

Πολιτική υγείας και Διοίκηση υπηρεσιών υγείας

Νικόλαος Μ. Πολύζος

Κεφ. 3

Η δημόσια υγεία: νέες προκλήσεις

ΚΡΙΤΙΚΗ

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία (1)

Παγκοσμιοποίηση είναι όρος που υποδηλώνει τη διαδικασία κατά την οποία το στοιχείο της εθνικής δράσης υπαναχωρεί ως προσδιοριστικός παράγοντας των οικονομικών, κοινωνικών, πολιτικών και πολιτισμικών σχέσεων και συναλλαγών και εντείνεται η πρόσληψη του κόσμου ως ενιαίου και ολοκληρωμένου κοινωνικού σχηματισμού.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία (2)

Υπάρχουν 7 τύποι παγκοσμιοποίησης:

α) Η παγκοσμιοποίηση των χρηματοοικονομικών αγορών και της **ιδιοκτησίας του κεφαλαίου** χαρακτηρίζεται από την απορρύθμιση των αγορών αυτών, την εντατικοποίηση της διεθνούς κινητικότητας του κεφαλαίου και την αύξηση των συγχωνεύσεων.

β) Η παγκοσμιοποίηση των αγορών και των **στρατηγικών ανταγωνισμού** διέπεται από την ολοκλήρωση των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων σε παγκόσμια κλίμακα, την εγκαθίδρυση ολοκληρωμένων επιχειρησιακών λειτουργιών στο εξωτερικό, την εξεύρεση πόρων από διεθνείς πηγές και τη σύναψη στρατηγικών συμμαχιών.

γ) Η παγκοσμιοποίηση της **τεχνολογίας, της έρευνας και της γνώσης** καθίσταται καταλυτικής σημασίας και ιδιαίτερα η ανάπτυξη της τεχνολογίας της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών που επιτρέπουν τη δημιουργία δικτύων.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία (3)

δ) Η παγκοσμιοποίηση των **τρόπων ζωής**, των καταναλωτικών συμπεριφορών και του πολιτισμού συντελείται με τη μεταφορά των κυρίαρχων προτύπων μέσω της συμβολής, σε μεγάλο βαθμό, των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

ε) Στο επίπεδο της **διακυβέρνησης**, η παγκοσμιοποίηση οδηγεί στην αλλαγή του ρόλου των εθνικών κυβερνήσεων και των κοινοβουλίων και επιδιώκεται ο σχεδιασμός νέων κανόνων και θεσμών παγκόσμιας διακυβέρνησης.

στ) Η παγκοσμιοποίηση ως **πολιτική ενοποίηση** του κόσμου χαρακτηρίζεται από την ανάλυση της διαδικασίας ολοκλήρωσης και ενσωμάτωσης των επιμέρους κοινωνιών σε ένα παγκόσμιο πολιτικό και οικονομικό σύστημα.

ζ) Τέλος, η παγκοσμιοποίηση **της αντίληψης και της συναίσθησης** του ατόμου για τον κόσμο συνδέεται με τις κοινωνικοπολιτισμικές διαδικασίες και το παγκόσμιο κίνημα που προωθούν την κοσμοπολίτικη αντίληψη της «μίας Γης» και του «παγκόσμιου πολίτη».

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία (4)

Ως προς τη σημασία και τις επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης, διακρίνονται **τέσσερις** θεωρητικές κατευθύνσεις (Quiggin 2022):

- η νεοφιλελεύθερη (neoliberal),
- η σκεπτικιστική (skeptical),
- η διεθνιστική (internationalism) και
- οι απόψεις που διάκεινται αρνητικά έναντι της παγκοσμιοποίησης (antiglobalism).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

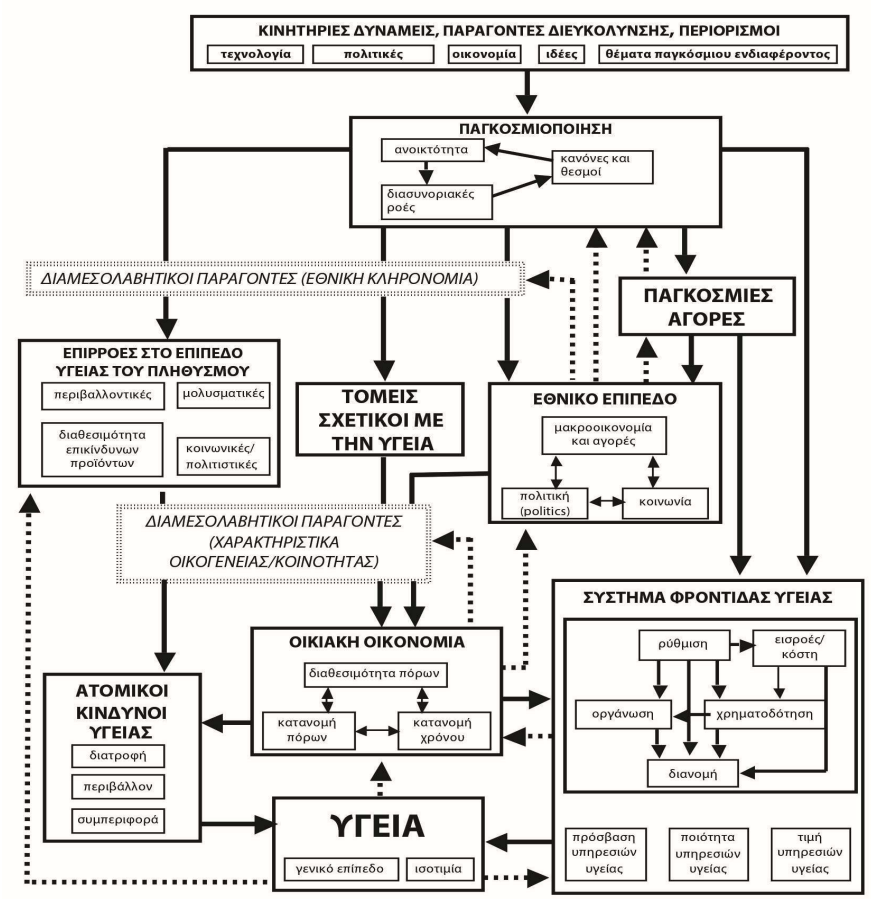
3.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία (5)

Από την πλευρά της **κοινωνικής πολιτικής**, η παγκοσμιοποίηση σηματοδοτεί τη στροφή προς τρεις νέους άξονες οι οποίοι επικεντρώνουν:

