



ΙΟΝΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

*Δημογραφική απεικόνιση πανελλαδικά των θεραπευτηρίων, των κλινών, του
ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, από το 1985 έως σήμερα*

Της μεταπτυχιακής φοιτήτριας: ΒΑΡΒΑΡΑΣ ΚΡΙΑΔΗ

Κέρκυρα 2021



IONIAN UNIVERSITY

HISTORICAL DEMOGRAPHY

POSTGRADUATE EDUCATIONAL PROGRAM

THESIS TITLE

*Demographic representation of therapeutic nationwide, hospital beds,
medical and nursing staff, from 1985 until today*

Postgraduate student: BARBARA KRIADIS

ΜΕΛΗ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:

Επόπτης: Δημήτριος Ανωγιάτης-Pele, Καθηγητής Τμήματος Ιστορίας

Μέλη: Δρ. Κωνσταντίνος Τσιάμης, Ιατρός Κυτταρολόγος

Δρ. Μαρία Μάνδουλα Κουσούνη, Παιδίατρος-Ιστορικός

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Ιστορική Δημογραφία», του Ιονίου Πανεπιστημίου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κ. Μαρία Μάνδουλα Κουσουνή, για την επιστημονική καθοδήγηση της και τη πολύτιμη βοήθεια, σε όλη τη διάρκεια της παρούσας διπλωματικής εργασίας, που τροφοδοτώντας με ιδέες και χρήσιμες συμβουλές συνέβαλε καθοριστικά στην εξέλιξή της.

Την παρούσα εργασία αφιερώνω στην οικογένειά μου, το σύζυγό μου Νίκο και τα παιδιά μου Κωνσταντίνο και Δωροθέα για τη στήριξή τους.

Περίληψη

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης είναι η δημογραφική απεικόνιση πανελλαδικά των θεραπευτηρίων, των κλινών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, από το 1985 έως σήμερα. Μέσω αυτής της διαδικασίας απεικόνισης επιχειρείται η αξιολογική διαδικασία, η οποία σκοπό έχει τη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης και όχι την σκωπτική θεώρηση των πεπραγμένων.

Μεθοδολογία: Δημογραφική απεικόνιση πανελλαδικά των θεραπευτηρίων, των κλινών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, από το 1985 έως σήμερα μέσω επεξεργασίας ποσοτικών πρωτογενών δεδομένων και ανάλυση των εξαγόμενων αποτελεσμάτων

Αποτελέσματα: Η ανάλυση των στοιχείων για τον αριθμό κλινών και θεραπευτηρίων δείχνει ότι τα θεραπευτήρια μειώθηκαν σε αριθμό αλλά πλέον έχουν μεγαλύτερη χωρητικότητα σε κλίνες, από 98,6 κλίνες ανά θεραπευτήριο το 1985 σε 166,8 κλίνες ανά θεραπευτήριο το 2019, παράλληλα με την αστικοποίηση της χώρας και τη συγκέντρωση του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα. Όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των κλινών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα, αυτή μειώθηκε από 5,49 το 1985 σε 4,18 το 2019 ακολουθώντας τη μείωση στην Ευρώπη, με αποτέλεσμα οι δείκτες να συγκλίνουν την περίοδο 2018-2019. Από το 1993 η Ελλάδα διαθέτει σταθερά λιγότερες από 5 κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού, ενώ η μεγαλύτερη μείωση έγινε μεταξύ 2009 και 2010 από 4,93 σε 4,48. Σχετικά με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι ιατροί αυξάνονται από το 1985 ως το 2012 και στη συνέχεια μειώνονται φθάνοντας το 2018 τους 23.354, που αντιστοιχεί σε 0,52 ιατρούς ανά κλίνη. Ομοίως οι νοσηλευτές αυξάνονται από το 1985 ως και το 2011, φθάνοντας τους 38,786 νοσηλευτές το 2018 που αντιστοιχούν σε 0,81 νοσηλευτές ανά κλίνη.

Συμπεράσματα: Στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο ποσοστό των δημοσίων δαπανών δαπανώνται στη νοσοκομειακή- δευτεροβάθμια περίθαλψη, γεγονός το οποίο συνδέεται άμεσα με την μη ικανοποίηση των πολιτών από το υπάρχον σύστημα υγείας, όπως είναι δομημένο. Θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη οι πληθυσμιακές δημογραφικές μεταβολές,

η αύξηση της αστικοποίησης, η αύξηση της ποιότητας ζωής σε ό' τι αφορά παραμέτρους σχετιζόμενες με την νόσο και την ασθένεια και η επακόλουθη αύξηση του προσδόκιμου ζωής και τέλος, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που πάντα χρειάζεται να συνυπολογίζονται σε μια δημογραφική κριτική ανάλυση των μελετώμενων παραγόντων ήτοι τον αριθμό των θεραπευτηρίων, των νοσοκομειακών κλινών, και του αριθμού του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Λέξεις κλειδιά: Θεραπευτήρια, νοσοκομειακές κλίνες, ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δημογραφική ανάλυση, σύστημα υγείας

Abstract

Objective: The purpose of this postgraduate study is the nationwide demographic representation of hospitals, beds, medical and nursing staff, from 1985 until today. Through this process, the evaluation process is attempted, which aims at improving the care provided and not at the scoping view of what has been done.

Methodology: Demographic representation nationwide of hospitals, beds, medical and nursing staff, from 1985 until today through the processing of quantitative primary data and analysis of exported results

Results: The analysis of data on the number of beds and hospitals shows that the number of hospitals has decreased in number but now has a larger capacity in beds, from 98.6 beds per hospital in 1985 to 166.8 beds per hospital in 2019, along with urbanization of the country and the concentration most of the population in large urban centers. Regarding the availability of beds per 1000 population in Greece, it decreased from 5.49 in 1985 to 4.18 in 2019 following the decrease in Europe, with the result that the indicators converge in the period 2018-2019. Since 1993, Greece has consistently had less than 5 beds per 1000 population, while the largest decrease took place between 2009 and 2010 from 4.93 to 4.48. Regarding the medical and nursing staff, the number of doctors increases from 1985 to 2012 and then decreases, reaching 23,354 in 2018, which corresponds to 0.52 doctors per bed. Similarly, the number of nurses increases from 1985 to 2011, reaching 38,786 nurses in 2018, which corresponds to 0.81 nurses per bed.

Conclusions: In Greece, the largest percentage of public expenditure is spent on hospital-secondary care, which is directly related to the dissatisfaction of citizens with the existing health system, as it is structured. Demographic change, increasing urbanization, increasing quality of life in terms of disease and illness, and consequent increase in life expectancy, and finally the socioeconomic factors that are always needed to be taken into account in a demographic critical analysis of the studied factors, namely the number of clinics, hospital beds, and the number of medical staff.

Keywords: Hospitals, hospital beds, medical staff, nursing staff demographic analysis, healthcare system

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Abstract	7
Κατάλογος πινάκων	11
Κατάλογος γραφημάτων	12
Κατάλογος εικόνων.....	14
Εισαγωγή.....	16
<i>A Μέρος – Θεωρητικές αναφορές.....</i>	<i>19</i>
Η έννοια της υγείας.....	20
Συστήματα υγείας	23
Δομή και ρόλος του συστήματος υγείας.....	27
Ποιότητα υπηρεσιών υγείας.....	31
Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας.....	33
Δεδομένα αριθμού νοσοκομείων, νοσοκομειακών κλινών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού παγκοσμίως	38
Παράγοντες διαμόρφωσης υγείας.....	54
Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.....	60
Νομοθετική εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	72
<i>B Μέρος – Ερευνητική αναφορά.....</i>	<i>102</i>
Σκοπός της έρευνας.....	103
Μεθοδολογία έρευνας.....	103
Αποτελέσματα.....	104

<i>Γ Μέρος – Συμπεράσματα.....</i>	<i>137</i>
Συμπεράσματα	138
Βιβλιογραφικές αναφορές.....	143
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία	143
Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία	158

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1. Συνοπτική παρουσίαση ελληνικής νομοθεσίας ΕΣΥ	98
Πίνακας 2. Θεραπευτήρια, κλίνες και θέσεις ημερήσια νοσηλείας στην Ελλάδα την περίοδο 1985-2020	105
Πίνακας 3. Αριθμός κλινών και πληθυσμός για την Ελλάδα, δείκτης κλινών ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και την Ευρώπη την περίοδο 1985-2020	113
Πίνακας 4. Θεραπευτήρια ανά γεωγραφικό διαμέρισμα : 1985-2009	116
Πίνακας 5. Θεραπευτήρια ανά Περιφέρεια : 2010-2020	117
Πίνακας 6 Κλίνες ανά γεωγραφικό διαμέρισμα : 1985-2009	122
Πίνακας 7 Κλίνες ανά Περιφέρεια : 2010-2020	123
Πίνακας 8 Ιατροί, μαίες και νοσηλευτές, σε καθαρούς αριθμούς και ανά κλίνη στην Ελλάδα για την περίοδο 1985-2020	127
Πίνακας 9 Κατανομή των νοσηλευτών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο στην Ελλάδα για την περίοδο 1985-2020	130
Πίνακας 10 Ιατροί, μαίες, νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.	132

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1. Μεταβολή αριθμού θεραπευτηρίων στην Ελλάδα την περίοδο 1985-2020	106
Γράφημα 2. Ετήσιο ποσοστό μεταβολής θεραπευτηρίων με βάση το προηγούμενο έτος	107
Γράφημα 3. Μεταβολή αριθμού κλινών στην Ελλάδα την περίοδο 1985-2020	108
Γράφημα 4. Ετήσιο ποσοστό μεταβολής κλινών με βάση το προηγούμενο έτος	109
Γράφημα 5. Μεταβολή αριθμού θέσεων ημερήσιας νοσηλείας την περίοδο 2010-2020	110
Γράφημα 6. Κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα και τις χώρες της Ευρώπης, την περίοδο 1985-2020	112
Γράφημα 7. Κατανομή (%) θεραπευτηρίων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, την περίοδο 1985-2009	118
Γράφημα 8. Μέση κατανομή (%) θεραπευτηρίων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, την περίοδο 1985-2009	118
Γράφημα 9. Κατανομή (%) θεραπευτηρίων ανά Περιφέρεια, την περίοδο 2010-2020	119
Γράφημα 10. Μέση κατανομή (%) θεραπευτηρίων ανά Περιφέρεια, την περίοδο 2010-2020	119
Γράφημα 11. Κατανομή (%) κλινών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, την περίοδο 1985-2009	124
Γράφημα 12. Μέση κατανομή (%) κλινών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, την περίοδο 1985-2009	124
Γράφημα 13. Κατανομή (%) κλινών ανά Περιφέρεια, την περίοδο 2010-2020	125
Γράφημα 14. Μέση κατανομή (%) κλινών ανά Περιφέρεια, την περίοδο 2010-2020	125
Γράφημα 15. Ιατροί νοσηλευτές και μαίες ανά κλίνη	128

Γράφημα 16. Κατανομή νοσηλευτών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο	129
Γράφημα 17. Ιατροί ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.	134
Γράφημα 18.Μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.	135
Γράφημα 19. Νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.	136

Κατάλογος εικόνων

Εικόνα 1. Συνολικός αριθμός νοσοκομείων σε επιλεγμένες χώρες παγκοσμίως το 2019	39
Εικόνα 2. Αριθμός νοσοκομείων στις ΗΠΑ (Statista 2021)	40
Εικόνα 3. Αριθμός νοσοκομείων στο Ηνωμένο Βασίλειο (Statista 2021)	41
Εικόνα 4. Αριθμός νοσοκομείων στη Γερμανία (Statista 2021)	41
Εικόνα 5. Αριθμός νοσοκομείων στη Γαλλία (Statista 2021)	42
Εικόνα 6. Αριθμός νοσοκομείων στην Ιταλία (Statista 2021)	42
Εικόνα 7. Αριθμός νοσοκομείων στην Κίνα (Statista 2021)	43
Εικόνα 8. Αριθμός νοσοκομείων στη Ρωσία (Statista 2021)	43
Εικόνα 9. Κλίνες νοσηλείας κατά κεφαλήν για τις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)	44
Εικόνα 10. Αριθμός αξονικών τομογράφων στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)	45
Εικόνα 11. Αριθμός μαγνητικών τομογράφων στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)	46
Εικόνα 12. Αριθμός ειδικών μηχανημάτων μαστογραφίας στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)	47
Εικόνα 13. Αριθμός εξοπλισμού ακτινοθεραπείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)	48
Εικόνα 14. Αριθμός ιατρών σε επιλεγμένες χώρες (OECD 2021a)	50
Εικόνα 15. Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού σε επιλεγμένες χώρες (OECD 2021a)	51
Εικόνα 16. Αριθμός πτυχιούχων ιατρών σε επιλεγμένες χώρες (OECD 2021a)	52
Εικόνα 17. Αριθμός αποφοίτων νοσηλευτικών σχολών (OECD 2021a)	53
Εικόνα 18. Κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την υγεία (Τούντας, 2001)	56
Εικόνα 19. Ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ανά 1.000 κατοίκους γενικού πληθυσμού, σε κάθε νομό, 2013 (Πετμεζίδου και συν, 2015)	65

Εικόνα 20. Πυκνότητα ιατρών που αποτελούν την «πύλη εισόδου» ανά 1.000 κατοίκους, σε κάθε νομό, 2014 (Πετμεζίδου και συν, 2015)	65
Εικόνα 21. Πυκνότητα ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων ανά 1.000 κατοίκους 65 ετών και άνω, σε κάθε νομό, 2014 (Πετμεζίδου και συν, 2015)	66
Εικόνα 22. Ν.Δ. 2592/1953	72
Εικόνα 23. Νόμος ΕΣΥ	77

Εισαγωγή

Medical science can address the biological pathways involved in disease, the pathology and the opportunities for treatment, but in so far as health is a social product and some forms of social organization are healthier than others, advances in our understanding of health will depend on social research (Wilkinson 1996:13-14)

Η ιατρική επιστήμη μπορεί να αντιμετωπίσει τις βιολογικές οδούς που εμπλέκονται στις ασθένειες, την παθολογία και τις δυνατότητες θεραπείας, αλλά στο βαθμό που η υγεία είναι ένα κοινωνικό προϊόν και ορισμένες μορφές κοινωνικής οργάνωσης είναι πιο υγιείς από άλλες, η πρόοδος στην κατανόησή μας για την υγεία εξαρτάται από την κοινωνική έρευνα (Wilkinson 1996: 13-14).

Η υγεία νομοτελειακά αποτελεί, το αγαθό που αφορά κάθε στάδιο της ζωής του ανθρώπου και το επίπεδο της διαμορφώνει την εξέλιξη του ανθρώπου ως κοινωνικό ον, επιδρώντας, τόσο στις εργασιακές, όσο και τις οικογενειακές και τις κοινωνικές του υποχρεώσεις. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν μπορεί να καλύψει τις προτιμήσεις, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του, όσον αφορά στην παροχή ποιοτικών υγειονομικών υπηρεσιών.

Στην Ελλάδα, το μεγαλύτερο ποσοστό των δημοσίων δαπανών δαπανώνται στη νοσοκομειακή- δευτεροβάθμια περίθαλψη, γεγονός το οποίο συνδέεται άμεσα με την μη ικανοποίηση των πολιτών από το υπάρχον σύστημα υγείας, όπως είναι δομημένο. Η ανάγκη για άμεση μεταρρύθμιση, σύμφωνα με τους επιστήμονες που ασχολούνται τόσο με την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, όσο και με τους θεωρητικούς επιστήμονες της κοινωνιολογίας της υγείας και της επιδημιολογίας της υγείας κρίνεται επιτακτική.

Όταν η δημογραφία υγείας άρχισε να αναδύεται ως εφαρμοσμένος υποεπιστημονικός κλάδος στη δημογραφία κατά τη δεκαετία του 1980, λίγοι περίμεναν ότι οι εξελίξεις, που θα παρατηρούνταν στην υγειονομική περίθαλψη, θα επηρέαζαν την

κατεύθυνσή της. Ειδική μνεία στο σημείο αυτό θα πρέπει να γίνει στις υγειονομικές εξελίξεις, με επακόλουθες τις υγειονομικές ανάγκες, λόγω της πανδημικής κρίσης του covid-19. Ενώ ένα ξεχωριστό σύνολο ερευνών, που κατηγοριοποιούνται σε αυτό το εξέχον πλαίσιο της δημογραφίας, δεν έχει ακόμη αναγνωριστεί επίσημα, ο αντίκτυπος της δημογραφίας για την υγεία καθίσταται σαφώς αισθητός. Ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας που χρησιμοποιούν το υλικό της δημογραφίας υγείας - ίσως χωρίς καν να το συνειδητοποιούν κάποιες φορές - συνεχίζει να αυξάνεται. Στην πραγματικότητα, οι περισσότεροι από αυτούς, που ασχολούνται με τη δημογραφία της υγείας, δεν είναι δημογράφοι, αλλά κοινωνιολόγοι, οικονομολόγοι, επιδημιολόγοι και επαγγελματίες υγείας, που εφαρμόζουν τις έννοιες και τις τεχνικές της δημογραφίας υγείας, σε συγκεκριμένα προβλήματα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Τα όρια αυτού του επιμέρους κλάδου γίνονται ολοένα και πιο ορατά στη δημογραφία και οι επιπτώσεις της δημογραφίας για την υγεία γίνονται όλο και πιο εμφανείς λαμβάνοντας ενεργή θέση και εκτός του αποκλειστικού πλαισίου της δημογραφίας (Murdock 2015).

Πολλοί παράγοντες συνέβαλαν στην εμφάνιση αυτού του νέου πεδίου. Οι εξελίξεις, που επηρέασαν τον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1980 και του 1990 έχουν χρησιμεύσει στο να μετατρέψουν μια ποικιλόμορφη συλλογή φιλανθρωπικών ιδρυμάτων και οργανισμών, σε μια βιομηχανία, που κυριαρχείται όλο και περισσότερο από κερδοσκοπικούς ομίλους ετερογενών δραστηριοτήτων. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, ο κλάδος κατέστη προσανατολισμένος στην αγορά και στον καταναλωτή, υπό το πρίσμα της οικονομικής θεώρησης και όχι της δεοντολογικής αντιμετώπισης του ασθενούς, με αποτέλεσμα την έκρηξη της ζήτησης, τόσο για τα δημογραφικά δεδομένα, όσο και για τις στατιστικές υγείας. Η ανάγκη ενσωμάτωσης και ερμηνείας δεδομένων από αυτά τα δύο πεδία έχει δώσει μια σημαντική ώθηση για την ανάπτυξη της δημογραφίας της υγείας (Chandra et al. 2016).

Ταυτόχρονα, η σημασία της δημογραφίας για την υγεία έχει επιβεβαιωθεί μέσω της επανασύνδεσης της «υγείας» και της αυξανόμενης έμφασης της προοπτικής της υγειονομικής περίθαλψης με βάση τον πληθυσμό. Πλέον, ο επαναστατικός αντίκτυπος της

διαχειριζόμενης φροντίδας μπορεί να προστεθεί στον κατάλογο των εξελίξεων, που καθιστούν τα υλικά και τις μεθόδους της δημογραφικής υγείας, ανεκτίμητης αξίας για τον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης.

Ως εκ τούτου και λαμβάνοντας υπόψη την ως άνω σημαντική θέση της δημογραφίας της υγείας στην επιστημονική θεώρηση, σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης είναι η δημογραφική απεικόνιση πανελλαδικά των θεραπευτηρίων, των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, από το 1985 έως σήμερα. Μέσω αυτής της διαδικασίας απεικόνισης επιχειρείται η αξιολογική διαδικασία, η οποία σκοπό έχει τη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης, και όχι την σκωπτική θεώρηση των πεπραγμένων.

Α Μέρος – Θεωρητικές αναφορές

Η έννοια της υγείας

Η υγεία, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) αποτελεί «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Αποτελεί, ως εκ τούτου, ένα πολυπαραγοντικό αγαθό, συχνά και συνταγματικά κατοχυρωμένο, το οποίο επηρεάζει κάθε στάδιο της ζωής ενός ανθρώπου, καθώς βοηθάει στην ανταπόκριση των κοινωνικών, εργασιακών και οικογενειακών του υποχρεώσεων (World Health Organization 2000). Η σύγχρονη δυτική ιατρική αναπτύχθηκε αρχικά τον 19^ο και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, εστιάζοντας σε μια αναγωγική έννοια της υγείας, που βασίζεται στην απουσία ασθενειών ή αναπηριών και ορίζεται από φυσικές παραμέτρους (Larson 1999; Tinetti and Fried 2004). Αργότερα, χάρη στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πραγματοποιήθηκε μια κοπερνίκεια επανάσταση και η υγεία ορίστηκε ως ανωτέρω.

Ο ορισμός της υγείας δεν είναι απλώς ένα θεωρητικό ζήτημα, γιατί εμπεριέχει πολλές επιπτώσεις στην πρακτική ιατρική, την πολιτική, τις υπηρεσίες υγείας και την προαγωγή της υγείας (Rudnicki 2006). Ο ορισμός της υγείας επηρεάζει τους επαγγελματίες υγείας και οι οποίοι με τη σειρά τους επηρεάζουν έντονα τον τρόπο, με τον οποίο η υγεία δομείται κοινωνικά στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις της υγείας επηρεάζουν τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες της υγείας, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής και πολλές άλλες βασικές πτυχές της υγείας. Ειδικότερα, οι απόψεις για την υγεία έχουν ισχυρό αντίκτυπο στις συμπεριφορές των ανθρώπων τόσο σε ότι αφορά τις αντιλήψεις τους για την υγεία, όσο και τις αντιλήψεις τους για την ασθένεια (Hughner and Kleine 2004) και επομένως στην ικανότητα λήψης κατάλληλων αποφάσεων. Εν ολίγοις, ο ορισμός της υγείας έχει στρατηγική σημασία σε όλους τους τομείς που εμπερικλείονται στις πεποιθήσεις υγείας, αλλά και υγειονομικές πρακτικές και στρατηγικές.

Τον περασμένο αιώνα, αυτός ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας διαδόθηκε σε όλο τον κόσμο και είχε σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, ωθώντας τις χώρες πέρα από τα παραδοσιακά όρια

της υγειονομικής περίθαλψης, που ορίζονται από τις φυσικές συνθήκες των ατόμων (Jadad and O'Grady 2008). Ωστόσο, πολλές κρίσιμες αναλύσεις έχουν δείξει, ότι ο ορισμός της υγείας του ΠΟΥ έχει καταστεί μη επαρκώς κατάλληλος για την αντιμετώπιση των νέων προκλήσεων, που προκύπτουν από την αύξηση του ρυθμού γήρανσης και τον αυξανόμενο αριθμό ατόμων με χρόνιες ασθένειες (λόγω της βελτίωσης των ποσοστών επιβίωσης για διάφορες ασθένειες) (Huber et al. 2011; Saracci 1997; The Lancet 2009).

Πιο αναλυτικά, υιοθετώντας την άποψη του κοινωνικού κονστρουκτιβισμού, μπορεί κανείς να καταλάβει, ότι η υγεία δεν είναι απλώς παρούσα στη φύση και περιμένει να ανακαλυφθεί από τους επιστήμονες, αλλά δημιουργείται συνεχώς από άτομα και ομάδες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια (Berger and Luckmann 2016; Conrad and Barker 2010; Hewitt 2001). Με άλλα λόγια, η υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως το ενδεχόμενο αποτέλεσμα πράξεων, επιλογών, προθέσεων κ.λπ., ενσωματωμένα σε ένα δίκτυο κοινωνικών ιδεών, προσδοκιών, κοινωνικών πρακτικών και θεσμών (Kingma 2012). Αυτό σημαίνει, ότι η υγεία δεν μπορεί να έχει έναν μοναδικό ορισμό μεμονωμένα. Αντίθετα, η υγεία ενσωματώνει τόσους ορισμούς, όσοι και άνθρωποι που τη οριοθετούν και αποτελούν σημειολογικό παράγοντά της. Ουσιαστικά, μια μοναδική εννοιολόγηση της υγείας δεν υπήρξε ποτέ, ενώ πάντα συνυπήρχαν διαφορετικές προοπτικές. Ακόμη και από ετυμολογική άποψη, δεν υπάρχουν ομοιογενείς έννοιες, γιατί στους αγγλοσαξονικούς πολιτισμούς, οι έννοιες της υγείας κλίνουν προς μια στατική έννοια και δομικά χαρακτηριστικά, ενώ στους ελληνολατινικούς πολιτισμούς, η υγεία περιλαμβάνει μια δυναμική διαδικασία και μεταβλητές λειτουργικότητας (Barry 1986).

Οι έννοιες και τα σύμβολα της υγείας ποικίλλουν, όχι μόνο μεταξύ διαφορετικών πολιτισμών, αλλά και εντός της ίδιας κουλτούρας, όπως φαίνεται από τα διαφορετικά πρότυπα υγείας, που προέκυψαν στη δυτική κοινωνία ή τα διαφορετικά πρότυπα υγείας που παρατηρούνται στις ημέρες μας κατά τη διαχείριση της πανδημίας covid. (Larson 1999) Επιπλέον, οι αντιλήψεις για την υγεία έχουν πολλές διακυμάνσεις ακόμη και μέσα στο ίδιο άτομο, όπως αποδεικνύεται από συνεχείς αλλαγές ιδεών και αξιών για την υγεία κατά τη διάρκεια μιας ατομικής ζωής. Υπό αυτή την προοπτική, η υγεία μπορεί να εκληφθεί ως ένα δυναμικά ατελείωτο σύστημα γεγονότων, μέσα στο οποίο ένας

παρατηρητής μπορεί να επιλέξει μερικά από αυτά τα γεγονότα και να δημιουργήσει μια θεωρητική διαμόρφωση της υγείας, ανάλογα με τις δικές του θεωρίες, τους σκοπούς της γνώσης και τους επιχειρησιακούς στόχους: όχι ένα από αυτά μπορεί να είναι απολύτως καλύτερο από ένα άλλο, επειδή κάθε ορισμός μπορεί να είναι περισσότερο ή λιγότερο χρήσιμος για την επιδίωξη συγκεκριμένων γνώσεων και επιχειρησιακών στόχων στα διαφορετικά πεδία εφαρμογής.

Ανεξάρτητα, όμως, από το εννοιολογικό και σημειολογικό πλαίσιο της υγείας, καθίσταται σαφής και αναγκαία η καθολικότητα της υγείας σε όλο τον πληθυσμό. Οι ενδείξεις για την αναζήτηση υγείας και τη χρήση υπηρεσιών υγείας καθορίζονται από κοινωνικούς, πολιτιστικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες, όπως φαίνεται από το άτομο και όπως ορίζεται από την κοινότητα (Solomon 2005). Αυτό το είδος ανάλυσης της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης οδηγεί σε μια αναγνώριση της σημασίας των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, όπου η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου γίνεται ολοένα και πιο σημαντική (Baum and Ziersch 2003; Harpham, Grant, and Thomas 2002) και έχει μεταμορφωθεί σε ένα σώμα έρευνας από μόνο του. Αν και δεν υπάρχει καθορισμένος ορισμός για το κοινωνικό κεφάλαιο, η έννοια αναφέρεται στον «βαθμό συνδεσιμότητας και την ποιότητα και την ποσότητα των κοινωνικών σχέσεων σε έναν δεδομένο πληθυσμό» (Harpham et al. 2002).

Συστήματα υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει ένα σύστημα υγείας ως το σύνολο των οργανώσεων, των ιδρυμάτων και των πόρων, των οποίων ο πρωταρχικός στόχος είναι η βελτίωση της υγείας (World Health Organization 2000). Το ευρύ σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλους τους υπεύθυνους, που σχετίζονται με την προάσπιση και προαγωγή της «καλής» υγείας, από την οικογένεια σε ένα αγροτικό χωριό έως τον χειρουργό σε νοσοκομείο της πρωτεύουσας. Περιλαμβάνει την αποχέτευση και τη διατροφή, ως παράγοντες ευεξίας και διατήρησης της υγιεινής σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, περιλαμβάνει όλους τους κλάδους της κυβέρνησης και λειτουργεί στο πλαίσιο του δημόσιου τομέα, της κοινωνίας των πολιτών και των κερδοσκοπικών φορέων. Έξι δομικά στοιχεία αποτελούν το γενικό πλαίσιο των συστημάτων υγείας του ΠΟΥ. Αυτοί είναι:

- i. παροχή υπηρεσιών
- ii. εργατικό δυναμικό υγείας
- iii. πληροφορίες
- iv. ιατρικά προϊόντα, εμβόλια και τεχνολογίες
- v. χρηματοδότηση
- vi. ηγεσία και διακυβέρνηση (διαχείριση) (Vriesendorp.S 2010)

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης κάθε κοινωνίας μπορεί να κατανοηθεί μόνο μέσα στο κοινωνικοπολιτισμικό της πλαίσιο. Δεν υπάρχουν δύο συστήματα υγειονομικής περίθαλψης που να είναι ακριβώς ίδια και οι διαφορές, που εντοπίζονται μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, είναι κατά κύριο λόγο συνάρτηση των πλαισίων και της κουλτούρας, στα οποία εμφανίζονται. Η κοινωνική δομή της κοινωνίας, μαζί με τις πολιτισμικές της αξίες, καθορίζουν το εκάστοτε σύστημα. Η μορφή, που λαμβάνει το σύστημα και οι λειτουργίες, που εκτελεί αντικατοπτρίζουν τη μορφή και τις λειτουργίες της κοινωνίας, στην οποία ενυπάρχει (dos Reis, Noronha, and Wajnman 2016). Κάθε

κοινωνικό σύστημα ή κοινωνία έχει ορισμένες λειτουργίες, των οποίων η απόδοση είναι προϋπόθεση για την επιβίωση. Αυτά περιλαμβάνουν την αναπαραγωγή, την κοινωνικοποίηση, τη διανομή πόρων, τη διατήρηση της εσωτερικής τάξης, την παροχή άμυνας, την παροχή υγείας και ευημερίας του πληθυσμού του και την παροχή ενός μέσου για την αντιμετώπιση τυχόν μη αναμενόμενων συμβάντων (You et al. 2019).

Κάθε κοινωνία δημιουργεί θεσμούς για την ικανοποίηση αυτών των προαπαιτούμενων. Έτσι, κάποια μορφή οικογένειας εξελίσσεται για να ασχοληθεί με την αναπαραγωγή, κάποια μορφή εκπαιδευτικού συστήματος για την αντιμετώπιση της κοινωνικοποίησης, κάποια μορφή οικονομικού συστήματος για την αντιμετώπιση της κατανομής των πόρων, και ούτω καθεξής. Ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης-κοινωνικών υπηρεσιών οιοσδήποτε τύπου εξελίσσεται για να ασχολείται με την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού. Προφανώς, δεν είναι όλες οι κοινωνίες αρκετά πολυπληθείς ή αρκετά περίπλοκες ώστε να υποστηρίζουν πλήρως ανεπτυγμένους θεσμούς καθενός από αυτούς τους τύπους. Οι λειτουργίες, που συνήθως ανατίθενται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στις σύγχρονες κοινωνίες εκτελούνται συνήθως από την οικογένεια ή το θρησκευτικό πλαίσιο, ήτοι ο ρόλος της οικογένειας και του θρησκευτικού πλαισίου συχνά τροποποιούν και διαμορφώνουν πεποιθήσεις υγείας ή πολλές φορές επηρεάζουν τις διαχειριστικές ιατρικές πρακτικές, ακόμα και σήμερα, παρόλες τις προσπάθειες της βιοηθικής και της αξίωσης των δικαιωμάτων των ασθενών (Netithanakul 1997).

Το σύστημα υγείας των περισσότερων χωρών μπορεί γενικά να περιγραφεί από ένα από τα παρακάτω τρία μοντέλα.

Εθνικό μοντέλο υγείας: Το μοντέλο Beveridge χαρακτηρίζεται επίσης από την καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης όλων των πολιτών από μια κεντρική κυβέρνηση. Χρηματοδοτείται από τα γενικά φορολογικά έσοδα. Οι πάροχοι φροντίδας είτε οι ίδιοι ελέγχουν τις διαδικασίες τους, είτε ελέγχονται από κεντρικές και περιφερειακές κυβερνήσεις. Η κατανομή υπηρεσιών και οι πληρωμές παρόχων ελέγχονται από κυβερνήσεις. Παραδείγματα του εθνικού μοντέλου υγείας είναι η Δανία, η Ιρλανδία, η

Νέα Ζηλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο (McPake, Normand, and Smith 2013). Το εθνικό μοντέλο για την υγεία πήρε το όνομά του από τον William Beveridge που διετέλεσε υπουργός Υγείας του Churchill. Το γραφείο του Beveridge ανέπτυξε την ιδέα ενός εθνικού προγράμματος ασφάλισης υγείας που άρχισε να λειτουργεί το 1948. Υποστήριξε την καθολική κάλυψη που χρηματοδοτήθηκε μέσω της φορολογίας και με κρατική ιδιοκτησία για το μεγαλύτερο μέρος της παροχής υπηρεσιών υγείας (Simonet 2010; Tan 2010).

Μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης: Επίσης γνωστό ως μοντέλο Bismarck χαρακτηρίζεται από υποχρεωτική κάλυψη, που χρηματοδοτείται από τον εργοδότη, ατομικά και ιδιωτικά ασφαλιστικά ταμεία. Οι συντελεστές παραγωγής ελέγχονται και ανήκουν σε κρατικούς ή ιδιωτικούς φορείς. Αναφέρεται, επίσης, ως ασφάλιση με βάση το φόρο. Η χρηματοδότηση προέρχεται από φόρους απασχόλησης και κατέχεται σε ξεχωριστά κεφάλαια ειδικά για το εθνικό πρόγραμμα υγείας. Παραδείγματα μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνουν την Αυστρία, το Βέλγιο, τη Γαλλία, τη Γερμανία, το Λουξεμβούργο και τις Κάτω Χώρες (Freeman 1998; MCPake et al. 2013; Okma 1999; Tan 2010). Η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει χαρακτηριστικά στοιχεία φορολογικών συστημάτων χρηματοδότησης. Ονομάστηκε από τον πρωθυπουργό της Ολλανδίας, Otto von Bismarck. Το μοντέλο Bismarck ήταν ένα κατασκευάσμα κοινωνικής πρόνοιας που χρονολογείται από τα τέλη του 1800 και καλύπτει τον ενεργό πληθυσμό για ατυχήματα, ασθένειες, αναπηρίες και συνταξιοδότηση. Το μοντέλο Bismarck βασίστηκε στην αμειβόμενη εργασία και επηρέασε σημαντικά την ανάπτυξη της κοινωνικής ασφάλισης υγείας στην Ιταλία, τη Γαλλία και τη Σουηδία (Simonet 2010).

Ιδιωτικό μοντέλο ασφάλισης: Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από την αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας που βασίζεται στην απασχόληση ή μεμονωμένα και χρηματοδοτείται από ατομικές και εργοδοτικές εισφορές. Η παροχή υπηρεσιών και η χρηματοδότηση ανήκουν και διαχειρίζονται οι ιδιωτικοί φορείς που λειτουργούν σε ανοικτή οικονομία της αγοράς. Παραδείγματα του μοντέλου ιδιωτικής ασφάλισης είναι η Ελβετία και οι

Ηνωμένες Πολιτείες (McPake et al. 2013). Η ιδιωτική ασφάλιση παρατηρείται, στις περισσότερες χώρες, ωστόσο η εφαρμογή της είναι κυρίως για συμπληρωματική κάλυψη για άτομα που δεν καλύπτονται από το εθνικό σχέδιο ή για ειδικές υπηρεσίες που αποκλείονται από το εθνικό σχέδιο. Δεδομένου ότι τα περισσότερα εθνικά σχέδια υγείας προσφέρουν πλήρη κάλυψη χωρίς κόστος στο σημείο εισόδου, υπάρχει ελάχιστη ανάγκη για ιδιωτική ασφάλιση. Για παράδειγμα, στη Σουηδία μόνο το 2,5% των πολιτών αγοράζει ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Flood and Haugan 2010). Τα συστήματα υγείας δεν φαίνεται να ταιριάζουν τέλεια στα συνοπτικά οικονομικά μοντέλα του αξιώματος της ζήτησης και της προσφοράς.

Δομή και ρόλος του συστήματος υγείας

Ακόμα κι αν η υγειονομική περίθαλψη έπρεπε να οριστεί απλώς με βάση την υπάρχουσα δομή της, αυτό αποτελεί σίγουρα μια πρόκληση. Η δυσκολία μιας τέτοιας προσέγγισης επιδεινώνεται από το μέγεθος, την πολυπλοκότητα και την τεχνολογική έμφαση του συστήματος, καθώς και από την ποικιλομορφία των λειτουργικών του μονάδων, τα διάφορα επίπεδα «ελέγχου», τον συνδυασμό δημόσιου, οιονεί δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και του μείγματος κερδοσκοπικών και μη κερδοσκοπικών οντοτήτων (Murdock 2015).

Τυπικές λειτουργίες του γενικού συστήματος υγείας είναι:

- Υπηρεσίες υγείας (προστασία του περιβάλλοντος, υγεία, πρόληψη ασθενειών και τραυματισμών, πρωτοβάθμια περίθαλψη, εξειδικευμένη ιατρική, νοσοκομειακές υπηρεσίες, υπηρεσίες για συγκεκριμένες ομάδες, αυτοβοήθεια).
- Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης (κινητοποίηση κεφαλαίων, κατανομή χρημάτων)
- Παραγωγή πόρων υγείας (κατασκευή και συντήρηση εγκαταστάσεων υγείας, παραγωγή και διανομή φαρμάκων, παραγωγή, διανομή και συντήρηση οργάνων και εξοπλισμού).
- Εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας (προπτυχιακές σπουδές, μεταπτυχιακές σπουδές).
- Έρευνα και ανάπτυξη (έρευνα στον τομέα της υγείας, τεχνολογική ανάπτυξη, αξιολόγηση και μεταφορά, έλεγχος ποιότητας)
- Διαχείριση Εθνικού Συστήματος Υγείας (ανάπτυξη πολιτικής υγείας και στρατηγικής και υλοποίηση μέσω σχεδίων δράσης, ενημέρωση, συντονισμός με άλλους τομείς, ρύθμιση δραστηριοτήτων και αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού υγείας, φυσικοί πόροι και περιβαλλοντικές υγειονομικές υπηρεσίες).

Το σύστημα παροχής υγειονομικής περίθαλψης έχει υποστεί μεγάλες αλλαγές τις τελευταίες δεκαετίες. Νέα και βελτιωμένα φάρμακα, συσκευές, διαδικασίες, δοκιμές και μηχανήματα απεικόνισης έχουν αλλάξει τα πρότυπα περίθαλψης και τις περιοχές, όπου παρέχεται φροντίδα (National Center for Health Statistics 2015). Η ανάπτυξη της χειρουργικής έχει επηρεαστεί από βελτιώσεις στην αναισθησία και την αναλγησία και από την ανάπτυξη μη επεμβατικών ή ελάχιστα επεμβατικών τεχνικών. Νέες βελτιωμένες και λιγότερο επεμβατικές διαδικασίες είναι διαθέσιμες για τη θεραπεία ορισμένων προηγουμένως μη θεραπεύσιμων καταστάσεων σε μια ποικιλία νέων τοποθεσιών περίθαλψης ή ακόμα και σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων. Τα νέα φάρμακα μπορούν να θεραπεύσουν ή να επιμηκύνουν την πορεία της νόσου, αν και συχνά με αυξημένο κόστος ή αυξημένη χρήση. Οι συνδυασμοί τεχνολογιών μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικοί από μεμονωμένους, όπως ο συνδυασμός φαρμάκων, που χρησιμοποιούνται τώρα για τη θεραπεία του HIV/AIDS, η συνδυαστική χημειοθεραπεία για πολλούς τύπους καρκίνου και η πρόσφατη δημιουργία μηχανημάτων σάρωσης, που συνδυάζουν συγκεκριμένη τεχνολογία. Καθώς ορισμένες τεχνολογίες καθίστανται ευκολότερες στη χρήση και λιγότερο δαπανηρές, καθώς ο εξοπλισμός γίνεται πιο μεταφερόμενος και καθώς μειώνονται οι χρόνοι ανάρρωσης για τις επεμβάσεις, ακόμη και πολύπλοκες τεχνολογίες μετακινούνται από νοσοκομεία και ιδρύματα σε κέντρα εξωτερικών ασθενών, γραφεία παρόχων, εξωτερικά ιατρεία, κέντρα απεικόνισης και τα σπίτια ασθενών και να γίνουν πιο προσιτά. Η μέση διάρκεια των νοσηλείων μειώθηκε με τη διάδοση των νέων τεχνολογιών με έτος αναφοράς της αυξανόμενης εξέλιξης το 2010 και έκτοτε παραμένει σταθερή (National Center for Health Statistics 2015).

Η χρήση της υγειονομικής περίθαλψης καθορίζεται από την ανάγκη για περίθαλψη, από το εάν οι άνθρωποι γνωρίζουν ότι χρειάζονται φροντίδα, από το εάν θέλουν να λάβουν περίθαλψη και από το εάν η περίθαλψη είναι προσβάσιμη. Η ποιότητα είναι μια κατασκευή ξεχωριστή από την πρόσβαση και σχετίζεται με την επίτευξη ευνοϊκών αποτελεσμάτων, που σχετίζονται με τη χρήση, όχι με το αν η χρήση της υγειονομικής περίθαλψης πραγματοποιείται εν μέρει ή με δυσκολίες σε ότι αφορά την απόκτηση του ύψιστου δυνατού επιπέδου περίθαλψης. Θεωρητικά, η χρήση της υγειονομικής

περίθαλψης θα πρέπει να συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ανάγκη, όσο και αν ορίζεται, μεμονωμένα για τις υπηρεσίες. Ωστόσο, ορισμένες υπηρεσίες χρειάζονται και δεν λαμβάνονται και άλλες χρησιμοποιούνται, αλλά δεν υποδεικνύονται σαφώς ή υποδεικνύονται μόνο, αφού ακολουθηθούν άλλα πρωτόκολλα (Kale et al. 2013; Kressin and Groeneveld 2015; Lyu et al. 2017).

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ορίζεται ως η έγκαιρη χρήση των προσωπικών υπηρεσιών υγείας για την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος υγείας. Η πρόσβαση απαιτεί είσοδο στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, πρόσβαση σε χώρους περίθαλψης, όπου οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες και να μπορούν να πραγματοποιούν την εύρεση παρόχων, που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και με τους οποίους οι ασθενείς μπορούν να αναπτύξουν μια σχέση βασισμένη στην αμοιβαία επικοινωνία και εμπιστοσύνη. Οι κλινικοί ιατροί σημειώνουν, ότι η έγκαιρη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι σημαντική, καθώς μπορεί να επιτρέψει στους ασθενείς και τους ιατρούς να αποτρέψουν την ασθένεια, να ελέγξουν οξεία επεισόδια ή να διαχειριστούν χρόνιες παθήσεις, οποιαδήποτε από τις οποίες θα μπορούσε να αποφύγει την επιδείνωση ή την επιπλοκή των καταστάσεων υγείας (CDC 2017).

Υπάρχουν πολλοί τρόποι να σκεφτεί κανείς την πρόσβαση και ο όρος πρόσβαση χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει παράγοντες ή χαρακτηριστικά, που επηρεάζουν την αρχική επαφή κάποιου με το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών υγείας ή τη χρήση των υπηρεσιών. Οι Anderson και Newman (2005) παρουσιάζουν ένα πλαίσιο χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης, που περιλαμβάνει προδιαθεσικούς παράγοντες, παράγοντες ενεργοποίησης και το μέγεθος της ασθένειας (Andersen and Newman 2005). Πιο πρόσφατα οι Levesque et al. (2013) όρισαν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη παρουσιάζοντας πέντε διαστάσεις της γενικότερης έννοιας της προσβασιμότητας: προσβασιμότητα, αποδοχή, διαθεσιμότητα και διαμονή, οικονομική προσιτότητα και καταλληλότητα (Levesque, Harris, and Russell 2013). Η πρόσβαση μπορεί να θεωρηθεί ως μια συνέχεια: ακόμη και αν υπάρχει διαθέσιμη φροντίδα, πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ευκολία πρόσβασης σε αυτήν, για παράδειγμα, η διαθεσιμότητα παρόχων που θα αποδεχτούν την ασφάλιση ενός ατόμου, η ευκολία στο να κλείσουν ραντεβού με

ένα δεδομένο πάροχο, η ικανότητα ενός ασθενούς να πληρώσει για την παρεχόμενη φροντίδα (ακόμα κι αν ένας ασθενής είναι ασφαλισμένος, λόγω συμψηφισμών και εκπτώσεων με επιμερισμό του κόστους) και τη δυσκολία οργάνωσης της μεταφοράς από και προς τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης (Maciej Serda 2013).

