση του ιδιωτικού τομέα στην υγειονομική φροντίδα*. Εκδόσεις Νομικές.

Τούντας, Γ. (2021). *Ανισότητες στην υγεία στην εποχή της πανδημίας*. Εκδόσεις Παπαζήση.

Υπουργείο Υγείας. (2021). *Έκθεση για τις μεταρρυθμίσεις και στρατηγικές στήριξης του Ε.Σ.Υ. κατά τη διάρκεια της πανδημίας*.

Anell, A., Glennard, A. H., & Merkur, S. (2012). *Sweden: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 14(5), 1–159.

Beland, D., Rocco, P., & Waddan, A. (2021). *COVID-19, federalism, and health care governance in the USA, Canada, and Spain*. *Publius: The Journal of Federalism*, 51(4), 509–533. <https://doi.org/10.1093/publius/pjab014>

Beresford, P. (2012). *User involvement in research and evaluation: Liberation or regulation?* *Social Policy and Society*, 11(4), 451–462. <https://doi.org/10.1017/S1474746412000156>

Brouwer, W. (2020). *Public-private partnerships in health: The case of COVID-19*. *European Health Journal*, 30(2), 134–141.

Busse, R., & Blumel, M. (2014). *Germany: Health system review*. *Health Systems in Transition*, 16(2), 1–296.

- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). *Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. WHO Regional Office for Europe.
- Donabedian, A. (1988). *The quality of care: How can it be assessed?* *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- ECDC. (2021). *Digital technologies in the COVID-19 response*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu>
- Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2021). *Greece: Health system review*. WHO Regional Office for Europe.
- Ellis, W., Dumas, T., & Forbes, L. (2020). *The impact of COVID-19 on youth mental health and wellbeing*. *Journal of Youth and Adolescence*, 49(4), 22–33. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01278-0>
- European Commission. (2021). *State of Health in the EU – Greece: Country health profile 2021*. <https://health.ec.europa.eu>
- European Commission. (2020). *EU support to fight COVID-19 in Member States*. <https://ec.europa.eu>
- European Observatory on Health Systems and Policies. (2022). *Greece: Health system review 2022*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Fitzpatrick, S., & McGreevy, E. (2020). *The psychological impact of the COVID-19 pandemic on vulnerable populations: A narrative review*. *Journal of Social Service Research*, 46(4), 1–12. <https://doi.org/10.1080/01488376.2020.1765595>
- Georgopoulou, E., Liaskos, J., Zoulias, E., & Mantas, J. (2023). *Digital transformation efforts in Greece: Evaluation of the e-prescription system*. ResearchGate. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22335.94885>
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Stanford University Press.
- Haralambidis, P. (2020). *Equity in health care delivery during COVID-19: Social justice or economic efficiency?* *Greek Journal of Social Medicine*.
- Harris, J., & Lee, T. (2021). *Healthcare systems in Europe during the COVID-19 crisis: Challenges and responses*. *European Health Review*, 28(3), 45–57.
- Heinrich Böll Stiftung Greece. (2021). *Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα: Εμπειρίες και προκλήσεις*.
- Hellenic National Public Health Organization. (2021). *COVID-19 epidemiological surveillance reports*. Αθήνα: ΕΟΔΥ.

- ICLG. (2025). *Digital health laws and regulations report 2025: Greece*. <https://iclg.com>
- ICN – International Council of Nurses. (2021). *Protecting nurses from COVID-19: A top priority*. <https://www.icn.ch>
- IHE Europe. (2022). *Digital transformation of the healthcare sector in Greece*. <https://ihe-europe.net>
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Karamanoli, E. (2021). *Greece: Health system response to COVID-19*. *Eurohealth*, 27(1), 52–55.
- Karanikolos, M., Heino, P., McKee, M., Stuckler, D., Legido-Quigley, H., & Reeves, A. (2021). *Health systems resilience: Reflections on the COVID-19 pandemic*. *Health Policy*, 125(9), 1053–1059. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.07.008>
- Karanikolos, M., Kentikelenis, A., & Stuckler, D. (2022). *Health systems in the European Union: Resilience amid the pandemic*. *The Lancet Regional Health – Europe*, 12, 100279. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2021.100279>
- Kickbusch, I., & Gleicher, D. (2012). *Governance for health in the 21st century*. WHO Regional Office for Europe.
- Klein, R. (2020). *The politics of health care in Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Kontopantelis, E., Mamas, M. A., Webb, R. T., & Buchan, I. E. (2022). *Primary care and COVID-19: Innovations and resilience*. *The Lancet Regional Health – Europe*, 15, 100303.
- Kousoulis, A. A., Angelopoulou, A., & Touloumi, G. (2021). *Response of the Greek primary health care system to COVID-19: Challenges and lessons learned*. *The Lancet Regional Health – Europe*, 8, 100202.
- Kringos, D., Boerma, W., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2015). *Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending*. *Health Affairs*, 34(4), 686–693. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0584>
- Lavranos, C., & Merkouris, A. (2021). *The role of health information systems in the COVID-19 pandemic response in Greece*. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 14(2), 43–50.
- Legido-Quigley, H., et al. (2020). *Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic?* *The Lancet*, 395(10227), 848–850.
- Liberal.gr. (2025). *Τεχνητή Νοημοσύνη και Ψηφιακός Μετασχηματισμός Υγείας*.

Lipsi, M. (2021). *Healthcare systems in crisis: Reform strategies for the post-COVID era*. *Health Policy & Planning*.

Lipsi, M. (2021). *Telemedicine as a solution for the Greek health system during the pandemic*. *Health Policy Journal*.

Mantzoukas, S. (2020). *COVID-19 and the Greek health care system: Challenges and opportunities*. *International Journal of Caring Sciences*, 13(2), 1090–1096.

Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives: The Marmot Review*. London: Institute of Health Equity.

Marmot, M. (2020). *Health equity in England: The Marmot Review 10 years on*. London: Institute of Health Equity.

Metron Analysis. (2020). *Δημοσκόπηση για την πανδημία COVID-19*.

Ministry of Health, Greece. (2021). *Annual report on health system financing*. Υπουργείο Υγείας.

OECD. (2019–2023). *Health at a glance [various reports]*. OECD Publishing.
<https://www.oecd.org/health/>

Oikonomou, D. (2020). *The COVID-19 pandemic and the healthcare system in Greece: Challenges and responses*. *Journal of Health Policy*, 34(2), 45–56.

Papadopoulos, A., & Koutsoukou, A. (2021). *The role of healthcare services in the fight against COVID-19: A response to the pandemic*. *Journal of Public Health Policy*, 42(1), 15–28.

Papageorgiou, A., Makris, D., & Tsiamis, C. (2022). *Occupational burnout among Greek healthcare professionals during the COVID-19 pandemic*. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 15(1), 44–52.