α) στην **επίπτωση** της παγκοσμιοποίησης στα κράτη πρόνοιας και τις κοινωνικές πολιτικές, κυρίως με τη μείωση της σχετικής χρηματοδότησης,
β) στη **συμβολή** των κρατών πρόνοιας και των κοινωνικών πολιτικών στη διαδικασία της παγκοσμιοποίησης με τη συμβολή στην οικονομική ανάπτυξη, και
γ) στην παγκοσμιοποίηση της διαδικασίας **άσκησης της ίδιας** της κοινωνικής πολιτικής (Yeates 2001)

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία (6)



ΣΧΗΜΑ 3.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία: το εννοιολογικό πλαίσιο

Πηγή: Woodward et al. 2001 (από Οικονόμου 2004).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία (7)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 Διαστάσεις και σφαίρες της παγκόσμιας υγείας

Διαστάσεις/Σφαίρες	Χωρική	Χρονική	Γνωστική
Οικονομική	Αναδιοργάνωση σε διεθνές επίπεδο των δραστηριοτήτων παραγωγής και εμπορίας των σχετικών με την υγεία βιομηχανιών	Ταχύτερη διακίνηση των μολυσματικών παραγόντων μέσω του εντεινόμενου εμπορίου φυτών και ζώων	Εξάπλωση νεοφιλελεύθερων πολιτικών υγείας στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας
		Γρηγορότερη μεταφορά από το εργαστήριο στην αγορά των νέων παρεμβάσεων υγείας	Παγκόσμια διεκδίκηση για την κατοχύρωση των πνευματικών δικαιωμάτων ιδιοκτησίας σε σχέση με τα φάρμακα κ.λπ.
Πολιτική	Διεθνής κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών για ζητήματα υγείας	Εκστρατείες ταχείας ανταπόκρισης στις σχετικές με την υγεία αιτίες	Διάδοση της πρόσληψης της υγείας ως ανθρώπινου δικαιώματος
Κοινωνικο-πολιτισμική	Νέες μορφές ταυτότητας ως αποτέλεσμα κοινών αναγκών υγείας	Διάδοση τρόπων ζωής και των σχετικών συνθηκών φυσικής και ψυχικής υγείας	Επιρροή των παγκόσμιων ΜΜΕ στους τρόπους υγιεινής ζωής
Τεχνολογική	Δημιουργία νέων τύπων «χώρου» μέσω των τεχνολογιών της πληροφορικής και των επικοινωνιών	Ικανότητα ανάληψης ταχύτερης επιτήρησης και παρακολούθησης των ασθενειών	Χρησιμοποίηση διαδικτύου για τη διάχυση των πληροφοριών
Περιβαλλοντική	Περιβαλλοντικές επιπτώσεις (π.χ. Chernobyl)	Επιταχυνόμενη εξάντληση φυσικών πόρων	Μετάδοση της έννοιας της βιωσιμότητας στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας
		Γρηγορότερη παγκόσμια διακίνηση γενετικού υλικού	

Πηγή: Lee 2003 (από Οικονόμου 2004).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.2 Νέες προκλήσεις (1)

Οι παραπάνω θεματικές συνθέτουν τους άξονες του πλαισίου με τη βοήθεια του οποίου η επιστημονική κοινότητα, οι επαγγελματίες υγείας και οι διαμορφωτές της πολιτικής υγείας καλούνται να δώσουν απαντήσεις στις νέες **προκλήσεις** που έθεσε η παγκοσμιοποίηση στον χώρο της υγείας (Lee 1998) και αναφέρονται:

α. στην **επιδημιολογία** των ασθενειών στο εσωτερικό και μεταξύ των κρατών και των πληθυσμιακών ομάδων,
β. στη **μετανάστευση** και την κινητικότητα των πληθυσμών και την επίπτωση που έχουν στη διάδοση μεταδοτικών ασθενειών,
γ. στη **χρηματοδότηση** των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων σε ένα περιβάλλον έντονης κινητικότητας της εργασίας και του κεφαλαίου,

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.2 Νέες προκλήσεις (2)

δ. στη ρύθμιση του παγκόσμιου **εμπορίου** και της παραγωγής, ώστε να προστατευτεί η υγεία των ανθρώπων και των εργαζομένων έναντι των μεταδοτικών ασθενειών, των βιομηχανικών κινδύνων, των βλαβερών αποβλήτων, των επαγγελματικών ασθενειών κ.λπ.,
ε. στην επίπτωση που έχει η ανάπτυξη της **τεχνολογίας**, της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας και την εμφάνιση νέων μορφών ανισοτήτων που σχετίζονται με τη δυνατότητα πρόσβασης στις τεχνολογίες αυτές,
στ. στον ρόλο του **κράτους**, των μη κυβερνητικών οργανώσεων, των διεθνών **οργανισμών**, των ιδιωτικών φορέων κ.λπ. στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας και την ανεύρεση μιας ισορροπίας μεταξύ αυτών,
ζ. στην υιοθέτηση **διεθνών κανόνων** που να ρυθμίζουν τα ζητήματα της παγκόσμιας υγείας, την πιστοποίηση των προμηθευτών υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας, την προστασία των δικαιωμάτων σε σχέση με τα φάρμακα, τη βιοϊατρική τεχνολογία κ.λπ.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.2 Νέες προκλήσεις (3)

Συνοπτικά, οι νέες προκλήσεις στη δημόσια υγεία των ευρωπαϊκών χωρών είναι:
• Η μετάβαση σε ένα **επιδημιολογικό προφίλ** που κυριαρχείται από τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα νεοπλάσματα, τα μεταβολικά νοσήματα κ.ά.
• Η σταδιακή επικράτηση νοσογόνων **καταναλωτικών συμπεριφορών** (καπνός, αλκοόλ, διατροφή κ.λπ.), που επιδεινώνει την κατάσταση.
• Η εμφάνιση του AIDS και άλλων **λοιμωδών νόσων** και η επανεμφάνιση παλαιών, που είχαν σχεδόν εξαφανιστεί από την Ευρώπη.