Οι κύριοι στόχοι κάθε εθνικού συστήματος υγείας πρέπει να είναι:

1. η καθολική πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας
2. η προώθηση των εθνικών στόχων για την υγεία
3. η βελτίωση των δεικτών της κατάστασης της υγείας
4. η ισότητα στην περιφερειακή και κοινωνικοδημογραφική προσβασιμότητα και ποιότητα της περίθαλψης
5. η επάρκεια της χρηματοδότησης με περιορισμό του κόστους και αποτελεσματική χρήση των πόρων
6. η ικανοποίηση του καταναλωτή και η επιλογή του παρόχου πρωτοβάθμιας περίθαλψης
7. η ικανοποίηση του παρόχου και η επιλογή των υπηρεσιών παραπομπής
8. η φορητότητα παροχών κατά την αλλαγή εργοδότη ή κατοικίας
9. η δημόσια διοίκηση ή ρύθμιση
10. η προώθηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών
11. η πληρότητα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας
12. τα καλά αναπτυγμένα συστήματα πληροφόρησης και παρακολούθησης
13. η συνεχής επανεξέταση πολιτικής και διαχείρισης.
14. η προώθηση προτύπων επαγγελματικής εκπαίδευσης, κατάρτισης, έρευνας
15. η κρατική και ιδιωτική παροχή υπηρεσιών και
16. η αποκεντρωμένη διαχείριση και συμμετοχή της κοινότητας. (Tulchinsky, Varavikova, and Bickford 2014)

Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με τους Μάρκοβιτς και Μοναστηρίδου (2018) «Η ποιότητα υπηρεσιών (service quality) είναι η μορφή και το είδος της υπηρεσίας που προσφέρεται σε ένα ασθενή και η αντίληψη που έχει ο ασθενής για αυτή την υπηρεσία. Οι διαστάσεις της ποιότητας υπηρεσιών που μετράει είναι ακόλουθες: αξιοπιστία, ανταπόκριση, διασφάλιση, ενσυναίσθηση και απτά χαρακτηριστικά.»

Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζουν μια ιδιαίτερα δύσκολη πρόκληση λόγω της παραδοσιακής δομής και των υποθέσεων τους σχετικά με τις εργασιακές διαδικασίες, ιδιαίτερα τις κλινικές διαδικασίες. Οι ασθενείς εισέρχονται στο νοσοκομείο ή στην κλινική με βάση μια συγκεκριμένη ανάγκη, αναζητώντας συνήθως θεραπεία για κάποιο σύμπτωμα νόσου/ασθένειας. Ο ασθενής συναντά το σύστημα, λαμβάνει μια υπηρεσία και εξέρχεται από τον οργανισμό. Οι υπηρεσίες υγείας θεωρούνται από τα θεσμικά όργανα περισσότερο ως μία εμπορική διαδικασία, παρά ως μια συνεχής δέσμευση. Οι υπηρεσίες αξιολογούνται με βάση την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας και το επίπεδο ικανοποίησης, που αναφέρεται από τον ασθενή. Οι ασθενείς, από την άλλη πλευρά, θεωρούν όλο και περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας, ως μια συνεχή διαδικασία λόγω του αυξανόμενου ποσοστού των χρόνιων ασθενειών και της αλλαγής της στάσης για την υγειονομική περίθαλψη. Υπό αυτές τις συνθήκες, πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας, το ιστορικό ασθένειας, το ιστορικό θεραπείας και τους κινδύνους για την υγεία κοινοποιούνται μεταξύ όλων των παρόχων υγείας και με τον ασθενή. Οι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης συχνά χαρακτηρίζονται ως θεσμοκεντρικοί, γεγονός, που χαρακτηρίζει και τα πληροφοριακά τους συστήματα. Οι ιατροί συχνά επικεντρώνονται στην ασθένεια, πιθανώς εν μέρει επειδή τα συστήματα πληροφοριών, που υποστηρίζουν τη λήψη των αποφάσεών τους έχουν σχεδιαστεί με αυτόν τον τρόπο (Brown, Stone, and Patrick 2005).

Η κλινική αποτελεσματικότητα μπορεί να υπολογισθεί χρησιμοποιώντας εισροές, διαδικασίες ή εκροές ως μετρήσεις. Οι βιομηχανίες προϊόντων και υπηρεσιών εκτός του συστήματος υγείας έχουν επικεντρωθεί στα μέτρα των αποτελεσμάτων και στις σχέσεις διαδικασίας-αποτελέσματος. Υπάρχει μια πλούσια βιβλιογραφία βασισμένη σε στοιχεία για να υποστηρίξει τον επανασχεδιασμό της εργασιακής διαδικασίας, ως μέσο για την επίτευξη υψηλών επιπέδων απόδοσης (Alexander 2001). Η ποιότητα κατέστη το επίκεντρο μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο ως απάντηση στις προκλήσεις της αγοράς από διεθνείς εταιρείες, που εφαρμόζουν αυτές τις ίδιες αρχές, για να επιτύχουν επίπεδα ποιότητας Six Sigma. Η εστίαση στα αποτελέσματα και στις σχέσεις διαδικασίας-αποτέλεσμα έδωσε τη δυνατότητα στη βιομηχανία να δημιουργήσει καινοτόμα μοντέλα που σκοπό είχαν να αναπτύξουν εξερχόμενες αλυσίδες εφοδιασμού (Burns et al. 2002). Το αποτέλεσμα ήταν η δημιουργία αλυσίδων εφοδιασμού, ποιοτικών προτύπων, βέλτιστων πρακτικών στη βιομηχανία και νέες θεωρίες σχετικά με τη φύση της εργασίας και τον τρόπο εκτέλεσής της. Φυσικά η ως άνω διαδικασία ακολουθήθηκε και στην υγειονομική περίθαλψη.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Οι κυρίαρχες λειτουργίες του νοσοκομείου είναι οι επιχειρηματικές και οι υποστηρικτικές λειτουργίες. Οι πρώτες εφαρμογές οργανωτικής στρατηγικής επικεντρώθηκαν σε επαναλαμβανόμενες διαδικασίες, όπως η μισθοδοσία και η τιμολόγηση. Η διαχείριση του κύκλου εσόδων έγινε και παραμένει σημαντική επιχειρηματική εστίαση των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης και υποστηρίχτηκε από αυτοματοποιημένα συστήματα, που σχεδιάστηκαν ειδικά για αυτόν τον σκοπό. Η χρηματοδότηση κατέστη η περισσότερο ανεπτυγμένη επιχειρηματική λειτουργία λόγω της συνεχώς αυξανόμενης πίεσης στον οργανισμό να παρέχει επαρκείς οικονομικούς πόρους για την υποστήριξη της κλινικής λειτουργίας. Οι υπηρεσίες χρηματοδοτήθηκαν μέσω αποζημίωσης με βάση το κόστος, επιτρέποντας μια ροή εσόδων για τη στήριξη της σχεδόν ακόρεστης ζήτησης για υπηρεσίες. Η δομή και η κουλτούρα των νοσοκομείων και των νοσοκομειακών συστημάτων αντικατοπτρίζουν τον ισχυρό οικονομικό προσανατολισμό εντός της επιχειρηματικής λειτουργίας. Τα νοσοκομεία είναι δομημένα και λειτουργούν γύρω από μια επιχειρηματική λογική, παρόμοια με άλλους οργανισμούς στην κοινωνία. Αυτό που τους διαφοροποιεί είναι ο τρόπος με τον οποίο έχει υλοποιηθεί η στρατηγική της επιχείρησης μέσω της οργανωσιακής στρατηγικής. Το νοσοκομείο χαρακτηρίζεται από μια διπλή δομή: ένα δομικό στοιχείο αφορά την κλινική λειτουργία και ένα άλλο αφορά τις επιχειρηματικές και υποστηρικτικές λειτουργίες. Η κλινική λειτουργία έχει δομηθεί, ώστε να παρέχει μέγιστη αυτονομία στη λήψη κλινικών αποφάσεων με ελάχιστη εταιρική επιρροή. Αυτή είναι μια τυπική δομή για υψηλά επαγγελματικούς οργανισμούς και όχι μόνο για νοσοκομειακά ιδρύματα (Brown et al. 2005).

Η κλινική συνιστώσα της οργανωτικής στρατηγικής περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της φροντίδας των ασθενών και παραδοσιακά δεν έχει επίσημα δομηθεί σε νοσοκομεία και σε ολοκληρωμένα συστήματα υγείας. Έτσι, η κλινική στρατηγική παρέμεινε εκτός της επιρροής της στρατηγικής του οργανισμού. Η δόμηση και η διαχείριση της κλινικής λειτουργίας έχει θεωρηθεί εκτός του πεδίου ευθύνης της εκάστοτε εταιρείας. Τα νοσοκομεία ανέπτυξαν ισχυρές λειτουργικές δομές, που χαρακτηρίζονται από σχεδόν

αυτόνομο ιατρικό προσωπικό, που αναφέρεται στο διοικητικό συμβούλιο μέσω μιας ασθενώς δομημένης κοινής επιτροπής. Στο ιατρικό προσωπικό, οι ιατροί είχαν σχεδόν αυτονομία στη λήψη αποφάσεων (π.χ. εντός των ορίων των προνομίων εισδοχής που χορηγούνται από το συμβούλιο). Πρωταρχικό μέλημα του συμβουλίου ήταν τα προσόντα του μεμονωμένου ιατρού. Τα προσόντα αξιολογήθηκαν με βάση την εκπαίδευση και την πιστοποίηση από το επάγγελμα. Ο οργανισμός φρόντιζε να μην επιβάλει κανόνες ή πολιτικές που παρεμβαίνουν στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Η δομή και η κουλτούρα των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης εξακολουθούν να αντικατοπτρίζουν το διαχωρισμό της κλινικής λειτουργίας από την οργανωτική στρατηγική, αν και αρκετές παράμετροι εκ των ανωτέρω φαίνεται ότι αρχίζουν να διαφοροποιούνται (Brown et al. 2005).

Η διατήρηση της επαγγελματικής αυτονομίας στους οργανισμούς έχει τροποποιηθεί δραματικά με πολλούς τρόπους, συμπεριλαμβανομένων των νομικών αποφάσεων και του σχεδιασμού των ίδιων των εταιρειών. Αν και διαφέρουν από κράτος σε κράτος, οι νομικές αποφάσεις κατά τη διάρκεια των ετών έχουν υποστηρίξει το δόγμα, που απαγορεύει την «εταιρική πρακτική της ιατρικής», δηλαδή τους ιατρούς που παρέχουν κλινικές υπηρεσίες ως μέλη εταιρειών, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών ομάδων. Η απειλή της εταιρικής πρακτικής της ιατρικής υπήρξε βασική οργανωτική αρχή για τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Brown et al. 2005).

Η οργανωσιακή στρατηγική στην υγειονομική περίθαλψη σήμερα πρέπει να περιλαμβάνει, τόσο την κλινική στρατηγική, όσο και την επιχειρηματική στρατηγική, και αυτές οι στρατηγικές πρέπει να ενσωματώνονται. Οι κλινικές και επιχειρηματικές συνιστώσες δεν μπορούν να λειτουργήσουν ανεξάρτητα, καθώς οι διαδικασίες τους πρέπει να υποστηρίζουν η μία την άλλη. Για παράδειγμα, η ποιότητα της εκπαίδευσης των εργαζομένων και η φύση του περιβάλλοντος, στο οποίο εργάζονται οι εργαζόμενοι μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο χορήγησης της κλινικής περίθαλψης. Αυτά τα στοιχεία πρέπει να συμμετέχουν σε διαλειτουργική αλληλεπίδραση και δικτύωση για την επίτευξη των εταιρικών στόχων. Αυτά τα στοιχεία πρόσθετα, καθορίζουν πώς οι διαδικασίες πρέπει να τακτοποιούνται, να συντονίζονται και να αξιολογούνται, ώστε ο

οργανισμός να επιτύχει τους στόχους, που προσδιορίζονται στη στρατηγική της επιχείρησης (Brown et al. 2005).

Η χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την υγεία (Albert et al. 1996; Bonneux et al. 1997; Mackenbach et al. 1988) και έχει ιδιαίτερη σημασία ως ζήτημα δημόσιας υγείας και ανάπτυξης. Στην πραγματικότητα, η χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τους πιο ευάλωτους και μειονεκτούντες πληθυσμούς έχει προταθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως βασική έννοια πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Beard and Redmond 1979). Έχει προταθεί ότι η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι καθολικά προσβάσιμη, χωρίς εμπόδια, που βασίζονται στην οικονομική προσιτότητα, τη φυσική προσβασιμότητα ή την αποδοχή των υπηρεσιών (Gulliford et al. 2002; Obrist et al. 2007). Κατά συνέπεια, η αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μείζονα στόχο σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες και αναπτυγμένες χώρες (Sepehri et al. 2008).

Ένας από τους στόχους της αξιολόγησης των ζήτησης των ανθρώπων και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι ο εντοπισμός σημαντικών παραγόντων, που επηρεάζουν τη χρήση αυτών των υπηρεσιών. Η καλύτερη κατανόηση αυτών των παραγόντων βοηθά τους ενδιαφερόμενους φορείς και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να έχουν μια ολοκληρωμένη εικόνα των διαφόρων μεταβλητών, που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, μπορεί να βοηθήσει στην πρόβλεψη της χρήσης αυτών των υπηρεσιών σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Ο εντοπισμός αυτών των παραγόντων είναι μια μέθοδος για την επακριβή εκτίμηση των πόρων υγείας (Hosseinpoor et al. 2007; Ravangard et al. 2014) και τη χάραξη μακροοικονομικής πολιτικής στον τομέα της υγείας (Farbod Ebadi et al. 2011). Στην πραγματικότητα, η έρευνα σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας βοηθά στον εντοπισμό παραγόντων, που διευκολύνουν ή εμποδίζουν την πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες (Shin et al. 2005).

Με βάση τα ευρήματα προηγούμενων μελετών, ορισμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες (π.χ. φύλο, τόπος κατοικίας, επάγγελμα και μορφωτικό επίπεδο), παράγοντες ενδυνάμωσης (π.χ. ασφάλιση υγείας και εισόδημα) και παράγοντες, που σχετίζονται με τις ανάγκες, έχουν αναγνωριστεί ως προγνωστικοί παράγοντες για την αξιοποίηση των

υπηρεσιών υγείας (Giannakopoulos et al. 2010; Montazeri, Goshtasebi, and Vahdaninia 2008). Από αυτή την άποψη, ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει, ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με το φύλο, τον τόπο διαμονής και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ανθρώπων (Mohammadbeigi et al. 2013). Για παράδειγμα, η χαμηλή κοινωνική θέση των γυναικών σε ορισμένες περιοχές μπορεί να τις αποθαρρύνει από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Αυτό το πρόβλημα επιδεινώνεται, όταν άλλα μέλη του νοικοκυριού (ιδιαίτερα οι σύζυγοι) είναι απρόθυμα να αποδεχθούν το κόστος των υπηρεσιών υγείας και αρνούνται να αφιερώσουν αρκετό χρόνο σε μια μακροχρόνια θεραπεία.

Προηγούμενα ευρήματα έχουν, επίσης, δείξει τη θετική σχέση μεταξύ της ηλικίας και του κόστους των θεραπειών υγείας (Breyer and Felder 2006). Επιπλέον, προηγούμενες μελέτες έχουν αναφέρει ότι το υψηλό κόστος της θεραπείας αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τις μη προνομιούχες οικογένειες, με αποτέλεσμα να απαιτούνται ορισμένες στρατηγικές για την επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης για αυτά τα νοικοκυριά (McIntyre et al. 2006). Επιπλέον, η έρευνα δείχνει ότι τα άτομα με ασφάλιση είναι πιο διατεθειμένα να χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας.

Η ασφαλιστική κάλυψη υγείας δείχνει κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας (Lasser, Himmelstein, and Woolhandler 2006). Επομένως, σε χώρες, όπου όλοι οι πολίτες καλύπτονται από ασφαλιστική κάλυψη υγείας, παρατηρείται μικρή διαφορά μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών τάξεων σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Palència et al. 2013). Πολλές χώρες έχουν ήδη εφαρμόσει συστήματα κοινωνικής ασφάλισης για να μειώσουν τις οικονομικές προκλήσεις κατά της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (Cheng 2010).

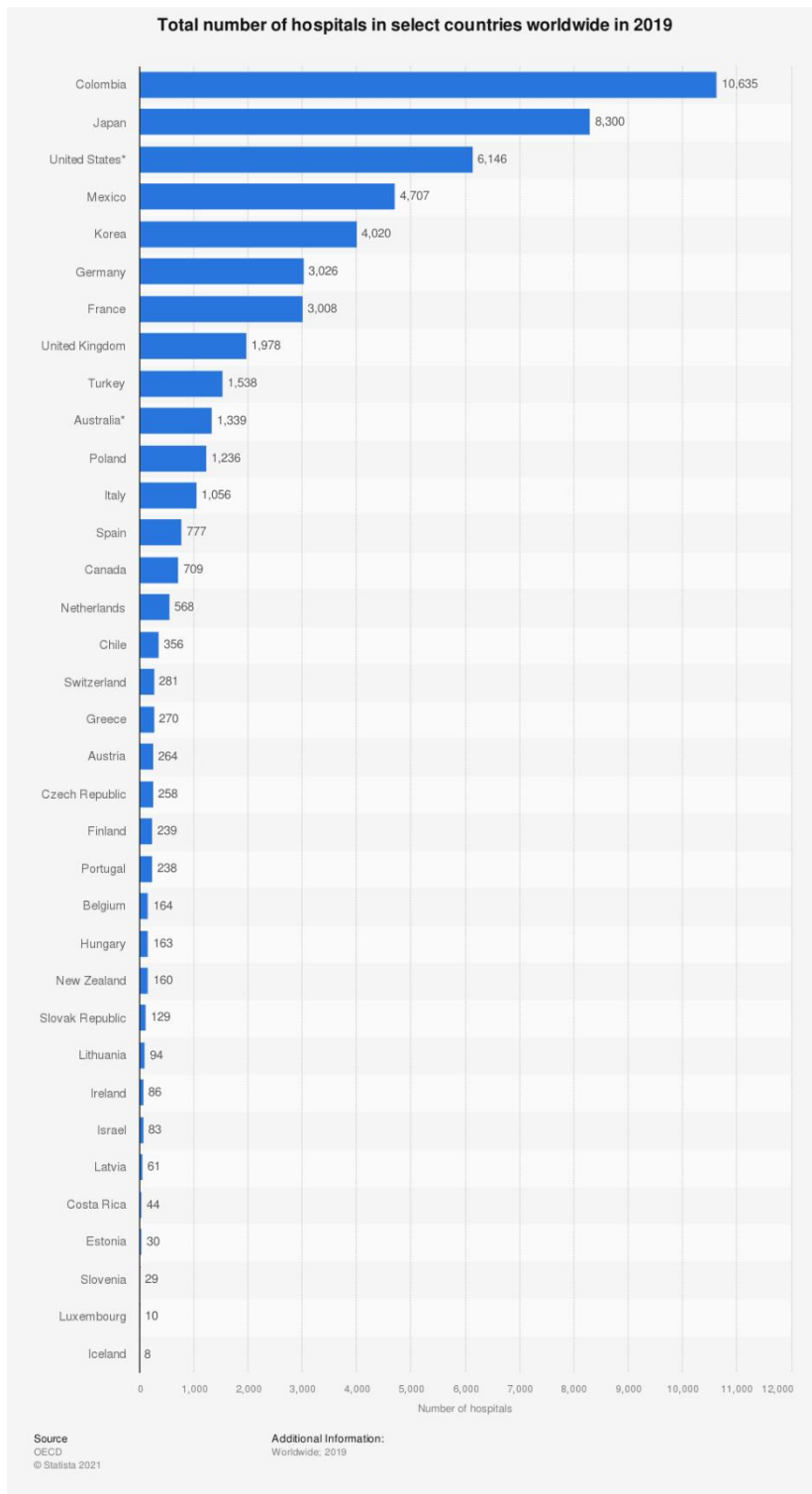
Η ανεπαρκής πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη συχνά ταυτίζεται με τη χαμηλή απορρόφηση υπηρεσιών, που συχνά θεωρείται ότι οφείλεται σε οικονομικούς φραγμούς από την πλευρά της ζήτησης. Κατά συνέπεια, μετά από κάποια επιτυχία, οι χρηματοδοτικές πολιτικές από την πλευρά της ζήτησης χρησιμοποιούνται ευρέως κάθε

φορά, που υπάρχει πρόβλημα χαμηλής απορρόφησης. Ωστόσο, η απορρόφηση δεν παρέχει μια πλήρη εικόνα των παραγόντων, που επηρεάζουν την πρόσβαση, που απαιτούνται για την καθοδήγηση της αποτελεσματικής πολιτικής. Ως εκ τούτου, η επιτυχία των πολιτικών χρηματοδότησης από την πλευρά της ζήτησης μπορεί να εξαρτάται από τον λόγο της χαμηλής απορρόφησης. για παράδειγμα, μπορεί να μην είναι επιτυχείς εάν η χαμηλή απορρόφηση οφείλεται κυρίως σε κοινωνικο-πολιτιστικούς παράγοντες όπως το στίγμα, καθώς τα οικονομικά κίνητρα μπορεί να έχουν μικρό αντίκτυπο. Η κατανόηση σχετικά με το πού βρίσκονται τα εμπόδια και σε ποιο πλαίσιο, μπορεί να βοηθήσει στην προσαρμογή πολιτικών, που στοχεύουν στη βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (Dawkins et al. 2021).

Δεδομένα αριθμού νοσοκομείων, νοσοκομειακών κλινών και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού παγκοσμίως

Οι περισσότερες χώρες δαπανούν το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών τους για την υγεία στα νοσοκομεία. Οι ιατροί και τα νοσοκομεία λειτουργούν σε ποικίλα περιβάλλοντα και αντιπροσωπεύουν τους ακρογωνιαίους λίθους κάθε συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Αξίζει να παρατεθούν συγκεκριμένα στοιχεία, που αφορούν τις μελετώμενες παραμέτρους και παρουσιάζονται διαγραμματικά για τις περισσότερες χώρες παγκοσμίως. Η πανδημία COVID-19 έδειξε πόσο σημαντικά είναι τα νοσοκομεία για ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας και πόσα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο δεν διαθέτουν επαρκή χωρητικότητα και πρόσβαση σε ιατρικό υλικό, όταν αντιμετωπίζουν μια κρίση υγείας. Αρχικά παρατίθεται ο συνολικός αριθμός νοσοκομείων σε επιλεγμένες χώρες παγκοσμίως το 2019.

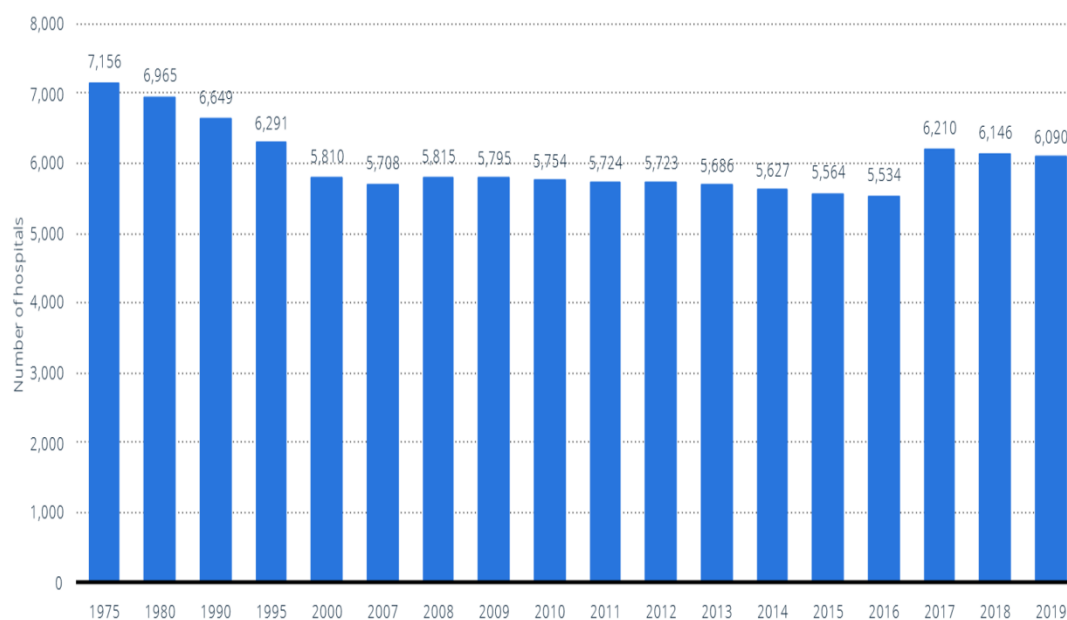
Εικόνα 1. Συνολικός αριθμός νοσοκομείων σε επιλεγμένες χώρες παγκοσμίως το 2019



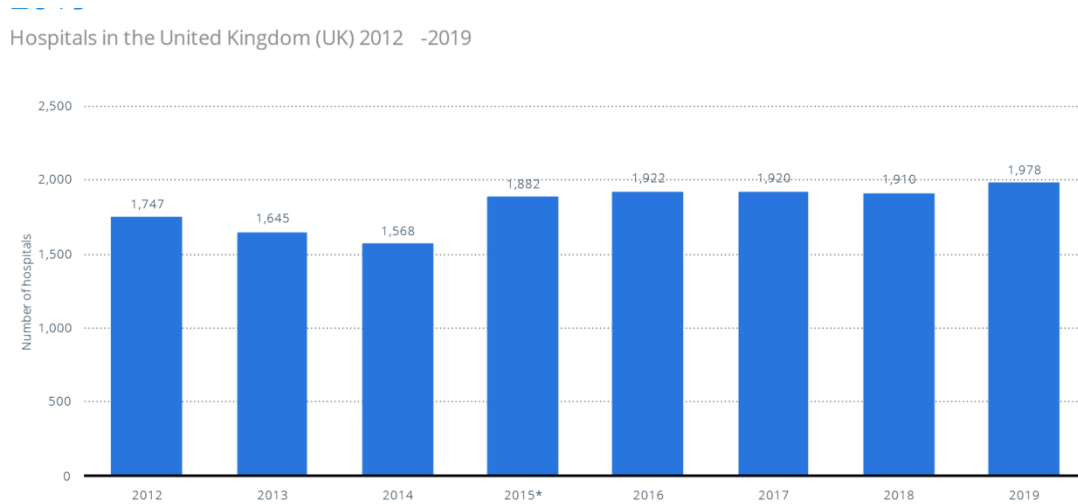
Πρόσθετα, και με σκοπό την ανατροφοδοτική και κριτική διάθεση των αποτελεσμάτων, που παρατίθενται στο ερευνητικό μέρος της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης σχετικά με τους αντίστοιχους αριθμούς νοσοκομείων στην Ελλάδα, δίδονται πληροφορίες από επιλεγμένες χώρες σε ότι αφορά τον αριθμό των νοσοκομείων τους.

Εικόνα 2. Αριθμός νοσοκομείων στις ΗΠΑ (Statista 2021)

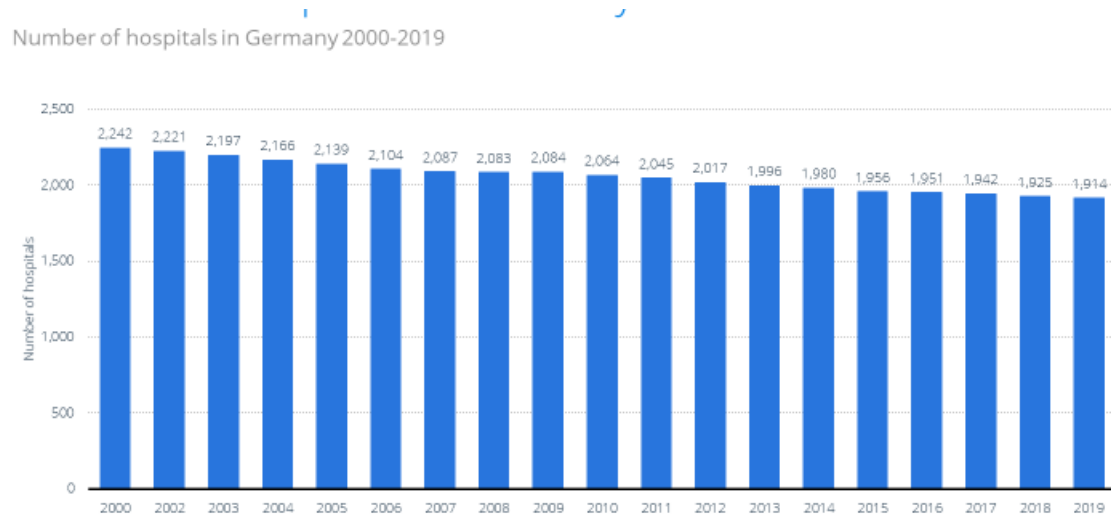
Number of all hospitals in the U.S. 1975 -2019



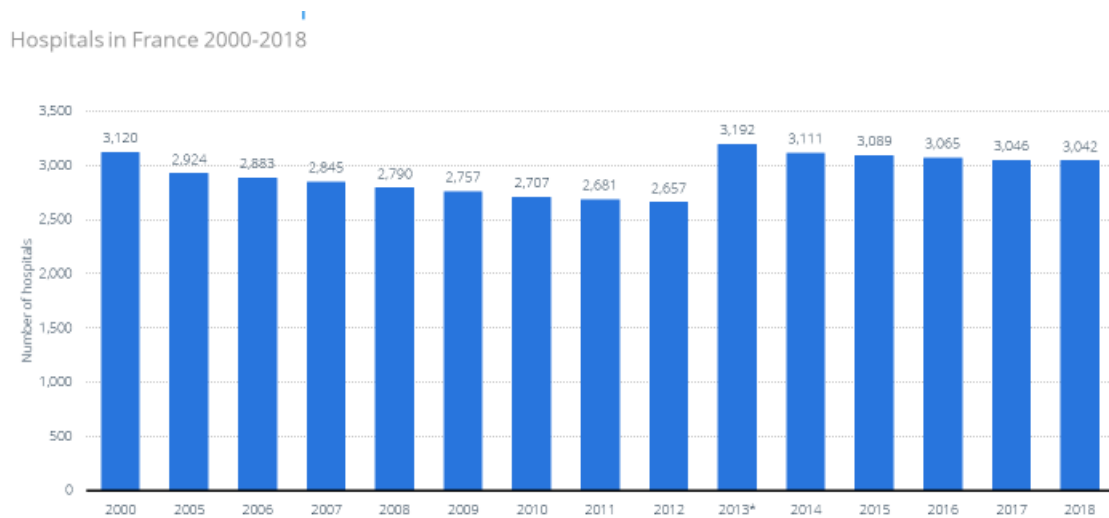
Εικόνα 3. Αριθμός νοσοκομείων στο Ηνωμένο Βασίλειο (Statista 2021)



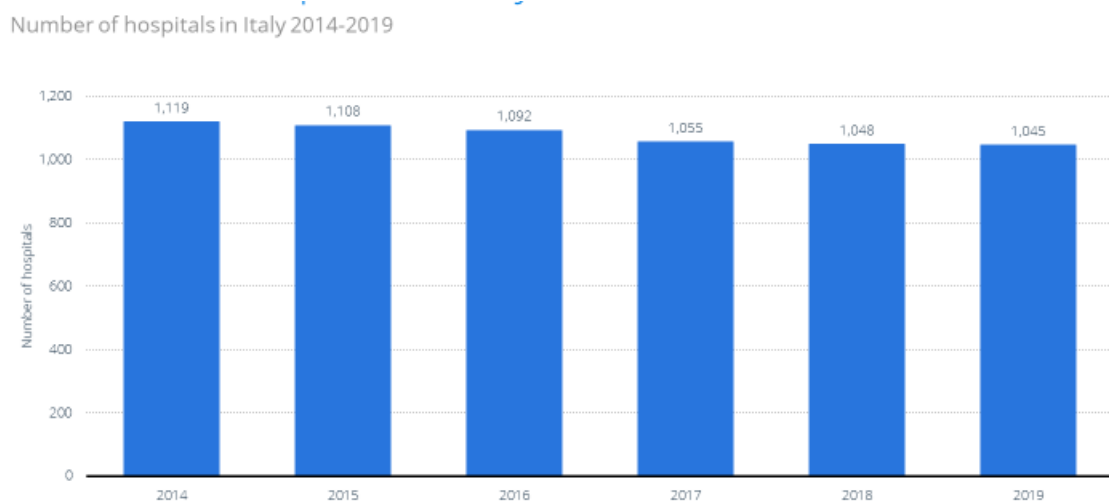
Εικόνα 4. Αριθμός νοσοκομείων στη Γερμανία (Statista 2021)



Εικόνα 5. Αριθμός νοσοκομείων στη Γαλλία (Statista 2021)

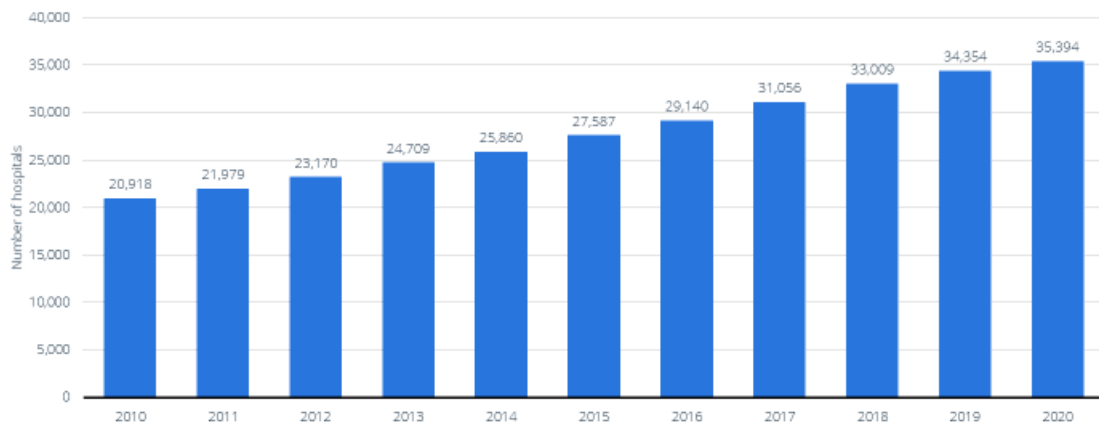


Εικόνα 6. Αριθμός νοσοκομείων στην Ιταλία (Statista 2021)



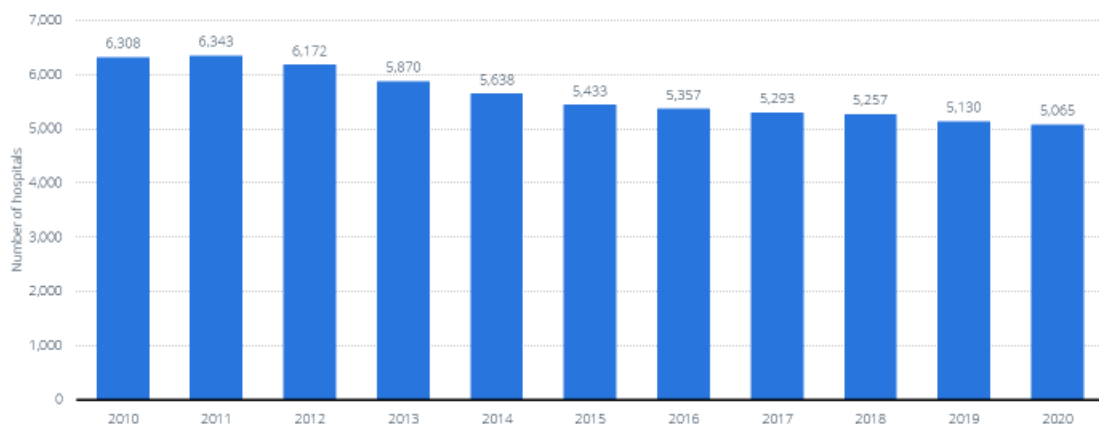
Εικόνα 7. Αριθμός νοσοκομείων στην Κίνα (Statista 2021)

Number of hospitals in China 2010-2020



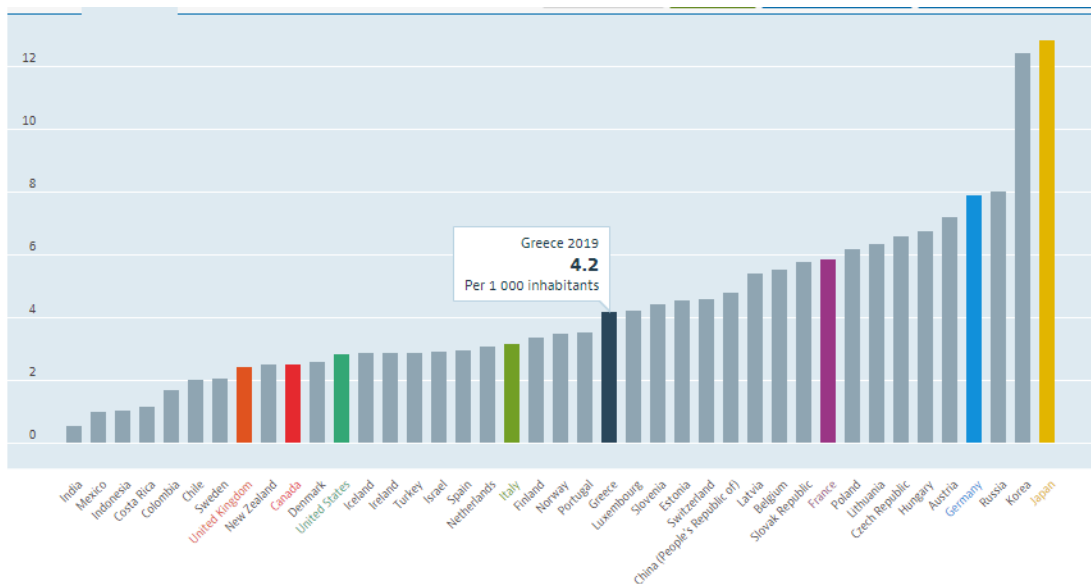
Εικόνα 8. Αριθμός νοσοκομείων στη Ρωσία (Statista 2021)

Number of hospitals in Russia 2010-2020



Στη συνέχεια παρατίθεται το γράφημα με τις νοσοκομειακές κλίνες. Αυτός ο δείκτης παρέχει ένα μέτρο των διαθέσιμων πόρων για την παροχή υπηρεσιών σε εσωτερικούς ασθενείς στα νοσοκομεία ως προς τον αριθμό των κλινών που διατηρούνται, στελεχώνονται και είναι άμεσα διαθέσιμα προς χρήση. Οι συνολικές νοσοκομειακές κλίνες περιλαμβάνουν κρεβάτια θεραπευτικής (ή οξείας) φροντίδας, κρεβάτια αποκατάστασης, κρεβάτια μακροχρόνιας φροντίδας και άλλα κρεβάτια σε νοσοκομεία. Ο δείκτης παρουσιάζεται ως συνολικός και για θεραπευτική και ψυχιατρική φροντίδα. Υπολογίζεται σε αριθμό κλινών ανά 1000 κατοίκους (OECD 2021a).

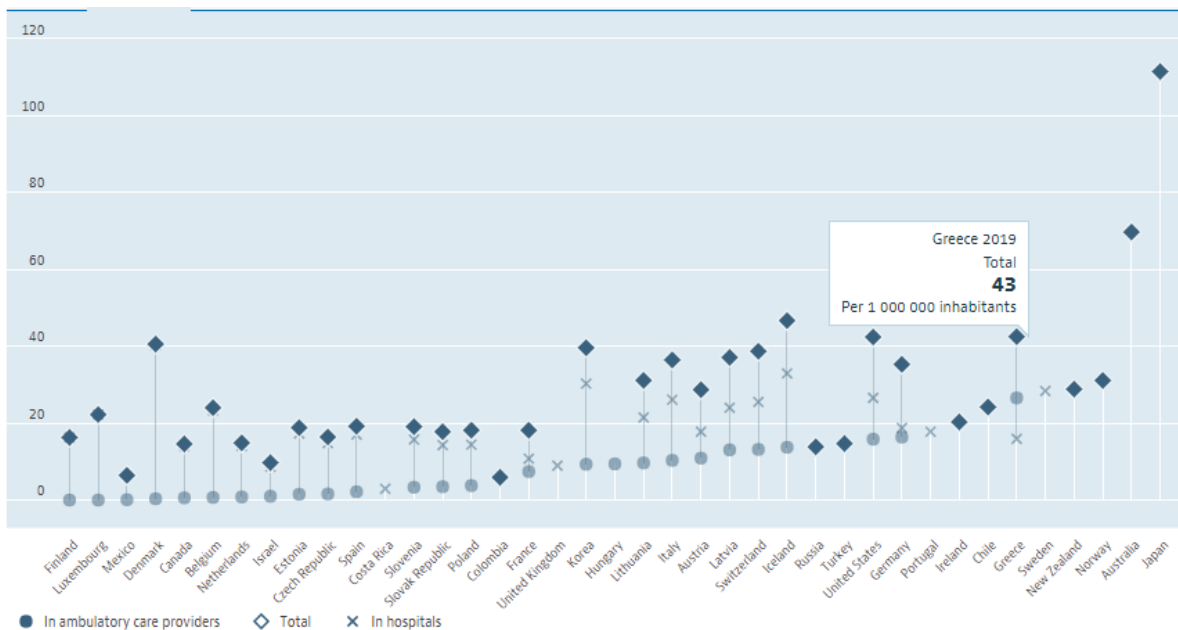
Εικόνα 9. Κλίνες νοσηλείας κατά κεφαλήν για τις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)



Ο σαρωτής αξονικής τομογραφίας (CT) είναι ένα μηχάνημα ακτίνων Χ, που συνδυάζει πολλές εικόνες ακτίνων Χ με τη βοήθεια υπολογιστή για να δημιουργήσει όψεις διατομής και, εάν χρειάζεται, τρισδιάστατες εικόνες των εσωτερικών οργάνων και δομών του σώματος. Βοηθούν τους ιατρούς να διαγνώσουν μια σειρά παθήσεων, παράγοντας εικόνες εσωτερικών οργάνων και δομών του σώματος. Αυτός ο δείκτης υπολογίζεται από

τον αριθμό του εξοπλισμού ανά 1000000 κατοίκους. Παρουσιάζεται ως σύνολο και κατανέμεται μεταξύ νοσοκομείων (κυρίως εσωτερικών ασθενών) και παρόχων φροντίδας (κυρίως εξωτερικών ασθενών) (OECD 2021a).