Είναι πια έντονη η ανάγκη τα συστήματα υγείας:
• Να βρουν τρόπους μέτρησης αυτού του νέου επιδημιολογικού φορτίου και των **επιπτώσεων** που έχει στην υγεία.
• Να γίνουν αξιόπιστες **προβλέψεις** για την πορεία εξέλιξής τους.
• Να επαναπροσδιορίσουν τους στόχους και τις **προτεραιότητές** τους και να αποκτήσουν ευελιξία και ταχύτητα προσαρμογής στην αντιμετώπιση τυχόν νέων κινδύνων που θα εμφανιστούν ή και μεταβολής των ήδη υπαρχόντων.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

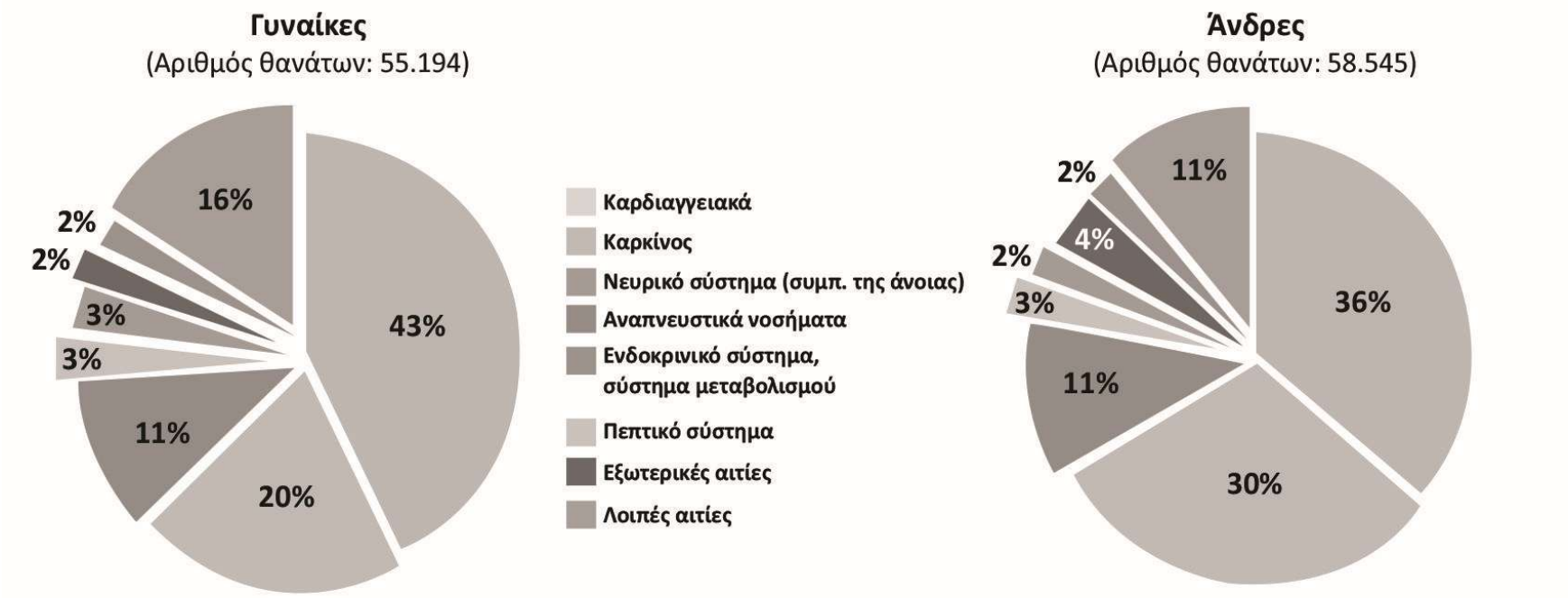
3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (1)

Οι πιο σημαντικοί προσδιοριστικοί **παράγοντες** (του επιπέδου) της υγείας είναι:

1. οι δημογραφικές τάσεις-εξελίξεις-δείκτες,
2. η οικονομική ανάπτυξη, η απασχόληση, το εισόδημα και η κατανομή του,
3. το επίπεδο εκπαίδευσης,
4. οι συνθήκες κατοικίας-εργασίας και το επίπεδο διαβίωσης,
5. πρότυπα συμπεριφοράς και τρόπος,
6. υπηρεσίες υγείας, χρήση ΒΙΤ,
7. κλιματολογικές συνθήκες-περιβάλλον-οικολογική ισορροπία,
8. κατανάλωση φαρμάκων,
9. άλλες κοινωνικές σχέσεις κ.λπ.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (2)



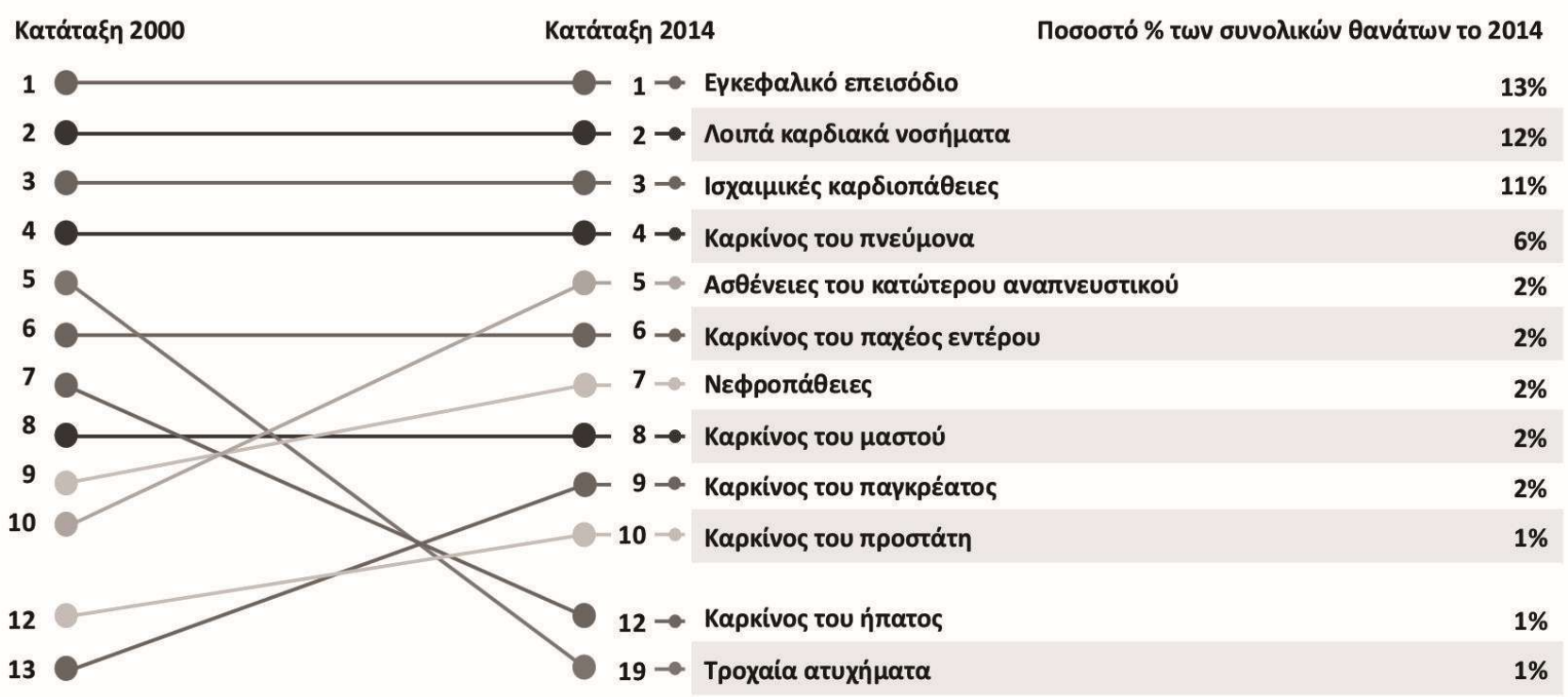
Σημείωση: Τα στοιχεία παρουσιάζονται ανά ευρύτερο κεφάλαιο της διεθνούς ταξινόμησης των νόσων (JCD). Η άνοια προστέθηκε στο κεφάλαιο των νοσημάτων του νευρικού συστήματος για να συμπεριληφθεί μαζί με νόσους του νευρικού συστήματος.

ΣΧΗΜΑ 3.2 Κύριες αιτίες θανάτων κατά φύλο, Ελλάδα, 2015

Πηγή: OECD, 2018, *«Cancer incidence» in Health at a Glance 2017, OECD Indicators,* OECD Publishing.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (3)



ΣΧΗΜΑ 3.3 Επίπτωση νοσημάτων στη θνησιμότητα, 2015

Πηγή: OECD, 2018, *«Main causes of mortality» in Health at a Glance 2017, OECD Indicators*, OECD Publishing.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (4)

Η διερεύνηση του **επιπέδου υγείας** του πληθυσμού προϋποθέτει τη μεθοδολογία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων. Στο πλαίσιο αυτό έχουν αναπτυχθεί σχετικοί **δείκτες** που γενικά διαχωρίζονται σε:

α. αρνητικούς (θνησιμότητα, νοσηρότητα κ.λπ.) και

β. θετικούς (ποιότητα ζωής, αυτοαξιολόγηση κ.λπ.).

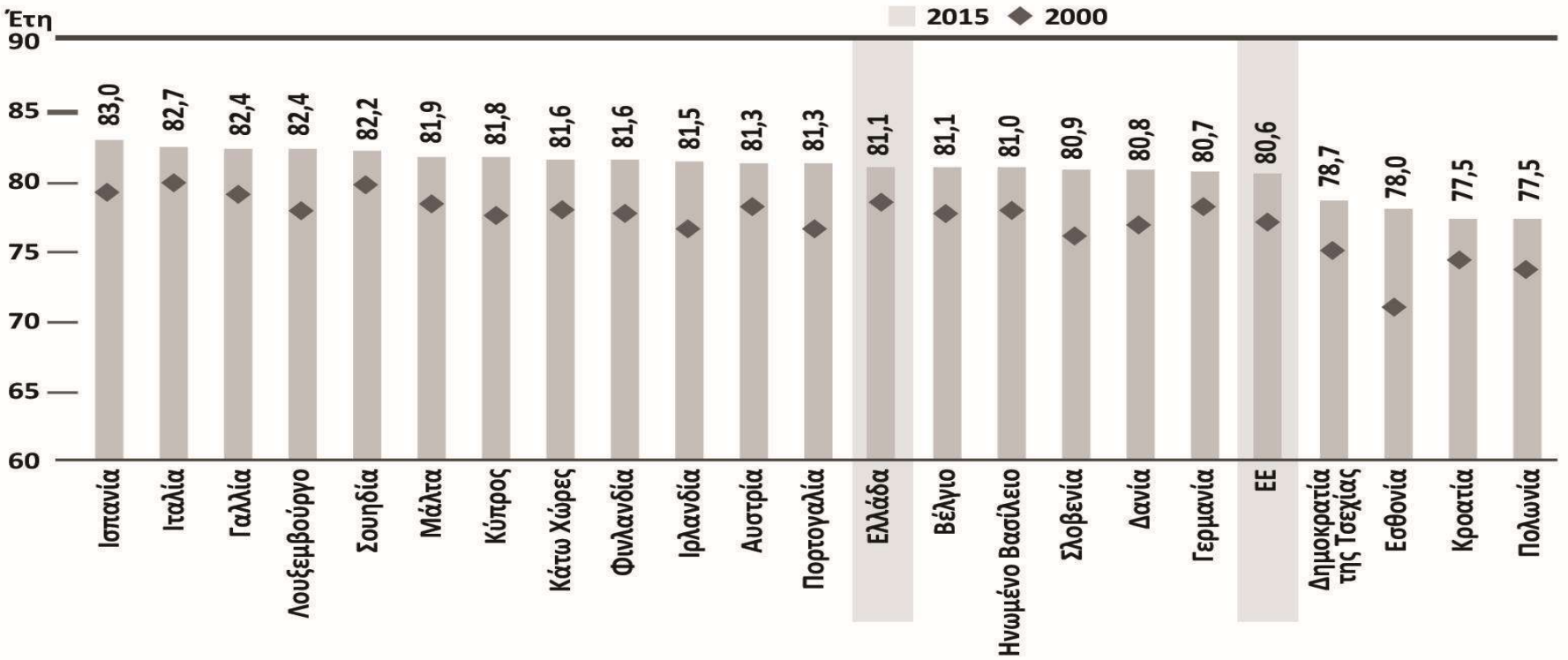
Στα Σχήματα 3.2-3.3 υπάρχει ανάλυση δεικτών που δείχνουν τη βελτίωση των περισσότερων αρνητικών δεικτών, και κατ' επέκταση του επιπέδου υγείας, τα τελευταία χρόνια (με εξαιρέσεις, π.χ. καρκίνος πνεύμονα ή μαστού).

Στο Σχήμα 3.4 φαίνεται η εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης διεθνώς και στο Σχήμα 3.5 αναλύεται η εξέλιξη του υψηλού πια προσδόκιμου ζωής στην Ελλάδα, με αύξηση κατά 1,5-2 έτη ανά δεκαετία, αλλά και η αρνητική μεταβολή το 2020, με απώλεια 6 μηνών. Ήδη 1 στους 5 είναι άνω των 65 ετών, με εκτίμηση για 1 στους 3 το 2060.