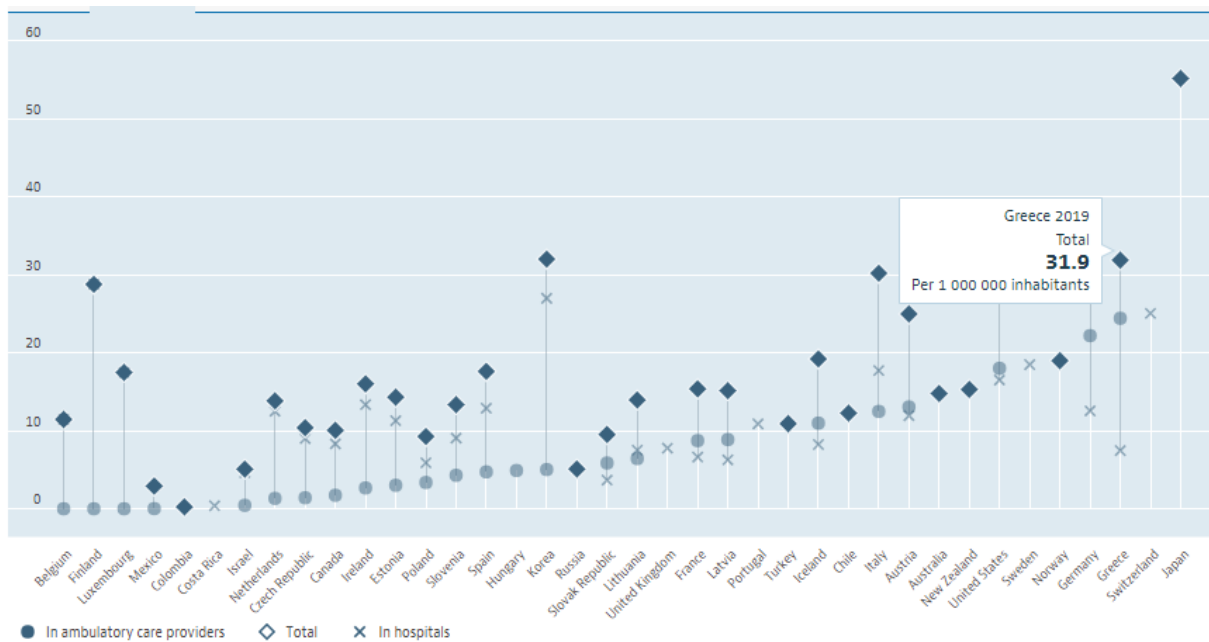
Εικόνα 10. Αριθμός αξονικών τομογράφων στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)



Η Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού (MRI) είναι μια τεχνική απεικόνισης, που έχει σχεδιαστεί για να απεικονίζει τις εσωτερικές δομές του σώματος χρησιμοποιώντας μαγνητικά και ηλεκτρομαγνητικά πεδία, που προκαλούν μια επίδραση συντονισμού ατόμων υδρογόνου. Η ηλεκτρομαγνητική εκπομπή, που δημιουργείται από αυτά τα άτομα καταγράφεται και υποβάλλεται σε επεξεργασία από έναν ειδικό υπολογιστή για την παραγωγή των εικόνων των δομών του σώματος. Οι μονάδες μαγνητικής τομογραφίας βοηθούν τους ιατρούς να διαγνώσουν μια σειρά καταστάσεων, παράγοντας εικόνες εσωτερικών οργάνων και δομών του σώματος. Σε αντίθεση με τη συμβατική ακτινογραφία και την αξονική τομογραφία, οι εξετάσεις μαγνητικής τομογραφίας δεν εκθέτουν τους ασθενείς σε ιονίζουσα ακτινοβολία. Αυτός ο δείκτης υπολογίζεται από τον αριθμό του εξοπλισμού ανά 1000000 κατοίκους. Παρουσιάζεται ως σύνολο και κατανέμεται μεταξύ

νοσοκομείων (κυρίως εσωτερικών ασθενών) και παρόχων φροντίδας (κυρίως εξωτερικών ασθενών) (OECD 2021a).

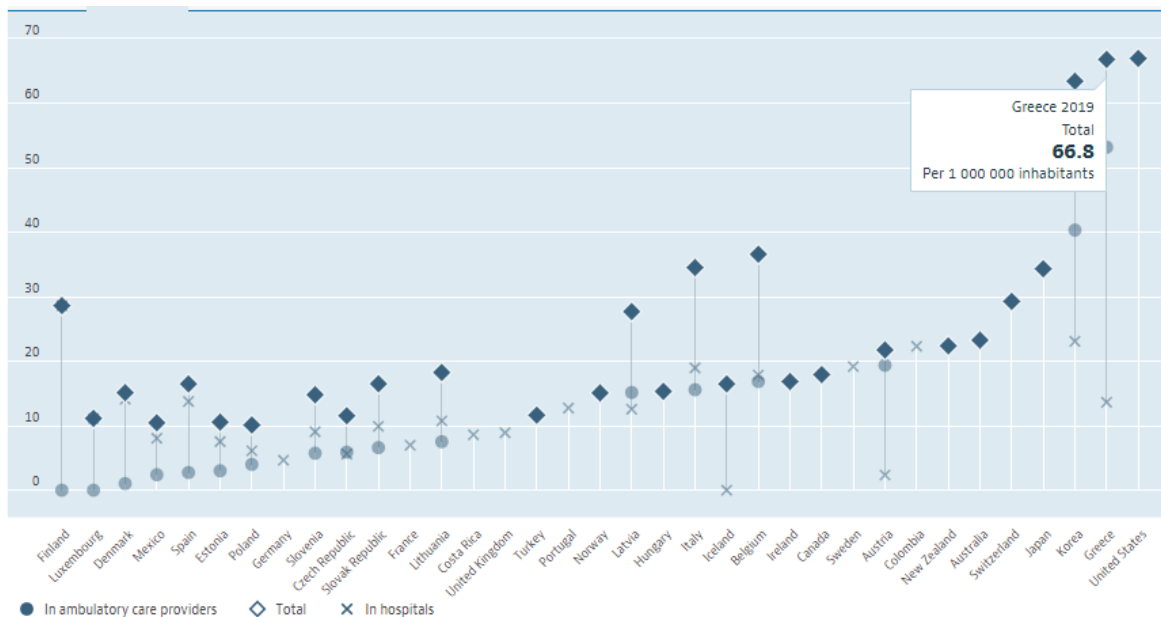
Εικόνα 11. Αριθμός μαγνητικών τομογράφων στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)



Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο διαδεδομένη μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Μία στις εννέα γυναίκες θα αποκτήσει καρκίνο του μαστού κάποια στιγμή στη ζωή της σύμφωνα με τα ιατρικά προγνωστικά μοντέλα και μία στις τριάντα θα πεθάνει από τη νόσο. Οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ έχουν υιοθετήσει προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου για τον καρκίνο του μαστού ως αποτελεσματικό τρόπο για την έγκαιρη ανίχνευση της νόσου, χρησιμοποιώντας εργαλεία, όπως μηχανήματα μαστογραφίας. Αυτός ο δείκτης δείχνει τον αριθμό των ειδικών μηχανημάτων μαστογραφίας (αυτών που έχουν σχεδιαστεί αποκλειστικά για τη λήψη μαστογραφιών) που διατίθενται στις χώρες του ΟΟΣΑ. Ο δείκτης παρουσιάζεται ως σύνολο και κατανέμεται μεταξύ νοσοκομείων (κυρίως εσωτερικών νοσοκομείων) και παρόχων

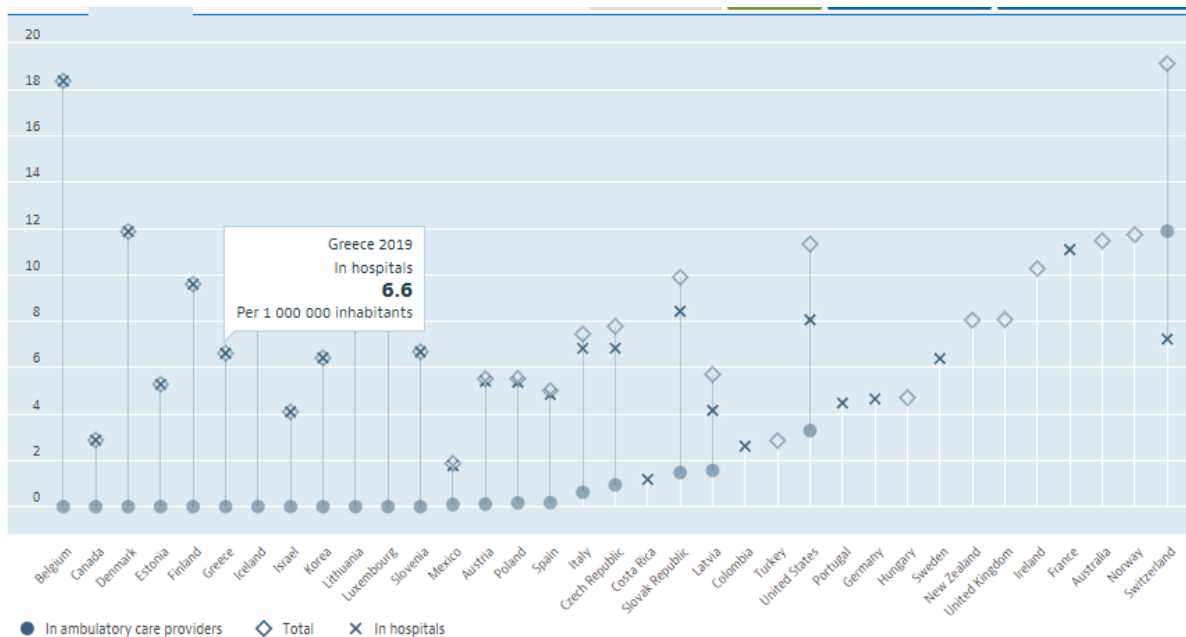
φροντίδας (κυρίως εξωτερικών ασθενών). Υπολογίζεται ανά 1000000 κατοίκους (OECD 2021a).

Εικόνα 12. Αριθμός ειδικών μηχανημάτων μαστογραφίας στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)



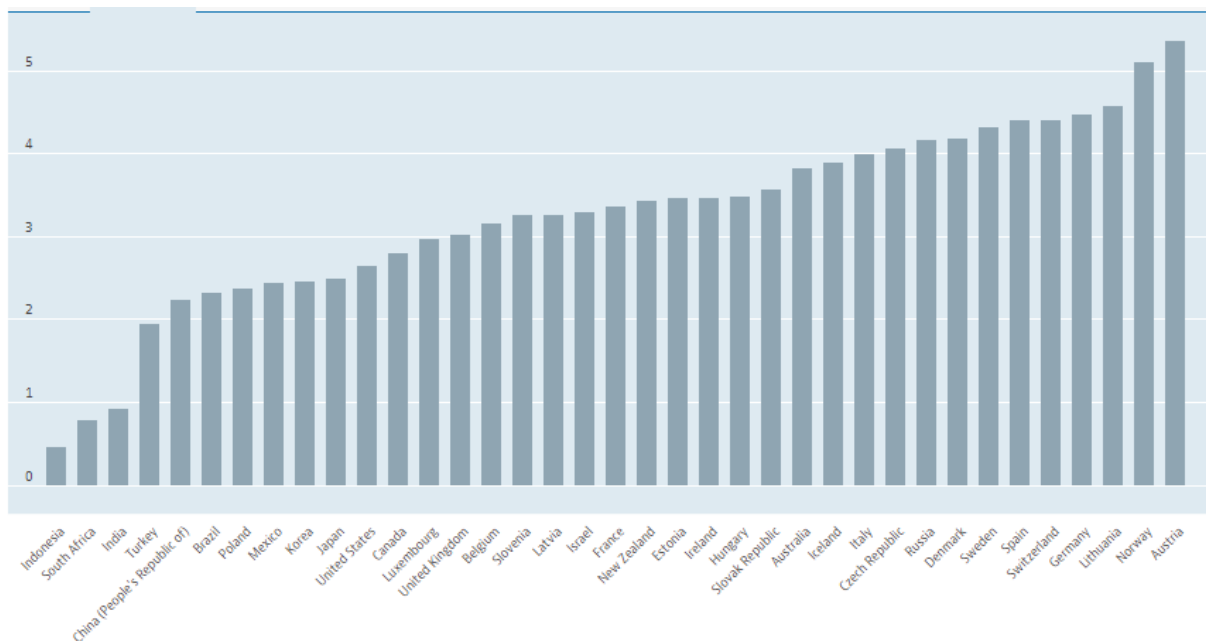
Αυτός ο δείκτης παρουσιάζει τον αριθμό των μηχανημάτων, που χρησιμοποιούνται για θεραπεία με ακτίνες X ή ραδιονουκλεΐδια. Ο εξοπλισμός ακτινοθεραπείας περιλαμβάνει γραμμικούς επιταχυντές, μονάδες Cobalt-60, μονάδες θεραπείας Caesium-137, μονάδες ακτίνων X χαμηλής έως ορθότασης, μονάδες βραχυθεραπείας υψηλής δόσης και χαμηλής δόσης και συμβατικές μονάδες βραχυθεραπείας. Ο δείκτης παρουσιάζεται ως σύνολο και κατανέμεται μεταξύ νοσοκομείων (κυρίως εσωτερικών νοσοκομείων) και παρόχων φροντίδας (κυρίως εξωτερικών ασθενών). Υπολογίζεται ανά 1000000 κατοίκους (OECD 2021a).

Εικόνα 13. Αριθμός εξοπλισμού ακτινοθεραπείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD 2021a)



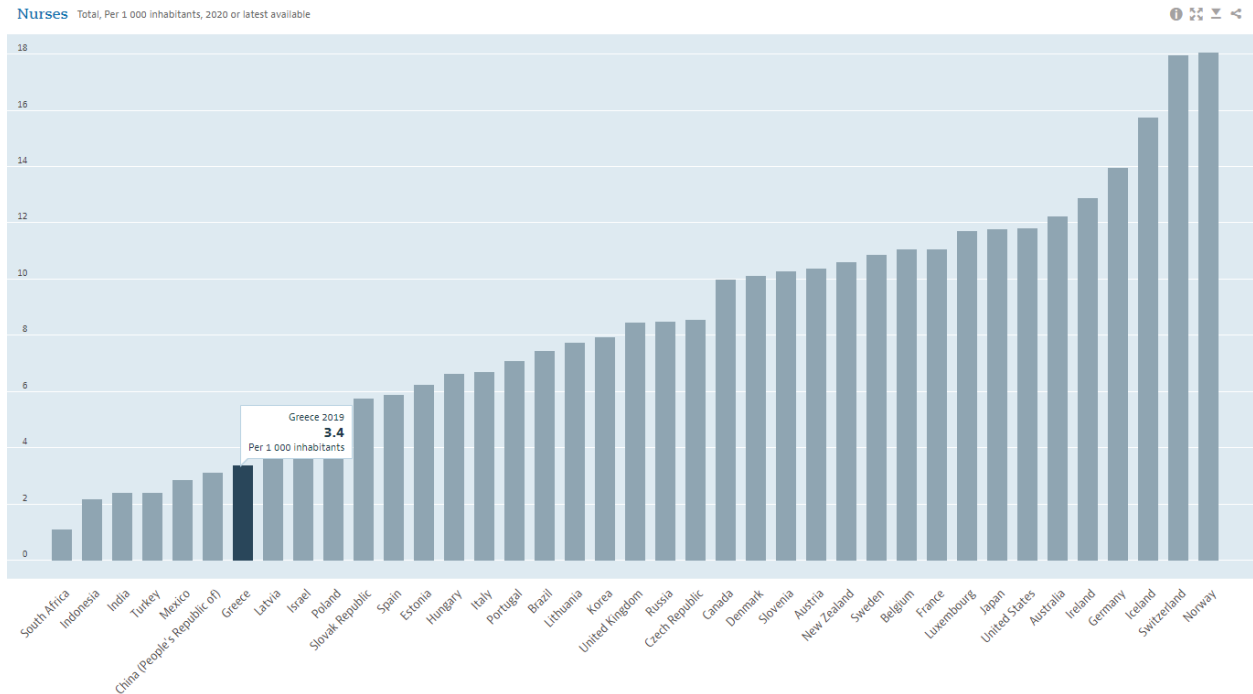
Σε ότι αφορά τον αριθμό των ιατρών και νοσηλευτών σε συγκεκριμένες χώρες, παρατίθενται στη συνέχεια σχετικές πληροφορίες. Οι ιατροί ορίζονται ως οι «ασκούντες» ιατροί, που παρέχουν άμεση φροντίδα στους ασθενείς. Ωστόσο, για ορισμένες χώρες (Καναδάς, Γαλλία, Ολλανδία, Σλοβακία και Τουρκία), λόγω έλλειψης συγκρίσιμων στοιχείων, τα στοιχεία αντιστοιχούν σε «επαγγελματικά ενεργούς» ιατρούς, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, που εργάζονται στον τομέα της υγείας ως διευθυντές, εκπαιδευτικοί, ερευνητές κ.λπ. (υπολογίζοντας ένα επιπρόσθετο 5-10% στο σύνολο των ιατρών). Οι ιατροί είναι συνήθως γενικοί που αναλαμβάνουν την ευθύνη για την παροχή συνεχούς φροντίδας σε άτομα και οικογένειες, ή ειδικοί όπως παιδίατροι, μαιευτήρες/γυναικολόγοι, ψυχίατροι, ειδικοί ιατροί και χειρουργοί. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ανά 1 000 κατοίκους (OECD 2021a).

Εικόνα 14. Αριθμός ιατρών σε επιλεγμένες χώρες (OECD 2021a)



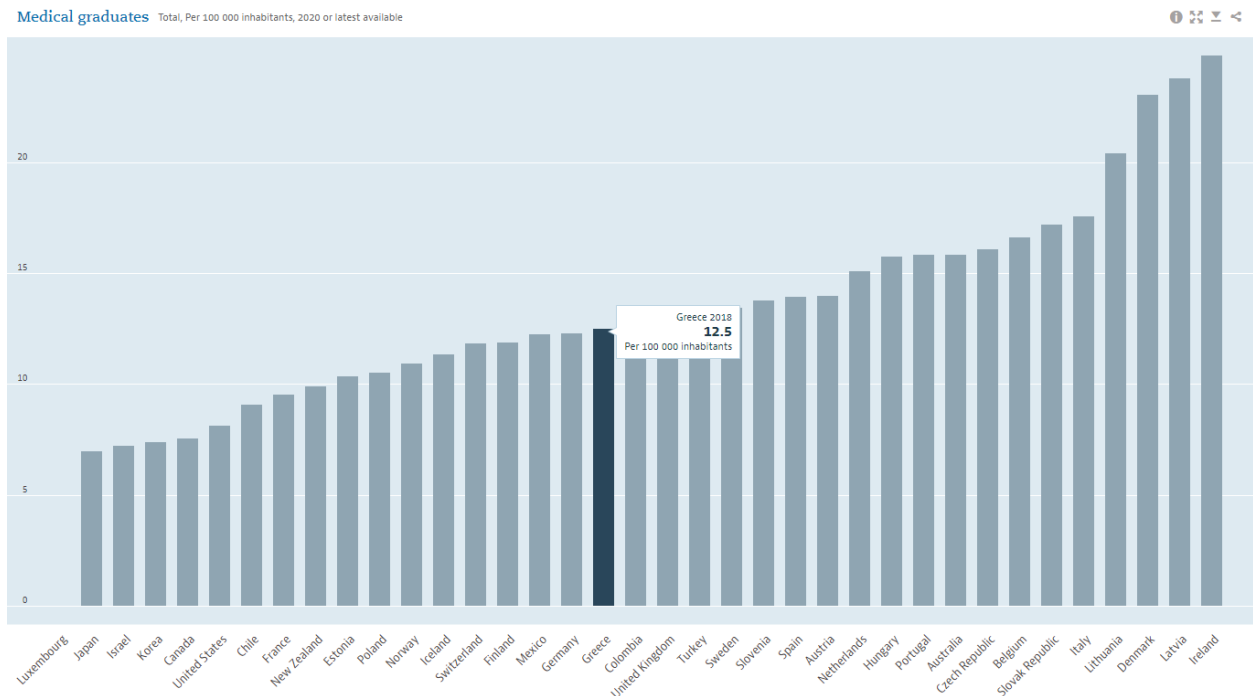
Ως νοσηλευτές ορίζονται όλοι οι «ασκούντες» νοσηλευτές που παρέχουν άμεσες υπηρεσίες υγείας σε ασθενείς, συμπεριλαμβανομένων των αυτοαπασχολούμενων νοσηλευτών. Ωστόσο, για ορισμένες χώρες (Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Σλοβακία, Τουρκία και Ηνωμένες Πολιτείες), λόγω έλλειψης συγκρίσιμων στοιχείων, τα στοιχεία αντιστοιχούν σε «επαγγελματικά ενεργούς» νοσηλευτές, συμπεριλαμβανομένων των νοσηλευτών που εργάζονται στον τομέα της υγείας ως διευθυντές, εκπαιδευτικοί, ερευνητές κ.λπ. Για την Αυστρία και την Ελλάδα, τα δεδομένα περιλαμβάνουν μόνο νοσηλευτές, που εργάζονται σε νοσοκομεία. Οι μαίες και οι βοηθοί νοσηλευτών (οι οποίοι δεν αναγνωρίζονται ως νοσηλευτικό προσωπικό) συνήθως αποκλείονται, αν και ορισμένες χώρες περιλαμβάνουν μαιευτικό προσωπικό, καθώς θεωρούνται ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ανά 1 000 κατοίκους (OECD 2021a).

Εικόνα 15. Αριθμός νοσηλευτικού προσωπικού σε επιλεγμένες χώρες (OECD 2021a)



Αυτός ο δείκτης παρουσιάζει τον αριθμό των πτυχιούχων ιατρικής σε ένα δεδομένο έτος. Σχεδόν όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ ασκούν κάποια μορφή ελέγχου στις προσλήψεις αποφοίτων ιατρικών σχολών, συχνά περιορίζοντας τον αριθμό των διαθέσιμων θέσεων κατάρτισης. Η διατήρηση ή η αύξηση του αριθμού των ιατρών απαιτεί είτε επενδύσεις για την κατάρτιση νέων ιατρών είτε την πρόσληψη εκπαιδευμένων ιατρών από το εξωτερικό. Καθώς χρειάζονται περίπου δέκα χρόνια για την εκπαίδευση ενός ιατρού, οι όποιες τρέχουσες ελλείψεις μπορούν να καλυφθούν μόνο με την πρόσληψη ειδικευμένων ιατρών από το εξωτερικό, εκτός εάν υπάρχουν άνεργοι ιατροί στο εσωτερικό. Αντίθετα, τυχόν πλεονάσματα ή ξαφνική πτώση της ζήτησης μπορεί να σημαίνει ότι οι νέοι πτυχιούχοι αγωνίζονται να βρουν κενές θέσεις. Ως πτυχιούχοι ιατρικής ορίζονται ο αριθμός των φοιτητών που έχουν αποφοιτήσει από ιατρικές σχολές ή παρόμοια ιδρύματα σε ένα δεδομένο έτος. Εξαιρούνται οι πτυχιούχοι οδοντιατρικής, δημόσιας υγείας και επιδημιολογίας. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ανά 100.000 κατοίκους (OECD 2021a).

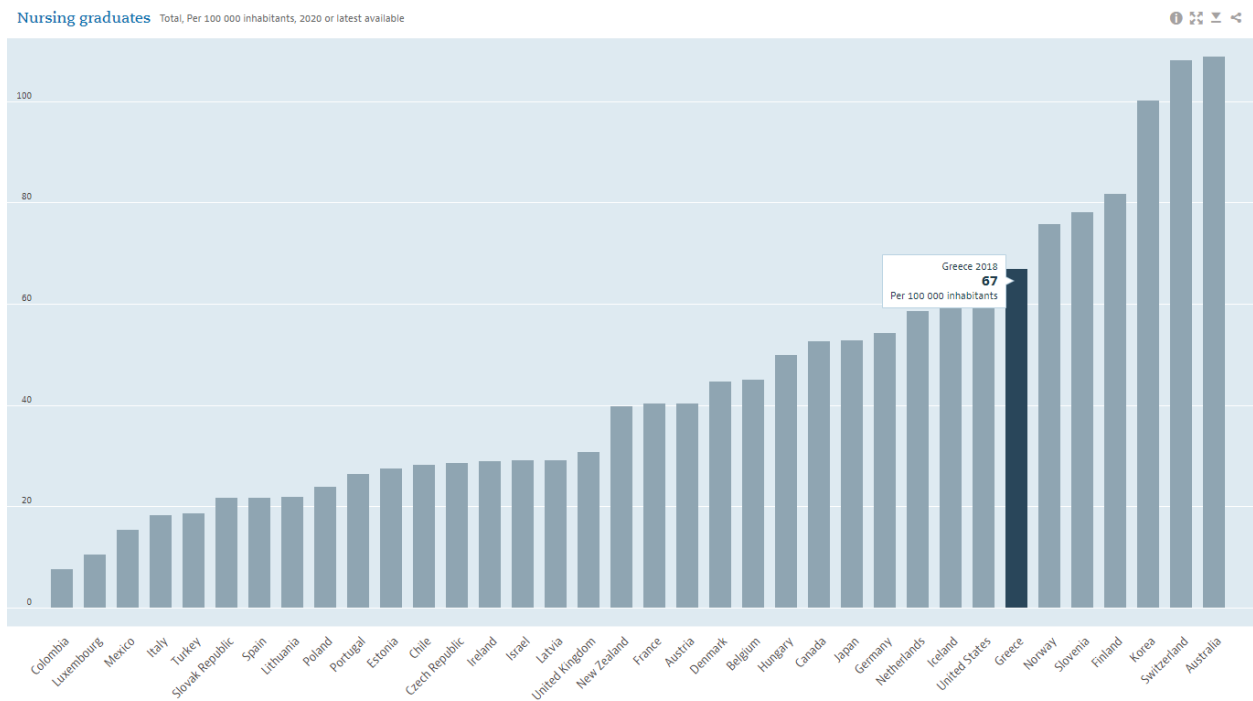
Εικόνα 16. Αριθμός πτυχιούχων ιατρών σε επιλεγμένες χώρες (OECD 2021a)



Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει τον αριθμό των αποφοίτων νοσηλευτικής σε ένα δεδομένο έτος. Ως απάντηση στις ανησυχίες σχετικά με τις τρέχουσες ή αναμενόμενες ελλείψεις νοσηλευτών, πολλές χώρες του ΟΟΣΑ έχουν λάβει μέτρα τα τελευταία χρόνια για να διευρύνουν τον αριθμό των φοιτητών σε προγράμματα νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Η αύξηση των επενδύσεων στη νοσηλευτική εκπαίδευση είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς το νοσηλευτικό εργατικό δυναμικό γερνάει σε πολλές χώρες και η γενιά των νοσηλευτών που παρουσιάζει υψηλό ποσοστό απασχόλησης πλησιάζει τη συνταξιοδότηση. Οι απόφοιτοι νοσηλευτικής αναφέρονται στον αριθμό των φοιτητών που έχουν αποκτήσει αναγνωρισμένο προσόν που απαιτείται για να καταστούν αδειούχοι ή εγγεγραμμένοι νοσηλευτές. Περιλαμβάνουν πτυχιούχους από προγράμματα νοσηλευτικής ανώτερης και κατώτερης βαθμίδας. Εξαιρούνται πτυχιούχοι μεταπτυχιακού ή διδακτορικού τίτλου στη νοσηλευτική για να αποφευχθεί η διπλή μέτρηση των νοσηλευτών που αποκτούν

περαιτέρω προσόντα. Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται ανά 100.000 κατοίκους (OECD 2021a).

Εικόνα 17. Αριθμός αποφοίτων νοσηλευτικών σχολών (OECD 2021a)



Παράγοντες διαμόρφωσης υγείας

Ο όρος «συμπεριφορά υγείας» χρησιμοποιείται ευρέως βιβλιογραφικά και αναφέρεται σε οποιαδήποτε συμπεριφορά, η οποία επηρεάζει ή δύναται να επηρεάσει την έκβαση της σωματικής υγείας, είτε αυξάνοντας, είτε μειώνοντας τον κίνδυνο ή τη σοβαρότητα των αποτελεσμάτων (Sutton 2001). Η καλή χρήση των υπηρεσιών υγείας βελτιώνει την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, η παρουσία εγκαταστάσεων υγείας από μόνη της δεν αρκεί για να εγγυηθεί τη χρήση, καθώς άλλοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρόσβαση και τη χρήση (Idehen and Edowmonyi 2014).

Η έρευνα σχετικά με τις μεμονωμένες αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια έχει συσσωρευτεί για κάποιο χρονικό διάστημα, και καθίσταται προφανές ότι έχουν σημαντικές συνέπειες σχετικά με τη συμπεριφορά της υγείας του ατόμου (Downey and Chang 2013). Αναφέρεται ότι το φύλο και η ηλικία επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ανθρώπων για την υγεία, όσο και το υπόβαθρο και τους περιβαλλοντικούς παράγοντες τους.

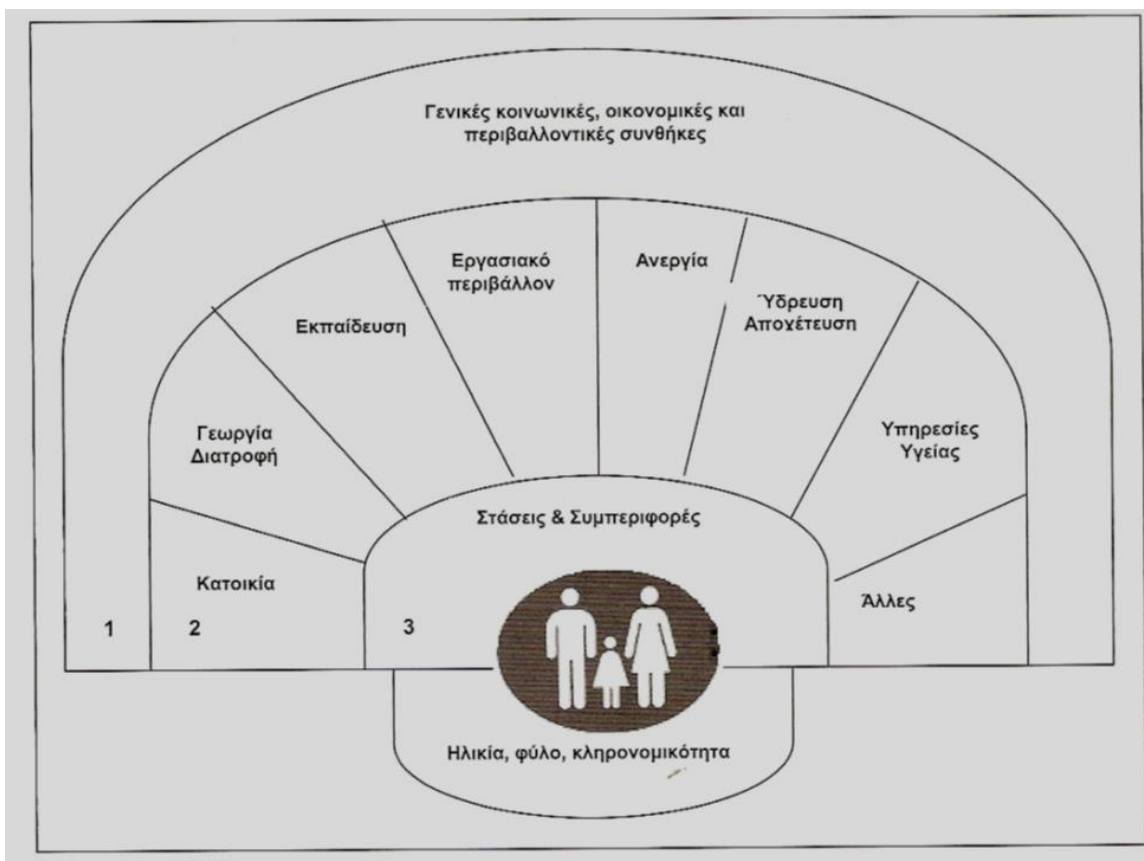
Συνολικά, η προοπτική των ανθρώπων για την υγεία και την ασθένεια δεν πρέπει να θεωρείται ως κατασκευή σε αντίθετα άκρα μιας ενιαίας συνέχισης, αλλά μάλλον ως δύο διαφορετικές, αλλά επικαλυπτόμενες κατασκευές (Millstein and Irwin 1987). Οι εμπειρίες της υγείας είναι περισσότερες άυλες και αόριστες από τις εμπειρίες της ασθένειας (Lawton 2003).

Οι Zahra et al (2015) αναφέρονται στις αντιλήψεις των ανθρώπων για την υγεία και τους παράγοντες, που επηρεάζουν την υγεία σε 29 χώρες. Οι άνθρωποι, που ανήκουν σε διαφορετικά υπόβαθρα είχαν διαφορετικές αντιλήψεις σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας. Το υψηλότερο ποσοστό των ατόμων συμφώνησαν, ότι το περιβάλλον ήταν ο καθοριστικός παράγοντας της υγείας, ο οποίος ήταν σύμφωνος με την επιστημονική άποψη της αυξημένης επιβάρυνσης των ασθενειών, που προκαλούνται από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Zahra et al. 2015).

Οι Fugelli & Ingstad διεξήγαγαν μια πολυεπίπεδη εθνογραφική μελέτη για να εξερευνήσουν τις αντιλήψεις των ανθρώπων για την υγεία σε διαφορετικά πλαίσια, περιβάλλοντα και τοποθεσίες. Προσδιόρισαν έξι βασικά στοιχεία στην έννοια της υγείας των ανθρώπων στις πραγματικές τους καταστάσεις: ευεξία, λειτουργία, φύση, αίσθηση χιούμορ, αντιμετώπιση και ενέργεια. Η προοπτική για την υγεία φαίνεται να χαρακτηρίζεται από τρεις ιδιότητες: ολότητα, ρεαλισμός και ατομικισμός. Η ολότητα σχετίζεται με την υγεία ως ένα ολιστικό φαινόμενο. Η υγεία είναι μια πτυχή συνυφασμένη με όλες τις άλλες πτυχές της ζωής, την καθημερινή ζωή, την οικογενειακή ζωή και την κοινωνική ζωή. Η υγεία θεωρείται ένας πόρος και ένα συνολικό, προσωπικό, συγκεκριμένο σε κατάσταση φαινόμενο. Η απουσία ασθένειας δεν είναι αρκετή - η κατάσταση της ζωής στο σύνολό της πρέπει να ληφθεί υπόψη. Η οικογενειακή λειτουργία και η ευημερία των παιδιών αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της αντιμετώπισης της υγείας, ως ολότητας. Ο ρεαλισμός αντικατοπτρίζει την υγεία ως ένα σχετικό φαινόμενο. Η υγεία αντιμετωπίζεται και αξιολογείται ανάλογα με το τι οι άνθρωποι καλούνται εύλογα να περιμένουν, δεδομένης της ηλικίας τους, των ιατρικών συνθηκών και της κοινωνικής κατάστασης (Svalastog et al. 2017).

Με αυτόν τον τρόπο, η υγεία δεν νοείται απαραίτητα ως ελευθερία από ασθένειες ή απώλεια λειτουργικών ικανοτήτων. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ρεαλιστές στις προσδοκίες τους. Τέλος, ο ατομικισμός σχετίζεται με την υγεία ως ένα εξαιρετικά προσωπικό φαινόμενο. Η αντίληψη της υγείας εξαρτάται από το ποιο είναι το άτομο ως άτομο. Επιπλέον, οι αξίες είναι ατομικές και, καθώς κάθε ανθρώπινο ον είναι μοναδικό, οι στρατηγικές για τη βελτίωση της υγείας πρέπει να εξατομικεύονται.

Εικόνα 18. Κύριοι παράγοντες που καθορίζουν την υγεία (Τούντας, 2001)



Η τρέχουσα βιβλιογραφία αναγνωρίζει, ότι υπάρχουν πολλοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, οι οποίοι αναγνωρίζουν το ρόλο της βιολογίας, της συμπεριφοράς, του πολιτισμού, της οικονομίας, των ψυχολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων και τη διασύνδεση αυτών (Ansari et al. 2003; Thisted 2003). Στις αναπτυσσόμενες χώρες, αυτοί οι παράγοντες θεωρούνται περισσότερο σύγχρονοι, καθώς οι χώρες με περιορισμένους πόρους αγωνίζονται να αντιμετωπίσουν τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα ως αποτέλεσμα μεταδοτικών ασθενειών, τραυματισμών, φτώχειας, ζητημάτων σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας και περισσότερο πρόσφατων ανησυχιών όπως η υπέρταση, οι καρδιακές παθήσεις (Naicker 2003) και ο διαβήτης που είναι πιο προσανατολισμένα στον τρόπο ζωής ως αποτελέσματα της γενικότερης ανάπτυξης (Correa-Rotter et al. 2004). Ωστόσο, περισσότερο πρόσφατες μελέτες αρχίζουν

να ανακαλύπτουν ότι εάν η υγεία και η κακή υγεία σε λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες δεν ληφθούν υπόψη σε αυτό το ευρύτερο πλαίσιο, οι ανισότητες θα γίνουν πιο εμφανείς (Gwatkin 2000). Ως εκ τούτου, απαιτείται γνώση των προτύπων που επηρεάζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και ιατρικών υπηρεσιών στις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά και στις αναπτυγμένες χώρες για να αντιμετωπιστεί αυτό.

Οι νοσηλευτές, ως η μεγαλύτερη ομάδα παρόχων υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζουν βασικό ρόλο στη συνέχεια και την ποιότητα της περίθαλψης και της προαγωγής της υγείας σε διαφορετικά επίπεδα του συστήματος υγείας (Hagbagheri, Salsali, and Ahmadi 2004). Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας δεν είναι μια νέα έννοια. Στην πραγματικότητα, η ποιότητα επηρεάστηκε από τις προσπάθειες της Florence Nightingale να κυρώσει τη νοσηλευτική ως εξειδικευμένη επιστήμη και επάγγελμα στη δημόσια υγεία (Timby and Smith 2005). Επομένως, η καθιέρωση της νοσηλευτικής ως πρακτικής που βοηθά τους ασθενείς να επιτύχουν θετικά αποτελέσματα υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας (Kunaviktikul et al. 2001). Η χαμηλή ποιότητα των κλινικών νοσηλευτικών υπηρεσιών συνοδεύεται από κακή ικανοποίηση των ασθενών, αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, παρατεταμένη διάρκεια παραμονής, αυξημένο κόστος ανά εξιτήριο, χαμηλότερα έσοδα ανά κρεβάτι, απώλεια παραγωγικότητας, κινδύνους δικαστικών διαφορών και κόστος (Kapoor 2011; You et al. 2013) καθώς και από δυσμενείς εκβάσεις για τους ασθενείς (Aiken et al. 2012). Η συνέχιση της επιστημονικής προόδου σε διαφορετικά επίπεδα απαιτεί από τους νοσηλευτές να αξιολογούν το πρόγραμμα φροντίδας για την επίλυση πολλών προβλημάτων μεταξύ των ασθενών ενσωματώνοντας τις τεχνικές δεξιότητες και τις επαγγελματικές τους γνώσεις και, με βάση επιστημονικά στοιχεία, να εντοπίζουν τα προβλήματα των ασθενών (McKenna, Ashton, and Keeney 2004). Επίσης, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στους πελάτες/ασθενείς, επομένως η βελτίωση της ποιότητας στη νοσηλευτική είναι το πιο σημαντικό ζήτημα μεταξύ των παραγόντων, που σχετίζονται με την ανάπτυξη και την επιβίωση ενός κέντρου υγειονομικής περίθαλψης (Cosgrove 2003).

Η κλινική διακυβέρνηση θεωρείται ως πλαίσιο για τη βελτίωση της ποιότητας των κλινικών υπηρεσιών στη νοσηλευτική. Τα πρότυπα επαγγελματικής νοσηλευτικής πρακτικής είναι έγκυρα καθήκοντα έκφρασης που αναμένεται από όλους τους νοσηλευτές, ανεξάρτητα από τους ρόλους και την πείρα τους, να εκτελούνται αξιοκρατικά. Τα δημοσιευμένα πρότυπα θεωρούνται ως απόδειξη για το πρότυπο περίθαλψης με την κατανόηση, ότι η τυπική εφαρμογή εξαρτάται πλήρως από το πλαίσιο. Λόγω της δυναμικής φύσης της νοσηλευτικής, τα πρότυπα φροντίδας αλλάζουν συνεχώς και ενημερώνονται (Aiken et al. 2012). Η συμμόρφωση με αυτά τα πρότυπα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας. Η κλινική διακυβέρνηση επικεντρώνεται στη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των κλινικών νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η επιλογή των δεικτών αποτελεί σημαντικό μέρος του προγράμματος βελτίωσης της ποιότητας. Αυτοί οι δείκτες έχουν εφευρεθεί για να αντικατοπτρίζουν την τρέχουσα απόδοση και τις προσδοκίες για συγκεκριμένες νοσηλευτικές επιδόσεις (Mohamed 2013).

Ο Davis και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι η μέτρηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται από νοσηλευτές στα περιβάλλοντα υγείας είναι μια αναγκαιότητα (Davis et al. 2005). Ο Lee ανέφερε επίσης ότι στην πραγματικότητα, ο πρώτος και πιο σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης είναι η μέτρησή της (Lee, Hsu, and Chang 2007). Από αυτή την άποψη, η μελέτη του Mrayyan έδειξε ότι το 50% του επιπέδου φροντίδας ήταν «πολύ καλό» και το 37,5% ήταν «ικανοποιητικό». Σε αυτή τη μελέτη, λαμβάνοντας υπόψη την πολυδιάστατη φύση της ποιότητας της φροντίδας, οι συγγραφείς τόνισαν τον ρόλο των διευθυντών νοσηλευτικής στη βελτίωση της ποιότητας και την προώθηση του επιπέδου ικανοποίησης από την εργασία, καθώς και την ανεξαρτησία των νοσηλευτών στην παροχή φροντίδας (Mrayyan and Acorn 2004). Επομένως, η αξιολόγηση με τους συγκεκριμένους δείκτες είναι εξαιρετικά χρήσιμη για τον εντοπισμό σημείων, που μπορούν να βελτιωθούν και να αναβαθμιστούν. Τέλος, προτείνοντας στρατηγικές για τη βελτίωση της ποιότητας σε βελτιωμένα σημεία, θα επιτευχθεί ο στόχος της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά και συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα. Το κράτος θα πρέπει να διασφαλίζει σε κάθε πολίτη του το υψηλότερο εφικτό επίπεδο υγείας με τη λήψη μέτρων προστασίας της υγείας σύμφωνα με το άρθρο 21 του Συντάγματος. Το δικαίωμα της προστασίας της υγείας προστατεύεται και σε διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις, όπως το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων. (ΥΥΚΑ, 2008)

Ως δημόσια υγεία σύμφωνα με τον Ν 3370/2005 στο άρθρο 1 και 2 ορίζεται: «Η δημόσια υγεία είναι επένδυση για διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής. Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διάφορων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται επίσης ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων». (ΥΥΚΑ, 2008)

Το σύστημα υγείας της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από τη συνύπαρξη τόσο ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας μέσω υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης και ενός ισχυρού συστήματος ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας παρέχει βάσει της συνταγματικής κατοχύρωσης προστασίας της υγείας καθολική κάλυψη του πληθυσμού.

Σύμφωνα με τους Πετράκο και συν (2018) «Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας έχει διαμορφώσει ως βασικούς στόχους τη συνεχή βελτίωση της αποδοτικότητας, της

αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η βελτίωση της αποδοτικότητας του προσωπικού καθίσταται ένας άμεσα βραχυπρόθεσμος στόχος και η διερεύνηση των παραγόντων παρακίνησής του σε περιβάλλον έντασης εργασίας χαρακτηρίζεται άμεσης προτεραιότητας.» (Πετράκος και συν, 2018)

Σε ότι αφορά το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, οι βασικότερες αναφορές έγκεινται στη δημιουργία του ΕΣΥ και στις μεταρρυθμίσεις, που έγιναν στη δομή και τη λειτουργία του κατά την οικονομική κρίση. Στο παρελθόν, μια πληθώρα επαγγελματικών κεφαλαίων προσέφερε διαφορετικά πακέτα κάλυψης υγειονομικής περίθαλψης (Kondilis et al. 2012). Σε ορισμένες περιπτώσεις χρησιμοποίησαν τη δική τους υποδομή ή / και απασχόλησαν ιδιωτικούς ιατρούς και εργαστήρια, που βρίσκονται κυρίως σε αστικές και ημι-αστικές περιοχές. Το 1953, το κράτος δημιούργησε τις πρώτες δημόσιες ιατρικές θέσεις στις αγροτικές περιοχές, υποχρεώνοντας τους αποφοίτους ιατρικών σχολών να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους τοπικούς πληθυσμούς ως πλήρως απασχολούμενους δημόσιους υπαλλήλους.

Το 1983 το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε μετά την έμφαση δήλωσης της Alma ATA για την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Προβλέπει την αντικατάσταση της υπάρχουσας κύριας υποδομής της υγειονομικής περίθαλψης με τα κέντρα αστικών και αγροτικών υγείας και την ενοποίηση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Κατά την επόμενη δεκαετία, ιδρύθηκαν 176 κέντρα υγείας και 19 μικρά νοσοκομεία στις αγροτικές περιοχές που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας προσβάσιμες σε όλους (Carpenter 2003). Η υποδομή πρωτοβάθμιας φροντίδας, των ταμείων ασθενείας και τα μεταβλητά οφέλη παρέμειναν ανέγγιχτα, λόγω της αντιπολίτευσης από τους ιατρούς που ασχολούνται με την ιδιωτική πρακτική και τις κοινωνικές ομάδες, που έλαβαν ενισχυμένα οφέλη υγειονομικής περίθαλψης (Mossialos and Allin 2005). Οι μεταρρυθμίσεις του 1983 έχασαν μια μοναδική ευκαιρία να αναθεωρηθεί το κατακερματισμένο σύστημα ασφάλισης κοινωνικής υγείας και να δημιουργηθεί ένα καθολικό, ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Matsaganis 1998; Tragakes and Polyzos 1998).