Ανησυχητική, παράλληλα, είναι η αρνητική φυσική μεταβολή του πληθυσμού την τελευταία 10ετία (περίπου 120.000 θάνατοι και 80.000 γεννήσεις) με δημογραφική πίεση που έχει μεσομακροπρόθεσμες πιέσεις στο σύστημα υγείας και ασφάλισης.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (5)

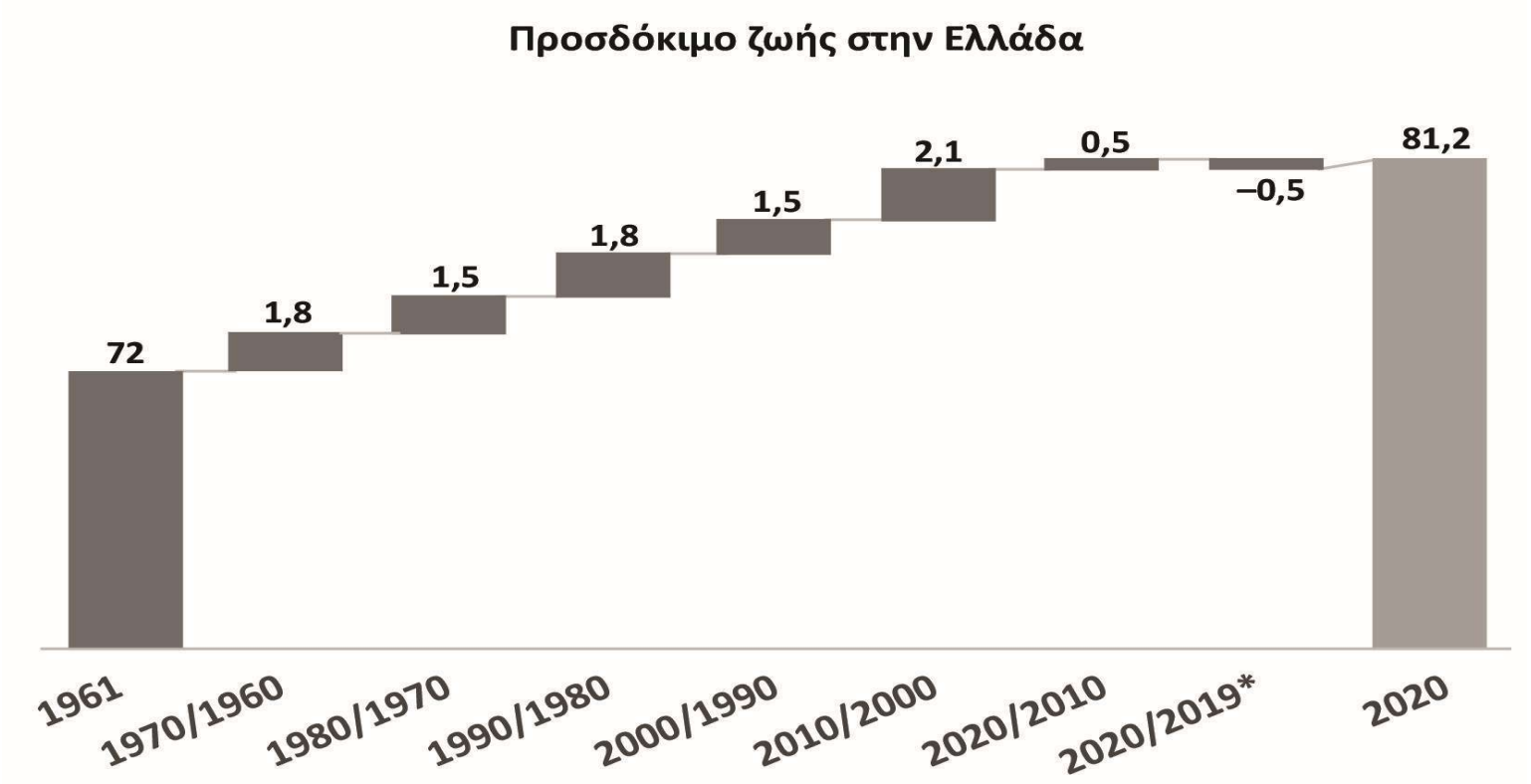


ΣΧΗΜΑ 3.4 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην ΕΕ, 2000 & 2015

Πηγή: OECD, 2018, *«Life Expectancy at Birth» in Health at a Glance 2017, OECD Indicators*, OECD Publishing.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (6)



ΣΧΗΜΑ 3.5 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα, ως το 2020

Πηγή: OECD Health Statistics, 2022, Eurostat, Population Projections, 2022, επεξεργασία στοιχείων ΙΟΒΕ.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (7)

Μετά από πρόσφατες ομαδοποιήσεις από προγράμματα διεθνών οργανισμών, και κυρίως της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), οι γενικές **κατηγορίες** των δεικτών υγείας είναι:

α. Επίπεδο υγείας (health status): προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy), θνησιμότητα (mortality), νοσηρότητα (morbidity), άλλοι λειτουργικοί και ανθρωπιστικοί δείκτες (functioning, anthropometric).
β. Στάσεις ζωής και υγειονομικές συνήθειες (life style and health habits): κατανάλωση καπνού-αλκοόλ-φαρμάκων, φυσική δραστηριότητα, δίαιτα, σεξουαλική ζωή κ.λπ. (tobacco, alcohol, drug, physical activity, diet, sex life, other).
γ. Συνθήκες διαβίωσης και εργασίας (living andworking conditions): απασχόληση, περιβάλλον εργασίας, κατοικία, ελεύθερος χρόνος, μεταφορές, εξωτερικό περιβάλλον (employment, work environment, housing, home and leisure, transport, external environment).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (8)

δ. Σύστημα – υπηρεσίες υγείας (health care system): δαπάνες-χρηματοδότηση υγείας, υποδομές –προσωπικό, κόστος/δαπάνες, χρήση υπηρεσιών, προαγωγή υγείας– πρόληψη ασθενειών (health financing, facilities –personnel, cost/expenditure, service utilization, health promotion and disease prevention).
ε. Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες (demographic and social factors): φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, περιφέρεια–κατοικία, εκπαίδευση (gender, age, marital status, region and residence, education).
στ. Άλλοι δείκτες (food safety, miscellaneous, other).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

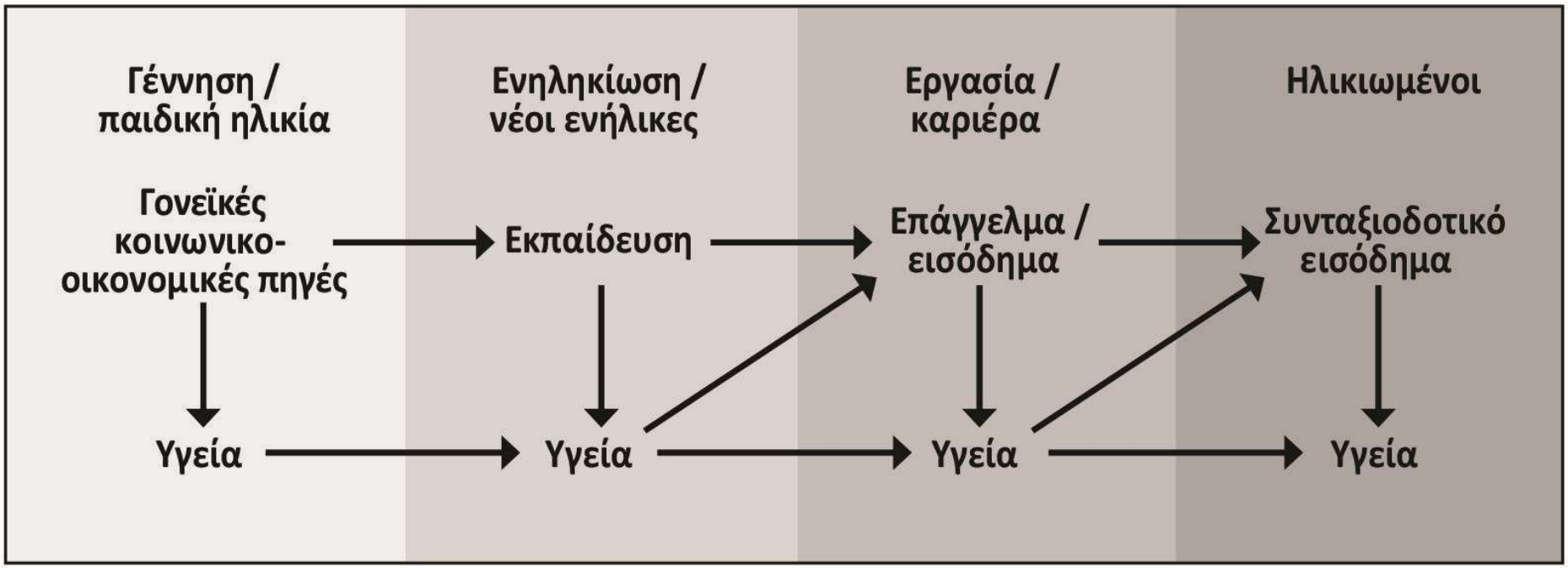
3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (9)

Η ύπαρξη διαφορών στα επίπεδα υγείας μεταξύ χωρών ή περιφερειών ή κοινωνικών ομάδων αποτελεί κοινή όσο και σημαντική διαπίστωση.

Οι λεγόμενες **ανισότητες** (αντίστοιχες των υποσυστημάτων) παρατηρούνται:
α. στο επίπεδο υγείας,
β. στη χρηματοδότηση προγραμμάτων ή υπηρεσιών υγείας, και
γ. στην προσφορά – παραγωγή υπηρεσιών υγείας.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (10)



ΣΧΗΜΑ 3.6 Ενδεικτικός αντίκτυπος της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην υγεία κατά τη διάρκεια της ζωής

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (11)

Υπάρχουν δύο προσεγγίσεις για τη μελέτη των ανισοτήτων στην υγεία τόσο μεταξύ κοινωνικών ομάδων όσο και μεταξύ πληθυσμών. Για παράδειγμα, μπορούμε να μελετήσουμε τον (μέσο) **δείκτη** μάζας σώματος (ΔΜΣ) των ατόμων με χαμηλό εισόδημα συγκρινόμενο με εκείνους με υψηλό εισόδημα. Στην περίπτωση αυτή, αναγνωρίζουμε τη σημασία κοινωνικών διαφορών στην υγεία ενός πληθυσμού και, συνεπώς, στοχεύουμε στην ομάδα στόχο μέσω θεσμοθέτησης, προγραμμάτων υγείας αλλά και επενδύσεων, ώστε να μειωθούν οι διαφορές στην υγεία λόγω των κοινωνικών ανισοτήτων. Εναλλακτικά, μπορούμε να επικεντρωθούμε σε **κοινωνικές** ανισότητες μεταξύ ατόμων μελετώντας το εύρος ή τη διασπορά, για παράδειγμα ενός δείκτη υγείας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Τέλος, φαίνεται ότι κοινωνικά προσδιοριστικοί **παράγοντες** υγείας, όπως η εκπαίδευση, η κοινωνική τάξη ή το εισόδημα, συνδέονται με καλύτερα επίπεδα υγείας (Πίνακας 3.2).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (12)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2 Δείκτες κοινωνικοοικονομικής θέσης που χρησιμοποιούνται στην έρευνα για την υγεία και μετρώνται σε ατομικό επίπεδο

Εκπαίδευση	Χρησιμοποιείται συνήθως ως «κατηγορική» μεταβλητή μετρώντας τα επιτευχθέντα επίπεδα και ως συνεχής μεταβλητή που μετρά τον συνολικό αριθμό ετών εκπαίδευσης.
Εισόδημα	Δείκτης που, μαζί με τον πλούτο, μετρά τους υλικούς πόρους. Συνήθως υπολογίζεται ως εισόδημα νοικοκυριού ανά αριθμό ατόμων που εξαρτώνται από το εισόδημα αυτό.
Πλούτος	Περιλαμβάνει το εισόδημα και όλους τους αθροιζόμενους υλικούς πόρους.
Δείκτες που βασίζονται στην απασχόληση	
Οι κοινωνικές τάξεις	Ομαδοποιήσεις επαγγέλματος με βάση έξι ιεραρχικές ομάδες: I (υψηλότερη), II, III μη χειρωνακτική, III-χειρωνακτική, IV, V (χαμηλότερη). Ομαδοποιήσεις επαγγελμάτων που βασίζονται σε συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των εργασιακών σχέσεων, όπως ο τύπος της σύμβασης, πλήρης ή περιστασιακή απασχόληση κ.λπ. Δεν είναι ιεραρχική ταξινόμηση.
Το σύστημα κοινωνικής τάξης του Wright	Με βάση τη μαρξιστική αρχή της σχέσης με τα μέσα παραγωγής. Δεν είναι ιεραρχική ταξινόμηση.
Κλίμακα Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης και Στρωματοποίησης του Cambridge	Με βάση τα πρότυπα κοινωνικής αλληλεπίδρασης σε σχέση με τις επαγγελματικές ομάδες.
Άλλοι δείκτες	
Ανεργία	Έλλειψη εργασίας.
Στέγαση	Χαρακτηριστικά σπιτιού, διαμέρισμα, αριθμός οικοσκευών κ.λπ.
Μέλη νοικοκυριού	Μετράται ως αριθμός των ατόμων που συνοικούν σε σχέση με τον αριθμό των δωματίων, εκτός κοινόχρηστων χώρων π.χ. κουζίνα και μπάνιο.