Το 1994, ο τότε Υπουργός Υγείας κάλεσε μια διεθνή επιτροπή να εξετάσει τις επιλογές μεταρρύθμισης για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και να προτείνει

συστάσεις για αλλαγή. Η επιτροπή διαπίστωσε ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι σε μεγάλο βαθμό θεραπευτικό και ότι έκανε υπερβολική χρήση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Εκτός από όλα αυτά, υπήρξε μια κακή κατανομή του εκπαιδευμένου υγειονομικού προσωπικού και των οικονομικών μεταξύ γεωγραφικών περιοχών (Mossialos, Allin, and Davaki 2005).

Ενώ υπήρχε περίσσεια ιατρών, σχεδόν κανένας δεν εκπαιδεύτηκε να ασκεί την ιατρική σε επίπεδο οικογενειακού ιατρού. Υπήρχε σοβαρή έλλειψη εκπαιδευμένων νοσηλευτών, με αποτέλεσμα οι εσωτερικοί ασθενείς να απασχολούν συχνά ανεκπαίδευτο προσωπικό για τη φροντίδα τους τη νύχτα. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται εκείνη την εποχή από ένα μείγμα δημόσιου-ιδιωτικού τομέα τόσο για χρηματοδότηση όσο και για παροχή. Όπως προαναφέρθηκε, στην Ελλάδα υπήρχαν τρεις κύριοι τύποι κάλυψης στον πληθυσμό: η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (ΕΣΥ), τα ταμεία ασφάλισης υγείας (ασφάλιση βάσει επαγγέλματος) και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Mossialos et al. 2005).

Από το 1994 έως το 2009 πολλά σχέδια μεταρρύθμισης της φροντίδας υγείας προσπάθησαν να προωθήσουν την ελευθερία επιλογής των χρηστών, να εισαγάγουν τον οικογενειακό/προσωπικό ιατρό ως τον ακρογωνιαίο λίθο της δομής του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης και να ενοποιήσουν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η αποτυχία τους οφειλόταν εν μέρει στη διοίκηση του ελληνικού κράτους (Lionis et al. 2009; Tragakes and Polyzos 1998), αλλά κυρίως στην παρεμπόδιση από άτομα με κεκτημένα συμφέροντα, όπως ιδιώτες ιατροί, ιατροί κοινωνικής ασφάλισης μερικής απασχόλησης και ευαγή ασφαλιστικά ταμεία (Mossialos and Allin 2005).

Τον Μάρτιο του 2011 η κυβέρνηση ψήφισε ένα ακόμη νομοσχέδιο για την ενοποίηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εισάγοντας τον «προσωπικό ιατρό» ως σημείο αναφοράς στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Άφησε επίσης ανέπαφους όλους τους υπάρχοντες παρόχους πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δημιούργησε κίνητρα για τους επιχειρηματίες να επενδύσουν σε εγκαταστάσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης και προσπάθησε να ενσωματώσει αυτούς τους παρόχους μέσω επιλεκτικών συμβάσεων με έναν και μόνο αγοραστή κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Ένα χρόνο αργότερα, αυτή η

«μεταρρύθμιση» της κρίσης υλοποιείται εν μέρει, αντιμετωπίζοντας κυρίως την αντίθεση του Ελληνικού Ιατρικού Συλλόγου, που βασίζεται στον εύλογο φόβο ότι τα μεμονωμένα ιδιωτικά ιατρεία σύντομα θα απορροφηθούν από τις εταιρείες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Kondilis et al. 2012).

Πρέπει να αναφερθεί ότι με νόμο (4368/2016) δημιουργήθηκε για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες εγκαταστάσεις υγείας, που παρέχουν νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη σε ανασφάλιστες και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες στο πλαίσιο εδραίωσης ενός κοινωνικού κράτους. Ωστόσο, επαρκή στοιχεία για την έρευνα που αποδεικνύουν εάν το μέτρο είναι εφαρμόσιμο και ποια προβλήματα αντιμετωπίζει ήδη ένα υπερφορτωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης όπως το ελληνικό από αυτή την εξέλιξη δεν υπάρχει ακόμα.

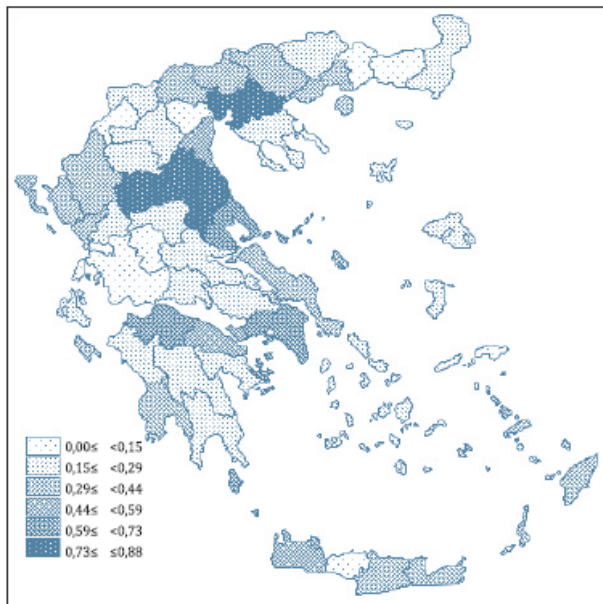
Σύμφωνα με τους Πιερράκος και συν (2015) «Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα εξακολουθεί να είναι υποτονική, παρά τις προσπάθειες που έχουν υπάρξει την τελευταία δεκαετία. Τα δημόσια νοσοκομεία και τα εξωτερικά ιατρεία αυτών αποτελούν τους κύριους φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές, με χαμηλή είσοδο στα πρωινά εξωτερικά ιατρεία και υψηλή είσοδο στα απογευματινά ιατρεία. Ειδικότερα, και σύμφωνα με το Ν. 1958/2013, οι ασθενείς που επισκέπτονται τα πρωινά εξωτερικά ιατρεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) πλήρωναν μέχρι πρόσφατα 5 € για την είσοδό τους σε αυτά, ενώ οι ασθενείς οι οποίοι επισκέπτονται τα απογευματινά εξωτερικά ιατρεία (ιατρεία ολοήμερης λειτουργίας) πληρώνουν 16–72 €, ανάλογα με τη βαθμίδα του ιατρού που επιλέγουν.»

Το ΕΣΥ αποτελείται από 201 αγροτικά κέντρα υγείας, 1478 αγροτικά ιατρεία/ιατρεία, τρία αστικά κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία 140 δημόσιων νοσοκομείων. Τα κέντρα υγείας θεωρούνται ως αποκεντρωμένες μονάδες των περιφερειακών νοσοκομείων του ΕΣΥ και οι αγροτικοί ιατρικοί σταθμοί θεωρούνται ως δορυφορικές μονάδες γεωγραφικά συνδεδεμένες με τα κέντρα υγείας. Όλα τα κέντρα υγείας χρηματοδοτούνται από φόρους, λαμβάνουν προϋπολογισμούς σε αναδρομική βάση σύμφωνα με τη μισθοδοσία και τα γενικά έξοδα του περασμένου οικονομικού έτους, αλλά δεν σταθμίζονται για τις τοπικές ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης. Με έτος αναφοράς το

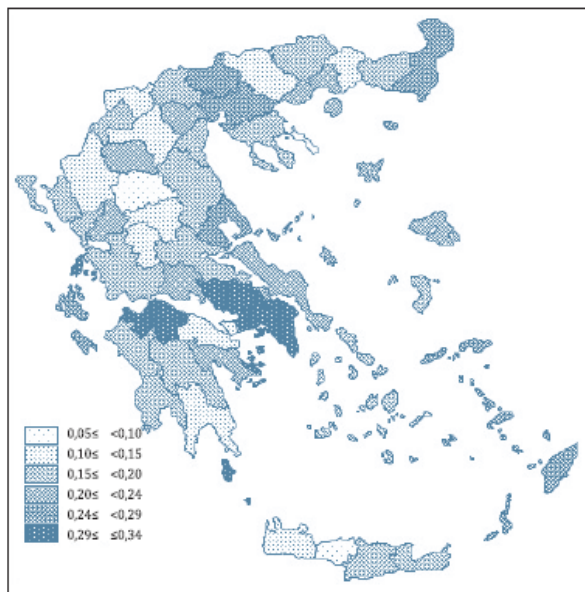
2008, τα κέντρα υγείας και οι ιατρικές θέσεις του ΕΣΥ στελεχώνονται με 1787 έμμισθους ιατρούς πλήρους απασχόλησης (κυρίως γενικούς ιατρούς, παιδίατρος, οδοντίατρος και ειδικούς παθολόγους) και περίπου 2414 άλλους επαγγελματίες υγείας, οι περισσότεροι από τους οποίους έχουν μόνιμη θητεία. Τα κέντρα ΕΣΥ και τα δορυφορικά ιατρεία τους προσφέρουν 24 ώρες το 24ωρο, δωρεάν στο σημείο χρήσης, υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, έκτακτης ανάγκης και αποκατάστασης στον αγροτικό πληθυσμό τους των 10–30.000 πολιτών. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ προσφέρουν εξειδικευμένες και διαγνωστικές υπηρεσίες σε αστικούς και ημιαστικούς πληθυσμούς, δωρεάν ή με ελάχιστη συμμετοχή κατά τις εργάσιμες ώρες και με πάγια αμοιβή για την υπηρεσία κατά τις βραδινές ώρες (Τούντας, 2008).

Συχνά αναφέρεται ότι υπάρχει μη επαρκές σύστημα παραπομπής και οι χρήστες μπορούν να παρακάμψουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη για να αναζητήσουν εξειδικευμένες υπηρεσίες. Αν και τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ αντιπροσωπεύουν μία σημαντική πρόοδο, οι αδυναμίες τους περιλαμβάνουν ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό, έλλειψη τεκμηρίωσης ιατρικού φακέλου, χαμηλή τεχνική και κλίμακα αποτελεσματικότητας σε σύγκριση με τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης της κοινωνικής ασφάλισης και χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών, γεγονός που προκαλεί σταθερή ροή ασθενών από αγροτικές σε αστικές περιοχές σε αναζήτηση καλύτερης περίθαλψης (Kontodimopoulos et al. 2007; Oikonomidou et al. 2010).

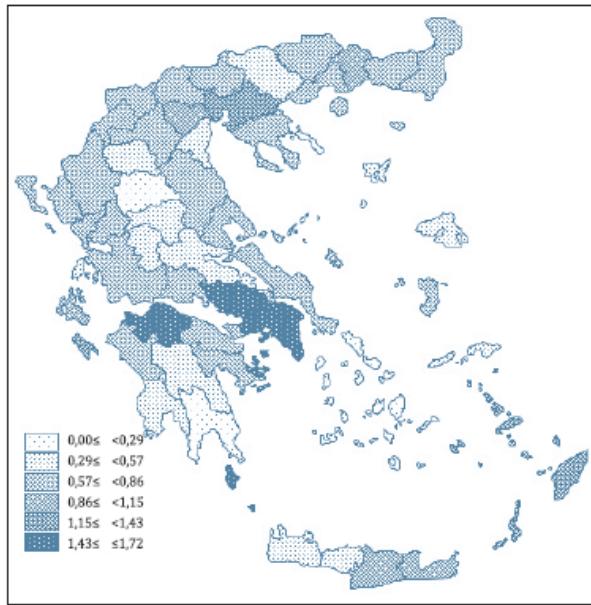
Εικόνα 19. Ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ανά 1.000 κατοίκους γενικού πληθυσμού, σε κάθε νομό, 2013 (Πετμεζίδου και συν, 2015)



Εικόνα 20. Πυκνότητα ιατρών που αποτελούν την «πύλη εισόδου» ανά 1.000 κατοίκους, σε κάθε νομό, 2014 (Πετμεζίδου και συν, 2015)



Εικόνα 21. Πυκνότητα ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων ανά 1.000 κατοίκους 65 ετών και άνω, σε κάθε νομό, 2014 (Πετμεζίδου και συν, 2015)



Σε αντίθεση με τον υψηλό αριθμό ιατρών, υπάρχει σχετική έλλειψη εκπαιδευμένων νοσηλευτών, η αναλογία νοσηλευτών προς ιατρούς είναι δύο προς τρεις. Το 2001, υπήρχαν 4,5 ασκούμενοι ιατροί ανά 1000 κατοίκους, μια από τις υψηλότερες συγκεντρώσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Εν τω μεταξύ, παρά τις συντονισμένες προσπάθειες για αύξηση της αναλογίας νοσηλευτών προς κατοίκους, η Ελλάδα εξακολουθεί να έχει έναν από τους χαμηλότερους στην Ευρώπη. Η πλειοψηφία των Ελλήνων ιατρών είναι εξειδικευμένοι και οι μισοί από αυτούς εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (WHO Regional Office for Europe 2020).

Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι εξαιρετικά συγκεντρωτικό και ρυθμισμένο. Έτσι, ενώ ασκεί ισχυρό ρυθμιστικό έλεγχο στα ασφαλιστικά ταμεία και στα δημόσια νοσοκομεία, δεν εμπλέκεται σε συνεχείς δραστηριότητες σχεδιασμού σε πολλούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της εξασφάλισης ενός ελάχιστου επιπέδου παροχών από τα ασφαλιστικά ταμεία, της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

και εγκαταστάσεων με χρήση αναγκών- βασισμένα κριτήρια, του σχεδιασμού του ανθρώπινου δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης, του καθορισμού προτεραιοτήτων σε σχέση με τα πρότυπα περίθαλψης που πρέπει να παρέχεται, του καθορισμού προτεραιοτήτων μεταξύ περιοχών ή κατανομή πόρων σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια (Notara et al. 2010).

Παρά τις πολλές αλλαγές από την ίδρυσή του, οι γενικοί στόχοι του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης παρέμειναν σχετικά στεγανοί. Ωστόσο, το σημερινό σύστημα χαρακτηρίζεται από υψηλό αίσθημα συγκεντροποίησης, κατακερματισμό της κάλυψης, οπισθοδρομικό σύστημα χρηματοδότησης, στρεβλώσεις στην κατανομή των πόρων, διεστραμμένα κίνητρα για τους παρόχους και μεγάλη εξάρτηση από δαπανηρές εισροές. Ωστόσο, παρά τις ευνοϊκές πολιτικές συνθήκες, η μεταρρύθμιση της υγείας εφαρμόστηκε μόνο εν μέρει. Η επέκταση των δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη επικεντρώθηκε κυρίως στην κατασκευή αγροτικών κέντρων υγείας και ορισμένων νοσοκομείων, που βελτίωσαν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ιδίως για τον αγροτικό πληθυσμό (Notara et al. 2010).

Ένα βασικό εύρημα που προκύπτει από μια μελέτη που διεξήχθη από τον Lionis και τους συναδέλφους του είναι ότι η μακροχρόνια κυριαρχία των ιατρικών προοπτικών στην ελληνική πολιτική υγείας άνοιξε το δρόμο προς την κάθετη ολοκλήρωση, παραμερίζοντας κάθε συζήτηση για οριζόντια ή συνολική ενσωμάτωση της περίθαλψης (Lionis et al. 2009). Εν τω μεταξύ, η έλλειψη νοσηλευτών θα συνεχιστεί, καθιστώντας τους επαγγελματίες φροντιστές σπάνιους και τα καθήκοντα πιο επίπονα. Αυτό δημιουργεί ανησυχία για την ασφάλεια του προσωπικού και των ασθενών.

Η συστηματική επισκόπηση των ελλειμμάτων δεξιοτήτων σε σχέση με τις απαιτήσεις δεξιοτήτων θα πρέπει να εφαρμοστεί από τις περιφερειακές υγειονομικές αρχές για τη βελτίωση της παροχής εκπαίδευσης στην εργασία που στοχεύει συγκεκριμένες ομάδες και τοπικές ανάγκες (Markaki et al. 2009). Συνιστάται επίσης για προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής, η διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας στο πλαίσιο των συναντήσεων ιατρού-ασθενούς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, η εξερεύνηση νέων τρόπων διδασκαλίας της σχέσης ιατρού-ασθενούς και ότι οι φοιτητές και οι νέοι ιατροί θα πρέπει

να ενθαρρύνονται να δίνουν προτεραιότητα στην ποιότητα έναντι της ποσότητας (Soler et al. 2007), προτάσεις που θα πρέπει να ενθαρρυνθούν και για τα προγράμματα εκπαίδευσης της νοσηλευτικής.

Το 2009, μια συστηματική ανασκόπηση που διερεύνησε τον ρόλο της ολοκληρωμένης ΠΦΥ στην ατζέντα της ελληνικής πολιτικής για την υγεία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι βρισκόταν ακόμη σε αρχικό στάδιο, προτείνοντας μια σημαντική αναδιάρθρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) (Lionis et al. 2009). Το 2015 οι Tsiachristas et al επανεξέτασαν το θέμα για να παρασχεθεί ένα σχέδιο δράσης, που θα γεφύρωνε την τοπική πολιτική και τις ανάγκες του πληθυσμού λαμβάνοντας υπόψη τις εμπειρίες που αποκτήθηκαν από άλλα ευρωπαϊκά περιβάλλοντα (Tsiachristas, Lionis, and Yfantopoulos 2015). Εκείνη την εποχή, διεξαγόταν μια κριτική συζήτηση, στην οποία συμμετείχαν τόσο πολιτικοί όσο και επαγγελματίες όλων των ειδικοτήτων, ως αποτέλεσμα των μεγάλων αλλαγών που συνέβαιναν στη χώρα και μετά από πολλά χρόνια με πολλαπλά μέτρα λιτότητας, που εφαρμόστηκαν στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης έναντι του εξορθολογισμού της φροντίδας.

Από το 2010, η Ελλάδα έχει πληγεί σοβαρά από την οικονομική κρίση και τη λιτότητα με σημαντικές άμεσες επιπτώσεις στο κρατικό ΕΣΥ. Ως αποτέλεσμα, η χώρα επικέντρωσε εκ νέου τις μεταρρυθμιστικές της προσπάθειες αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη με πλείστα νομοσχέδια. Αν και εννοιολογικά βρισκόταν στο σωστό δρόμο, η μεταρρύθμιση αντιμετώπισε αρκετές δυσκολίες κατά την εφαρμογή. Εξακολουθεί να συζητείται κατά πόσο αυτό είναι το άμεσο αποτέλεσμα της σοβαρής έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού, που ωθεί τους πολίτες σε υψηλότερη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών, σε μια χώρα με μακρόχρονη παράδοση μεικτών δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών (Lionis et al. 2019).

Μια εκστρατεία στα μέσα ενημέρωσης ξεκίνησε το 2018 για την ευαισθητοποίηση του κοινού. Από τον Ιανουάριο του 2019, μόλις περισσότερες από 100 μονάδες TOMY ήταν πλήρως λειτουργικές. Αυτές οι πρόσφατες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έχουν πυροδοτήσει μια έντονη εθνική συζήτηση σχετικά με την έλλειψη επαρκούς αριθμού οικογενειακών ιατρών, οικονομικών κινήτρων για την εξασφάλιση επαρκών προσλήψεων

και τη βιωσιμότητα των μονάδων πέρα από την τριετή περίοδο χρηματοδότησης από το ΕΚΤ. Το τελευταίο απαιτεί περαιτέρω διαρθρωτικές αλλαγές σε όλα τα επίπεδα φροντίδας και ανακατανομή των πόρων για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας (Lionis et al. 2019).

Μια πρόσφατη έρευνα του Observatory on Health Reforms, με κοινή πρωτοβουλία του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και του Ινστιτούτου Πολιτικής Υγείας, αποκάλυψε ότι υπάρχουν σοβαρά και επίμονα εμπόδια, πρωτίστως η πρόσβαση σε ιατρούς και οι οικονομικές ανησυχίες, που έχουν αλλάξει τη στάση του κοινού απέναντι στον οικογενειακό ιατρό. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η οδός φροντίδας που καθοδηγείται από τους γενικούς ιατρούς μπορεί να λειτουργήσει όχι μόνο ως μέσο για τη βελτίωση της πρόσβασης στην περίθαλψη για όλους, αλλά και ως μέσο εγγύησης της δημοσιονομικής βιωσιμότητας για το σύστημα υγείας στο σύνολό του (Kanavos and Souliotis 2017).

Από το 2012 έως το 2017, η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης (ΑΠΚ) πραγματοποίησε αρκετές περιφερειακές και εθνικές μελέτες για υπηρεσίες, που σχετίζονται με την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, μια μελέτη που διερεύνησε το εύρος της πρακτικής και των εκπαιδευτικών αναγκών των νοσηλευτών ΠΦΥ που εργάζονται σε αγροτικά Κέντρα Υγείας στο νησί της Κρήτης διαπίστωσε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό λειτουργούσε σε ένα περιορισμένο και προσανατολισμένο στην εργασία πλαίσιο (Markaki et al. 2006, 2007). Η ικανοποίηση από την εργασία ήταν χαμηλή όσον αφορά τις καθημερινές αλληλεπιδράσεις με τους συναδέλφους και την υποστήριξη από το εργασιακό περιβάλλον. Η ανάγκη για έγκαιρη πρόσληψη νέου, καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού που επιλέγει καριέρα στην ΠΦΥ προέκυψε στο σύνολο της έρευνας. Σημαντικές ανάγκες κατάρτισης αναφέρθηκαν από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό, κυρίως σε κλινικές και ερευνητικές/ελεγκτικές δεξιότητες. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες εξέφρασαν έντονη επιθυμία για συνεχή εκπαίδευση, παρά το επαρκές επίπεδο γνώσεων που αναφέρουν οι ίδιοι. Οι ερευνητές συνέστησαν μια συστηματική επισκόπηση των ελλειμμάτων δεξιοτήτων, σε σχέση με τις απαιτήσεις δεξιοτήτων, που εφαρμόζεται τακτικά από τις αρχές του ΕΣΥ για τη βελτίωση της

στοχευμένης εκπαίδευσης στην εργασία, με βάση τις ατομικές και ομαδικές ανάγκες (Markaki et al. 2006).

Ένα εθνικά χρηματοδοτούμενο ερευνητικό έργο επικεντρώθηκε στη λειτουργική ολοκλήρωση και είχε διπλό στόχο (1) να αξιολογήσει το επίπεδο λειτουργικής ολοκλήρωσης εντός των μονάδων ΠΦΥ χρησιμοποιώντας τυποποιημένη χαρτογράφηση και αξιολόγηση της ολοκλήρωσης τόσο σε επίπεδο μονάδας όσο και σε επίπεδο ασθενούς και (2) να αναπτύξει ένα βέλτιστο μοντέλο λειτουργικής ολοκλήρωσης προσαρμοσμένο στο ελληνικό σύστημα ΠΦΥ (Sifaki-Pistolla et al. 2017). Χαρτογραφήθηκαν και αναλύθηκαν η υπάρχουσα φροντίδα ασθενών και έγιναν συστάσεις για ένα βέλτιστο μοντέλο. Η αναπτυγμένη διαδικτυακή πλατφόρμα, που βασίζεται σε ένα ισχυρό θεωρητικό πλαίσιο, μπορεί να χρησιμεύσει ως ένα ισχυρό εργαλείο αξιολόγησης ολοκλήρωσης και να συμβάλει στη βελτιστοποίηση της ροής των ασθενών σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, πέρα από το επίπεδο της μονάδας.

Μια πρόσφατα δημοσιευμένη εργασία επικεντρώθηκε στο πώς τα δεδομένα παροχής υγειονομικής περίθαλψης, που συλλέγονται από την ανάπτυξη ικανοτήτων και οι ερευνητικές πρωτοβουλίες, μπορούν να διευκολύνουν τον αποτελεσματικό σχεδιασμό και την ενσωμάτωση της δημόσιας υγείας (Lionis et al. 2018).

Το ανθρώπινο δυναμικό θεωρείται βασικός παράγοντας για τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης και τα ακόλουθα καταδεικνύουν τη συνάφειά του. Ενώ η Ελλάδα έχει το υψηλότερο κατά κεφαλήν ποσοστό αδειοδοτημένων ιατρών μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ (632 ανά 100.000 κατοίκους το 2015), αυτοί είναι κυρίως εξειδικευμένοι (World Health Organization 2017). Αυτή η αναλογία είναι σημαντικά υψηλότερη από οποιοδήποτε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ. Η Αυστρία (510) και η Πορτογαλία (461) είχαν την επόμενη υψηλότερη αναλογία ιατρών με άδεια άσκησης επαγγέλματος και μαζί με τη Λιθουανία (434) ήταν τα μόνα άλλα κράτη μέλη που κατέγραψαν πάνω από 430 ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους. Αντίθετα, η Ελλάδα αναφέρει το χαμηλότερο κατά κεφαλήν ποσοστό γενικών ιατρών (0,28 ανά οικογενειακό ιατρό κατά κεφαλήν) στην Ευρώπη (EUROSTAT- Health care personnel statistics 2019; World Health Organization 2017).

Η κατά κεφαλήν αναλογία εγγεγραμμένων νοσηλευτών είναι επίσης από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη (World Health Organization 2017). Η υψηλή πυκνότητα των ειδικών και η δυσανάλογη αναλογία ειδικών προς γενικούς ιατρούς δημιουργούν προκλήσεις και εμπόδια στη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης. Προγράμματα κατάρτισης με τυποποιημένο πρόγραμμα σπουδών γενικής πρακτικής αναπτύχθηκαν μόλις πρόσφατα, ενώ η ακαδημαϊκή ικανότητα αυτής της ειδικότητας χρειάζεται περισσότερη υποστήριξη. Επιπλέον, η αποχώρηση μεγάλου αριθμού ιατρών κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (brain drain) έχει επιδεινώσει τη σπανιότητα των γενικών ιατρών. Έχει αναφερθεί ότι περισσότεροι από 18.000 Έλληνες ιατροί έχουν εγκαταλείψει την Ελλάδα για να αναζητήσουν εργασία ή/και καλύτερες συνθήκες εργασίας. Τον Οκτώβριο του 2013, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών ανέφερε ότι περίπου 7000 ιατροί όλων των ειδικοτήτων μετοίκησαν στο εξωτερικό μεταξύ 2008 και 2013 μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Αυτό οδηγεί σε ανισορροπίες στις παροχές υπηρεσιών και υπογραμμίζει την άμεση επίδραση του «brain drain» στην αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (World Health Organization 2017).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι έχει ασκηθεί έντονη κριτική για τις μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα ο Economidou (2018) αναφέρει ότι «Η Ελλάδα χρησιμεύει ως ισχυρό παράδειγμα ότι οι προσεγγίσεις από πάνω προς τα κάτω και η μεγάλη έκρηξη για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας μπορεί να μην είναι ο βέλτιστος τρόπος για να προχωρήσουμε. Αν και πολλές από τις μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν από το 2010 ήταν απαραίτητοι στόχοι, στην περίπτωση της Ελλάδας ήταν πάρα πολύ γρήγορες και σε πολλές περιπτώσεις προς τη λάθος κατεύθυνση, αλλοιώνοντας την αρχή της ισότητας. Δεν έγιναν εκτιμήσεις των προϋποθέσεων των Μνημονίων Συνεννόησης για τον κοινωνικό αντίκτυπο και τον αντίκτυπο στην υγεία, δεν υπήρχε ετοιμότητα για τον αντίκτυπο των μέτρων που υιοθετήθηκαν στην υγεία και το σύστημα υγείας και απουσίαζε η έγκαιρη ανταπόκριση σε αυτές τις επιπτώσεις.» (Economidou 2018)

Νομοθετική εξέλιξη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Στο πέρασμα των χρόνων και επηρεαζόμενο από τις εθνικές ανάγκες, αλλά και τις διεθνείς αλλαγές και τάσεις, το Ελληνικό σύστημα υγείας ξεκίνησε να αναπτύσσεται από το 1983 και μέχρι σήμερα συνεχίζει να εξελίσσεται. Ίσως από τα πρώτα Νομοθετικά Διατάγματα, που αφορούν τη λειτουργία των συστημάτων υγείας είναι το Ν.Δ. 2592/1953: Περί οργάνωσης της Ιατρικής αντίληψης, όπου αναφέρει, ότι για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού για τα αναγκαία νοσηλευτικά και ιατρικά μέσα η Επικράτεια της Ελλάδας διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες.

Εικόνα 22. Ν.Δ. 2592/1953



Στη συνέχεια αξίζει να αναφερθεί ο Νόμος 1278/1982, με τίτλο Σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, όπου τα σημαντικότερα άρθρα αναφέρουν:

Σύμφωνα με το Άρθρο 1 «Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, συμβουλευτικό όργανο σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος Υγείας, το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ.)». Στο Άρθρο 2 καθορίζεται η σύνθεση του Κ.Ε.Σ.Υ. Πιο χαρακτηριστικά, «Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) αποτελείται από τα εξής είκοσι εννέα (29) μέλη:

α) δύο (2) μέλη του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) με τους αναπληρωτές τους, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου,

β) ένα (1) μέλος της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού της Συμβουλίου,

γ) ένα (1) μέλος της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού της Συμβουλίου,

δ) ένα (1) μέλος του Πανελλήνιου Φαρμακευτικού Συλλόγου (Π.Φ.Σ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου,

ε) ένα (1) μέλος της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος (Ε.Ν.Ε.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού της Συμβουλίου,

στ) ένα (1) μέλος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται από το Γενικό της Συμβούλιο,

ζ) ένα (1) μέλος του Πανελλήνιου Συλλόγου Επισκεπτών Επισκεπτριών Υγείας (Π.Σ.Ε.Υ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου,

η) ένα (1) μέλος του Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (Π.Φ.Σ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Κεντρικού Διοικητικού του Συμβουλίου,

θ) ένα (1) μέλος με τον αναπληρωτή του, που αναδεικνύονται με κλήρωση μεταξύ εκπροσώπων που προτείνονται από τους Συλλόγους Μαιών Μαιευτών,

- ι) ένα (1) μέλος με τον αναπληρωτή του, που αναδεικνύονται με κλήρωση μεταξύ εκπροσώπων που προτείνονται από τις Πανελλήνιες Ενώσεις Χημικών, Βιοχημικών, Βιολόγων, Ακτινοφυσικών και Τεχνολόγων Εργαστηρίων,
- ια) έναν (1) εκπρόσωπο του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου,
- ιβ) έναν (1) εκπρόσωπο του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου,
- ιγ) έναν (1) εκπρόσωπο του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας (Ε.ΚΕ.Α.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου,
- ιδ) έναν (1) εκπρόσωπο του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (Ε.Ο.Δ.Υ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου,
- ιε) έναν (1) εκπρόσωπο του Οργανισμού κατά των ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου,
- ιστ) τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) με αναπληρωτή τον αντιπρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου,
- ιζ) έναν (1) εκπρόσωπο του Συντονιστικού Οργάνου των Περιφερειακών Διοικήσεων Τομέων Ψυχικής Υγείας (Πε.Δι.Το.Ψ.Υ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας,
- ιη) τον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας με αναπληρωτή του τον Αντιπρόεδρο της Επιτροπής,
- ιθ) τον Γενικό Διευθυντή Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας, με αναπληρωτή του τον προϊστάμενο της Διεύθυνσης ιατρών, επιστημόνων και επαγγελματιών υγείας,
- κ) έναν (1) εκπρόσωπο της Ένωσης Περιφερειών Ελλάδας με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται από το Διοικητικό της Συμβούλιο,

κα) έναν (1) εκπρόσωπο της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Ε.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται από το Διοικητικό της Συμβούλιο,

κβ) έναν (1) εκπρόσωπο των Σχολών Επιστημών Υγείας των Α.Ε.Ι. με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται από τη Σύνοδο των Πρυτάνεων,

κγ) έναν (1) εκπρόσωπο της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται με απόφαση της συνέλευσης των διδασκόντων της,

κδ) έναν (1) εκπρόσωπο των υγειονομικών υπηρεσιών των ενόπλων δυνάμεων με τον αναπληρωτή του, που ορίζονται από τον Αρχηγό του Γενικού Επιτελείου Εθνικής Άμυνας (Γ.Ε.ΕΘ.Α.),

κε) έναν (1) εκπρόσωπο των ληπτών υπηρεσιών υγείας με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι κληρώνονται δημόσια από την αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας μεταξύ των εκπροσώπων που προτείνουν οι σύλλογοι και οι ενώσεις ασθενών,

κστ) τρία (3) μέλη με τους αναπληρωτές τους, με εγνωσμένο επιστημονικό κύρος, εμπειρία συμμετοχής σε εθνικά ή ευρωπαϊκά όργανα ή επιτροπές με αντικείμενο τις πολιτικές υγείας και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας.» καθώς επίσης «Το ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και η θητεία των μελών του είναι τριετής.»

Στο Άρθρο 3 γίνεται αναφορά στις αρμοδιότητες του εν λόγω συμβουλίου και πιο συγκεκριμένα «ο ΚΕ.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Έχει ουσιαστική ευθύνη για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, τον προσδιορισμό των γενικών στόχων και κατευθύνσεων και τη διαμόρφωση γενικά της εθνικής στρατηγικής στον τομέα υγείας και την υποβολή των σχετικών προτάσεων στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

β) Γνωμοδοτεί σε κάθε θέμα τρέχουσας πολιτικής, όσον αφορά την υγεία, που παραπέμπεται σ' αυτό και εισηγείται μέτρα για την υλοποίηση των πραγματικών στόχων.

γ) Παρακολουθεί τη διαδικασία προγραμματισμού, ελέγχει την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο και εισηγείται διορθωτικά μέτρα.

δ) Έχει την ευθύνη συντονισμού και ελέγχου των περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (όταν με την προώθηση της διοικητικής αποκέντρωσης δια νόμου δημιουργηθούν τα περιφερειακά Συμβούλια Υγείας) και γνωμοδοτεί για την κατανομή των πιστώσεων μεταξύ των Υγειονομικών Περιφερειών της Χώρας.

2. Στο ΚΕ.Σ.Υ. περιέρχονται όλες οι αρμοδιότητες που είχαν το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, το Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας, οι Επιτροπές Οπτικών, το Ειδικό Γνωμοδοτικό Συμβούλιο για την άσκηση του επαγγέλματος Ψυχολόγων, η Επιτροπή Γενετικής και Οικογενειακού Προγραμματισμού, το Συμβούλιο Θεμάτων Υγείας και Αναπτύξεως Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, τα Περιφερειακά Επιστημονικά Συμβούλια Κρίσεως Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού και το Κεντρικό Επιστημονικό Συμβούλιο Κρίσεως Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού, που ασκούνται από Ειδικές Επιστημονικές Επιτροπές, που συγκροτούνται σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρ. 4 του παρόντος.

3. Με Π.Δ/τα, που εκδίδονται μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορούν να προσδίδονται στο ΚΕ.Σ.Υ. και άλλες αρμοδιότητες.»

Το 1983 ψηφίστηκε ο Νόμος 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», με τον οποίο τέθηκαν οι βάσεις για τη συνολική κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις αρχές της Φροντίδας Υγείας. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 1 του νόμου αναφέρεται: « 1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. 2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση... ».

77

πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του συμβουλίου υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους».

Στο Άρθρο 5 γίνεται η διάκριση των μονάδων περίθαλψης όπως αναφέρεται «Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

Η περίθαλψη γενικά πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων του δημοσίου από ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης ή ιδιώτες ιατρούς, γίνεται με ειδικές συμβάσεις ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε συναρμόδιου Υπουργού.

Από τον ΕΟΠΥΥ η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται μόνο στους συμβεβλημένους με αυτόν παρόχους υγείας στη βάση ειδικών συμβάσεων, οι οποίες συνάπτονται στα πλαίσια της εκάστοτε ισχύουσας νομοθεσίας και η σύναψη και η ανανέωση αυτών υλοποιείται με Απόφαση του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ, έπειτα από έγκριση του σχεδίου αυτών από τον Υπουργό Υγείας. Στις διατάξεις του παρόντος νόμου, δεν υπάγονται μονάδες περίθαλψης που ανήκουν στο Πανεπιστήμιο ή στις Ένοπλες Δυνάμεις».

Στο Άρθρο 24 γίνεται αναφορά στους ιατρούς του ΕΣΥ «Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων οποιασδήποτε νομικής μορφής και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας, εκτός από τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται ως θέσεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης», με το Άρθρο 26 να αναφέρεται στα προσόντα ιατρών.

Ο νόμος αυτός αποτέλεσε το πρώτο ολοκληρωμένο σχέδιο οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, δίνοντας έμφαση στην περιφερειακή αποκέντρωση με τη σύσταση κέντρων υγείας σε κάθε νομό της χώρας για να λειτουργήσουν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων, την ανάπτυξη της ισότιμης παροχής περίθαλψης ως σκοπό των κέντρων υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητας εκάστου και τη λειτουργική διασύνδεση των διαφορετικών

βαθμίδων περίθαλψης περιλαμβάνοντας τη νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και την παροχή πρώτων βοηθειών, νοσηλείας εκτάκτων περιστατικών μέχρι και τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο. Επίσης, στο νόμο αυτό αναφέρεται για πρώτη φορά ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού ως κομμάτι της οργάνωσης των κέντρων υγείας αστικών περιοχών δίνοντας δυνατότητα ελεύθερης επιλογής αυτού από τους πολίτες. Σε κάθε οικογενειακό ιατρό ανατίθεται η ιατρική φροντίδα 1.800 μέχρι 2.500 ατόμων ή 1.200 μέχρι 2.000 παιδιών.

Ο Νόμος 1579/1985 αφορά στις ρυθμίσεις σχετικά με την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Τα Άρθρα 1-4 αφορούν ρυθμίσεις για τους ιατρούς και τις ειδικότητες τους. Τα Άρθρα 5 και 6 διευκρινίζουν τις σχολές και τις ειδικότητες του Νοσηλευτικού προσωπικού. Στο Άρθρο 7 συνίσταται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.)

Από το 1985 μέχρι το 1990 ψηφίστηκαν συμπληρωματικές ρυθμίσεις για την ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ., πολλές όμως διατάξεις αυτών καταργήθηκαν ή τροποποιήθηκαν με νεότερη νομοθεσία. Τα σημεία που πρέπει να αναφερθούν είναι ότι με τις διατάξεις του Ν. 1579/1983 καθορίζεται το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως υπεύθυνο για τη διάρθρωση και τον τρόπο λειτουργίας των φορέων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και παράλληλα ξεκινά η διαδικασία στελέχωσης των Κέντρων Υγείας και των νοσοκομείων με θέσεις ιατρών «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης».

Ο επόμενος νομοθετικά σημαντικός σταθμός οριοθετήθηκε με το νόμο 2071/1992 για τον «Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του Συστήματος Υγείας», με τις διατάξεις του οποίου τροποποιήθηκαν λειτουργικά και οργανωτικά τα νοσοκομεία και προστέθηκαν στη λίστα παροχής των πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και ο ιδιωτικός τομέας. Επιπλέον, τροποποιήθηκε ο θεσμός του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, δίνοντας τη δυνατότητα για μερική απασχόληση (άρθρο 71), αλλά μια από τις πιο σημαντικές διατάξεις είναι η μετατροπή των περιφερειακών και αγροτικών ιατρείων σε υγειονομικούς σταθμούς και η υπαγωγή τους

στις διευθύνσεις υγείας των οικείων νομαρχιών. Αυτές οι αλλαγές φαίνεται ότι δεν απέδωσαν καθώς το 1994, μόλις δύο (2) έτη μετά, εκδόθηκε ο νόμος 2194 με τίτλο «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.» με τον οποίο πραγματοποιήθηκαν πολλές αλλαγές που αφορούσαν στις διατάξεις του προηγούμενου νόμου. Αρχικά, με τα πρώτα άρθρα του νόμου ορίζεται το καθεστώς πλήρους απασχόλησης των ιατρών που έχουν μεταβάλει την εργασιακή τους σχέση σε μερική απασχόληση (άρθρο 4) και τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν πάλι ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού που ανήκουν και οι υγειονομικοί σταθμοί μετατρέπονται σε περιφερειακά ιατρεία και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας (άρθρο 5).

Τον Αύγουστο του 1997, ψηφίστηκε ο νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/ Α'/ 21.8.1997), «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.», με τον οποίο γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη δικτύων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και σε νομοθετικές παρεμβάσεις, οι οποίες πραγματοποιούνται με γνώμονα την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Πιο συγκεκριμένα, αναφέρεται η ορολογία «δικαιώματα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας» σε συνέχεια των διατάξεων του άρθρου 1 του ν. 1397/1983 και του άρθρου 47 του ν. 2071/1992 και η προσπάθεια θέσπισης των οργάνων προστασίας αυτών, καταδεικνύοντας την τάση για εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή. Επιπλέον, στις διατάξεις του άρθρου 7, γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων αγωγής υγείας στα σχολεία, γεγονός που ενισχύει την παραπάνω αναφερόμενη τάση. Στις έδρες κάθε περιφέρειας συνίσταται η λειτουργία των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) μέσα στις δομές των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., των οποίων το επιστημονικό έργο συντονίζεται, εποπτεύεται και ελέγχεται από το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.), εστιάζοντας ειδικότερα στην πρόληψη, στην προαγωγή και στην προστασία της δημόσιας υγείας. Για την περαιτέρω εξασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, συνίσταται η λειτουργία του Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.)

με στόχο την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, τη διασφάλιση της ποιότητας αυτών και τη σύνταξη πορισμάτων και εκθέσεων προς το Υπουργείο Υγείας για περαιτέρω ενέργειες.

Με το νόμο 2519/97 προβλέπεται η διοικητική και οργανωτική ενοποίηση των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη μορφή Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, τα οποία θα διασυνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., θα καλύπτουν αστικές και ημιαστικές περιοχές και θα παρέχονται υπηρεσίες από οικογενειακούς ιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας και παιδιατρικής, με ελεύθερη επιλογή ιατρού. Στην παράγραφο 5 του άρθρου 32 του νόμου, αναφέρεται ότι οι οικογενειακοί ιατροί θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε δικαιούχους, σε συγκεκριμένες πρωινές και απογευματινές ώρες και σε κατ' οίκον επισκέψεις μέσα στο εικοσιτετράωρο, εφόσον αυτό απαιτείται με τη δυνατότητα παραπομπής των ασθενών είτε σε ιατρούς και εργαστήρια του Δικτύου είτε στα Εξωτερικά Ιατρεία και Εργαστήρια των νοσοκομείων.

Με τις διατάξεις του νόμου 2646/1998, οργανώθηκε η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας ως ευθύνη παροχής του κράτους σε κάθε άτομο που διαμένει στην Ελληνική επικράτεια και χρήζει ανάγκη κοινωνικής φροντίδας, δηλαδή προστασίας μέσω προγραμμάτων πρόληψης και αποκατάστασης για να δημιουργηθούν προϋποθέσεις ισότιμης συμμετοχής των ατόμων στην κοινωνική και οικονομική ζωή. Ο νόμος αυτός εισήγαγε τον ορισμό της κοινωνικής φροντίδας και την παροχή πρωτοβάθμιων, δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών στους τομείς (α) Οικογένεια, παιδί και νεότητα, (β) Ηλικιωμένοι, (γ) Άτομα με Ειδικές Ανάγκες, (δ) Ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και ομάδες που τελούν σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το Προεδρικό Διάταγμα 216/2001 που αφορά στον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας. Σύμφωνα με το Άρθρο 1 «Ο Νοσηλευτής οφείλει να αποτελεί υπόδειγμα έντιμου και άμεμπτου ατόμου σ' όλες τις εκδηλώσεις της ζωής του και να προστατεύει την αξιοπρέπεια του νοσηλευτικού επαγγέλματος.

Οφείλει γενικά να πράττει καθετί που επιβάλλει το καθήκον του, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα, τις αρχές της ηθικής και της δεοντολογίας, τις διατάξεις

του παρόντος κώδικα και τις διατάξεις που αφορούν στην άσκηση του νοσηλευτικού επαγγέλματος».

Στο Άρθρο 3 «Ιδιαίτερο καθήκον του νοσηλευτή αποτελεί η φροντίδα του ασθενή, με τη δημιουργία του κατάλληλου θεραπευτικού περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να απολαμβάνει τη μέγιστη δυνατή σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία».

Ιδιαίτερα στο Άρθρο 5 «Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή».

Σύμφωνα με τα Άρθρα 7-9 «Ο Νοσηλευτής οφείλει απεριόριστο σεβασμό στην αξία της ανθρώπινης ζωής, λαμβάνει κάθε μέτρο για τη διάσωση ή διατήρηση της και απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να τη θέσει σε κίνδυνο.», «Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του με αποκλειστικό γνώμονα το συμφέρον του ασθενή, στα πλαίσια και όρια των καθηκόντων του, σύμφωνα με τα δεδομένα της νοσηλευτικής επιστήμης και τις διατάξεις που αφορούν την άσκηση του επαγγέλματος, αποφεύγοντας οποιαδήποτε μη ενδεδειγμένη ή πειραματική διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδο.

Για το σκοπό αυτό, ο Νοσηλευτής οφείλει να ενημερώνεται και να βελτιώνει τις δεξιότητές του στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης.» και «Ο Νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του, δημιουργώντας ένα ασφαλές περιβάλλον. Οφείλει επίσης να διαφυλάττει τα ατομικά δικαιώματα του ασθενή και να αποτρέπει με κάθε δυνατό μέσο οποιαδήποτε μορφή παραβίασης τους».

Το 2001 εκδίδεται ο νόμος 2889/2001 με τον τίτλο «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», με τον οποίο ιδρύονται τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) σε κάθε Υγειονομική, και ταυτόχρονα Διοικητική Περιφέρεια της Ελληνικής επικράτειας. Τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία θα λειτουργούν με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, ως

αποκεντρωμένες μονάδες του Ε.Σ.Υ., υπό την εποπτεία των Πε.Σ.Υ. (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Πρόσθετα, σύμφωνα με το Άρθρο 11 «Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης», «Η εκπαιδευτική άδεια για συμμετοχή σε συνέδρια στο εσωτερικό ή το εξωτερικό χορηγείται στο επιστημονικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση ότι ο ενδιαφερόμενος έχει ανακοίνωση ή ενεργό συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις, συζητήσεις ή διαλέξεις ή μετέχει σε ομάδες εργασίας με αυστηρά επιστημονικό περιεχόμενο. Σε κάθε άλλη περίπτωση χορηγείται εκπαιδευτική άδεια, για την παρακολούθηση παγκόσμιων ή πανευρωπαϊκών συνεδρίων ή συνεδρίων ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου και απόφαση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου, που εκδίδεται με την προϋπόθεση ότι ο λειτουργός ή υπάλληλος γνωρίζει άριστα τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στο συνέδριο και ότι ο συνολικός αριθμός του προσωπικού που απουσιάζει σε εκπαιδευτική ή άλλη άδεια δεν υπερβαίνει το 50% των υπηρετούντων στο τμήμα του αιτούντος και δεν διαταράσσεται κατά τα λοιπά η εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας.

Απαγορεύεται σε ιατρούς, στο λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Σ.Υ., καθώς και σε πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε κλινικές εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., να συμμετέχουν σε συνέδρια ή σεμινάρια στο εσωτερικό ή εξωτερικό, που οργανώνονται από φαρμακευτικές εταιρείες ή εταιρείες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την προβολή των προϊόντων τους.

Επιτρέπεται η καταβολή τιμητικής αμοιβής από φαρμακευτικές εταιρείες και λοιπές εταιρείες προϊόντων ΕΟΦ, στους προσκεκλημένους ομιλητές ή προεδρεύοντες συνεδριάσεων των επιστημονικών εκδηλώσεων τύπου Α και Β. Η αμοιβή αυτή καταβάλλεται από τον διοργανωτή αποκλειστικά και μόνο μέσω του Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης (ΕΛΚΕΑ)», «Οι Πανεπιστημιακοί ιατροί πλήρους απασχόλησης που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., με την επιφύλαξη της διάταξης του άρθρου 23 του ν. 4009/2011 (Α' 195), επιτρέπεται να

διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο, εφόσον συμμετέχουν στην ολοήμερη, πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του νοσοκομείου τουλάχιστον δύο φορές την εβδομάδα εκτός των ημερών εφημερίας»

Μετά από ένα χρονικό διάστημα δυόμιση ετών και υπό νέα κυβέρνηση, εκδόθηκε σε ΦΕΚ ο νόμος 3172 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος εστιάζει στην έννοια της Δημόσιας Υγείας, αποσαφηνίζοντας τις βασικές λειτουργίες, εξειδικεύοντας τις αρμοδιότητες των δομών γύρω από αυτή και θέτοντας τις προγραμματικές και οργανωτικές προτεραιότητες.

Η Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κυρώθηκε με το Νόμο 3204/2003, όπου στο Άρθρο 6 αναφορικά με τον διορισμό ιατρών στο ΕΣΥ αναφέρεται «Οι ιατροί που προσλαμβάνονται για πρώτη φορά σε θέση Επιμελητών Α', Β' και Γ διορίζονται με πενταετή θητεία. Στο τέλος της πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται και εφόσον επιλεγεί ο ίδιος ιατρός διορίζεται ως μόνιμος. Οι ιατροί που επιλέγονται δύο φορές για κατάληψη θέσης στο Ε.Σ.Υ. μονιμοποιούνται αυτοδίκαια στο βαθμό που κατέχουν μετά τη συμπλήρωση υπηρεσίας πέντε ετών. Για τη συμπλήρωση της πενταετίας λαμβάνεται υπόψη και ο χρόνος υπηρεσίας ιατρών που διορίστηκαν σε οργανική θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. και έχασαν ή χάνουν τη θέση τους με την έκδοση απόφασης των επιτροπών εκδίκασης εκκρεμών ενστάσεων της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ165 Α') ή με την έκδοση δικαστικής απόφασης.

Οι ιατροί που προσλαμβάνονται σε θέσεις διευθυντών διορίζονται με πενταετή θητεία, στο τέλος της οποίας ο ιατρός αξιολογείται από το Συμβούλιο Αξιολόγησης Διευθυντών και εφόσον η αξιολόγηση είναι θετική ο ιατρός μονιμοποιείται. Οι διατάξεις αυτής της παραγράφου ισχύουν και για τους ιατρούς που διορίστηκαν σε θέση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πριν από τη δημοσίευση αυτού του νόμου.

Για τους Επιμελητές Α' που διορίστηκαν για πρώτη φορά στο Ε.Σ.Υ. με τις διατάξεις του Ν. 2519/1997 εξακολουθεί να ισχύει το εδάφιο 7της παρ. 7του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001.

Μετά τη μονιμοποίηση των παραπάνω ιατρών ισχύουν για την εξέλιξη τους οι διατάξεις του άρθρου 35 του Ν. 2519/1997.

Η προϋπηρεσία ειδικευμένου ιατρού, σε υπηρεσίες του κρατικού συστήματος Κρατών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπολογίζεται για την εξέλιξη του ιατρού ως προϋπηρεσία στο Ε.Σ.Υ».

Μετά από αρκετές αλλαγές και προσθήκες σε διατάξεις νόμων γύρω από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το 2004 εκδόθηκε ο Νόμος 3235 (ΦΕΚ 53/Α'/18.2.2004) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ο οποίος συνδυαστικά με το νόμο 3172/2003, ήταν τα πρώτα βήματα του εκσυγχρονισμού του Ελληνικού συστήματος υγείας. Για πρώτη φορά στην Ελληνική νομοθεσία, ένας νόμος αφορά αποκλειστικά την Π.Φ.Υ., την έννοια, το περιεχόμενο, το σκοπό της αλλά και τους φορείς από τους οποίους παρέχονται οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Ειδικότερα όπως αναφέρεται στο άρθρο 1 του Ν. 3235/2004 η οριοθέτηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, την οδοντιατρική φροντίδα με έμφαση στην προληπτική ιατρική, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Επιπλέον, με τις διατάξεις του άρθρου 7 του νόμου, επανέρχεται ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού, καθώς και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Οι δύο αυτοί τελευταίοι νόμοι, ήρθαν να εφαρμόσουν τα προβλεπόμενα από τη διακήρυξη της Άλμα- Άτα, με έμφαση στο ρόλο των δομών της Π.Φ.Υ. ως τα πρώτα σημεία επαφής του πολίτη-ασθενή με το σύστημα υγείας και στην

αλληλεπίδραση της Π.Φ.Υ. με τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Εν συνεχεία, ο νόμος 3370/2005, ήρθε για να συμπληρώσει το κενό στη νομοθεσία σχετικά με την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, εξειδικεύοντας τις κύριες δράσεις των δομών αναφέροντας πιο συγκεκριμένα ότι «οι πολιτικές και στρατηγικές δημόσιας υγείας διαμορφώνονται σύμφωνα με τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας».

Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας κυρώθηκε με το Νόμο 3418/2005. Στο Άρθρο 1 αναφέρονται οι έννοιες και ορισμοί του παρόντος «Ιατρική πράξη είναι εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου.

Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν οπωσδήποτε στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και στην προαγωγή της επιστήμης.

Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.

Κατά τον παρόντα Κώδικα:

α) στην έννοια «ασθενής» περιλαμβάνεται κάθε χρήστης των υπηρεσιών υγείας,

β) στην έννοια «οικείος» περιλαμβάνονται οι συγγενείς εξ αίματος και εξ αγχιστείας σε ευθεία γραμμή, οι θετοί γονείς και τα θετά τέκνα, οι σύζυγοι, οι μόνιμοι σύντροφοι, οι αδελφοί, οι σύζυγοι και οι μόνιμοι σύντροφοι των αδελφών, καθώς και οι επίτροποι ή οι επιμελητές του ασθενούς και όσοι βρίσκονται υπό δικαστική συμπαράσταση.

Οι διατάξεις του παρόντος εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας

φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά, ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας, ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι»

Σύμφωνα με το Άρθρο 2 για την άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα αναφέρεται «Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της 28 Νοεμβρίου 2005 σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.

Ο ιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του ιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφανσης της προσωπικότητάς του.

Το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.

Ο ιατρός σέβεται την ανθρώπινη ζωή ακόμη και κάτω από απειλή και δεν χρησιμοποιεί τις γνώσεις του ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού. Δεν συντρέχει ούτε παρέχει υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.

Ο ιατρός, επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.

Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου».

Στο Νόμο 3754/2009 ρυθμίζονται τα σχετικά με τους όρους απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ. Σύμφωνα με το Άρθρο 1 «Για τις ανάγκες κατάρτισης του προγράμματος εφημέριων και ομαλής λειτουργίας των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας δεν εφαρμόζονται ελαστικά ωράρια και ελαστικές σχέσεις εργασίας. Ο παρών νόμος αφορά το σύνολο του ιατρικού προσωπικού του κλάδου ΕΣΥ, στο οποίο περιλαμβάνονται και οι οδοντίατροι, καθώς και οι ιατροί που ανήκουν στο Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου" της Θεσσαλονίκης και στις κλινικές, τμήματα, εργαστήρια και μονάδες αυτού. Οι ισχύουσες για την αστική ευθύνη των νοσοκομειακών ιατρών διατάξεις εφαρμόζονται και για τους πανεπιστημιακούς ιατρούς»

Στο Άρθρο 2 επισημαίνεται πως «Το επίσημο ωράριο των νοσοκομειακών ιατρών είναι επτάωρο, συνεχές, πρωινό και πενθήμερο από Δευτέρα έως Παρασκευή. Ύστερα από κάθε ενεργό εφημερία παρέχεται στον ιατρό, νοσοκομειακό ή πανεπιστημιακό, σε εργάσιμη ημέρα, εικοσιτετράωρη ανάπαυση, η οποία δεν μεταφέρεται πέραν της μιας εβδομάδας»

Το Άρθρο 10 αφορά διατάξεις για το νοσηλευτικό προσωπικό όπου «Το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων και των λοιπών νοσηλευτικών μονάδων του ΕΣΥ προσλαμβάνεται κατόπιν ενιαίων προκηρύξεων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ν. 2190/1994, όπως εκάστοτε ισχύει.

Η προκήρυξη και η διεξαγωγή των διαγωνισμών πρόσληψης μέχρι και την έκδοση των οριστικών αποτελεσμάτων γίνεται από το ΑΣΕΠ.

Οι υποψήφιοι έχουν δικαίωμα να υποβάλουν αίτηση σε δύο μόνο μονάδες του ΕΣΥ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, στο πλαίσιο του ίδιου διαγωνισμού. Για το σκοπό αυτόν, καταθέτουν σχετική δήλωση κατά την υποβολή της υποψηφιότητας τους.

Αν υποβάλουν υποψηφιότητα σε περισσότερες από δύο νοσηλευτικές μονάδες της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, εκπίπτουν από τη θέση τους, εφόσον επιλεγούν, και αποκλείονται για μία διετία από κάθε διαγωνισμό πρόσληψης προσωπικού του ΕΣΥ οποιασδήποτε κατηγορίας και ανεξάρτητα από τον φορέα που διενεργεί το διαγωνισμό.

Οι προσλαμβανόμενοι κατά τη διαδικασία της παραγράφου 1 καλύπτουν αποκλειστικά κενές οργανικές θέσεις. Εξομοιώνονται μισθολογικά, ασφαλιστικά και ως προς την εξέλιξη τους, με το προσωπικό που υπηρετεί στις αντίστοιχες

Από την ημερομηνία πρόσληψης τους και για μία πενταετία, οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται με την εξαιρετική διαδικασία του παρόντος άρθρου δεν επιτρέπεται να μετακινηθούν από τη θέση για την οποία προσλήφθηκαν, για οποιονδήποτε λόγο, και με οποιαδήποτε διαδικασία, όπως απόσπαση, μετάταξη, μετάθεση.

Όσοι εκ των υποψηφίων επιλεγούν κατά τη διαδικασία της παραγράφου 1 και δεν προσέλθουν να αναλάβουν υπηρεσία ή παραιτηθούν εντός δώδεκα μηνών από την ημερομηνία πρόσληψης τους, απαγορεύεται να συμμετάσχουν για μία διετία σε διαγωνισμούς πρόσληψης προσωπικού του ΕΣΥ, οποιασδήποτε κατηγορίας, ανεξάρτητα από τον φορέα που διενεργεί το διαγωνισμό.

Η διαδικασία πρόσληψης των προηγούμενων παραγράφων ισχύει, κατ' εξαίρεση, για μία τριετία από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με την εξαιρετική διαδικασία θα προσληφθούν πέντε χιλιάδες πεντακόσιοι (5.500) νοσηλευτές.

Η διαδικασία αυτή εφαρμόζεται συμπληρωματικά προς την εκκρεμή διαδικασία πρόσληψης μέσω Α.Σ.Ε.Π. και μέχρι να συμπληρωθούν οι κενές οργανικές θέσεις της νοσηλευτικής μονάδας που προκηρύσσει το διαγωνισμό.

Στην παράγραφο 5 του άρθρου 2 του ν. 3252/2004 (ΦΕΚ 132 Α'), προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Η επαγγελματική αναγνώριση μεταπτυχιακών προγραμμάτων και των αντίστοιχων τίτλων σπουδών, η πραγματοποίηση υπό την αιγίδα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και επιστημονικών εκδηλώσεων που αφορούν τη νοσηλευτική επιστήμη και τέχνη και η μοριοδότηση για επαγγελματικούς σκοπούς των προγραμμάτων αυτών με μεταπτυχιακές εκπαιδευτικές μονάδες.».

Ο Νόμος 3868/2010 αναφέρεται στην αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Στο Άρθρο 2 αναφέρονται τα κίνητρα για την κάλυψη αναγκών της περιφέρειας σε ιατρικό δυναμικό στις μονάδες υγείας του ΕΣΥ. Ενδεικτικά αναφέρονται «Σε Γενικά Νοσοκομεία, Γενικά Νοσοκομεία - Κ.Υ. και Κέντρα Υγείας απομακρυσμένων και νησιωτικών περιοχών που εντάσσονται στη Γ' Ζώνη, κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 45 του ν. 3205/2003 (ΦΕΚ 297 Α') και στις περιοχές που χαρακτηρίζονται ως άγονες και προβληματικές Α' κατηγορίας κατά τα προβλεπόμενα στο π.δ.131/1987 (ΦΕΚ 73 Α'), με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου, ύστερα από άγωνα προκήρυξη, οι θέσεις που κενώνονται μπορεί να προκηρύσσονται σε ανώτερο βαθμό. Οι θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ., που προκηρύσσονται σύμφωνα με το προηγούμενο εδάφιο, μπορούν να πληρωθούν από ιατρούς χωρίς τον περιορισμό χρόνου προϋπηρεσίας στην ειδικότητα, αλλά με την υποχρέωση παραμονής στη θέση αυτή επί πενταετία. Στους ιατρούς αυτούς ο μηνιαίος βασικός μισθός προσαυξάνεται κατά δέκα τοις εκατό (10%) για το διάστημα που υπηρετούν στη θέση αυτή. Για την κατάληψη άλλης θέσης και την εξέλιξη των ιατρών αυτών στο Ε.Σ.Υ., ο χρόνος αυτός προσμετράται με το ανώτατο, ανά βαθμό, ποσοστό προϋπηρεσίας κατά τις κρίσεις, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α')», «Οι επικουρικοί ιατροί, κατά το χρόνο απασχόλησής τους για κάλυψη των έκτακτων αναγκών, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ο χρόνος που υπηρετεί ο ιατρός ως επικουρικός προσμετράται, ως προϋπηρεσία, στις κρίσεις για την

κατάληψη θέσης ιατρών Ε.Σ.Υ., καθώς και σε κάθε περαιτέρω εξέλιξή του στο Ε.Σ.Υ.. Ο χρόνος υπηρεσίας των επικουρικών ιατρών σε υγειονομικές μονάδες εκτός της Περιφέρειας Αττικής (πλην Κυθήρων) και του Νομού Θεσσαλονίκης, προσμετράται στο διπλάσιο κατά την κρίση για την κατάληψη θέσης ιατρών Ε.Σ.Υ.», «Τακτικοί υπάλληλοι και υπάλληλοι ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου δημοσίων υπηρεσιών, νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, πρώτου και δεύτερου βαθμού, που είναι σύζυγοι ιατρικού προσωπικού του Ε.Σ.Υ., τακτικού νοσηλευτικού, λοιπού επιστημονικού και παραϊατρικού προσωπικού και αντίστοιχου προσωπικού ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α.), που υπηρετούν σε περιοχές που εντάσσονται στη Γ΄ Ζώνη, κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 45 του ν. 2606/1998 (ΦΕΚ 89 Α΄) και στις περιοχές που χαρακτηρίζονται ως άγονες και προβληματικές Α΄ κατηγορίας, κατά τα προβλεπόμενα στο π.δ.131/1987 (ΦΕΚ 73 Α΄), επιτρέπεται να αποσπώνται, σε υπηρεσίες στην περιοχή όπου υπηρετεί ο/η σύζυγός τους. Η απόσπαση διενεργείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των κατά περίπτωση συναρμόδιων υπουργών, που εκδίδεται ύστερα από αίτηση του υπαλλήλου και σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Αρνητική γνώμη δικαιολογείται μόνο για σοβαρό υπηρεσιακό λόγο, που διαπιστώνεται και αιτιολογείται επαρκώς από το υπηρεσιακό συμβούλιο».

Στο Άρθρο 3 αναφέρονται οι ρυθμίσεις των όρων απασχόλησης νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ. Πιο αναλυτικά «Η παράγραφος 1 του άρθρου 19 του ν. 3730/2008 (ΦΕΚ 262 Α΄) αντικαθίσταται ως εξής: 1. Κατά την κρίση των υποψηφίων για την πρόσληψη σε θέση κλάδου ιατρού στο Ε.Σ.Υ. ο χρόνος εξειδίκευσης σε μονάδα εντατικής θεραπείας ή αντίστοιχη μονάδα νεογνών και παιδών θεωρείται ως χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ.».

Στο Άρθρο 7 αναλύεται την διαδικασία επιλογής μόνιμου νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Αναλυτικότερα «Η πρόσληψη του τακτικού προσωπικού των κλάδων ΠΕ Νοσηλευτικής, ΤΕ Νοσηλευτικής, ΤΕ Επισκεπτών Υγείας, ΤΕ Μαιευτικής, ΤΕ Ραδιολογίας-Ακτινολογίας, ΤΕ Φυσικοθεραπευτών, ΤΕ Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕ Εργοθεραπευτών, ΤΕ Λογοθεραπευτών, ΤΕ Τεχνολόγων Ιατρικών

Οργάνων, ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕ Νηπιοβρεφοκόμων, ΔΕ Βρεφονηπιοκόμων, ΔΕ Νοσηλευτικής, ΔΕ Επιμελητών Ασθενών, ΔΕ Παρασκευαστών, ΔΕ Χειριστών-Εμφανιστών, ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Συσκευών, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων, ΔΕ Πληρωμάτων Ασθενοφόρων, ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου, ΔΕ Χειριστών Ιατρικών Μηχανημάτων και ΔΕ Βοηθών Ακτινολογικών Εργαστηρίων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α.), καθώς και του Αρεταίειου Νοσοκομείου, του Αιγινήτειου Νοσοκομείου και του Νοσηλευτικού Ιδρύματος Μετοχικού Ταμείου Στρατού (Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.), που υπάγεται στην αρμοδιότητα του Α.Σ.Ε.Π., μπορεί να διενεργείται και βάσει «Ετήσιου Κυλιόμενου Πίνακα Κατάταξης» σύμφωνα με τη διαδικασία πλήρωσης θέσεων με σειρά προτεραιότητας του άρθρου 18 του ν. 2190/1994. Με απόφαση της Ολομέλειας του Α.Σ.Ε.Π., ο Ετήσιος Κυλιόμενος Πίνακας Κατάταξης μπορεί να εφαρμόζεται και σε άλλες κατηγορίες και κλάδους ή ειδικότητες προσωπικού των φορέων του πρώτου εδαφίου. Στις περιπτώσεις πλήρωσης θέσεων για τις οποίες απαιτείται εξειδικευμένη εμπειρία ως τυπικό προσόν διορισμού, ο Ετήσιος Κυλιόμενος Πίνακας Κατάταξης δεν εφαρμόζεται».

Αρκετά έτη αργότερα, από συναφείς νομοθετικές διατάξεις, με τα προβλεπόμενα στα άρθρα του Ν. 3918/2011, πραγματοποιούνται διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, όπως αναφέρεται και στον τίτλο του ΦΕΚ. Με το νέο αυτό νόμο, προβλέπεται η σύσταση και λειτουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ως ένας ενιαίος πάροχος υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, απορροφώντας τις υπηρεσίες, τις αρμοδιότητες, τον εξοπλισμό και το προσωπικό των επιμέρους Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) υπό ενιαία διαχείριση και συντονισμό. Ο νόμος εφαρμόστηκε άμεσα, και μέχρι τον Απρίλιο του 2012, είχαν ενταχθεί όλοι οι Ο.Κ.Α., πλην ελαχίστων εξαιρέσεων, πραγματοποιώντας μια σημαντική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό σύστημα υγείας, περιορίζοντας τον κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας, τις διαφορές στις παρεχόμενες υπηρεσίες, με γνώμονα την ισότητα της πρόσβασης σε αυτές και από τις αρχές της αποτελεσματικότητας και της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών, με ταυτόχρονη ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.

Τα Άρθρα 17-33 αφορούν την σύσταση, σκοπό, πόροι-περιουσία, κ.α. του Εθνικού Οργανισμού Υπηρεσιών Υγείας. Ενδεικτικά αναφέρεται «Συνιστάται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (εφεξής Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή Οργανισμός), το οποίο αποτελεί Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα στο Μαρούσι. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ορίζεται έξι μήνες μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου».

Με τον σκοπό να διατυπώνεται ως εξής «Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:

α. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του παρόντος νόμου.

β. Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 23 και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Η συνεργασία πραγματοποιείται με βάση τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού του άρθρου 31 του Ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α'). Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται επίσης και ο χάρτης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την καλύτερη και σωστή εξυπηρέτηση των της περίπτωση α' του παρόντος άρθρου δικαιούχων.

γ. Η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων της προηγούμενης παραγράφου, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

δ. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται».

Σχετικά με τους πόρους-περιουσία του ΕΟΠΥΥ ορίζονται ως εξής «Πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι:

α. Η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ. Η επιχορήγηση αυτή αφορά τη συμμετοχή του Δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων για τον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, βάσει του άρθρου 35 του Ν. 2084/1992 (ΦΕΚ 165 Α΄) και του ΟΑΕΕ και την κρατική συμμετοχή για τον ΟΓΑ.

β. Οι ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου - εργοδότη. Οι πόροι του Ο.Π.Α.Δ. που προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων σε ποσοστό 2,55% και τις εισφορές του εργοδότη σε ποσοστό 5,1% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των δικαιούχων του.

γ. Η προβλεπόμενη εισφορά συνταξιούχων, που ανέρχεται σε ποσοστό 4%. Η εισφορά 2,55% των συνταξιούχων του Δημοσίου αυξάνεται από 1.1.2012 κατά 0,70% και από 1.1.2013 κατά 0,75% και διαμορφώνεται τελικά σε 4%. Στις περιπτώσεις ασφαλιστικών οργανισμών που η εν λόγω εισφορά είναι μικρότερη από το παραπάνω τελικό ποσοστό, αυτή από 1.1.2012 διαμορφώνεται στο 4%.

δ. Τα έσοδα από κοινωνικούς πόρους υπέρ των αντίστοιχων φορέων και Κλάδων Υγείας που εντάσσονται, οι πρόσοδοι περιουσίας τους, η απόδοση των κεφαλαίων και αποθεματικών αυτών, καθώς και κάθε άλλο έσοδο που προβλέπεται από την οικεία νομοθεσία ή άλλες γενικές διατάξεις νόμων.

ε. Πρόσοδοι από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών.

στ. Ποσά από επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών.

ζ. Δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα και κτήσεις από άλλη χαριστική αιτία.

η. Τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., και σε αλλοδαπούς, σύμφωνα με τις διεθνείς συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας καθώς και τα έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ) ή Τομείς Υγειονομικής Περίθαλψης για τους ασφαλισμένους τους. Με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού για τον εκάστοτε ΦΚΑ ή Τομέα Υγειονομικής Περίθαλψης, μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ορίζεται η επιμέρους διαδικασία σχετικά με: (α) την παραλαβή, επεξεργασία και εξόφληση λογαριασμών φαρμάκων από ιδιωτικά φαρμακεία, η δαπάνη των οποίων παρακολουθείται σε διακριτό ΚΑΕ, στον οποίο γίνεται καταβολή της δαπάνης που προκαλείται από τον αντίστοιχο συμβαλλόμενο ΦΚΑ ή Τομέα Υγειονομικής Περίθαλψης, (β) τη χορήγηση φαρμάκων από τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., η δαπάνη των οποίων παρακολουθείται διακριτά στους ΚΑΕ του Οργανισμού για τη φαρμακευτική περίθαλψη και ισοσκελίζεται με την καταβολή του αντίστοιχου ποσού από τον ΦΚΑ ή τον Τομέα Υγειονομικής Περίθαλψης και (γ) τη χρήση των πληροφοριακών συστημάτων Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για λοιπές παροχές, τον τρόπο υποβολής και το ύψος του εσόδου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. από την παροχή αυτών των υπηρεσιών, ως και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της ανωτέρω διάταξης.

θ. Είσπραξη των ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακεία σύμφωνα με τα άρθρα 34 και 35 του παρόντος νόμου.

ι) έσοδα ιδίως από την αξιοποίηση Εθνικών και Ευρωπαϊκών Πόρων, την αξιοποίηση της περιουσίας του Οργανισμού, την αξιοποίηση των δεδομένων του Οργανισμού και των δεδομένων που τηρεί για αυτόν η ΗΔΙΚΑ ή άλλοι φορείς, την αξιοποίηση εφαρμογών σχετικών με την υγεία οι οποίες θα αναπτυχθούν στον ιστότοπο του οργανισμού ή σε διασυνδεδεμένους ιστοτόπους, την αξιοποίηση παροχής αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας του σήματος του Οργανισμού, τη μεταφορά τεχνογνωσίας ανάπτυξης προδιαγραφών και ποιοτικών δεικτών παρόχων υγείας, τη μεταφορά τεχνογνωσίας παροχής ελέγχων δαπανών υγείας βασιζόμενης σε στατιστική μεθοδολογία, την αξιοποίηση διαφημίσεων στους χώρους ή στον ιστότοπο ή σε έντυπα και άλλα υλικά του

οργανισμού, τη μεταβίβαση της αξίωσης των μη υπαιτίων ασφαλισμένων του εξαιτίας τροχαίων ατυχημάτων, την αξιοποίηση συμβάσεων υπηρεσιών προς άλλους δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, την αξιοποίηση καινοτόμων προγραμμάτων υγείας, την ανάπτυξη προγραμμάτων ιατρικού τουρισμού, την ανάπτυξη συνεργειών με άλλους φορείς δημόσιους ή ιδιωτικούς».

Εν συνεχεία, το 2014 πραγματοποιείται αλλαγή του σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., και παράλληλα συνίσταται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.). Στις Π.Ε.Δ.Υ. συμπεριλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία και οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Με το νόμο αυτό, επανέρχεται η καθιέρωση του θεσμού του Οικογενειακού Ιατρού για την παροχή Π.Φ.Υ. στο πλαίσιο των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Το.Π.Φ.Υ.), αρμοδιότητας των Κ.Υ. της οικείας Δ.Υ.Πε. (ΦΕΚ... ν. 4238/2014).

Οι επόμενες σημαντικές μεταρρυθμίσεις στην Π.Φ.Υ., και οι πιο πρόσφατες, ήρθαν με το νόμο 4486 του 2017, με τον οποίο σε πρώτο επίπεδο, οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες παρέχονται από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.) και σε δεύτερο επίπεδο από τα Κέντρα Υγείας, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας.

Οι Το.Μ.Υ. συστήνονται ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ. και στελεχώνονται από μία Ομάδα Υγείας, στην οποία συμπεριλαμβάνονται και οι Οικογενειακοί Ιατροί. Η εγγραφή στον οικογενειακό ιατρό γίνεται υποχρεωτική, και οι Το.Μ.Υ. λειτουργούν ως μονάδα παραπομπής, σε ειδικευμένους πρωτοβάθμιους παρόχους, στα Κέντρα Υγείας, σε δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Περαιτέρω, προβλέπονται αλλαγές στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας, σύμφωνα με όσα αναφέρονταν στο ν. 4238/2014, και πλέον καταρτίζεται από τον οικογενειακό ιατρό ή από τους επαγγελματίες υγείας της εκάστης Το.Μ.Υ..

Σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 4486/2017, η Ομάδα Υγείας «αναλαμβάνει την υλοποίηση παρεμβάσεων και δράσεων πρόληψης και προαγωγής υγείας, σε συνεργασία με το εξειδικευμένο κατά περίπτωση ιατρικό και άλλο προσωπικό, με κριτήρια ιδίως τις τοπικές ανάγκες και τον αριθμό των ληπτών υπηρεσιών υγείας που εξυπηρετεί» (Ν. 4486/2017).

Πίνακας 1. Συνοπτική παρουσίαση ελληνικής νομοθεσίας ΕΣΥ

N. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Για την παροχή εξωνοσοκομειακής/Υγείας»	Για την παροχή εξωνοσοκομειακής/ πρωτοβάθμιας φροντίδας ▪ Δημιουργία αστικών και μη αστικών Κέντρων Υγείας ▪ Δημιουργία Περιφερειακών Ιατρείων, ως αποκεντρωμένες μονάδες των οικείων νοσοκομείων
N. 1579/2015 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»	▪ Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι υπεύθυνο για τη διάρθρωση και τον τρόπο λειτουργίας των φορέων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης ▪ Στελέχωση των Κέντρων Υγείας και των νοσοκομείων με θέσεις ιατρών «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης».
N. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»	▪ Προστίθενται στη λίστα για παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ΕΣΥ και ο ιδιωτικός τομέας ▪ Καταργείται ο θεσμός του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, δίνοντας τη δυνατότητα για μερική απασχόληση

	▪ Τα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία μετατρέπονται σε υγειονομικούς σταθμούς και υπάγονται στις διευθύνσεις υγείας των νομαρχιών
N. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»	▪ Επανέρχεται το καθεστώς πλήρους απασχόλησης των ιατρών. ▪ Τα κέντρα υγείας λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων ▪ Οι υγειονομικοί σταθμοί μετατρέπονται σε περιφερειακά ιατρεία και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας
N. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»	▪ Μέσω της έννοιας Δημόσια Υγεία, παρέχονται υπηρεσίες που ανήκουν στην ΠΦΥ ▪ Σύσταση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε αστικές και ημι-αστικές περιοχές και παροχή υπηρεσιών υγείας από οικογενειακούς ιατρούς.
N. 2646/1998 «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»	▪ Ορίζεται η έννοια της κοινωνικής φροντίδας ▪ Παροχή πρωτοβάθμιων, δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών σε κοινωνικές ομάδες πληθυσμού

N. 2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις.»	▪ Ίδρυση Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) σε Περιφέρεια. ▪ Τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία θα λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες του Ε.Σ.Υ., υπό την εποπτεία των Πε.Σ.Υ
N. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»	Οργάνωση και αρμοδιότητες δομών Δημόσιας Υγείας
N. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»	▪ Επανέρχεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού ▪ Εισάγεται ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας
N. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις.	Οργάνωση και λειτουργία δομών παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας
N. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»	Σύσταση ΕΟΠΥΥ για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών
N. 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις»	• Αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. • Σύσταση Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) στις Δ.Υ.Πε. • Καθιέρωση Οικογενειακού Ιατρού στα Τοπικά Δίκτυ Π.Φ.Υ. (Το.Π.Φ.Υ.)
N. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της	• Σύσταση Τοπικών Μονάδων Υγείας

Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»	(Το.Μ.Υ.) • Στελέχωση Το.Μ.Υ. από Ομάδα Εργασίας και τον Οικογενειακό Ιατρό • Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας του πολίτη, καταρτίζεται από τον οικογενειακό ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας των Το.Μ.Υ.
---	--

Β Μέρος – Ερευνητική αναφορά

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μεταπτυχιακής μελέτης είναι η δημογραφική απεικόνιση πανελλαδικά των θεραπευτηρίων, των κλινών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, από το 1985 έως σήμερα. Μέσω αυτής της διαδικασίας απεικόνισης επιχειρείται η αξιολογική διαδικασία, η οποία σκοπό έχει τη βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης και όχι την σκωπτική θεώρηση των πεπραγμένων.

Μεθοδολογία έρευνας

Επιχειρήθηκε η δημογραφική απεικόνιση πανελλαδικά των θεραπευτηρίων, των κλινών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, από το 1985 έως σήμερα μέσω επεξεργασίας ποσοτικών πρωτογενών δεδομένων και ανάλυση των εξαγόμενων αποτελεσμάτων.

Αποτελέσματα

Θεραπευτήρια και κλίνες συνολικά

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η εξέλιξη των θεραπευτηρίων, κλινών και θέσεων ημερήσιας νοσηλείας στην Ελλάδα την περίοδο 1985-2020. Παρατηρείται ότι υπήρχαν 552 θεραπευτήρια το 1985, αριθμός ο οποίος μειώνεται έκτοτε και έφτασε τα 269 θεραπευτήρια το 2019 (τελευταία διαθέσιμα στοιχεία), δηλαδή μείωση κατά 51,2%. Όσον αφορά τις κλίνες το 1985 υπήρχαν 54438 κλίνες και το 2019 οι κλίνες είναι 44868, μία μείωση κατά 17,6%, αρκετά μικρότερη αυτής των θεραπευτηρίων. Επίσης, υπάρχουν 3674 (στοιχεία 2019) κλίνες ημερήσιας νοσηλείας, οι οποίες αποτελούν το 7,5% των συνολικών διαθέσιμων κλινών. Τα στοιχεία αυτά υποδεικνύουν ότι τα θεραπευτήρια μειώθηκαν σε αριθμό αλλά πλέον έχουν μεγαλύτερη χωρητικότητα σε κλίνες, από 98,6 κλίνες ανά θεραπευτήριο το 1985 σε 166,8 κλίνες ανά θεραπευτήριο το 2019, ακολουθώντας τη συγκέντρωση του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η χρονική μεταβολή του αριθμού των θεραπευτηρίων στην Ελλάδα την περίοδο 1985-2020 και στο Διάγραμμα 2 το ετήσιο ποσοστό μεταβολής θεραπευτηρίων με βάση το προηγούμενο έτος. Παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη μείωση στον αριθμό των θεραπευτηρίων σημειώθηκε μεταξύ των ετών 1986-1985 (11,6%) όπου από 552 θεραπευτήρια το 1985 το σύνολο των θεραπευτηρίων μειώθηκε στα 488 το 1986. Σημαντικές μειώσεις παρατηρήθηκαν επίσης το 1987 (-7%), το 1990 (-7,9%), το 1991 (-4%), το 2012 (-3,8%) και το 2013 (-4%). Για την περίοδο 1985-2020, το μέσο ποσοστό ετήσιας μεταβολής του αριθμού των θεραπευτηρίων είναι -2,1%.

Όσον αφορά τις κλίνες, η χρονική τους μεταβολή παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 3. Παρατηρείται ότι τα έτη 1985 και 2009, η Ελλάδα διέθετε τον μεγαλύτερο αριθμό κλινών, 54438 και 54704 αντίστοιχα. Ενώ ως και το 2009 οι κλίνες ήταν άνω των 50000, από το 2010 και έπειτα οι κλίνες μειώνονται συνεχώς, φθάνοντας το 2019 τις 44868. Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζεται το ετήσιο ποσοστό μεταβολής του αριθμού κλινών με βάση

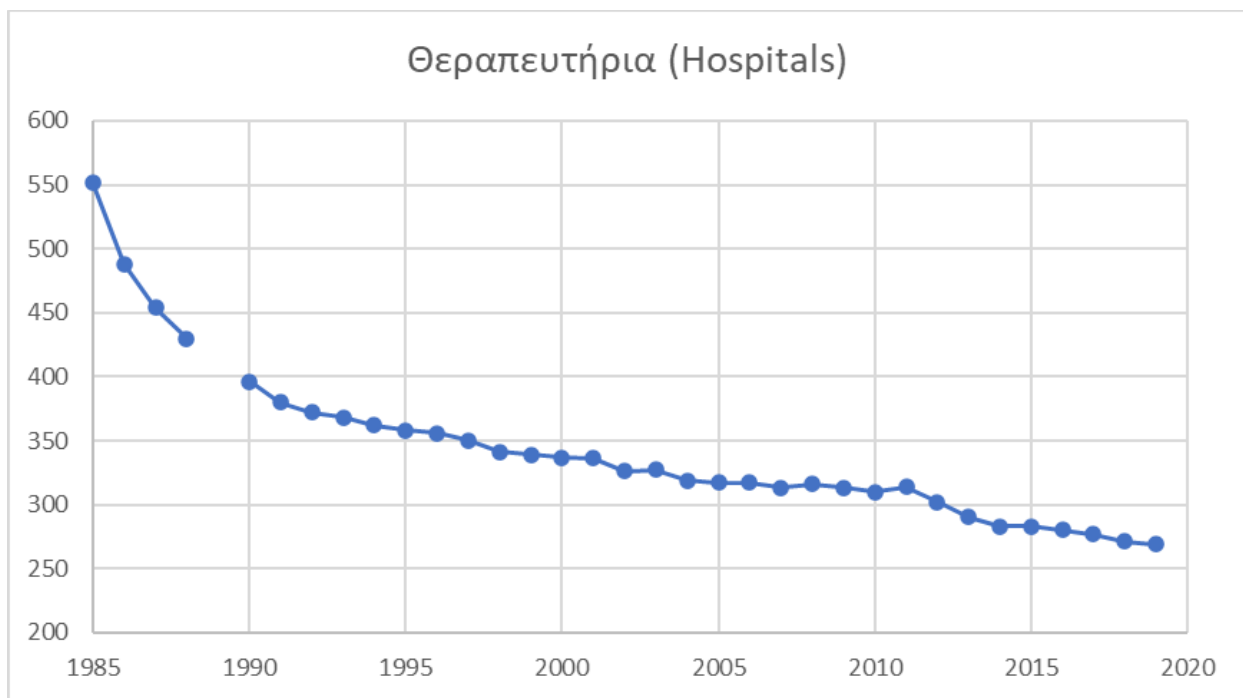
το προηγούμενο έτος. Η μεγαλύτερη μείωση (-8,9%) παρατηρείται το έτος 2010 και ακολουθεί μια ακόμα σημαντική μείωση (-5,3%) το έτος 2013). Παράλληλα, θα πρέπει να σημειωθεί ότι δημιουργήθηκαν από το 2010, θέσεις ημερήσια νοσηλείας οι οποίες αυξάνονται σταδιακά από 2578 το 2010 σε 3674 το 2019 (Διάγραμμα 5).