Πηγή: Galobardes et al. (από Καστανιώτη 2018).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.3 Παράγοντες διαμόρφωσης της υγείας, επίπεδο υγείας και ανισότητες (13)

Ανάγκη αναπροσαρμογής των πολιτικών, ήτοι:
• διατομεακή **συνεργασία** σε εθνικό επίπεδο αλλά και συντονισμός και συνεργασία σε υπερεθνικό επίπεδο, ιδιαίτερα σε τομείς της δημόσιας υγείας,
• ενσωμάτωση κατάλληλων μηχανισμών και υιοθέτηση αποτελεσματικών δράσεων και **προγραμμάτων**,
• **αποκέντρωση** των υπηρεσιών και δημιουργία νέων μονάδων (εμφραγμάτων, αντικαρκινικών, γηριατρικών, χειρουργικής με αποκατάσταση) σε περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο,
• **ανάπτυξη** της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της δημόσιας υγείας, της πρόληψης,
• **αναπροσανατολισμός** της νοσοκομειακής περίθαλψης, και
• καταπολέμηση των υγειονομικών **ανισοτήτων** που διευρύνθηκαν.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.4 Πανδημία και δημόσια υγεία (1)

Ο αείμνηστος καθηγητής Γιάννης Κυριόπουλος, στον οποίο αφιερώνεται το παρόν, έλεγε ότι η εγκατάλειψη της δημόσιας υγείας (και υγιεινής), ως κύρια συνιστώσα της πολιτικής υγείας, συνοδεύτηκε από την αποδιοργάνωση και την υποχρηματοδότηση των σχετικών υπηρεσιών αλλά και της διεθνούς συνεργασίας στο πεδίο αυτό (Κυριόπουλος 2021).

Παρά τις επαρκείς προειδοποιήσεις (SARS, H5N1, H1N1, Ebola, Zika κ.λπ.), ο αιφνιδιασμός και η αρχική υποβάθμιση ενός μεγαλύτερου κινδύνου, του κορωνοϊού, έφερε την εξάπλωση της πανδημίας COVID-19 το 2020, καταδεικνύοντας «τα νέα δεδομένα μιας νέας εποχής» όπως αναφέρει ο συνάδελφος κ. Σουλιώτης (2021).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.4 Πανδημία και δημόσια υγεία (2)

Η πανδημία δημιούργησε καινούργιες προκλήσεις στις ηγεσίες όλων των χωρών. Μένει τώρα να δούμε τις προοπτικές παντού. Τα υγειονομικά συστήματα δεν μπόρεσαν να προβλέψουν και να ελέγξουν αρχικά τα αποτελέσματα και τις **συνέπειες**, ενώ στην πανδημία τα νοσοκομεία υπέστησαν λειτουργικό-διοικητικό σοκ.
Οι οργανισμοί υγειονομικής φροντίδας ετοιμάστηκαν σε **θέματα**: α. κλινών εντατικής θεραπείας, β. προμηθειών σε προστατευτικό υλικό, αναπνευστήρες και φάρμακα, γ. εκπαίδευσης προσωπικού σε θέματα ιχνηλάτησης, δ. συμπληρωματικής χρηματοδότησης. Όσα από τα ανωτέρω έγιναν, μένουν ως «προίκα» στο ΕΣΥ.
Για να μειωθεί η αβεβαιότητα, απαιτούνται και οι τέσσερις βασικές **αρχές** της επιστήμης της διοίκησης, τώρα, τουλάχιστον: α. σχεδιασμός-προγραμματισμός, β. οργάνωση, γ. συντονισμός πόρων, δ. αξιολόγηση-έλεγχος.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.4 Πανδημία και δημόσια υγεία (3)

Αρχικά, η **ευθύνη** ήταν συγκεντρωτική (εθνική ή υπερ-εθνική) και κατόπιν επήλθε αποκέντρωση ανάλογα με τις χώρες.
Έγιναν κεντρικές **προμήθειες** με ηλεκτρονικό αρχείο παρακολούθησης και άδειες fast track για υγειονομικό υλικό.
Για τις **ΜΕΘ** (Μονάδες Εντατικής Θεραπείας) έγινε χρησιμοποίηση άλλων κλινών του ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας), με τη βοήθεια από τον ιδιωτικό τομέα και τον στρατό, μέχρι τη δημιουργία νέων.
Επήλθε αύξηση προσωπικού με μεταθέσεις, προσωρινές προσλήψεις, επιτάξεις ιδιωτών, εθελοντές κ.ά.
Το **κόστος** καλύφθηκε με δωρεάν παροχές από αυξήσεις κρατικών προϋπολογισμών, δωρεές ιδιωτών κ.ά.
Οι **πολίτες** αντέδρασαν θετικά στο πρώτο κύμα, σκεπτικιστικά στο δεύτερο, «μεικτά» στα εμβόλια.
Οι **πολιτικοί** έδειξαν αρχικά συναίνεση, με πολιτικές αντιπαραθέσεις στη συνέχεια.
Η **Ευρωπαϊκή Ένωση** προσπάθησε να διασφαλίσει την *πρόσβαση* στα εμβόλια και έθεσε σε διαβούλευση τη φαρμακευτική της πολιτική για την Ευρώπη.
Η **Ευρωπαϊκή Επιτροπή** πρότεινε νέο, φιλόδοξο, αυτόνομο πρόγραμμα υγείας για την περίοδο 2021-2027, το πρόγραμμα *EU4Health*, για να συμβάλει σημαντικά στην ανάκαμψη από την πανδημία. Πρόκειται για μια επένδυση 9,4 δις ευρώ, για την ενίσχυση της υγείας των πολιτών της ΕΕ, ανθεκτικότητας των συστημάτων υγείας και προώθησης της *καινοτομίας*.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.4 Πανδημία και δημόσια υγεία (4)

Στην Ελλάδα, που έβγαινε από τη μακροχρόνια περίοδο της βαθιάς οικονομικής και κοινωνικής κρίσης, με το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να έχει φτάσει στο χείλος της κατάρρευσης, έλαβε χώρα το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19 (Φεβρουάριος – Μάρτιος 2020).