Πίνακας 2. Θεραπευτήρια, κλίνες και θέσεις ημερήσια νοσηλείας στην Ελλάδα την περίοδο 1985-2020

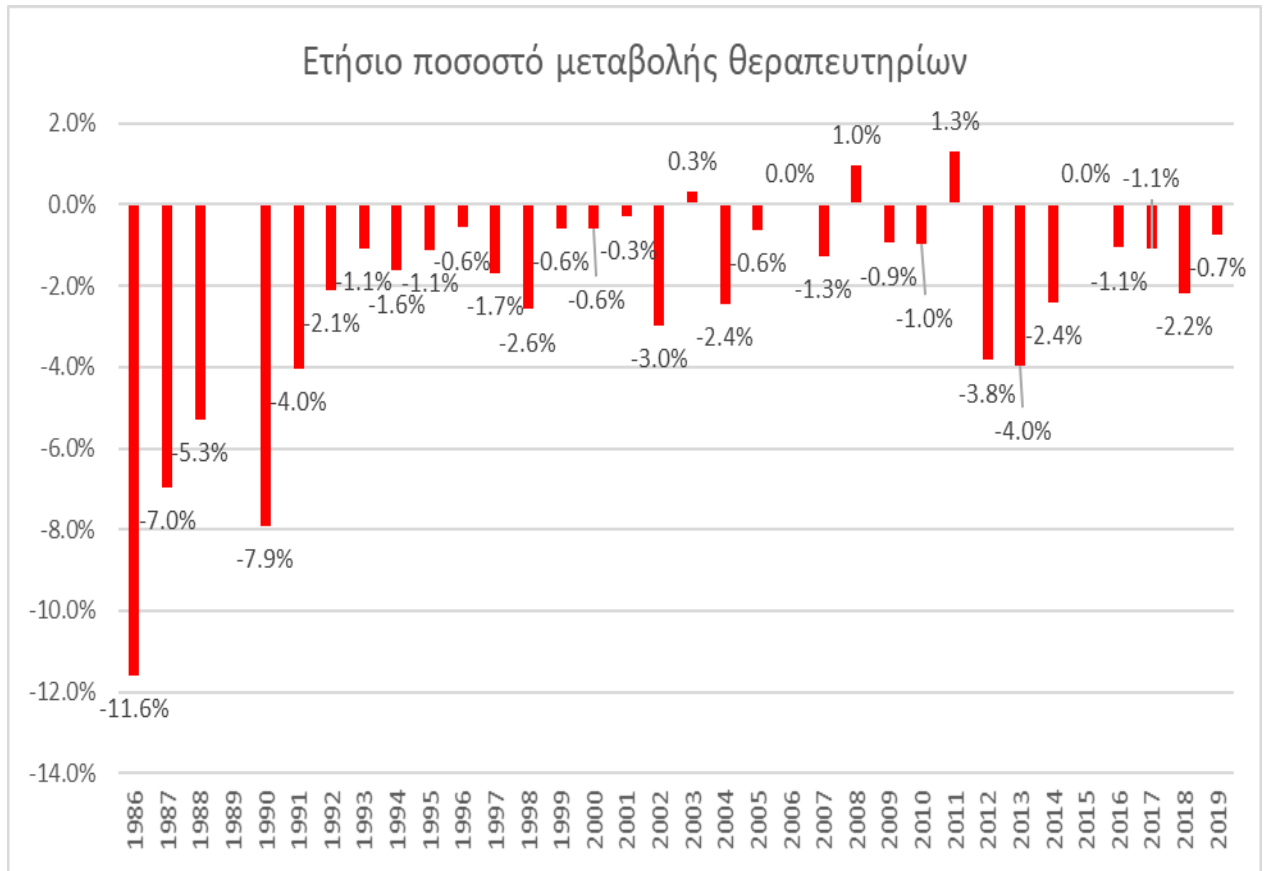
Έτος	Θεραπευτήρια Hospitals	Κλίνες Beds	Θέσεις Ημερήσιας Νοσηλείας - Outpatient Beds/Seats
1985	552	54438	-
1986	488	52864	-
1987	454	51745	-
1988	430	51587	-
1989	-	-	-
1990	396	51329	-
1991	380	51297	-
1992	372	51422	-
1993	368	52144	-
1994	362	51788	-
1995	358	52227	-
1996	356	52586	-
1997	350	52474	-
1998	341	52495	-
1999	339	51404	-
2000	337	51500	-
2001	336	52276	-
2002	326	51781	-
2003	327	51762	-
2004	319	51871	-
2005	317	52511	-
2006	317	53701	-
2007	313	53888	-
2008	316	53652	-
2009	313	54704	-

2010	310	49828	2578
2011	314	49692	2674
2012	302	49100	2993
2013	290	46510	3022
2014	283	46160	3548
2015	283	45945	3764
2016	280	45273	3614
2017	277	45267	3957
2018	271	45053	4253
2019	269	44868	3674
2020	-	-	-

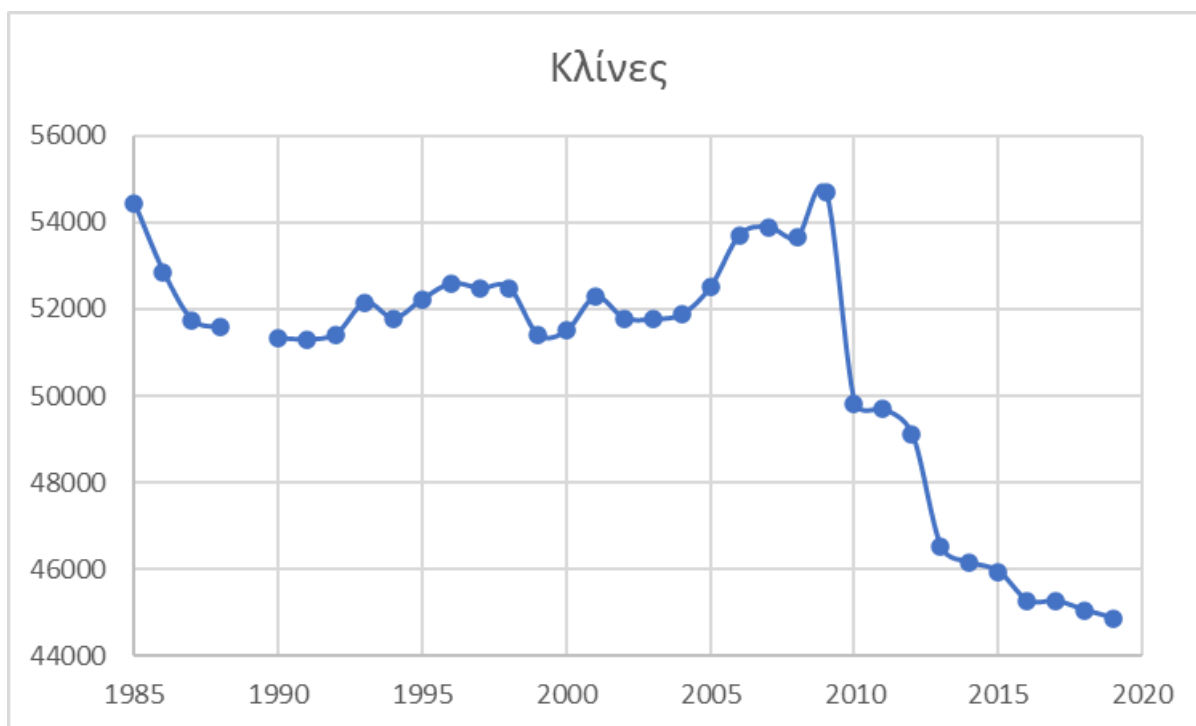
Γράφημα 1. Μεταβολή αριθμού θεραπευτηρίων στην Ελλάδα την περίοδο 1985-2020



Γράφημα 2. Ετήσιο ποσοστό μεταβολής θεραπευτηρίων με βάση το προηγούμενο έτος



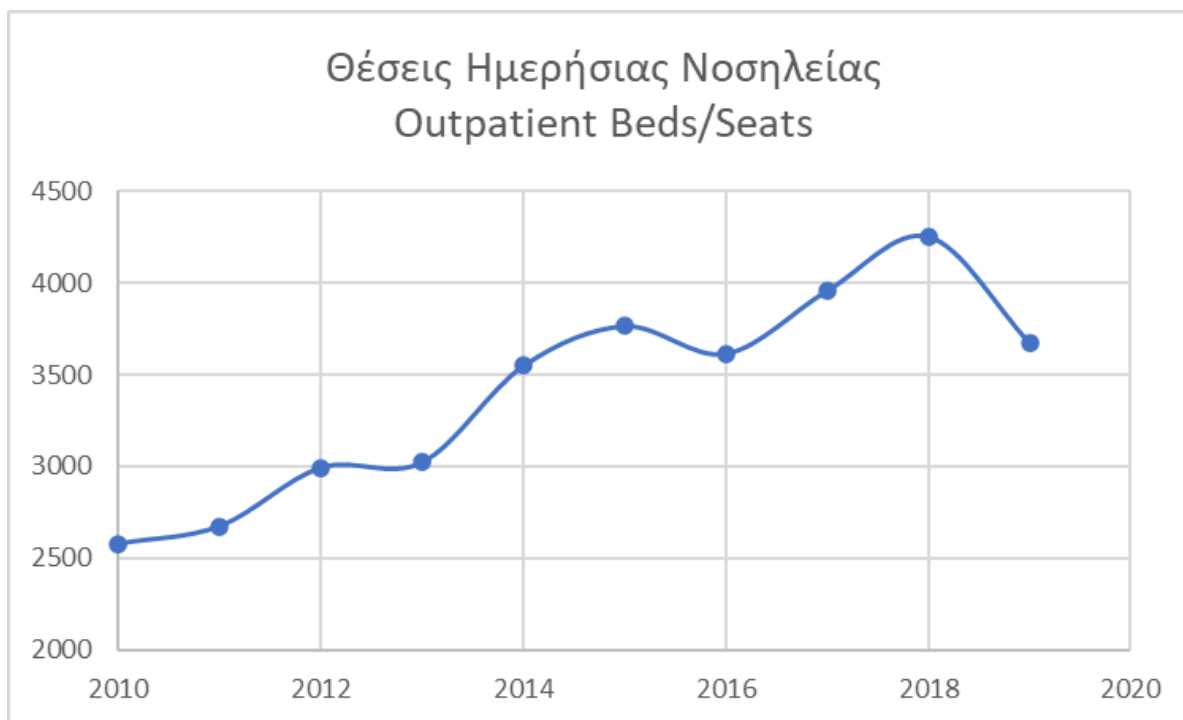
Γράφημα 3. Μεταβολή αριθμού κλινών στην Ελλάδα την περίοδο 1985-2020



Γράφημα 4. Ετήσιο ποσοστό μεταβολής κλινών με βάση το προηγούμενο έτος



Γράφημα 5. Μεταβολή αριθμού θέσεων ημερήσιας νοσηλείας την περίοδο 2010-2020



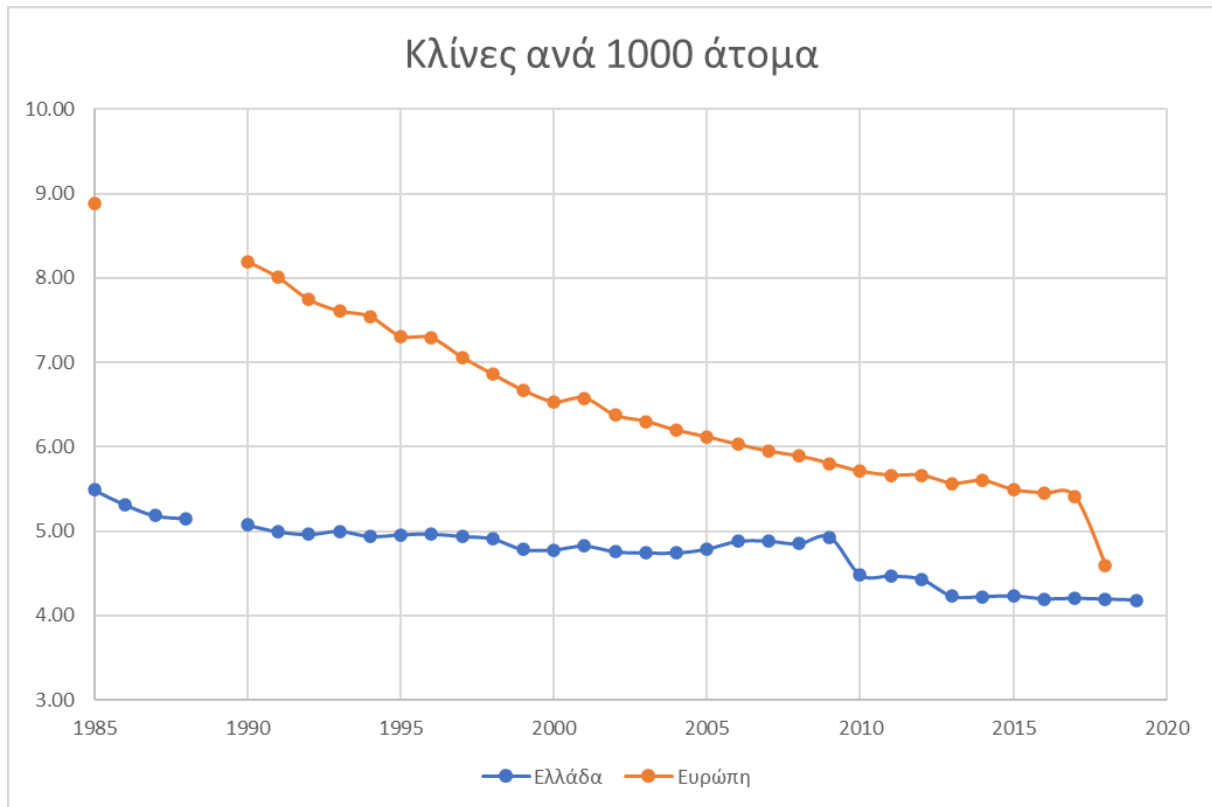
Οι νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού αποτελούν έναν δείκτη, ο οποίος υποδεικνύει τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών του συστήματος υγείας. Δεν υπάρχει παγκόσμιος κανόνας για την πυκνότητα των νοσοκομειακών κλινών σε σχέση με το συνολικό πληθυσμό (World Bank 2016). Παρ' αυτά, στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται ο συγκεκριμένος δείκτης τόσο για την Ελλάδα όσο και για την Ευρώπη. Για την Ελλάδα ο δείκτης υπολογίστηκε με βάση τα στοιχεία για τις κλίνες και τον πληθυσμό που συλλέχθηκαν από την ΕΛΣΤΑΤ, ενώ ο ευρωπαϊκός δείκτης λήφθηκε από τη βάση δεδομένων της World Bank (European Union 2018).

Όσον αφορά τη χρονική μεταβολή του δείκτη για την Ελλάδα, το 1985 υπήρχαν διαθέσιμες 5,49 ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Από το 1985 και έπειτα, ο δείκτης μειώνεται φθάνοντας το 2019 τη χαμηλότερη τιμή της 45ετίας, με 4,18 κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Σημειώνεται ότι ως το 1990 υπήρχαν διαθέσιμες τουλάχιστον 5 κλίνες διαθέσιμες ανά 1000 άτομα πληθυσμού, ενώ από το 1994 οι διαθέσιμες κλίνες είναι λιγότερες από 5 ανά 1000 άτομα πληθυσμού.

Οι διαθέσιμες κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού μειώνονται και στην Ευρώπη συνολικά. Συγκεκριμένα, την περίοδο 1985-1991 στην Ευρώπη υπήρχαν άνω των 8 διαθέσιμων κλινών ανά 1000 άτομα, ενώ την περίοδο 1992-1997, ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών μειώθηκε στις 7 ανά 1000 άτομα. Από το 1998 έως και το 2006 στην Ευρώπη υπήρχαν 6 διαθέσιμες κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού και την περίοδο 2007-2017 οι κλίνες μειώθηκαν στις 5 ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Το 2018, για πρώτη φορά στην Ευρώπη καταγράφεται διαθέσιμος αριθμός κλινών 4,59 ανά 1000 άτομα, ενώ δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για το 2019 και το 2020.

Συγκρίνοντας του δείκτες για Ελλάδα και Ευρώπη στο Διάγραμμα 6, παρατηρείται ότι αυτοί συγκλίνουν μετά το 2018, αλλά ο δείκτης για την Ελλάδα παραμένει μικρότερος (4,19) από το μέσο δείκτη για τις χώρες της Ευρώπης (4,59).

Γράφημα 6. Κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα και τις χώρες της Ευρώπης, την περίοδο 1985-2020



Πίνακας 3. Αριθμός κλινών και πληθυσμός για την Ελλάδα, δείκτης κλινών ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και την Ευρώπη την περίοδο 1985-2020

Έτος	Πληθυσμός	Κλίνες	Κλίνες ανά 1000 άτομα	
			Ελλάδα	Ευρώπη*
1985	9919500	54438	5.49	8.88
1986	9949100	52864	5.31	-
1987	9985326	51745	5.18	-
1988	10015863	51587	5.15	-
1989	10058103	-	-	-
1990	10120892	51329	5.07	8.20
1991	10272691	51297	4.99	8.01
1992	10367163	51422	4.96	7.75
1993	10430958	52144	5.00	7.61
1994	10489871	51788	4.94	7.54
1995	10535973	52227	4.96	7.31
1996	10588332	52586	4.97	7.29
1997	10629267	52474	4.94	7.06
1998	10693250	52495	4.91	6.86
1999	10747768	51404	4.78	6.67
2000	10775627	51500	4.78	6.53
2001	10835989	52276	4.82	6.58
2002	10888274	51781	4.76	6.37
2003	10915770	51762	4.74	6.30
2004	10940369	51871	4.74	6.19
2005	10969912	52511	4.79	6.12
2006	11004716	53701	4.88	6.03
2007	11036008	53888	4.88	5.95
2008	11060937	53652	4.85	5.89
2009	11094745	54704	4.93	5.80
2010	11119289	49828	4.48	5.71
2011	11123392	49692	4.47	5.66
2012	11086406	49100	4.43	5.66
2013	11003615	46510	4.23	5.56
2014	10926807	46160	4.22	5.60
2015	10858018	45945	4.23	5.49
2016	10783748	45273	4.20	5.45
2017	10768193	45267	4.20	5.41
2018	10741165	45053	4.19	4.59
2019	10724599	44868	4.18	-
2020	-	-	-	-

* data.worldbank.org (λήψη στοιχείων στις 20 Οκτωβρίου 2021)

Θεραπευτήρια ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και Περιφέρεια

Στους Πίνακες 4 και 5 παρουσιάζεται η κατανομή των θεραπευτηρίων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα (1985-2009) και Περιφέρεια (2010-2020). Η διαφοροποίηση οφείλεται στην εφαρμογή του «Καλλικράτη» τον Ιανουάριο του 2011 (Ν. 3852/2010).

Την περίοδο 1985-2009 (Πίνακας 4) παρατηρείται μια σημαντική μείωση στον αριθμό των θεραπευτηρίων σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα. Στην Περιφέρεια της Πρωτευούσης τα θεραπευτήρια μειώθηκαν από 136 το 1985 σε 102 το 2009 (μείωση 25%). Η μείωση αυτή είναι η μικρότερη σε σχέση με τα λοιπά γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδος. Συγκεκριμένα, οι μεγαλύτερες μειώσεις στον αριθμό των θεραπευτηρίων σημειώθηκαν στη Θράκη από 16 σε 6 θεραπευτήρια (μείωση 62,5%), στην Πελοπόννησο από 76 σε 29 θεραπευτήρια (μείωση 61,8%) στα Ιόνια νησιά από 15 σε 6 θεραπευτήρια (μείωση 60%) και στην Κρήτη από 44 σε 18 θεραπευτήρια (μείωση 59,1%). Ακολουθούν σημαντικές μειώσεις στον αριθμό των θεραπευτηρίων στην Ήπειρο (μείωση 56%), στη Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια (μείωση 52%), στα Νησιά του Αιγαίου (μείωση 42,3%), στη Μακεδονία (μείωση 42%) και στη Θεσσαλία (μείωση 31,5%). Για την ίδια περίοδο η κατανομή των θεραπευτηρίων επί του συνόλου της Επικράτειας, παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 7. Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των θεραπευτηρίων καταλαμβάνει η Περιφέρεια Πρωτευούσης και ακολουθεί η Μακεδονία, ενώ με τις μειώσεις που σημειώνονται στα λοιπά γεωγραφικά διαμερίσματα, αυξάνεται το ποσοστό των θεραπευτηρίων που βρίσκονται στην πρωτεύουσα. Συγκεκριμένα, η μέση κατανομή των θεραπευτηρίων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 8, όπου και φαίνεται ότι η περιφέρεια πρωτευούσης καταλαμβάνει το 31,5%, η Μακεδονία το 21,6% (μαζί διαθέτουν το 53,1% των θεραπευτηρίων της Ελλάδας) και ακολουθούν η Θεσσαλία (10,6%) και η Πελοπόννησος (10,4%).

Μετά την εφαρμογή της νέας αρχιτεκτονικής για την αυτοδιοίκηση, τα στοιχεία παρουσιάζονται ανά Περιφέρεια (Πίνακας 5). Στην Ήπειρο και τα Ιόνια νησιά δεν σημειώθηκε καμία μεταβολή την περίοδο 2010-2019. Σημαντικές ήταν οι μειώσεις στη

Στερεά Ελλάδα από 13 σε 9 θεραπευτήρια (-30,8%) και στην Πελοπόννησο από 15 σε 10 θεραπευτήρια (-33,3%). Αυξήσεις σημειώθηκαν στα θεραπευτήρια της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης από 13 σε 17 (+30,8%) και στα θεραπευτήρια του Νοτίου Αιγαίου από 7 σε 8 (+14,3%). Στις λοιπές Περιφέρειες παρατηρήθηκαν μειώσεις του αριθμού των θεραπευτηρίων. Για την περίοδο 2010-2020 η κατανομή των θεραπευτηρίων επί του συνόλου της Επικράτειας, παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 9. Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των θεραπευτηρίων καταλαμβάνει η Περιφέρεια Αττικής και ακολουθεί η Κεντρική Μακεδονία. Συγκεκριμένα, η μέση κατανομή των θεραπευτηρίων ανά Περιφέρεια παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 10, όπου και φαίνεται ότι η Περιφέρεια Αττικής καταλαμβάνει το 35,2%, η Κεντρική Μακεδονία το 15,7% (οι δύο αυτές περιφέρειες μαζί διαθέτουν το 50,9% των θεραπευτηρίων της Ελλάδας) και ακολουθεί η Θεσσαλία με 11,6%. Παρατηρείται λοιπόν ότι τα περισσότερα θεραπευτήρια συγκεντρώνονται κοντά στα δύο αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

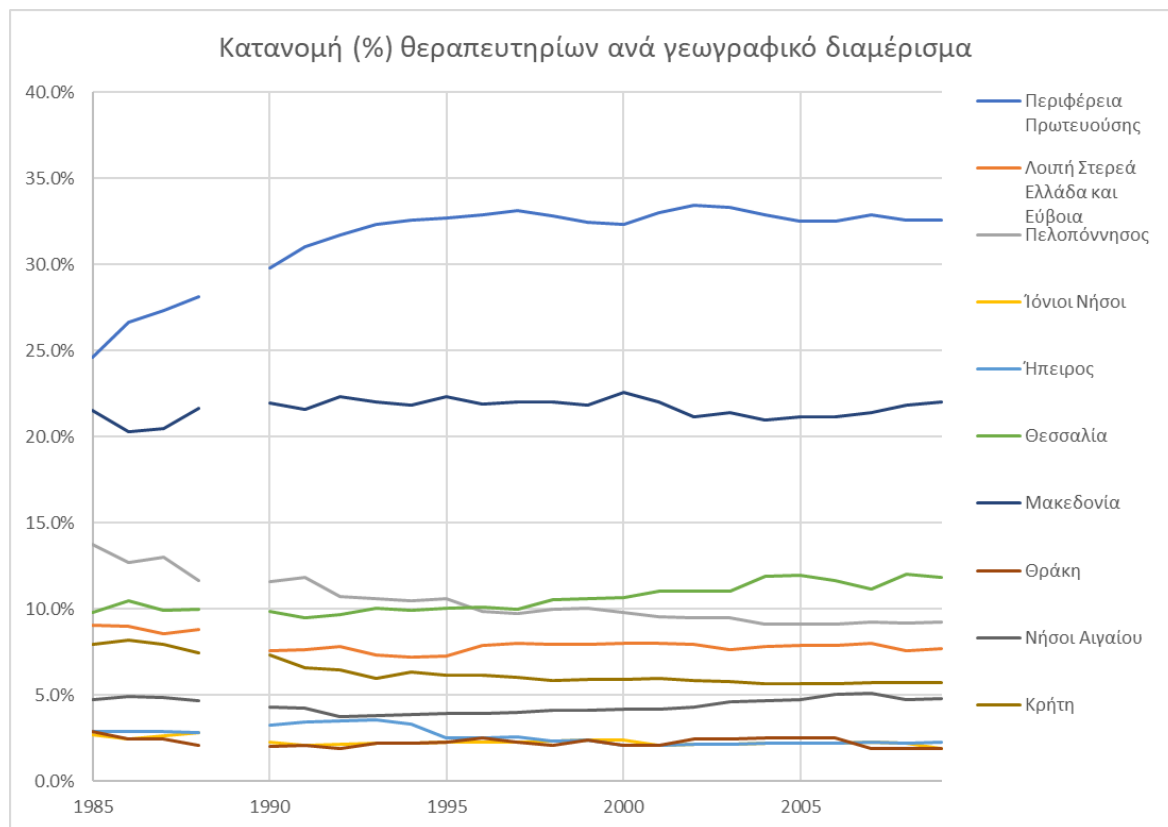
Πίνακας 4. Θεραπευτήρια ανά γεωγραφικό διαμέρισμα : 1985-2009

	Σύνολο	Περιφέρεια Πρωτευούσης	Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	Πελοπόννησος	Ιόνιοι Νήσοι	Ήπειρος	Θεσσαλία	Μακεδονία	Θράκη	Νήσοι Αιγαίου	Κρήτη
1985	552	136	50	76	15	16	54	119	16	26	44
1986	488	130	44	62	12	14	51	99	12	24	40
1987	454	124	39	59	12	13	45	93	11	22	36
1988	430	121	38	50	12	12	43	93	9	20	32
1989											
1990	396	118	30	46	9	13	39	87	8	17	29
1991	380	118	29	45	8	13	36	82	8	16	25
1992	372	118	29	40	8	13	36	83	7	14	24
1993	368	119	27	39	8	13	37	81	8	14	22
1994	362	118	26	38	8	12	36	79	8	14	23
1995	358	117	26	38	8	9	36	80	8	14	22
1996	356	117	28	35	8	9	36	78	9	14	22
1997	350	116	28	34	8	9	35	77	8	14	21
1998	341	112	27	34	8	8	36	75	7	14	20
1999	339	110	27	34	8	8	36	74	8	14	20
2000	337	109	27	33	8	7	36	76	7	14	20
2001	336	111	27	32	7	7	37	74	7	14	20
2002	326	109	26	31	7	7	36	69	8	14	19
2003	327	109	25	31	7	7	36	70	8	15	19
2004	319	105	25	29	7	7	38	67	8	15	18
2005	317	103	25	29	7	7	38	67	8	15	18
2006	317	103	25	29	7	7	37	67	8	16	18
2007	313	103	25	29	7	7	35	67	6	16	18
2008	316	103	24	29	7	7	38	69	6	15	18
2009	313	102	24	29	6	7	37	69	6	15	18

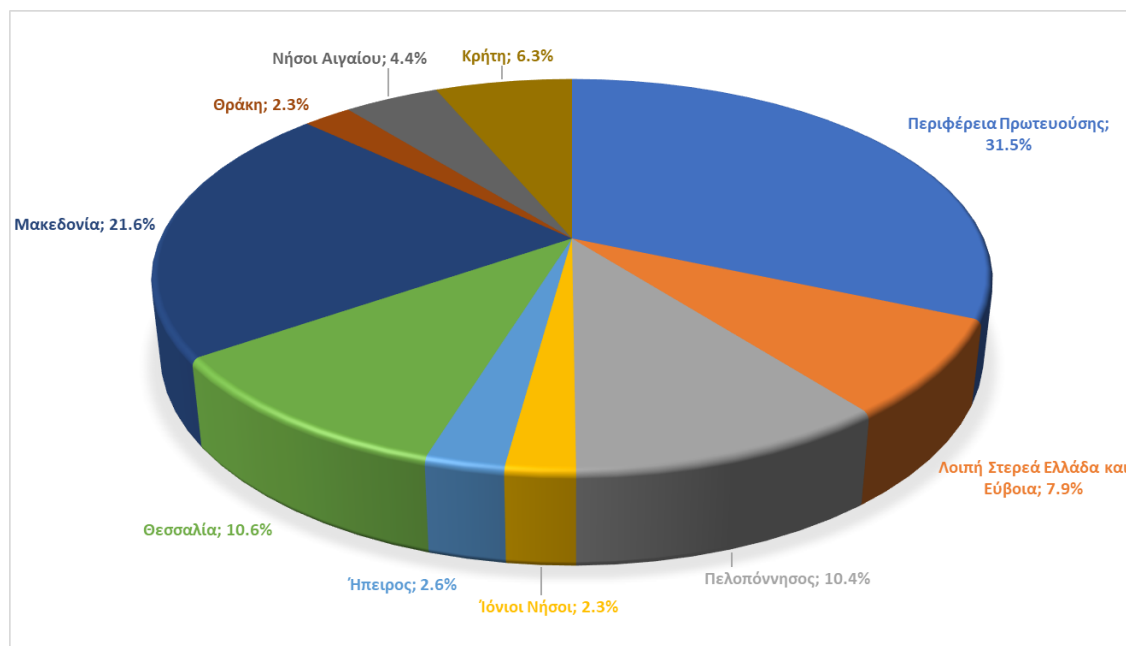
Πίνακας 5. Θεραπευτήρια ανά Περιφέρεια : 2010-2020

	Σύνολο	Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	Κεντρική Μακεδονία	Δυτική Μακεδονία	Ήπειρος	Θεσσαλία	Στερεά Ελλάς	Ιόνιοι Νήσοι	Δυτική Ελλάδα	Πελοπόννησος	Αττική	Βόρειο Αιγαίο	Νότιο Αιγαίο	Κρήτη
2010	310	13	49	11	7	36	13	6	18	15	109	8	7	18
2011	314	15	49	11	7	37	13	6	18	13	113	8	7	17
2012	302	15	47	11	7	35	13	5	18	11	110	8	7	15
2013	290	17	45	11	7	33	12	5	18	11	102	7	7	15
2014	283	17	42	11	7	33	11	5	16	11	101	7	7	15
2015	283	17	45	11	7	34	11	5	17	10	97	7	7	15
2016	280	17	45	9	7	32	10	5	17	10	98	7	8	15
2017	277	17	44	9	7	32	10	6	16	10	96	7	8	15
2018	271	17	43	9	7	31	10	6	14	10	94	7	8	15
2019	269	17	43	9	7	31	9	6	14	10	93	7	8	15

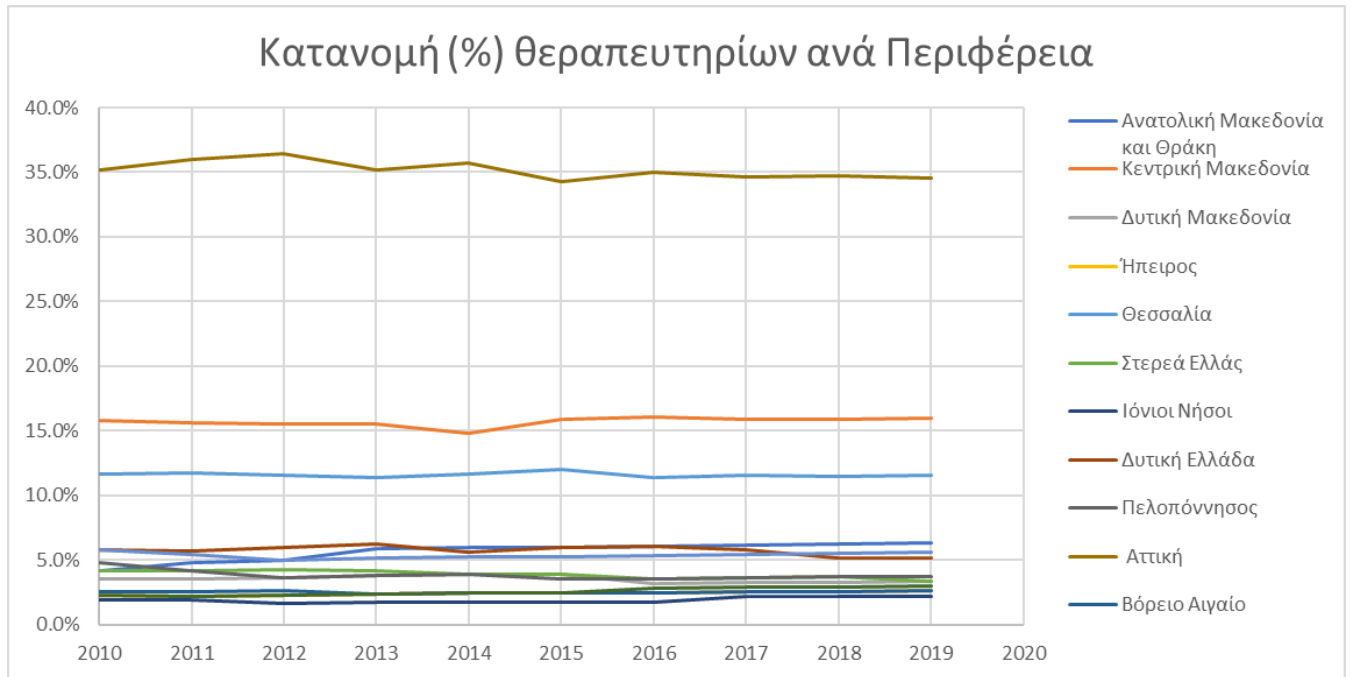
Γράφημα 7. Κατανομή (%) θεραπευτηρίων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, την περίοδο 1985-2009



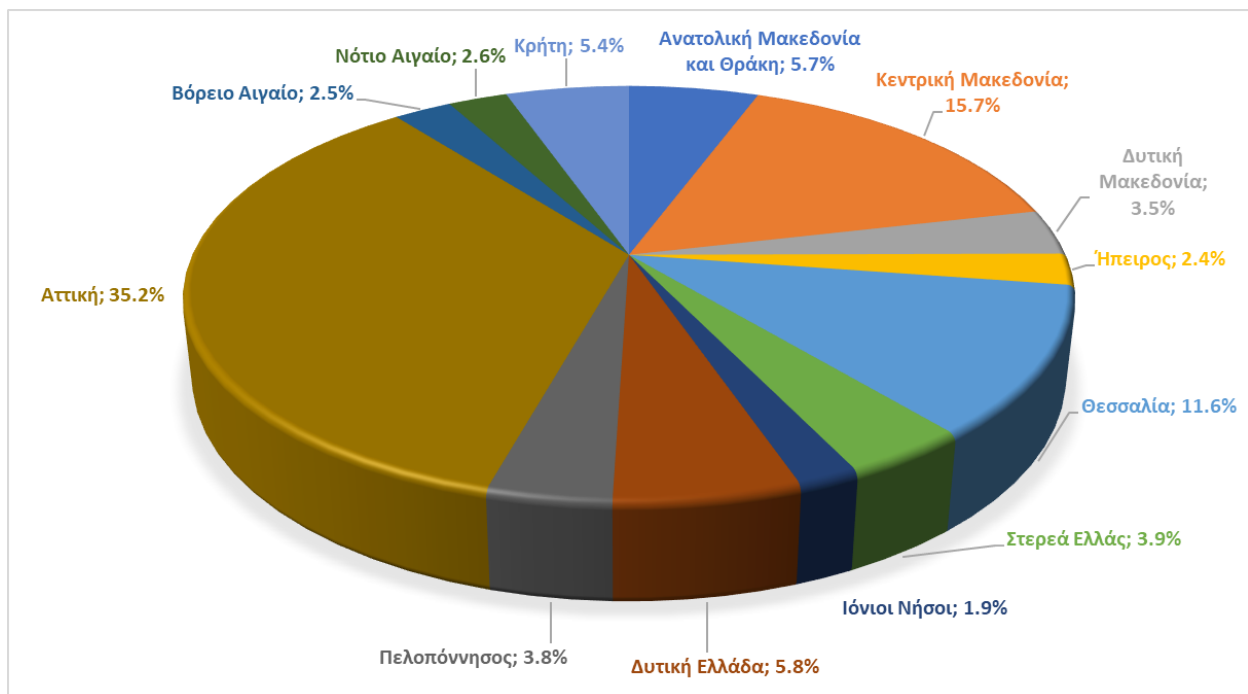
Γράφημα 8. Μέση κατανομή (%) θεραπευτηρίων ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, την περίοδο 1985-2009



Γράφημα 9. Κατανομή (%) θεραπευτηρίων ανά Περιφέρεια, την περίοδο 2010-2020



Γράφημα 10. Μέση κατανομή (%) θεραπευτηρίων ανά Περιφέρεια, την περίοδο 2010-2020



Κλίνες ανά γεωγραφικό διαμέρισμα και Περιφέρεια

Στους Πίνακες 6 και 7 παρουσιάζεται η κατανομή των κλινών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα (1985-2009) και Περιφέρεια (2010-2020). Η διαφοροποίηση οφείλεται στην εφαρμογή του «Καλλικράτη» τον Ιανουάριο του 2011 (Ν. 3852/2010).

Την περίοδο 1985-2009 (Πίνακας 6) παρατηρούνται σημαντικές μειώσεις αλλά και αυξήσεις στον αριθμό των κλινών στα διαφορετικά γεωγραφικά διαμερίσματα. Στην Περιφέρεια της Πρωτευούσης οι κλίνες μειώθηκαν από 26711 το 1985 σε 23036 το 2009 (-13,8%). Η μείωση αυτή είναι η μικρότερη σε σχέση με τα λοιπά γεωγραφικά διαμερίσματα της Ελλάδος που παρουσίασαν μείωση και συγκεκριμένα, τα Ιόνια νησιά (-33,5%) και τα Νησιά του Αιγαίου (-14,92%). Στα υπόλοιπα γεωγραφικά διαμερίσματα οι κλίνες αυξήθηκαν ως εξής, στη Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια (+11,21%), στη Πελοπόννησο (+13,6%), στη Μακεδονία (+7,7%), στη Θράκη (+29,4%) και στην Κρήτη (+18,1%). Αξιοσημείωτες είναι οι αυξήσεις στον αριθμό των κλινών στη Θεσσαλία από 2499 σε 4094 (+63,8%) και στην Ήπειρο από 906 σε 1703 (+87,9%). Για την ίδια περίοδο η κατανομή των θεραπευτηρίων επί του συνόλου της Επικράτειας, παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 11. Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των θεραπευτηρίων καταλαμβάνει η Περιφέρεια Πρωτευούσης και ακολουθεί η Μακεδονία, ενώ με τις αυξήσεις των κλινών που σημειώνονται στα λοιπά γεωγραφικά διαμερίσματα, μειώνεται το ποσοστό των κλινών που βρίσκονται στην πρωτεύουσα. Συγκεκριμένα, η μέση κατανομή των κλινών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 12, όπου και φαίνεται ότι η περιφέρεια πρωτευούσης καταλαμβάνει το 45,5%, η Μακεδονία το 22,7% (μαζί διαθέτουν το 68,2% των κλινών της Ελλάδας) και ακολουθούν η Πελοπόννησος (6,5%) και η Θεσσαλία (5,5%).

Μετά την εφαρμογή της νέας αρχιτεκτονικής για την αυτοδιοίκηση, τα στοιχεία παρουσιάζονται ανά Περιφέρεια (Πίνακας 7). Στη Θεσσαλία ο αριθμός των κλινών παρέμεινε σταθερός (από 3863 σε 3845, μείωση 0,47%). Η μεγαλύτερη μείωση στον αριθμό των κλινών παρουσιάζεται στην Πελοπόννησο από 1712 σε 1258 (-26,5%) και ακολουθεί το Νότιο Αιγαίο από 1484 σε 1106 κλίνες (-25,5%) και η Αττική από 21862 σε 18982 κλίνες (-13,17%). Στις λοιπές Περιφέρειες σημειώθηκαν μειώσεις μικρότερες του 10%. Για την περίοδο 2010-2020 η κατανομή των κλινών επί του συνόλου της Επικράτειας, παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 13.

Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των κλινών καταλαμβάνει η Περιφέρεια Αττικής και ακολουθεί η Κεντρική Μακεδονία. Συγκεκριμένα, η μέση κατανομή των κλινών ανά Περιφέρεια παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 14, όπου και φαίνεται ότι η Περιφέρεια Αττικής καταλαμβάνει το 43,2%, η Κεντρική Μακεδονία το 18,5% (οι δύο αυτές περιφέρειες μαζί διαθέτουν το 61,7% των θεραπευτηρίων της Ελλάδας) και ακολουθεί η Θεσσαλία με 8,2%. Παρατηρείται λοιπόν ότι οι περισσότερες κλίνες όπως και τα περισσότερα θεραπευτήρια συγκεντρώνονται κοντά στα δύο αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

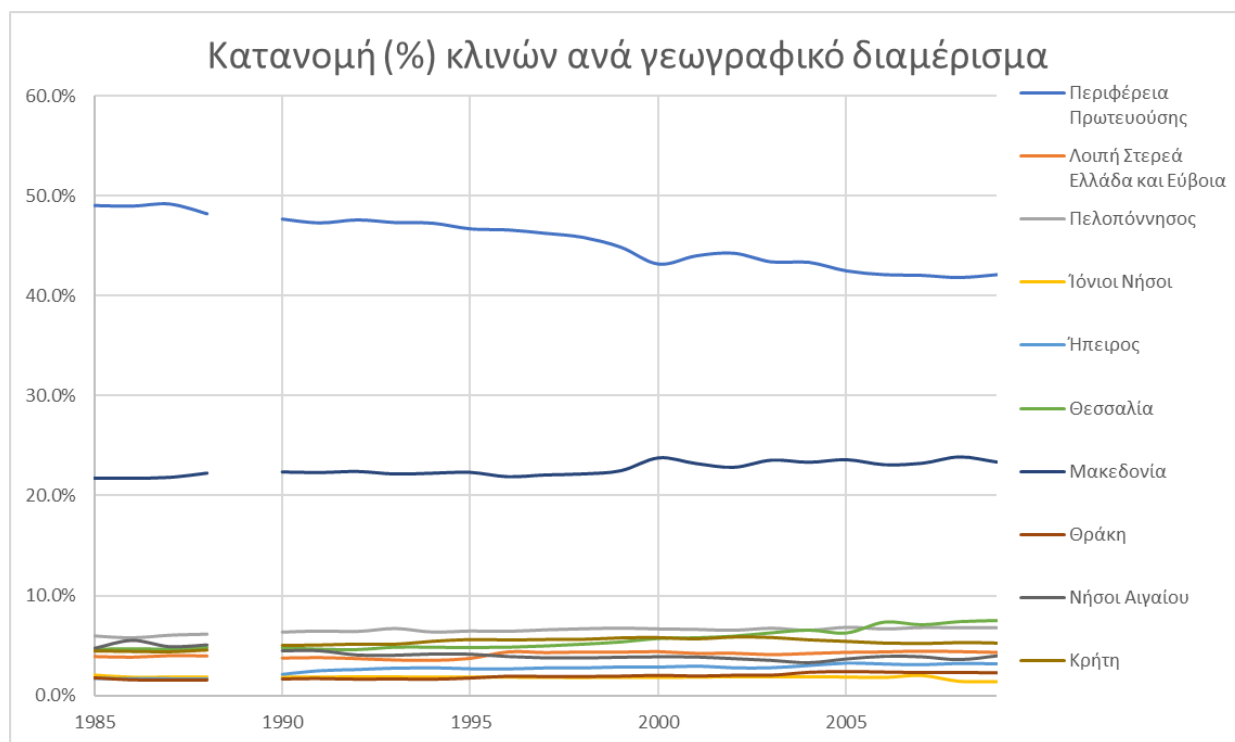
Πίνακας 6 Κλίνες ανά γεωγραφικό διαμέρισμα : 1985-2009

	Σύνολο	Περιφέρεια Πρωτευούσης	Λοιπή Στερεά Ελλάδα και Εύβοια	Πελοπόννησος	Ιόνιοι Νήσοι	Ήπειρος	Θεσσαλία	Μακεδονία	Θράκη	Νήσοι Αιγαίου	Κρήτη
1985	54438	26711	2114	3260	1133	906	2499	11854	945	2567	2449
1986	52864	25905	2017	3070	978	875	2458	11502	808	2903	2348
1987	51745	25471	2054	3133	964	844	2386	11303	780	2528	2282
1988	51587	24888	2032	3178	963	827	2463	11480	780	2608	2368
1989											
1990	51329	24486	1911	3263	953	1070	2436	11483	831	2301	2595
1991	51297	24273	1935	3312	956	1253	2361	11446	850	2296	2615
1992	51422	24489	1887	3301	974	1316	2350	11526	821	2093	2665
1993	52144	24693	1841	3494	983	1408	2506	11562	843	2113	2701
1994	51788	24489	1807	3295	958	1414	2483	11522	823	2161	2836
1995	52227	24400	1931	3373	981	1374	2493	11662	895	2168	2950
1996	52586	24512	2288	3380	977	1375	2525	11521	995	2066	2947
1997	52474	24279	2246	3453	959	1428	2585	11587	978	1993	2966
1998	52495	24073	2275	3505	949	1427	2679	11642	978	1988	2979
1999	51404	23066	2226	3463	949	1447	2740	11561	977	1986	2989
2000	51500	22235	2255	3433	942	1442	2926	12225	1023	2009	3010
2001	52276	23003	2195	3458	968	1514	3004	12119	998	2028	2989
2002	51781	22924	2181	3383	987	1411	3066	11818	1029	1927	3055
2003	51762	22464	2107	3483	979	1418	3236	12172	1034	1839	3030
2004	51871	22486	2173	3387	987	1535	3381	12092	1187	1731	2912
2005	52511	22312	2263	3582	983	1678	3276	12372	1238	1941	2866
2006	53701	22615	2335	3578	978	1670	3931	12390	1242	2121	2841
2007	53888	22652	2385	3663	1098	1634	3808	12508	1215	2102	2823
2008	53652	22442	2347	3635	749	1702	3957	12784	1221	1947	2868
2009	54704	23036	2351	3704	753	1703	4094	12763	1223	2184	2893

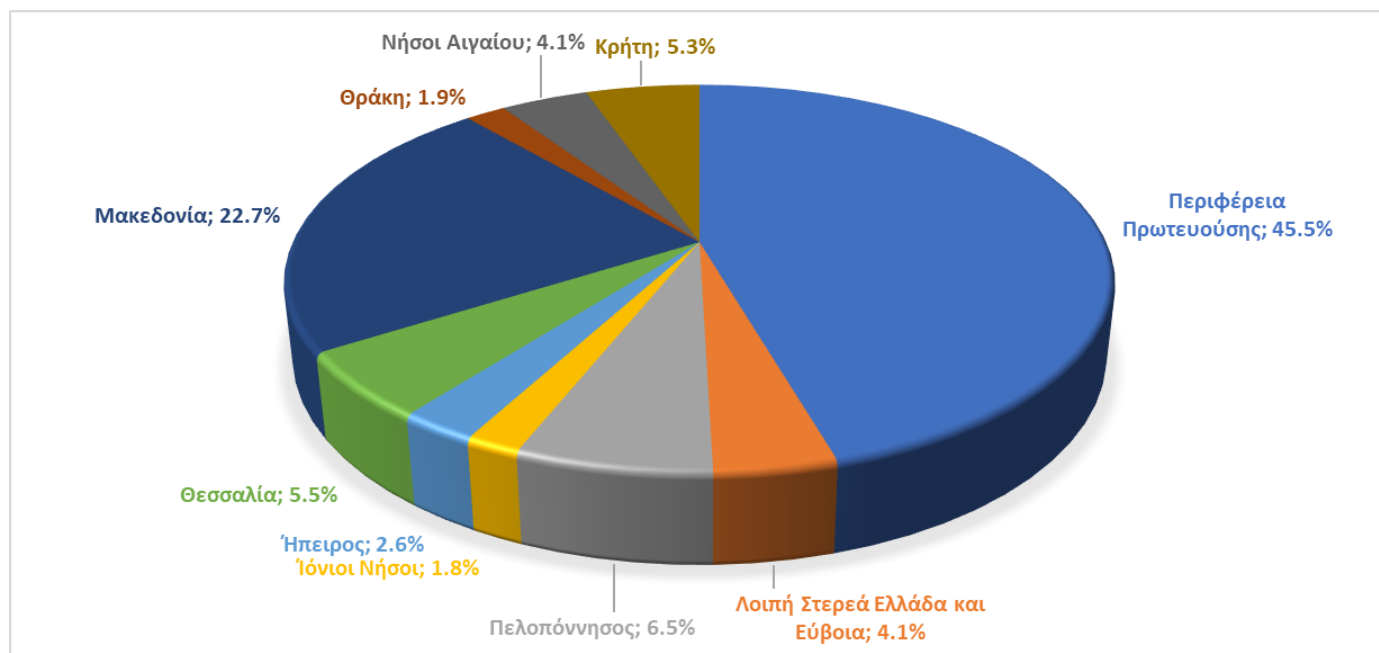
Πίνακας 7 Κλίνες ανά Περιφέρεια : 2010-2020

	Σύνολο	Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	Κεντρική Μακεδονία	Δυτική Μακεδονία	Ήπειρος	Θεσσαλία	Στερεά Ελλάς	Ιόνιοι Νήσοι	Δυτική Ελλάδα	Πελοπόννησος	Αττική	Βόρειο Αιγαίο	Νότιο Αιγαίο	Κρήτη
2010	49828	2108	9248	1168	1584	3863	976	658	1935	1712	21862	659	1484	2571
2011	49692	2272	9332	1190	1585	4045	948	546	2073	1411	22036	646	1043	2565
2012	49100	2251	9040	1242	1627	3768	977	545	2122	1427	22045	603	1008	2445
2013	46510	2334	8380	1169	1470	3750	922	548	2186	1407	20287	634	1007	2416
2014	46160	2466	8198	1173	1420	3812	953	558	2012	1403	19991	623	1075	2476
2015	45945	2443	8446	1164	1438	3968	955	566	2087	1369	19491	621	1018	2379
2016	45273	2449	8533	1137	1438	3747	868	551	2051	1282	19184	621	1015	2397
2017	45267	2420	8466	1101	1439	3953	880	601	1998	1266	19040	630	1057	2416
2018	45053	2423	8447	1079	1459	3845	879	609	1950	1258	18982	624	1106	2392
2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

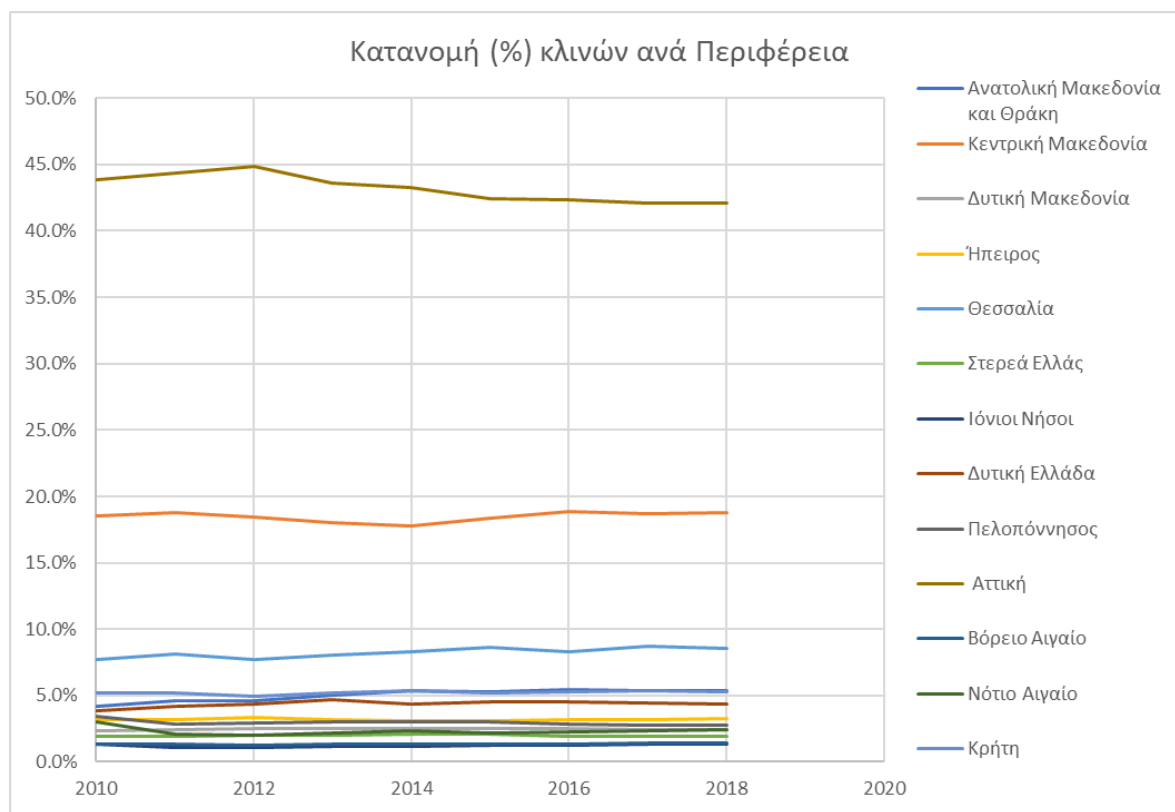
Γράφημα 11. Κατανομή (%) κλινών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, την περίοδο 1985-2009



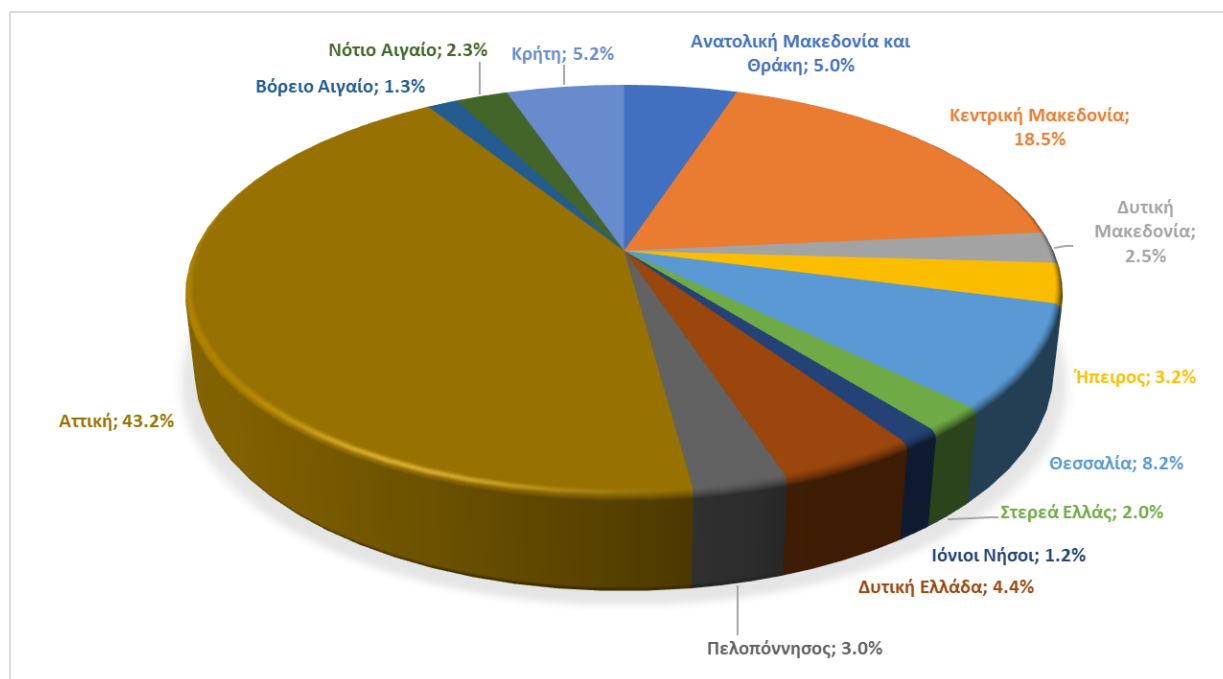
Γράφημα 12. Μέση κατανομή (%) κλινών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα, την περίοδο 1985-2009



Γράφημα 13. Κατανομή (%) κλινών ανά Περιφέρεια, την περίοδο 2010-2020



Γράφημα 14. Μέση κατανομή (%) κλινών ανά Περιφέρεια, την περίοδο 2010-2020



Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

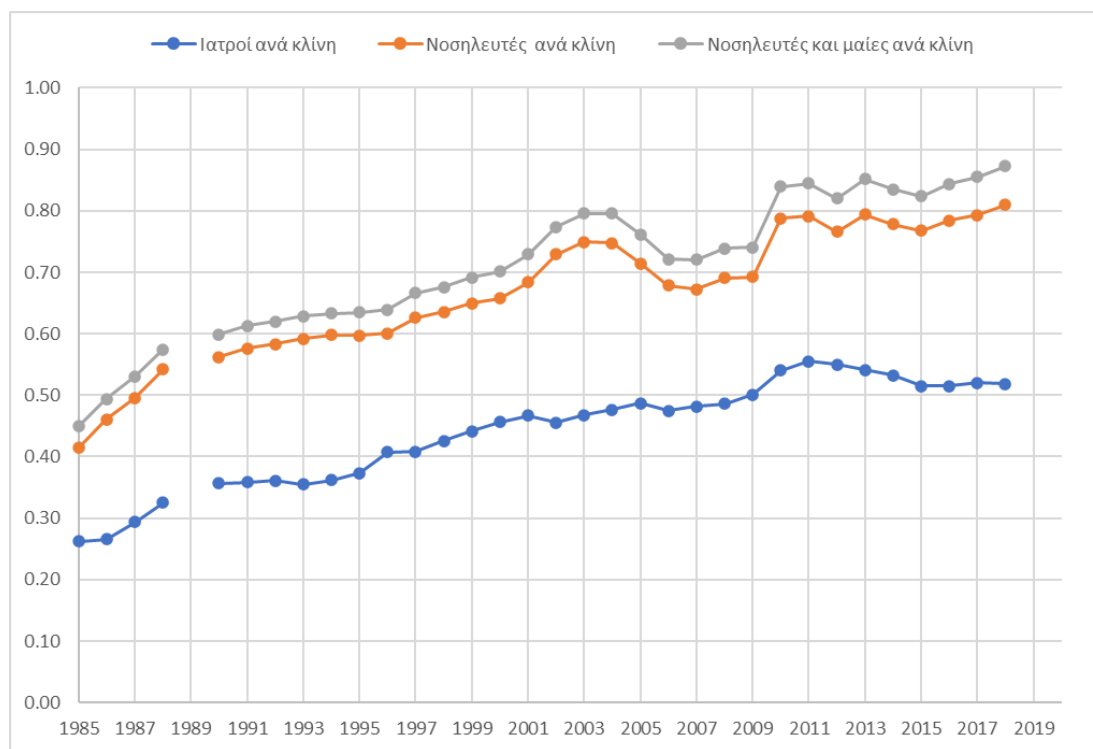
Στον Πίνακα 8, παρουσιάζονται τα στοιχεία για τους ιατρούς, τις μαίες και τους νοσηλευτές σε καθαρούς αριθμούς αλλά και ανά κλίνη στην Ελλάδα για την περίοδο 1985-2020. Σε απόλυτους αριθμούς, οι ιατροί παραμένουν κάτω από τις 20.000 και οι μαίες κάτω των 2.000 ως και το 1995. Στη συνέχεια, οι ιατροί αυξάνονται σταδιακά στους 27.000 ως το 2012 και μετά μειώνονται φθάνοντας του 22.944 το 2019. Αντίθετα, οι μαίες αυξάνονται από 1.945 το 1995 στις 2.834 το 2018. Όσον αφορά τους νοσηλευτές, παραμένουν κάτω των 30.000 την περίοδο 1985-1992, ενώ μετά το 1993 αυξάνονται σταδιακά φθάνοντας τους 38.786 το 2003 και τους 39.340 το 2011. Από το 2011 παρατηρείται μείωση με 36.468 νοσηλευτές το 2018. Συνολικά, την περίοδο 1985-2020, οι ιατροί αυξήθηκαν κατά 60,9%, οι μαίες κατά 48,6% και οι νοσηλευτές κατά 61,6%, σε σχέση με τους αριθμούς του 1985.

Ένας από τους δείκτες που δείχνει την επάρκεια του συστήματος υγείας είναι ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας ανά κλίνη. Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η πιθανότητα θνησιμότητας μειώνεται με την αυξημένη στελέχωση των νοσηλευτών σε διάφορα περιβάλλοντα, συμπεριλαμβανομένων των γενικών θαλάμων, των τμημάτων επειγόντων περιστατικών και των μονάδων εντατικής θεραπείας (Kim, Kim, and Cho 2020). Με αυτό το σκεπτικό υπολογίστηκαν οι δείκτες: ιατροί ανά κλίνη, νοσηλευτές ανά κλίνη και νοσηλευτές/μαίες ανά κλίνη, όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 8. Η χρονική μεταβολή απεικονίζεται στο Διάγραμμα 15, υποδεικνύοντας ότι οι νοσηλευτές και μαίες ανά κλίνη αυξάνονται σταθερά καθ' όλη την περίοδο μελέτης (από 0,45 σε 0,87) εκτός από την περίοδο 2004-2010 όπου παρατηρήθηκε μείωση του δείκτη στα επίπεδα του 2001 (0,67-0,69). Αντίθετα, ενώ οι ιατροί ανά κλίνη αυξάνονται σχεδόν γραμμικά ως και το 2009 (από 0,26 σε 0,50), υπάρχει μια απότομη αύξηση το 2011-2012 (0,55) και στη συνέχεια μείωση στα επίπεδα του 2009 (0,50) όπου και παραμένουν με μια μικρή αύξηση (0,52 το 2018).

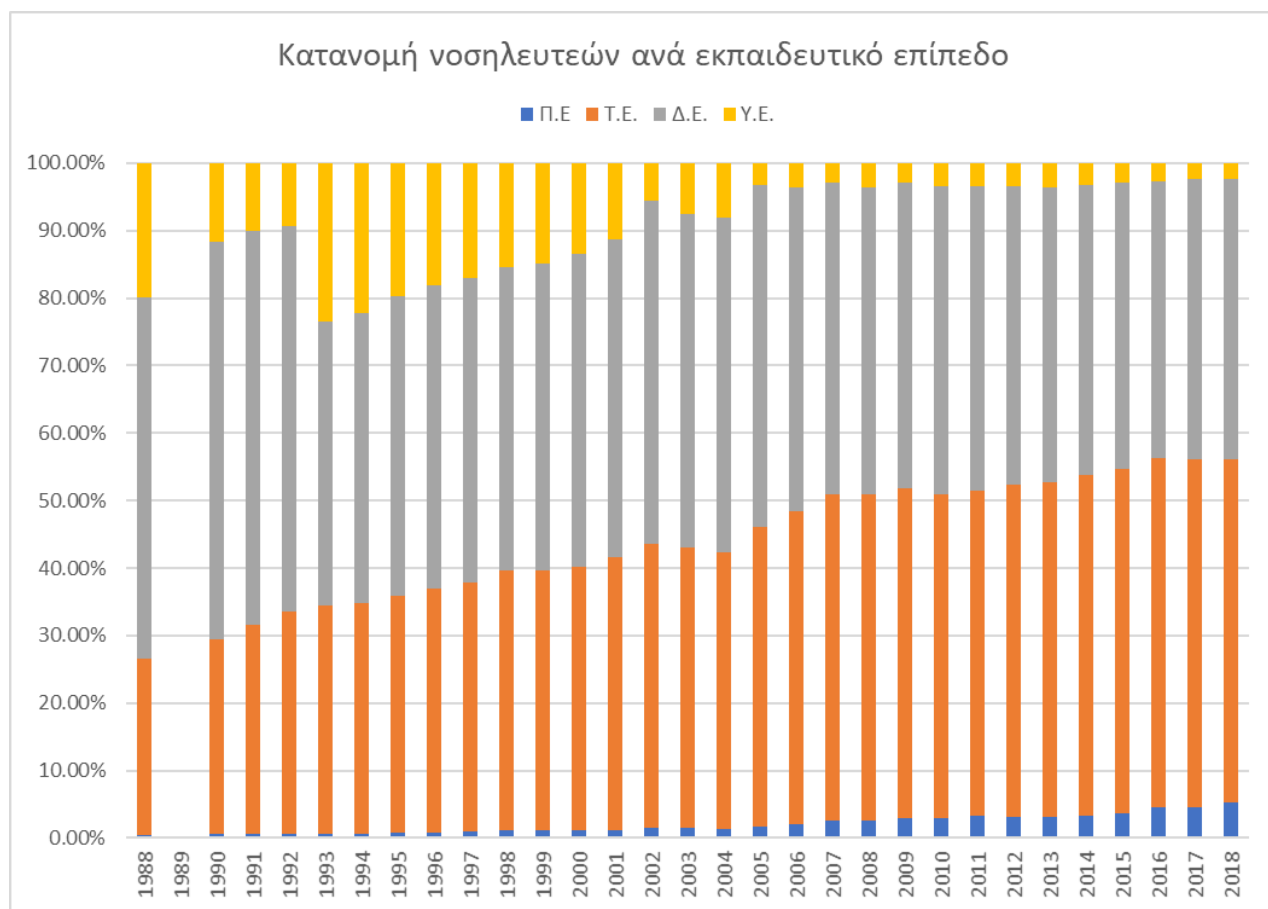
Πίνακας 8 Ιατροί, μαίες και νοσηλευτές, σε καθαρούς αριθμούς και ανά κλίνη στην Ελλάδα για την περίοδο 1985-2020

	Ιατροί	Μαίες	Νοσηλευτές (σύνολο)	Ιατροί ανά κλίνη	Νοσηλευτές ανά κλίνη	Νοσηλευτές και μαίες ανά κλίνη
1985	14256	1907	22560	0.26	0.41	0.45
1986	14067	1743	24364	0.27	0.46	0.49
1987	15205	1815	25639	0.29	0.50	0.53
1988	16769	1681	27944	0.33	0.54	0.57
1989	-	-	-	-	-	-
1990	18287	1860	28874	0.36	0.56	0.60
1991	18390	1866	29577	0.36	0.58	0.61
1992	18565	1895	29982	0.36	0.58	0.62
1993	18492	1916	30883	0.35	0.59	0.63
1994	18763	1837	30967	0.36	0.60	0.63
1995	19513	1945	31197	0.37	0.60	0.63
1996	21426	2046	31579	0.41	0.60	0.64
1997	21441	2099	32870	0.41	0.63	0.67
1998	22328	2154	33348	0.43	0.64	0.68
1999	22698	2199	33376	0.44	0.65	0.69
2000	23486	2264	33869	0.46	0.66	0.70
2001	24424	2368	35732	0.47	0.68	0.73
2002	23597	2343	37746	0.46	0.73	0.77
2003	24227	2404	38786	0.47	0.75	0.80
2004	24728	2526	38766	0.48	0.75	0.80
2005	25573	2507	37493	0.49	0.71	0.76
2006	25495	2293	36434	0.47	0.68	0.72
2007	25965	2573	36241	0.48	0.67	0.72
2008	26063	2583	37061	0.49	0.69	0.74
2009	27386	2626	37905	0.50	0.69	0.74
2010	26906	2556	39270	0.54	0.79	0.84
2011	27578	2640	39340	0.55	0.79	0.84
2012	27000	2676	37611	0.55	0.77	0.82
2013	25161	2679	36917	0.54	0.79	0.85
2014	24577	2619	35912	0.53	0.78	0.83
2015	23669	2602	35256	0.52	0.77	0.82
2016	23321	2701	35494	0.52	0.78	0.84
2017	23555	2808	35901	0.52	0.79	0.86
2018	23354	2834	36468	0.52	0.81	0.87
2019	22944	-	-	-	-	-
2020	-	-	-	-	-	-

Γράφημα 15. Ιατροί νοσηλευτές και μαίες ανά κλίνη



Γράφημα 16. Κατανομή νοσηλευτών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο



Πίνακας 9 Κατανομή των νοσηλευτών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο στην Ελλάδα για την περίοδο 1985-2020

Έτος	Νοσηλευτές (σύνολο)	Νοσηλευτές- Nurses							
		Π.Ε.		Τ.Ε.		Δ.Ε.		Υ.Ε.	
1985	22560	-	-	-	-	-	-	-	-
1986	24364	-	-	-	-	-	-	-	-
1987	25639	-	-	-	-	-	-	-	-
1988	27944	115	0.41%	7284	26.07%	14974	53.59%	5571	19.94%
1989	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1990	28874	166	0.57%	8357	28.94%	16986	58.83%	3365	11.65%
1991	29577	172	0.58%	9160	30.97%	17250	58.32%	2995	10.13%
1992	29982	193	0.64%	9841	32.82%	17130	57.13%	2818	9.40%
1993	30883	198	0.64%	10432	33.78%	13020	42.16%	7233	23.42%
1994	30967	188	0.61%	10614	34.28%	13261	42.82%	6904	22.29%
1995	31197	224	0.72%	10964	35.14%	13865	44.44%	6144	19.69%
1996	31579	269	0.85%	11384	36.05%	14193	44.94%	5733	18.15%
1997	32870	301	0.92%	12156	36.98%	14836	45.14%	5577	16.97%
1998	33348	367	1.10%	12831	38.48%	14996	44.97%	5154	15.46%
1999	33376	362	1.08%	12854	38.51%	15181	45.48%	4979	14.92%
2000	33869	357	1.05%	13262	39.16%	15674	46.28%	4576	13.51%
2001	35732	424	1.19%	14451	40.44%	16809	47.04%	4048	11.33%
2002	37746	537	1.42%	15888	42.09%	19231	50.95%	2090	5.54%
2003	38786	557	1.44%	16119	41.56%	19210	49.53%	2900	7.48%
2004	38766	540	1.39%	15894	41.00%	19231	49.61%	3101	8.00%
2005	37493	602	1.61%	16676	44.48%	18968	50.59%	1247	3.33%
2006	36434	719	1.97%	16951	46.53%	17478	47.97%	1286	3.53%
2007	36241	903	2.49%	17581	48.51%	16690	46.05%	1067	2.94%
2008	37061	931	2.51%	17943	48.41%	16848	45.46%	1339	3.61%
2009	37905	1110	2.93%	18515	48.85%	17151	45.25%	1129	2.98%
2010	39270	1143	2.91%	18819	47.92%	17931	45.66%	1377	3.51%
2011	39340	1260	3.20%	18952	48.17%	17780	45.20%	1348	3.43%
2012	37611	1193	3.17%	18500	49.19%	16660	44.30%	1258	3.34%
2013	36917	1175	3.18%	18310	49.60%	16130	43.69%	1302	3.53%
2014	35912	1212	3.37%	18123	50.47%	15398	42.88%	1179	3.28%
2015	35256	1256	3.56%	18001	51.06%	14975	42.48%	1024	2.90%
2016	35494	1584	4.46%	18382	51.79%	14560	41.02%	968	2.73%
2017	35901	1641	4.57%	18516	51.58%	14920	41.56%	824	2.30%
2018	36468	1894	5.19%	18563	50.90%	15163	41.58%	848	2.33%
2019	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2020	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η κατανομή των νοσηλευτών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο στην Ελλάδα για την περίοδο 1985-2020. Όσον αφορά τους νοσηλευτές Π.Ε. (πανεπιστημιακής εκπαίδευσης) αυτοί αυξήθηκαν από 0,41% το 1988 στο 5,19% το 2018. Οι νοσηλευτές Τ.Ε. (τεχνολογικής εκπαίδευσης) αυξήθηκαν από 26,7% το 1988 στο 50,9% το 2018. Αντίθετα, οι νοσηλευτές Δ.Ε. (δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) μειώθηκαν από 53,59% το 1988 στο 41,58% το 2018 και οι νοσηλευτές Υ.Ε. (υποχρεωτικής εκπαίδευσης) μειώθηκαν από 19,94% το 1988 στο 2,33% το 2018. Όπως παρατηρείται και στο Διάγραμμα 16, από το 2007 και έπειτα, οι πλειοψηφία των νοσηλευτών (άνω του 50%) είναι πανεπιστημιακή ή τεχνολογικής εκπαιδευσεως ενώ το ποσοστό των νοσηλευτών υποχρεωτικής εκπαίδευσης έχει συρρικνωθεί.

Στη συνέχεια, υπολογίστηκαν δείκτες που σχετίζονται με την αναλογία των επαγγελματιών υγείας ανά 1000 πληθυσμού (Πίνακας 10). Οι δείκτες αυτοί υποδεικνύουν τη διαθεσιμότητα ανθρωπίνων πόρων και είναι ενδεικτική της δυνατότητας κάλυψης που έχει το σύστημα υγείας. Σύμφωνα με εκθέσεις του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) και του Διεθνούς Οργανισμού Εργασίας (ΔΟΕ) έχουν προταθεί διάφορα κατώτατα όρια όπως η ελάχιστη διαθεσιμότητα εργατικού δυναμικού 3,4 ειδικευμένων εργαζομένων στον τομέα της υγείας (νοσηλευτών, ιατρών, μαίων) ανά 1000 πληθυσμού, η οποία αργότερα αυξήθηκε στους 4,1 εργαζόμενους ανά 1000 άτομα με γνώμονα την καθολική κάλυψη υγείας στο πλαίσιο της ευρύτερης κοινωνικής προστασίας. Άλλο παρόμοιο όριο που έχει οριστεί σχετίζεται με τη μείωση των παγκόσμιων θανάτων νεογνών και είναι μια τιμή 5,9 ειδικευμένων επαγγελματιών υγείας (μαίες, νοσηλευτές και γιατροί) ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Σε πρόσφατη έκθεση του ΠΟΥ, προτείνεται ελάχιστη πυκνότητα ειδικευμένων εργαζομένων στον τομέα της υγείας 4,45 ανά 1000 άτομα πληθυσμού και αφορά τη κάλυψη όλων των τομέων υγείας (Richard Scheffler, Giorgio Cometto, Kate Tulenko, Tim Bruckner, Jenny Liu, Eric L. Keuffel, Alexander Preker and Stilwell, Julia Brasileiro 2016).

Στην παρούσα μελέτη οι δείκτες αυτοί υπολογίστηκαν ξεχωριστά για τους ιατρούς, τις μαίες και τους νοσηλευτές στην Ελλάδα για την περίοδο 1985-2020, και παρουσιάζονται στον Πίνακα 10. Για λόγους σύγκρισης, παρουσιάζονται οι μέσες, ελάχιστες και μέγιστες τιμές για τις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) όπως αυτές λήφθηκαν από την βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ (OECD 2021b).

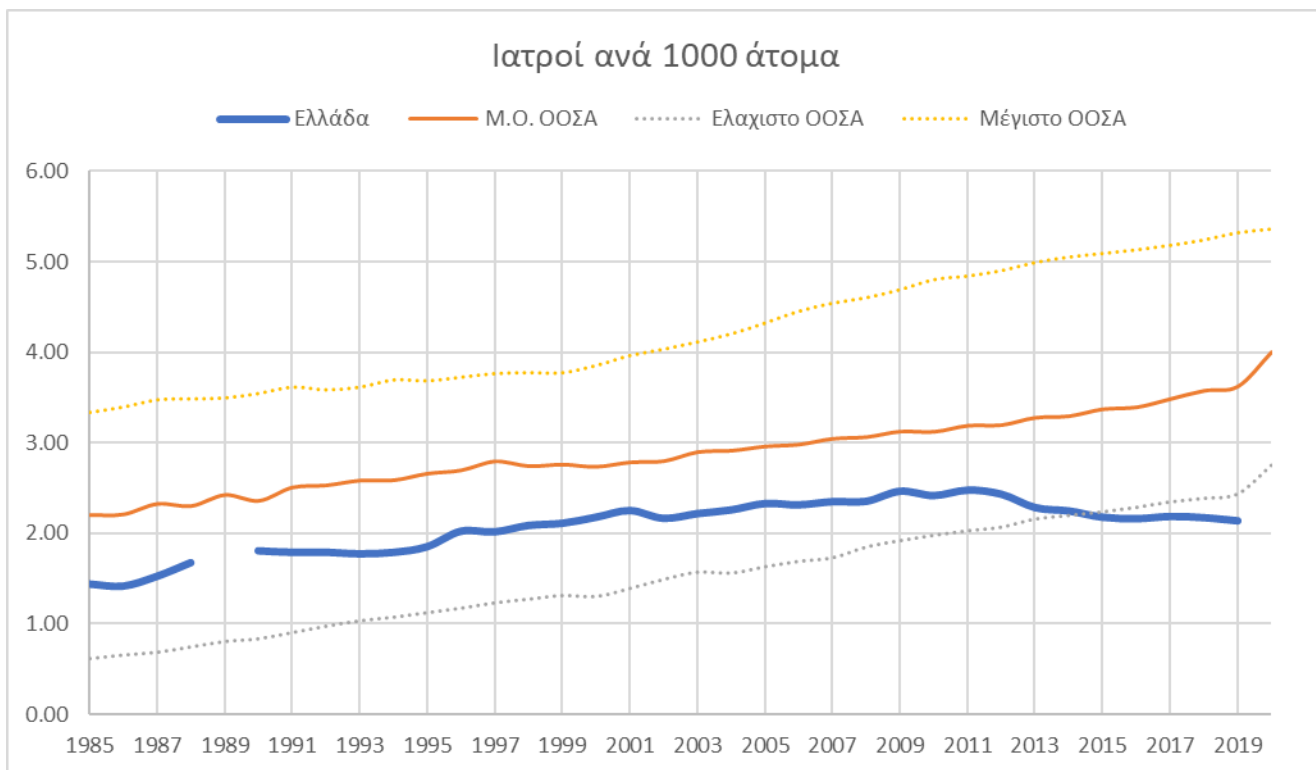
Πίνακας 10 Ιατροί, μαίες, νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Έτος	Ιατροί ανά 1000 άτομα				Μαίες ανά 1000 άτομα				Νοσηλευτές ανά 1000 άτομα			
	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ	Ελάχιστο ΟΟΣΑ	Μέγιστο ΟΟΣΑ	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ	Ελάχιστο ΟΟΣΑ	Μέγιστο ΟΟΣΑ	Ελλάδα	Μ.Ο. ΟΟΣΑ	Ελάχιστο ΟΟΣΑ	Μέγιστο ΟΟΣΑ
1985	1.44	2.20	0.61	3.33	0.19	0.43	0.07	0.80	2.27	6.58	2.24	11.10
1986	1.41	2.21	0.65	3.39	0.18	0.43	0.07	0.86	2.45	7.68	3.56	11.43
1987	1.52	2.33	0.68	3.47	0.18	0.43	0.07	0.85	2.57	7.89	3.69	11.77
1988	1.67	2.30	0.74	3.48	0.17	0.44	0.07	0.84	2.79	7.96	3.67	11.87
1989		2.42	0.80	3.49		0.41	0.07	0.81		7.68	3.82	12.07
1990	1.81	2.36	0.83	3.54	0.18	0.41	0.07	0.79	2.85	6.42	1.75	12.47
1991	1.79	2.51	0.90	3.61	0.18	0.41	0.08	0.76	2.88	6.92	1.89	12.51
1992	1.79	2.53	0.97	3.58	0.18	0.38	0.08	0.77	2.89	7.04	1.99	12.46
1993	1.77	2.58	1.03	3.61	0.18	0.37	0.08	0.74	2.96	7.06	2.03	12.75
1994	1.79	2.59	1.07	3.69	0.18	0.39	0.08	0.73	2.95	7.09	2.09	12.86
1995	1.85	2.66	1.12	3.68	0.18	0.36	0.09	0.65	2.96	7.27	2.13	13.10
1996	2.02	2.70	1.17	3.72	0.19	0.36	0.09	0.66	2.98	6.90	2.12	13.10
1997	2.02	2.80	1.23	3.76	0.20	0.39	0.09	0.75	3.09	6.61	2.10	13.11
1998	2.09	2.74	1.27	3.77	0.20	0.39	0.10	0.76	3.12	6.64	2.14	13.50
1999	2.11	2.76	1.31	3.77	0.20	0.36	0.10	0.75	3.11	6.35	2.19	13.40
2000	2.18	2.74	1.30	3.85	0.21	0.34	0.10	0.73	3.14	7.06	2.23	13.26
2001	2.25	2.79	1.39	3.96	0.22	0.35	0.11	0.77	3.30	6.98	2.23	13.14
2002	2.17	2.80	1.49	4.03	0.22	0.35	0.12	0.72	3.47	7.47	2.23	13.74
2003	2.22	2.90	1.57	4.11	0.22	0.32	0.02	0.75	3.55	7.53	2.14	14.18
2004	2.26	2.91	1.56	4.20	0.23	0.32	0.02	0.77	3.54	7.86	2.12	14.59
2005	2.33	2.96	1.63	4.32	0.23	0.33	0.03	0.78	3.42	8.03	2.21	15.01
2006	2.32	2.98	1.69	4.45	0.21	0.34	0.03	0.79	3.31	8.11	2.23	15.34
2007	2.35	3.05	1.73	4.54	0.23	0.35	0.03	0.79	3.28	8.11	2.29	15.47
2008	2.36	3.06	1.85	4.60	0.23	0.34	0.03	0.79	3.35	8.28	2.32	15.58
2009	2.47	3.13	1.92	4.69	0.24	0.36	0.03	0.78	3.42	8.39	2.37	15.93
2010	2.42	3.12	1.98	4.80	0.23	0.35	0.02	0.79	3.53	8.46	2.42	16.13
2011	2.48	3.19	2.03	4.84	0.24	0.37	0.02	0.87	3.54	8.56	2.52	16.40
2012	2.44	3.20	2.07	4.90	0.24	0.35	0.02	0.80	3.39	8.82	2.56	16.53

2013	2.29	3.28	2.16	4.99	0.24	0.39	0.02	0.89	3.35	8.72	2.62	16.67
2014	2.25	3.30	2.20	5.05	0.24	0.39	0.02	0.89	3.29	8.93	2.69	16.89
2015	2.18	3.37	2.24	5.09	0.24	0.38	0.02	0.88	3.25	8.77	2.77	17.31
2016	2.16	3.39	2.29	5.13	0.25	0.39	0.09	0.88	3.29	8.93	2.87	17.48
2017	2.19	3.49	2.35	5.18	0.26	0.42	0.10	0.86	3.33	8.97	2.87	17.66
2018	2.17	3.58	2.39	5.24	0.26	0.41	0.11	0.85	3.40	9.21	2.87	17.71
2019	2.14	3.62	2.44	5.32		0.39	0.13	0.84		9.18	2.85	17.96
2020		4.00	2.76	5.36		0.52	0.29	0.72		11.78	6.07	18.05

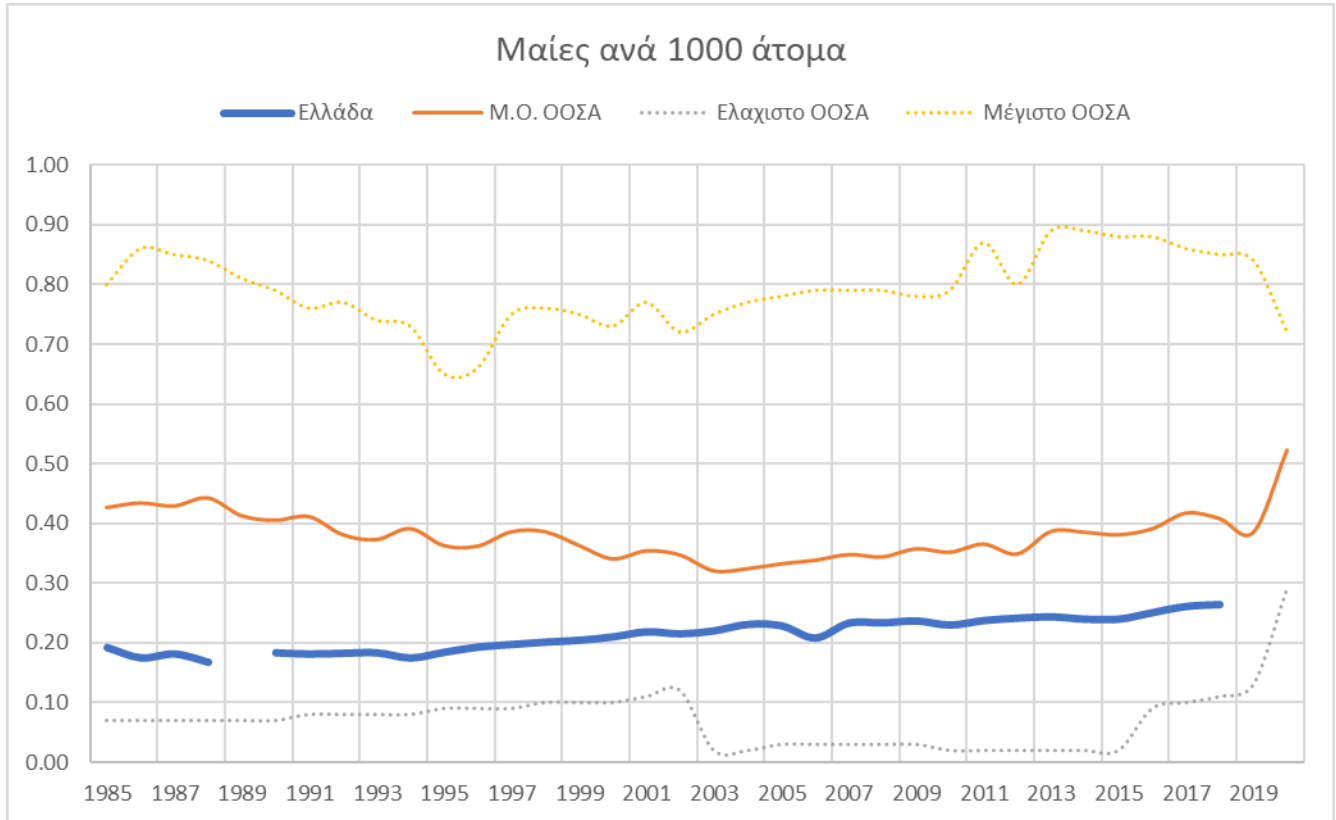
Σημείωση. Χώρες ΟΟΣΑ: Αυστραλία, Αυστρία, Βέλγιο, Καναδάς, Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ουγγαρία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ισραήλ, Ιταλία, Ιαπωνία, Κορέα, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μεξικό, Ολλανδία, Νέα Ζηλανδία, Νορβηγία, Πολωνία, Δημοκρατία της Σλοβακίας, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ηνωμένες Πολιτείες

Γράφημα 17. Ιατροί ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.



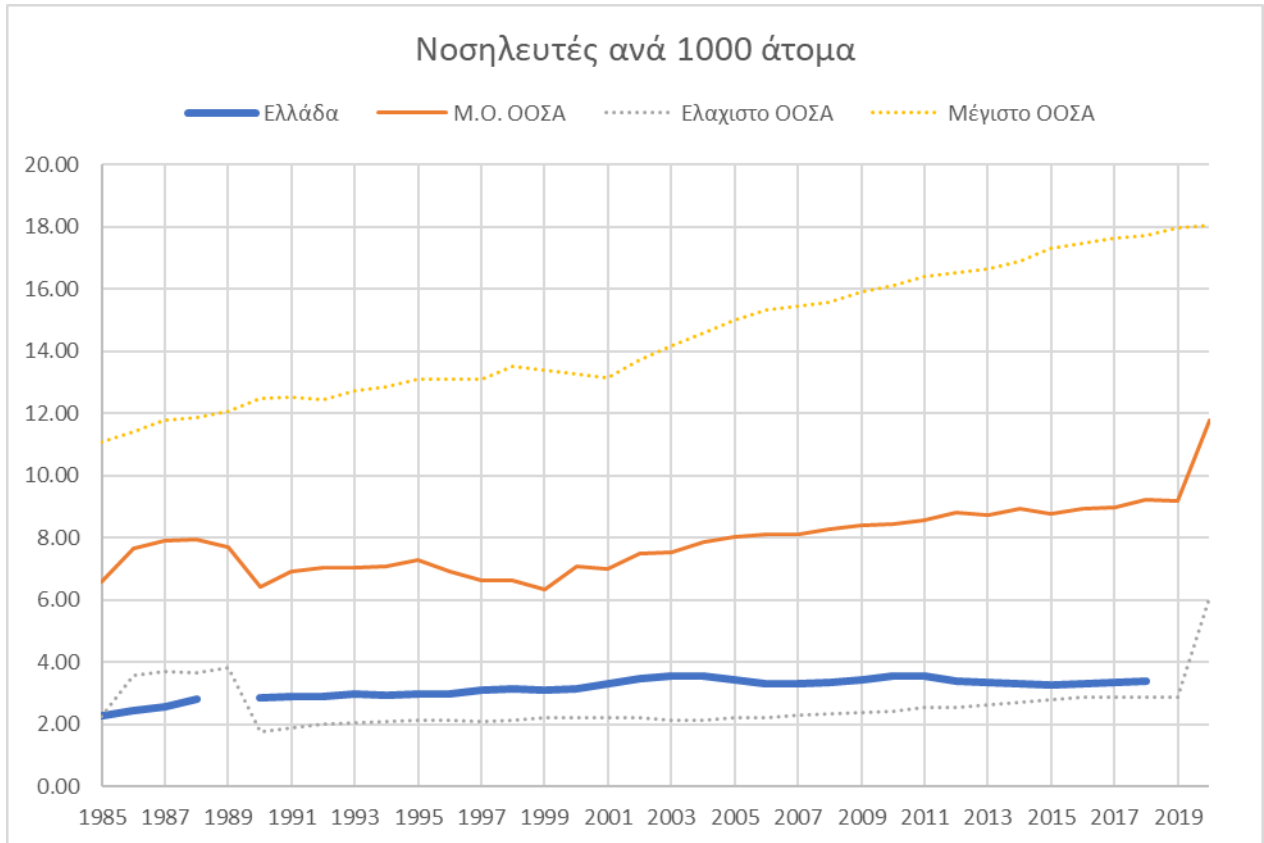
Στο Διάγραμμα 17 παρατηρείται η χρονική μεταβολή των ιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Καθ' όλη την περίοδο μελέτης ο δείκτης αυτός είναι χαμηλότερος του μέσου όρου του ΟΟΣΑ και μετά το 2011 μειώνεται σημαντικά από 2,48 σε 2,14 ιατρούς ανά 1000 άτομα πληθυσμού, κάτω από την ελάχιστη τιμή του ΟΟΣΑ που ανέρχεται σε 2,44 ιατρούς ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Να σημειωθεί εδώ ότι ενώ η Ελλάδα ανήκει στις χώρες του ΟΟΣΑ, στον συγκεκριμένο δείκτη δεν υπάρχουν στοιχεία για την Ελλάδα, επομένως οι μέσες, οι ελάχιστες και οι μέγιστες τιμές ανά έτος αφορούν τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ εξαιρουμένης της Ελλάδας. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, από το 2007 και μετά υπάρχουν κατά μέσο όρο 3 ιατροί ανά 1000 άτομα πληθυσμού, ενώ σε συγκεκριμένες χώρες όπως η Αυστρία, η Γερμανία, η Ιταλία, η Νορβηγία και η Ελβετία ο δείκτης ξεπερνά του 4 ιατρούς ανά 1000 άτομα πληθυσμού.

Γράφημα 18.Μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.



Στο Διάγραμμα 18 παρατηρείται η χρονική μεταβολή των μαιών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Καθ' όλη την περίοδο μελέτης ο δείκτης αυτός είναι χαμηλότερος του μέσου όρου του ΟΟΣΑ, ενώ από το 2000 και μετά αυξάνεται από 0,21 σε 0,26 μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού, παραμένοντας κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ που ανέρχεται σε 0,3-0,4 μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, την περίοδο 1985-2019 ο δείκτης βρίσκεται κατά μέσο όρο στο διάστημα 0,3-0,5, ενώ το 2020 ανήλθε στο 0,52. Σε χώρες όπως η Αυστραλία, η Νέα Ζηλανδία, η Ισλανδία και η Νορβηγία τα έτη 2019-2020 υπήρχαν από 0,5-0,8 μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού, ενώ η Ελλάδα κατατάσσεται μαζί με χώρες όπως Σλοβενία, Ολλανδία, Λετονία και Ουγγαρία που διαθέτουν κάτω από 0,3 μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού.

Γράφημα 19. Νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού για την Ελλάδα και τις χώρες του ΟΟΣΑ.



Στο Διάγραμμα 19 παρατηρείται η χρονική μεταβολή των νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Καθ' όλη την περίοδο μελέτης ο δείκτης αυτός πολύ κοντά στις ελάχιστες τιμές του ΟΟΣΑ, ενώ παραμένει μεταξύ 2-4 νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού, κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ που ανέρχεται σε 6-10 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, την περίοδο 1985-2019 ο δείκτης βρίσκεται κατά μέσο όρο στο διάστημα 6-10 ενώ το 2020 ανήλθε στους 12 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Σε χώρες όπως η Αυστραλία, η Αυστρία, η Γερμανία, η Ισλανδία, η Ολλανδία, η Νέα Ζηλανδία, η Σλοβενία, η Ελβετία και η Νορβηγία τα έτη 2018-2020 υπήρχαν πάνω από 10 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού, ενώ η Ελλάδα με 3,40 νοσηλευτές ανά 1000

άτομα πληθυσμού κατατάσσεται στην προτελευταία θέση των χωρών του ΟΟΣΑ, μετά το Μεξικό.

Γ Μέρος – Συμπεράσματα

Συμπεράσματα

Η ανάλυση των στοιχείων για τον αριθμό κλινών και θεραπευτηρίων δείχνει ότι τα θεραπευτήρια μειώθηκαν σε αριθμό αλλά πλέον έχουν μεγαλύτερη χωρητικότητα σε κλίνες, από 98,6 κλίνες ανά θεραπευτήριο το 1985 σε 166,8 κλίνες ανά θεραπευτήριο το 2019, παράλληλα με την αστικοποίηση της χώρας και τη συγκέντρωση του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού στα μεγάλα αστικά κέντρα. Αυτό αποδεικνύεται και από τα ποσοστά της κατανομής θεραπευτηρίων και κλινών ανά γεωγραφικό διαμέρισμα. Συγκεκριμένα, στην Αττική (Αθήνα) και την Κεντρική Μακεδονία (Θεσσαλονίκη) βρίσκεται πάνω από το 50% των θεραπευτηρίων και των κλινών της επικράτειας.

Μεγάλες μειώσεις παρατηρήθηκαν στον αριθμό θεραπευτηρίων στην Θράκη, την Πελοπόννησο και την Κρήτη, ενώ στις συγκεκριμένες περιοχές οι κλίνες αυξήθηκαν, υποδεικνύοντας τη συγκέντρωση των θεραπευτηρίων σε λιγότερες αλλά μεγαλύτερες σε χωρητικότητα μονάδες. Οι κλίνες αλλά και τα θεραπευτήρια μειώθηκαν στην Αττική, τα Ιόνια νησιά και τα Νησιά του Αιγαίου, γεγονός που σημαίνει ότι σε αυτές τις περιοχές η διαθεσιμότητα κλινών περιορίστηκε.

Όσον αφορά τη διαθεσιμότητα των κλινών ανά 1000 άτομα πληθυσμού στην Ελλάδα, αυτή μειώθηκε από 5,49 το 1985 σε 4,18 το 2019 ακολουθώντας τη μείωση στην Ευρώπη, με αποτέλεσμα οι δείκτες να συγκλίνουν την περίοδο 2018-2019. Από το 1993 η Ελλάδα διαθέτει σταθερά λιγότερες από 5 κλίνες ανά 1000 άτομα πληθυσμού, ενώ η μεγαλύτερη μείωση έγινε μεταξύ 2009 και 2010 από 4,93 σε 4,48.

Σχετικά με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι ιατροί αυξάνονται από το 1985 ως το 2012 και στη συνέχεια μειώνονται φθάνοντας το 2018 τους 23.354, που αντιστοιχεί σε 0,52 ιατρούς ανά κλίνη. Ομοίως οι νοσηλευτές αυξάνονται από το 1985 ως και το 2011, φθάνοντας τους 38,786 νοσηλευτές το 2018 που αντιστοιχούν σε 0,81 νοσηλευτές ανά κλίνη.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευτών αυξάνεται κατά την περίοδο μελέτης και συγκεκριμένα, περιορίζονται αρκετά οι νοσηλευτές υποχρεωτικής εκπαίδευσης, ενώ

αυξάνεται το ποσοστό νοσηλευτών τεχνολογικής και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης ξεπερνώντας το 50% του συνόλου των νοσηλευτών μετά το 2007 και φθάνοντας το 56,1% το 2018.

Τέλος μελετήθηκαν οι δείκτες τη διαθεσιμότητα ανθρωπίνων πόρων (ιατρών, νοσηλευτών, μαίων) ανά 1000 άτομα πληθυσμού ώστε να καταγραφεί η δυνατότητα κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού που έχει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Ενώ στις χώρες του ΟΟΣΑ ο δείκτης ιατρών ανά 1000 άτομα πληθυσμού αυξάνεται συνεχώς κατά μέσο όρο από 2,20 το 1985 ως 4,00 το 2020, η Ελλάδα βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο, καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου μελέτης με 1,44 το 1985, μέγιστη τιμή 2,48 το 2011 και μείωση σε 2,14 το 2019. Συγκεκριμένα, από το 2014 και έπειτα, η Ελλάδα διαθέτει τουλάχιστον έναν (1) ιατρό λιγότερο ανά 1000 άτομα πληθυσμού σε σύγκριση με τις χώρες του ΟΟΣΑ. Όσον αφορά τις μαίες, η διαθεσιμότητα αυξάνεται καθ' όλο το διάστημα από 0,19 το 1985 σε 0,26 ανά 1000 άτομα πληθυσμού το 2018, όμως και πάλι βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Το κυριότερο έλλειμα στους επαγγελματίες υγείας παρουσιάζεται στους νοσηλευτές. Η διαθεσιμότητα νοσηλευτών ανά 1000 άτομα πληθυσμού αυξήθηκε από 2,27 σε 3,54 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού το 2011 και στη συνέχεια μειώνεται σε 3,40 το 2018. Ο δείκτης αυτός βρίσκεται πολύ κοντά στον ελάχιστο των χωρών του ΟΟΣΑ, με μεγάλη απόσταση από το μέσο όρο που το 2018 ήταν 9,21 νοσηλευτές ανά 1000 άτομα πληθυσμού. Να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει κάποιο κατώτατο παγκόσμιο όριο για τον δείκτη αυτόν, ενώ η σύσταση του ΠΟΥ αφορά σε 4,45 επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, μαίες) ανά 1000 άτομα, τον οποίο η Ελλάδα καλύπτει και ξεπερνά μετά το 1988, φθάνοντας το 2018 στους 5,83 επαγγελματίες υγείας ανά 100 άτομα πληθυσμού. Παρόλα αυτά, οι νοσηλευτές και μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού συσχετίζονται ισχυρά με το προσδόκιμο ζωής σε πρόσφατη μελέτη Czarkowska-Pączek et al. (2021), σε 46 χώρες (Czarkowska-Pączek, Dawidowska, and Serafin 2021). Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι χώρες που διαθέτουν κάτω από 5 νοσηλευτές και μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού έχουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής (μέσος όρος ζωής 72 έτη), σε σύγκριση με χώρες που διαθέτουν 5-10 νοσηλευτές και μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού (μέσος όρος ζωής 78 έτη) και χώρες με πάνω από 10 νοσηλευτές και

μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού (μέσος όρος ζωής 81,6 έτη). Η ίδια μελέτη κατέδειξε ότι ο σχετικός αριθμός νοσηλευτών/μιαίων επίσης εξαρτάται από το εισόδημα της χώρας (κατά κεφαλήν ΑΕΠ) και το επίπεδο χρηματοδότησης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Λαμβάνοντας υπόψη τα συγκεκριμένα στοιχεία, στην Ελλάδα υπάρχουν 3,66 νοσηλευτές/μαίες ανά 1000 άτομα πληθυσμού γεγονός που κατατάσσει τη χώρα μας στην ομάδα με χαμηλό προσδόκιμο ζωής.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού διασυνδέονται με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης για να σχηματίσουν μια σύνθετη σχέση. Λαμβάνοντας υπόψη τις βασικές πτυχές στις οποίες επικεντρώνεται η δημογραφία, σχετιζόμενη με τον άνθρωπο, ήτοι το μέγεθος του πληθυσμού, την κατανομή του, τη σύνθεσή του, τις παραμέτρους αλλαγής του πληθυσμού και τους προσδιοριστές και συνέπειες τυχόν πληθυσμιακών αλλαγών, καθίσταται σαφής η συνθετότητα των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν και να διαφοροποιήσουν τα δημογραφικά δεδομένα που μελετώνται (Yusuf, Swanson, and Martins 2014). Η ηλικιακή δομή, για παράδειγμα, επηρεάζει τη φύση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι, ένας πολύ νέος πληθυσμός απαιτεί πολύ διαφορετικές υπηρεσίες από έναν πολύ ηλικιωμένο πληθυσμό. Ταυτόχρονα, η λειτουργία του συστήματος επηρεάζει το δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού, τόσο άμεσα, όσο και έμμεσα μέσω των επιπτώσεών του στην κατάσταση της υγείας. Ως εκ τούτου, ένα σύστημα που επιχειρεί επιθετικά να μειώσει τη θνησιμότητα συμβάλλει στην ανάπτυξη ενός πληθυσμού, που είναι τόσο μεγαλύτερης ηλικίας, όσο και αριθμητικά κυριαρχούμενος από γυναίκες. Ένα σύστημα που προωθεί επιθετικά τον έλεγχο των γεννήσεων ως μέτρο υγείας θα επηρέαζε παρομοίως την ηλικιακή και το φυλετική δομή του πληθυσμού.

Οι αρχές του εικοστού αιώνα στην πραγματικότητα ήταν το σημείο απογείωσης για την ανάπτυξη μιας πολύπλοκης, βιομηχανοποιημένης, αστικοποιημένης κοινωνίας. Αυτές οι εξελίξεις συνοδεύτηκαν από αλλαγές στα πρότυπα γονιμότητας, θνησιμότητας και νοσηρότητας. Επιπλέον, δραματικές αλλαγές σημειώθηκαν και σε άλλους δημογραφικούς δείκτες. Το μορφωτικό επίπεδο βελτιώθηκε, όπως και όλα τα άλλα μέτρα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι επαγγελματικές και βιομηχανικές δομές μεταμορφώθηκαν σε μεγάλο βαθμό. Η γεωγραφική κινητικότητα έγινε ο κανόνας, σε

αντίθεση με τη σχετική ακινησία της παραδοσιακής, αγροτικής κοινωνίας. Οι δημογραφικές αλλαγές του εικοστού αιώνα συνοδεύτηκαν από δραματικές αλλαγές στην κατάσταση της υγείας και στη συμπεριφορά της υγείας.

Σε μεγάλο βαθμό, η βελτίωση της υγείας πραγματοποιήθηκε ανεξάρτητα από τη λειτουργία του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Ένα υψηλότερο βιοτικό επίπεδο, καλύτερη στέγαση και καλύτερη διατροφή συνέβαλαν στην αλλαγή της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Όμως οι αδυναμίες στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι εμφανείς. Ακόμα κι αν γίνει αποδεκτό ότι στην Ελλάδα επικρατεί καλή υγεία, οι βραδύτεροι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης, η γήρανση του πληθυσμού και η συνεχής μετανάστευση θα ασκήσουν αυξανόμενη πίεση στους πόρους της υγειονομικής περίθαλψης και θα απαιτήσουν μια πιο ορθολογική χρήση αυτών των πόρων. Ως εκ τούτου, η οικονομική αξιολόγηση της υγείας, σταθμίζοντας τα οφέλη έναντι του κόστους, έχει να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο (Rovithis 2006). Οι πιέσεις στη ζήτηση θα αυξηθούν επίσης από τη γήρανση του πληθυσμού, η οποία αναμένεται να είναι πιο έντονη στην Ελλάδα από ό,τι για τον μέσο όρο των άλλων χωρών του ΟΟΣΑ.

Οι αδυναμίες στο ελληνικό σύστημα υγείας περιλαμβάνουν την κακή συνέχεια της περίθαλψης, την υπερβολική χρήση των θεραπευτικών υπηρεσιών, την έλλειψη προληπτικών μέτρων, τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, τα υψηλά ποσοστά των πληρωμών out of pocket και σημαντικές ανισότητες στην περιοχή και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (European Observatory on Health Care Systems 2000). Κατά την άποψη ερευνητών υπάρχει επιτακτική ανάγκη για εξορθολογισμό και εδραίωση του κατακερματισμένου συστήματος περίθαλψης της Ελλάδας (Souliotis and Lionis 2004). Τα πιο προφανή εμπόδια φαίνεται να είναι τα οικονομικά συμφέροντα των διαγνωστικών υπηρεσιών και των εταιρικών και μερικής απασχόλησης ιατρών κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και οι δικαιολογημένοι φόβοι σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού να απωλέσουν μέρος των παροχών προηγμένης υγειονομικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα οι Souliotis και Lionis (2004) αναμένουν για το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας έναν πιο πλουραλιστικό χαρακτήρα, εμπλουτίζοντας το μείγμα της παρεχόμενης περίθαλψης με υπηρεσίες που εκτείνονται πέρα από την παραδοσιακή θεραπευτική προσέγγιση, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών πρόληψης ασθενειών και προαγωγής της υγείας

και διαχείρισης σημαντικών παραγόντων κινδύνου. Επιπλέον, ο κεντρικός συντονισμός του συστήματος και ο κεντρικός ρόλος του προσωπικού ιατρού αναμένεται να αποκαταστήσουν τη συνέχεια της περίθαλψης, εισάγοντας εμπόδια στο σύστημα που δεν βασίζονται σε μια λογική περιορισμού (gate-keeping), αλλά μάλλον στη βελτίωση των υφιστάμενων δομών και τις συνθήκες υπό τις οποίες παρέχεται υγειονομική περίθαλψη (Souliotis and Lionis 2004).

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Aiken, Linda H., Walter Sermeus, Koen Van Den Heede, Douglas M. Sloane, Reinhard Busse, Martin McKee, Luk Bruyneel, Anne Marie Rafferty, Peter Griffiths, Maria Teresa Moreno-Casbas, Carol Tishelman, Anne Scott, Tomasz Brzostek, Juha Kinnunen, Rene Schwendimann, Maud Heinen, Dimitris Zikos, Ingeborg Strømøsen Sjetne, Herbert L. Smith, and Ann Kutney-Lee. 2012. "Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Hospital Care: Cross Sectional Surveys of Nurses and Patients in 12 Countries in Europe and the United States." *BMJ (Online)* 344(7851). doi: 10.1136/bmj.e1717.
- Albert, Xavier, Asunción Bayo, Jose L. Alfonso, Pedro Cortina, and Dolores Corella. 1996. "The Effectiveness of Health Systems in Influencing Avoidable Mortality: A Study in Valencia, Spain, 1975-90." *Journal of Epidemiology and Community Health* 50(3):320–25. doi: 10.1136/jech.50.3.320.
- Alexander, Melvin. 2001. "Six Sigma: The Breakthrough Management Strategy Revolutionizing the World's Top Corporations." *Technometrics* 43(3):370–370. doi: 10.1198/tech.2001.s622.
- Andersen, Ronald, and John F. Newman. 2005. "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States." *Milbank Quarterly* 83(4). doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
- Ansari, Zahid, Norman J. Carson, Michael J. Ackland, Loretta Vaughan, and Adrian Serraglio. 2003. "A Public Health Model of the Social Determinants of Health." *Sozial- Und Präventivmedizin* 48(4):242–51. doi: 10.1007/s00038-003-2052-4.
- Barry, Robert. 1986. "Toward a More Natural Science: Biology and Human Affairs by Leon Kass, M.D." *The Thomist: A Speculative Quarterly Review* 50(3):458–63. doi: 10.1353/tho.1986.0022.

- Baum, F. E., and A. M. Ziersch. 2003. "Social Capital." *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(5):320–23. doi: 10.1136/jech.57.5.320.
- Beard, T. C., and Stephen R. Redmond. 1979. "DECLARATION OF ALMA-ATA." *The Lancet* 313(8109):217–18.
- Berger, Peter, and Thomas Luckmann. 2016. "The Social Construction of Reality." Pp. 110–22 in *Social Theory Re-Wired: New Connections to Classical and Contemporary Perspectives: Second Edition*.
- Bonneux, Luc, Caspar W. N. Looman, Jan J. Barendregt, and Paul J. Van Der Maas. 1997. "Regression Analysis of Recent Changes in Cardiovascular Morbidity and Mortality in the Netherlands." *British Medical Journal* 314(7083):789–92. doi: 10.1136/bmj.314.7083.789.
- Breyer, Friedrich, and Stefan Felder. 2006. "Life Expectancy and Health Care Expenditures: A New Calculation for Germany Using the Costs of Dying." *Health Policy* 75(2):178–86. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.03.011.
- Brown, Gordon D., Tamara Stone, and Timothy B. Patrick. 2005. *Strategic Management of Information Systems in Healthcare*. Chicago, IL ;; Washington, DC : Health Administration Press ;; AUPHA Press,.
- Burns, Lawton R., Robert a DeGraaff, Patricia M. Danzon, John R. Kimberly, William L. Kissick, and Mark V Pauly. 2002. *The Health Care Value Chain: Producers, Purchasers, and Providers*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Carpenter, Mick. 2003. "On the Edge: The Fate of Progressive Modernization in Greek Health Policy." *International Political Science Review* 24(2):257-272+275. doi: 10.1177/0192512103024002006.
- CDC. 2017. "Health, United States, 2016 : With Chartbook on Long-Term Trends in Health." *Department of Health and Human Services*.
- Chandra, Anita, Joie Acosta, Katherine Carman, Tamara Dubowitz, Laura Leviton, Laurie Martin, Carolyn Miller, Christopher Nelson, Tracy Orleans, Margaret Tait, Matthew Trujillo, Vivian Towe, Douglas Yeung, and Alonzo Plough. 2016.

Building a National Culture of Health: Background, Action Framework, Measures, and Next Steps. Vol. 6. The RAND Corporation.

- Cheng, Kai-Wen. 2010. "Three Essays on the Economics of Health Behaviors." *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 71(3-A):1019.
- Conrad, Peter, and Kristin K. Barker. 2010. "The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications." *Journal of Health and Social Behavior* 51(1_suppl):S67–79. doi: 10.1177/0022146510383495.
- Correa-Rotter, Ricardo, Sarala Naicker, Ivor J. Katz, Sanjay K. Agarwal, Raul Herrera Valdes, Dan Kaseje, Bernardo Rodriguez-Iturbe, Faissal Shaheen, and Chitr Sitthi-Amorn. 2004. "Demographic and Epidemiologic Transition in the Developing World: Role of Albuminuria in the Early Diagnosis and Prevention of Renal and Cardiovascular Disease." *Kidney International. Supplement* 66(92):S32–37.
- Cosgrove, Juliette. 2003. "Five Keys to Successful Nursing Management Five Keys to Successful Nursing Management." *Nursing Standard* 17(37):29–29. doi: 10.7748/ns2003.05.17.37.29.b11.
- Czarkowska-Pączek, Bożena, Małgorzata Dawidowska, and Lena Serafin. 2021. "The Number of Nurses and Midwives per 1000 Inhabitants Influences Life Expectancy: A Retrospective Analysis Based on Data from 46 Countries." *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* 34(4):505–12. doi: 10.13075/ijomeh.1896.01699.
- Davis, Barbara A., Cynthia K. Kiesel, Julie McFarland, Adressa Collard, Kyle Coston, and Ada Keeton. 2005. "Evaluating Instruments for Quality: Testing Convergent Validity of the Consumer Emergency Care Satisfaction Scale." *Journal of Nursing Care Quality* 20(4):364–68. doi: 10.1097/00001786-200510000-00013.
- Dawkins, Bryony, Charlotte Renwick, Tim Ensor, Bethany Shinkins, David Jayne, and David Meads. 2021. "What Factors Affect Patients' Ability to Access Healthcare? An Overview of Systematic Reviews." *Tropical Medicine and International Health*

26(10):1177–88.

Downey, Christina A., and Edward C. Chang. 2013. “Assessment of Everyday Beliefs about Health: The Lay Concepts of Health Inventory, College Student Version.” *Psychology and Health* 28(7):818–32. doi: 10.1080/08870446.2012.762099.

Economou, Charalampos. 2018. “O Sistema de Saúde Grego e a Crise: Um Estudo de Caso Na Luta Pela Capacidade Do Estado Social.” *Anais Do Instituto de Higiene e Medicina Tropical* 17(1):7–26. doi: 10.25761/ANAISIHMT.246.

European Observatory on Health Care Systems. 2000. “Health Care Systems in Transition - Germany.” *Health Systems in Transition*.

European Union. 2018. “Hospital Beds (per 1,000 People) - European Union.” Retrieved February 1, 2022 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?end=2018&locations=EU&start=1985&view=chart>).

EUROSTAT- Health care personnel statistics, 2019. 2019. “Healthcare Personnel Statistics - Physicians - Statistics Explained.” *Online Publication* 28(November):1–13. Retrieved February 2, 2022 (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians&fbclid=IwAR0RLLa1dCvllarmPyvwrK1eJLpwBkHvmkn-bZrGVQ7RYf4gT6pzuXLF25c).

Farbod Ebadi, FardAzar, Rezapour Aziz, Broujeni Parvin Abbasi, Safari Hosein, and Naeeni Mahshid Moeeni. 2011. “Utilization of Health Care Services in the State of Isfahan.” *Hospital-J. Iran. Sci. Hosp. Assoc.* 10(3):23–32.

Flood, Colleen M., and Amanda Haugan. 2010. “Is Canada Odd? A Comparison of European and Canadian Approaches to Choice and Regulation of the Public/Private Divide in Health Care.” *Health Economics, Policy and Law* 5(3):319–41.

Freeman, Richard. 1998. “Competition in Context: The Politics of Healthcare Reform in Europe.” *International Journal for Quality in Health Care* 10(5):395–401.

Giannakopoulos, George, Chara Tzavara, Christine Dimitrakaki, Ulrike Ravens-Sieberer,

- and Yannis Tountas. 2010. "Adolescent Health Care Use: Investigating Related Determinants in Greece." *Journal of Adolescence* 33(3):477–85. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.06.003.
- Gulliford, M., J. Figueroa-Munoz, M. Morgan, D. Hughes, B. Gibson, R. Beech, and M. Hudson. 2002. "What Does 'access to Health Care' Mean?" *Journal of Health Services Research and Policy* 7(3):186–88.
- Gwatkin, D. R. 2000. "Health Inequalities and the Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do?" *Bulletin of the World Health Organization* 78(1):3–17.
- Hagbaghery, Mohsen Adib, Mahvash Salsali, and Fazlollah Ahmadi. 2004. "A Qualitative Study of Iranian Nurses' Understanding and Experiences of Professional Power." *Human Resources for Health* 2(1):1–14. doi: 10.1186/1478-4491-2-9.
- Harpham, Trudy, Emma Grant, and Elizabeth Thomas. 2002. "Measuring Social Capital within Health Surveys: Key Issues." *Health Policy and Planning* 17(1):106–11. doi: 10.1093/heapol/17.1.106.
- Hewitt, John P. 2001. "The Social Construction of Social Construction." *Qualitative Sociology* 24(3):417–23.
- Hosseinpour, Ahmad Reza, Mohsen Naghavi, Seyed Moayed Alavian, Niko Speybroeck, Hamidreza Jamshidi, and Jeanette Vega. 2007. "Determinants of Seeking Needed Outpatient Care in Iran: Results from a National Health Services Utilization Survey." *Archives of Iranian Medicine* 10(4):439–45. doi: 07104/AIM.005.
- Huber, Machteld, J. André Knotnerus, Lawrence Green, Henriëtte Van Der Horst, Alejandro R. Jadad, Daan Kromhout, Brian Leonard, Kate Lorig, Maria Isabel Loureiro, Jos W. M. Van Der Meer, Paul Schnabel, Richard Smith, Chris Van Weel, and Henk Smid. 2011. "How Should We Define Health?" *BMJ (Online)* 343(7817). doi: 10.1136/bmj.d4163.
- Hughner, Renée Shaw, and Susan Schultz Kleine. 2004. "Views of Health in the Lay Sector: A Compilation and Review of How Individuals Think about Health." *Health* 8(4):395–422.

- Idehen, H. O., and N. P. Edowmonyi. 2014. "Seizure Complicating Interscalene Brachial Plexus Block." *Journal of Medicine and Biomedical Research* 13(2):87–92. doi: 10.4314/jmbr.v13i2.
- Jadad, Alejandro R., and Laura O'Grady. 2008. "How Should Health Be Defined?" *BMJ* 337(7683):1363–64.
- Kale, Minal S., Tara F. Bishop, Alex D. Federman, and Salomeh Keyhani. 2013. "Trends in the Overuse of Ambulatory Health Care Services in the United States." *JAMA Internal Medicine* 173(2):142–48. doi: 10.1001/2013.jamainternmed.1022.
- Kanavos, Panos, and Kyriakos Souliotis. 2017. "Reforming Health Care in Greece: Balancing Fiscal Adjustment with Health Care Needs." Pp. 359–402 in *Beyond Austerity: Reforming the Greek Economy*. The MIT Press.
- Kapoor, Brig Pawan. 2011. "Why Quality in Healthcare?" *Medical Journal Armed Forces India* 67(3):206–8.
- Kim, Yunmi, Hyun Young Kim, and Eunyoung Cho. 2020. "Association between the Bed-to-Nurse Ratio and 30-Day Post-Discharge Mortality in Patients Undergoing Surgery: A Cross-Sectional Analysis Using Korean Administrative Data." *BMC Nursing* 19(1):1–10. doi: 10.1186/s12912-020-0410-7.
- Kingma, Elseijn. 2012. "Health and Disease: Social Constructivism as a Combination of Naturalism and Normativism." Pp. 37–56 in *Health, Illness and Disease: Philosophical Essays*. Acumen Publishing.
- Kondilis, Elias, Emmanouil Smyrnakis, Magda Gavana, Stathis Giannakopoulos, Theodoros Zdoukos, Steve Iliffe, and Alexis Benos. 2012. "Economic Crisis and Primary Care Reform in Greece: Driving the Wrong Way?" *British Journal of General Practice* 62(598):264–65.
- Kontodimopoulos, Nick, Giorgos Moschovakis, Vassilis H. Aletras, and Dimitris Niakas. 2007. "The Effect of Environmental Factors on Technical and Scale Efficiency of Primary Health Care Providers in Greece." *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 5:14. doi: 10.1186/1478-7547-5-14.

- Kressin, Nancy R., and Peter W. Groeneveld. 2015. "Race/Ethnicity and Overuse of Care: A Systematic Review." *Milbank Quarterly* 93(1):112–38.
- Kunaviktikul, Wipada, Robert L. Anders, Wichit Srisuphan, Ratanawadee Chontawan, Ramual Nuntasupawat, and Orapun Pumarporn. 2001. "Development of Quality of Nursing Care in Thailand." *Journal of Advanced Nursing* 36(6):776–84. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.02039.x.
- Larson, James S. 1999. "The Conceptualization of Health." *Medical Care Research and Review* 56(2):123–36.
- Lasser, Karen E., David U. Himmelstein, and Steffie Woolhandler. 2006. "Access to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National Population Based Survey." *American Journal of Public Health* 96(7):1300–1307.
- Lawton, Julia. 2003. "Lay Experiences of Health and Illness: Past Research and Future Agendas." *Sociology of Health and Illness* 25(SPEC. ISS.):23–40.
- Lee, Lay Lan, Nanly Hsu, and Shu Chuan Chang. 2007. "An Evaluation of the Quality of Nursing Care in Orthopaedic Units." *Journal of Orthopaedic Nursing* 11(3–4):160–68. doi: 10.1016/j.joon.2007.07.002.
- Levesque, Jean Frederic, Mark F. Harris, and Grant Russell. 2013. "Patient-Centred Access to Health Care: Conceptualising Access at the Interface of Health Systems and Populations." *International Journal for Equity in Health* 12(1):18. doi: 10.1186/1475-9276-12-18.
- Lionis, Christos, Elena Petelos, Sophia Papadakis, Ioanna Tsiligianni, Marilena Anastasaki, Agapi Angelaki, Antonis Bertsias, Enkeleint Aggelos Mechili, Maria Papadakaki, Dimitra Sifaki-Pistolla, and Emmanouil Symvoulakis. 2018. "Towards Evidence-Informed Integration of Public Health and Primary Health Care: Experiences from Crete." *Public Health Panorama* 04(04):699–714.
- Lionis, Christos, Emmanouil K. Symvoulakis, Adelais Markaki, Elena Petelos, Sophia Papadakis, Dimitra Sifaki-Pistolla, Maria Papadakakis, Kyriakos Souliotis, and

- Chariklia Tziraki. 2019. "Integrated People-Centred Primary Health Care in Greece: Unravelling Ariadne's Thread." *Primary Health Care Research and Development* 20(e113):1–7. doi: 10.1017/S1463423619000446.
- Lionis, Christos, Emmanouil K. Symvoulakis, Adelais Markaki, Constantine Vardavas, Maria Papadakaki, Natasa Daniilidou, Kyriakos Souliotis, and Ioannis Kyriopoulos. 2009. "Integrated Primary Health Care in Greece, a Missing Issue in the Current Health Policy Agenda: A Systematic Review." *International Journal of Integrated Care* 9(3).
- Lyu, Heather, Tim Xu, Daniel Brotman, Brandan Mayer-Blackwell, Michol Cooper, Michael Daniel, Elizabeth C. Wick, Vikas Saini, Shannon Brownlee, and Martin A. Makary. 2017. "Overtreatment in the United States." *PLoS ONE* 12(9). doi: 10.1371/journal.pone.0181970.
- Maciej Serda. 2013. "Synteza i Aktywność Biologiczna Nowych Analogów Tiosemikarbazonowych Chelatorów Żelaza" edited by G. Balint, B. Antała, C. Carty, J.-M. A. Mabieme, I. B. Amar, and A. Kaplanova. *Uniwersytet Śląski* 343–54. doi: 10.2/JQUERY.MIN.JS.
- Mackenbach, Johan P., Caspar W. N. Looman, Anton E. Kunst, J. Dik F. Habbema, and Paul J. van der Maas. 1988. "Post-1950 Mortality Trends and Medical Care: Gains in Life Expectancy Due to Declines in Mortality from Conditions Amenable to Medical Intervention in the Netherlands." *Social Science and Medicine* 27(9):889–94. doi: 10.1016/0277-9536(88)90278-X.
- Markaki, A., N. Antonakis, A. Philalithis, and C. Lionis. 2006. "Primary Health Care Nursing Staff in Crete: An Emerging Profile." *International Nursing Review* 53(1):16–18. doi: 10.1111/j.1466-7657.2006.00456.x.
- Markaki, Adelais, Athanasios Alegakis, Nikos Antonakis, Athena Kalokerinou-Anagnostopoulou, and Christos Lionis. 2009. "Exploring Training Needs of Nursing Staff in Rural Cretan Primary Care Settings." *Applied Nursing Research* 22(2):138–43. doi: 10.1016/j.apnr.2008.12.002.

- Markaki, Adelais, Nikos Antonakis, Carolyn M. Hicks, and Christos Lionis. 2007. "Translating and Validating a Training Needs Assessment Tool into Greek." *BMC Health Services Research* 7(1):1–7. doi: 10.1186/1472-6963-7-65.
- Matsaganis, Manos. 1998. "From the North Sea to the Mediterranean? Constraints to Health Reform in Greece." *International Journal of Health Services* 28(2):333–48.
- McIntyre, Diane, Michael Thiede, Göran Dahlgren, and Margaret Whitehead. 2006. "What Are the Economic Consequences for Households of Illness and of Paying for Health Care in Low- and Middle-Income Country Contexts?" *Social Science and Medicine* 62(4):858–65. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.07.001.
- McKenna, Hugh P., Sue Ashton, and Sinead Keeney. 2004. "Barriers to Evidence-Based Practice in Primary Care." *Journal of Advanced Nursing* 45(2):178–89. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02879.x.
- McPake, Barbara, Charles Normand, and Samantha Smith. 2013. *Health Economics: An International Perspective, Third Edition*. Routledge.
- Millstein, S. G., and C. E. Irwin. 1987. "Concepts of Health and Illness: Different Constructs or Variations on a Theme?" *Health Psychology : Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 6(6):515–24. doi: 10.1037/0278-6133.6.6.515.
- Mohamed, Neamat. 2013. "Develop Accreditation Standards for Nursing Departments At." *Journal of Education and Practice* 4(7):37–49.
- Mohammadbeigi, A., J. Hassanzadeh, B. Eshrati, and A. Rezaianzadeh. 2013. "Decomposition of Inequity Determinants of Healthcare Utilization, Iran." *Public Health* 127(7):661–67. doi: 10.1016/j.puhe.2013.01.001.
- Montazeri, Ali, Azita Goshtasebi, and Mariam Vahdaninia. 2008. "Educational Inequalities in Self-Reported Health in a General Iranian Population." *BMC Research Notes* 1. doi: 10.1186/1756-0500-1-50.
- Mossialos, Elias, and Sara Allin. 2005. "Interest Groups and Health System Reform in Greece." *West European Politics* 28(2):420–44. doi: 10.1080/01402380500060460.

- Mossialos, Elias, Sara Allin, and Konstantina Davaki. 2005. "Analysing the Greek Health System: A Tale of Fragmentation and Inertia." *Health Economics* 14(SUPPL. 1). doi: 10.1002/hec.1033.
- Mrayyan, M. T., and S. Acorn. 2004. "Nursing Practice Issues in Jordan: Student-Suggested Causes and Solutions." *International Nursing Review* 51(2):81–87. doi: 10.1111/j.1466-7657.2003.00201.x.
- Murdock, Steve H. 2015. *Population Change in the United States Socioeconomic Challenges and Opportunities in the Twenty-First Century* / by Steve H. Murdock, Michael E. Cline, Mary Zey, Deborah Perez, P. Wilner Jeanty.
- Naicker, Saraladevi. 2003. "End-Stage Renal Disease in Sub-Saharan and South Africa." Pp. S119–22 in *Kidney International, Supplement*. Vol. 63. Elsevier.
- National Center for Health Statistics. 2015. "Health, United States, 2015: With Special Feature on Racial and Ethnic Health Disparities." 107.
- Netithanakul, Ardyuth. 1997. "Public Policy in Healthcare Utilization of the Elderly : Evidence from Kanchanaburi DSS ,." 15–22.
- Notara, Venetia, Sotirios A. Koupidis, Elissavet Vaga, and Ilias A. Grammatikopoulos. 2010. "Economic Crisis and Challenges for the Greek Healthcare System: The Emergent Role of Nursing Management." *Journal of Nursing Management* 18(5):501–4. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01119.x.
- Obrist, Brigit, Nelly Iteba, Christian Lengeler, Ahmed Makemba, Christopher Mshana, Rose Nathan, Sandra Alba, Angel Dillip, Manuel W. Hetzel, Iddy Mayumana, Alexander Schulze, and Hassan Mshinda. 2007. "Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action." *PLoS Medicine* 4(10):1584–88.
- OECD. 2021a. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD.
- OECD. 2021b. "OECD Data." *OECD Website*.
- Oikonomidou, Eirini, Foteini Anastasiou, Dimitris Dervas, Fani Patri, Dionisis

- Karaklidis, Panagiotis Moustakas, Niki Andreadou, Enagellos Mantzanas, and Bodossakis Merkouris. 2010. "Rural Primary Care in Greece: Working under Limited Resources." *International Journal for Quality in Health Care* 22(4):333–37. doi: 10.1093/intqhc/mzq032.
- Okma, Kieke G. H. 1999. "European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 24(4):835–40. doi: 10.1215/03616878-24-4-835.
- Palència, Laia, Albert Espelt, Maica Rodríguez-Sanz, Katia B. Rocha, M. Isabel Pasarín, and Carme Borrell. 2013. "Trends in Social Class Inequalities in the Use of Health Care Services within the Spanish National Health System, 1993-2006." *European Journal of Health Economics* 14(2):211–19. doi: 10.1007/s10198-011-0362-7.
- Ravangard, Ramin, Nahid Hatam, Abedin Teimourizad, and Abdosaleh Jafari. 2014. "Factors Affecting the Technical Efficiency of Health Systems: A Case Study of Economic Cooperation Organization (ECO) Countries (2004–10)." *International Journal of Health Policy and Management* 3(2):63–69. doi: 10.15171/ijhpm.2014.60.
- dos Reis, Cristiano Sathler, Kenya Noronha, and Simone Wajnman. 2016. "Envelhecimento Populacional e Gastos Com Internação Do SUS: Uma Análise Realizada Para o Brasil Entre 2000 e 2010." *Revista Brasileira de Estudos de Populacao* 33(3):591–612. doi: 10.20947/S0102-30982016c0007.
- Richard Scheffler, Giorgio Cometto, Kate Tulenko, Tim Bruckner, Jenny Liu, Eric L. Keuffel, Alexander Preker, Barbara, and James Campbell. Stilwell, Julia Brasileiro. 2016. "HEALTH WORKFORCE REQUIREMENTS FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE AND THE SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS - Human Resources for Health Observer Series No 17." *World Health Organization* 17(17):1–2.
- Rovithis, Dimitrios. 2006. "Health Economic Evaluation in Greece." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 22(3):388–95.

- Rudnicki, Tânia. 2006. "Health Psychology: Research and Practice." *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas* 2(2):678. doi: 10.5935/1808-5687.20060021.
- Saracci, Rodolfo. 1997. "The World Health Organisation Needs to Reconsider Its Definition of Health." *British Medical Journal* 314(7091):1409–10.
- Sepehri, Ardesbir, Saeed Moshiri, Wayne Simpson, and Sisira Sarma. 2008. "Taking Account of Context: How Important Are Household Characteristics in Explaining Adult Health-Seeking Behaviour? The Case of Vietnam." *Health Policy and Planning* 23(6):397–407. doi: 10.1093/heapol/czn034.
- Shin, Hosung, Howin Song, Jinsook Kim, and Janice C. Probst. 2005. "Insurance, Acculturation, and Health Service Utilization among Korean-Americans." *Journal of Immigrant Health* 7(2):65–74. doi: 10.1007/s10903-005-2638-4.
- Sifaki-Pistolla, Dimitra, Vasiliki Eirini Chatzea, Adelais Markaki, Kyriakos Kritikos, Elena Petelos, and Christos Lionis. 2017. "Operational Integration in Primary Health Care: Patient Encounters and Workflows." *BMC Health Services Research* 17(1). doi: 10.1186/s12913-017-2702-5.
- Simonet, Daniel. 2010. "Healthcare Reforms and Cost Reduction Strategies in Europe: The Cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France." *International Journal of Health Care Quality Assurance* 23(5):470–88. doi: 10.1108/09526861011050510.
- Soler, Jean Karl, Francesco Carelli, Christos Lionis, and Hakan Yaman. 2007. "The Wind of Change: After the European Definition - Orienting Undergraduate Medical Education towards General Practice/Family Medicine." *European Journal of General Practice* 13(4):248–51. doi: 10.1080/13814780701814986.
- Solomon, Nzioka M. 2005. "Health Information Generation and Utilization for Informed Decision-Making in Equitable Health Service Management: The Case of Kenya Partnership for Health Program." *International Journal for Equity in Health* 4(1):1–11. doi: 10.1186/1475-9276-4-8.
- Souliotis, K., and C. Lionis. 2004. "Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective." *Journal of Medical Systems* 28(6):643–52.

- Statista. 2021. "Hospitals Worldwide."
- Sutton, S. 2001. "Health Behavior: Psychosocial Theories." Pp. 6499–6506 in *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Pergamon.
- Svalastog, Anna Lydia, Doncho Donev, Nina Jahren Kristoffersen, and Srećko Gajović. 2017. "Concepts and Definitions of Health and Health-Related Values in the Knowledge Landscapes of the Digital Society." *Croatian Medical Journal* 58(6):431–35. doi: 10.3325/cmj.2017.58.431.
- Tan, KM. 2010. "The Healing Of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care." *The Permanente Journal* 14(2). doi: 10.7812/tpp/10-055.
- The Lancet. 2009. "What Is Health? The Ability to Adapt." *The Lancet* 373(9666):781.
- Thisted, Ronald A. 2003. "Are There Social Determinants of Health and Disease?" in *Perspectives in Biology and Medicine*. Vol. 46.
- Timby, Barbara Kuhn, and Nancy Ellen Smith. 2005. *Essentials of Nursing: Care of Adults and Children*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Tinetti, Mary E., and Terri Fried. 2004. "The End of the Disease Era." *American Journal of Medicine* 116(3):179–85. doi: 10.1016/j.amjmed.2003.09.031.
- Tragakes, Ellie, and Nicholas Polyzos. 1998. "The Evolution of Health Care Reforms in Greece: Charting a Course of Change." *International Journal of Health Planning and Management* 13(2):107–30.
- Tsiachristas, Apostolos, Christos Lionis, and John Yfantopoulos. 2015. "Bridging Knowledge to Develop an Action Plan for Integrated Care for Chronic Diseases in Greece." *International Journal of Integrated Care* 15(DECEMBER2015). doi: 10.5334/ijic.2228.
- Tulchinsky, Theodore H., Elena A. Varavikova, and Joan D. Bickford. 2014. *The New Public Health Third Edition*. Elsevier Inc.
- Vriesendorp, S., Lourde et al. 2010. *Health Systems in Action. An Ehandbook for Leaders and Managers*.

- WHO Regional Office for Europe. 2020. *Greece: Assessing Health Systems Capacity to Manage Large Influx of Refugees and Migrants in an Evolving Context. Assessment Implemented in Greece 27 November–4 December 2019.*
- World Bank. 2016. “Hospital Beds (per 1,000) Population - Bangladesh.” Retrieved February 1, 2022 (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/3119>).
- World Health Organization, WHO. 2000. “The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance.” *Bulletin of the World Health Organization* 78(8):1064–1064. doi: 10.1590/S0042-96862000000800020.
- World Health Organization, WHO. 2017. “Barriers and Facilitating Factors in Access to Health Services in Greece (2015).”
- You, Li ming, Linda H. Aiken, Douglas M. Sloane, Ke Liu, Guo ping He, Yan Hu, Xiaolian Jiang, Xiao han Li, Xiao mei Li, Hua ping Liu, Shao mei Shang, Ann Kutney-Lee, and Walter Sermeus. 2013. “Hospital Nursing, Care Quality, and Patient Satisfaction: Cross-Sectional Surveys of Nurses and Patients in Hospitals in China and Europe.” *International Journal of Nursing Studies* 50(2):154–61. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.05.003.
- You, Xinyi, Yali Zhang, Jinfeng Zeng, Congju Wang, Hongpeng Sun, Qinghua Ma, Yana Ma, and Yong Xu. 2019. “Disparity of the Chinese Elderly’s Health-Related Quality of Life between Urban and Rural Areas: A Mediation Analysis.” *BMJ Open* 9(1):e024080. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024080.
- Yusuf, Farhat, David A. Swanson, and Jo M. Martins. 2014. *Methods of Demographic Analysis*. Vol. 9789400767. Springer Netherlands.
- Zahra, Aqeela, Eun Whan Lee, Li Yuan Sun, and Jae Hyun Park. 2015. “Perception of Lay People Regarding Determinants of Health and Factors Affecting It: An Aggregated Analysis from 29 Countries.” *Iranian Journal of Public Health* 44(12):1620–31.

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

- Βραχάτης, Α. Παπαδόπουλος, Α. (2012), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές». Νοσηλευτική, Τόμος 51, Τεύχος 1: 10-17
- Μάρκοβιτς Γ και Μοναστηρίδου Σ (2018) Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 5, τόμος 4 τεύχος 1
- Ν. 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης», (ΦΕΚ 87/τ.Α΄/07-06-2010) Εφημερίς της Κυβερνήσεως
- Πετμεζίδου Μ, Παπαναστασίου Σ, Πεμπετζόγλου , Παπαθεοδώρου Χ, Πολυζωίδης Π, Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, 2015 ΙΝΕ ΓΣΕΕ
- Πετράκος, Α., Γκιάκα, Β., Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Νικολαδός, Ι., Σπέης, Κ., (2018) Διερεύνηση της εργασιακής απόδοσης του προσωπικού σε νοσοκομειακό περιβάλλον εργασίας. Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και παράγοντες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(3): 372-381
- Πιερράκος Γ, Λατσού Δ, Γούλα Α, Σταμούλη Μ, Δημάκου Σ, Υφαντόπουλος Ι (2015) Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής. Ενδεχόμενη μελέτη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32(5):629-635
- Τούντας, Γ. (2001). Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: εκδ. Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, 2008-2012, Αθήνα 2008