Το **Υπουργείο Υγείας**, με την προς τούτο συσταθείσα **Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων** και την εποπτεία του Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (**ΕΟΔΥ**), ανέλαβαν τη διαχείρισή της.

Η μερική αναστολή της τακτικής λειτουργίας του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας, μαζί με μια σειρά από ιδιωτικά ιατρεία που αναγκάστηκαν να κλείσουν λόγω ανεπαρκούς προστατευτικού εξοπλισμού για τη συνέχιση της λειτουργίας τους, ολοκλήρωσε το πλέγμα υποβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες (Siettos et al. 2021).

Ως αποτέλεσμα, στην αρχή της πανδημίας 13 **νοσοκομεία** ορίστηκαν ως νοσοκομεία αναφοράς για την αντιμετώπιση κρουσμάτων COVID-19. Επιπλέον, διάφορες κλινικές έκλεισαν και θάλαμοι ασθενών εκκενώθηκαν και είτε προορίστηκαν για τη φροντίδα των ασθενών με COVID-19 είτε μετατράπηκαν σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ).

Σε επίπεδο παροχής γενικών υπηρεσιών υγείας, οι προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις και τα ραντεβού σε εξειδικευμένα νοσοκομεία εξωτερικών ασθενών ακυρώθηκαν, ενώ δεκτά στα νοσοκομεία γίνονταν μόνο έκτακτα περιστατικά (Giannopoulou & Tsobanoglou 2020).

Επομένως, η εστίαση της προσοχής της πολιτείας στην αντιμετώπιση της πανδημίας κυρίως σε επίπεδο νοσοκομείων και κλινών ΜΕΘ, καθώς και η διακοπή, για μεγάλο χρονικό διάστημα, των τακτικών υπηρεσιών που παρέχονται από τα νοσοκομεία, δημιούργησε σημαντική αύξηση περιστατικών που δεν μπορούσαν να εξυπηρετηθούν από τα νοσοκομεία (Νταφοπούλου 2023).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.4 Πανδημία και δημόσια υγεία (5)

Σε ένα διαφορετικό επίπεδο, ο **ψυχολογικός** αντίκτυπος των μακροχρόνιων αυστηρών **μέτρων** περιορισμού και οι κίνδυνοι που συνδέονται με την απομόνωση ίσως υποδηλώνουν μια άλλη παράπλευρη απειλή από τον ίδιο, αόρατο εχθρό της σωματικής υγείας.

Η ψυχολογική δυσφορία που προκλήθηκε από το παρατεταμένο lockdown, μαζί με την εξελισσόμενη αίσθηση αδράνειας, πλήξης, απογοήτευσης και αβεβαιότητας οδήγησε τον πληθυσμό σε ψυχοσωματικά ή ψυχολογικά **προβλήματα**, κατανάλωση αλκοόλ, δυσλειτουργικές προσωπικές και οικογενειακές στρατηγικές αντιμετώπισης και αύξηση των αναποτελεσματικών μοντέλων ενδοοικογενειακής **επικοινωνίας** (Νταφοπούλου 2023).

Η παραμονή στο σπίτι έθεσε κυρίως αδύναμες ομάδες του πληθυσμού (όπως παιδιά ή γυναίκες) σε αυξημένο κίνδυνο ενδοοικογενειακής **βίας**, κάτι που αποδεικνύεται από τον αυξημένο αριθμό των αναφερόμενων περιστατικών (Chatzifotiou & Andreadou 2021).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.4 Πανδημία και δημόσια υγεία (6)

Στο κέντρο όλων αυτών εξελίξεων βρέθηκε το **προσωπικό** των μονάδων υγείας και ιδιαίτερα των νοσοκομείων, τα οποία, άλλωστε, είχαν αναλάβει και τον ρόλο αντιμετώπισης της πανδημίας. Το προσωπικό αυτό αναγκάστηκε να εργαστεί υπό αντίξοες συνθήκες, χωρίς διακοπές ανάμεσα στα διαστήματα εργασίας, με εξαιρετική πίεση και άγχος υπό το βάρος των αυξανόμενων περιστατικών και με μέσα και εξοπλισμούς που δεν ανταποκρίνονταν στις περιστάσεις. Το άγχος επιτάθηκε ακόμα περισσότερο από το γεγονός ότι το ανθρώπινο δυναμικό των μονάδων υγείας βρισκόταν στο κέντρο του κοινωνικού ενδιαφέροντος, δεχόμενο κυρίως κριτική και επικρίσεις από την κοινή γνώμη σε σχέση με τα αποτελέσματα της δουλειάς του. Την ίδια στιγμή οι ήδη περικομμένες από την οικονομική κρίση αποδοχές τους δεν δημιουργούσαν την αίσθηση της ανταπόδοσης και ικανοποίησης για τις προσπάθειες που κατέβαλλαν (Milas et al. 2022).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.4 Πανδημία και δημόσια υγεία (7)

Από όλα τα παραπάνω κατανοούμε πως η Ελλάδα ως μια από τις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική **κρίση** και μετά από δέκα χρόνια ύφεσης, βυθίστηκε σε μια ακόμη κρίση, την πανδημία του COVID-19.
Η κατάσταση είχε αρνητικές **επιπτώσεις** στην οικονομία με σχετικό κίνδυνο για την ψυχική υγεία των ανθρώπων.
Ωστόσο, οι περιορισμένοι πόροι και τα **κενά** στο σύστημα υγείας που ήρθαν στο προσκήνιο κατά τη διάρκεια της πανδημίας, έδωσαν μια μεγάλη ευκαιρία, ώστε να επανεξεταστεί ο τρόπος οργάνωσης και παροχής των υπηρεσιών υγείας στη χώρα.
Ίσως τώρα είναι η ώρα να εφαρμοστούν βασικές **αλλαγές** (θεσμικές, νοοτροπίας και κουλτούρας), που θα οδηγήσουν σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με συντονισμό και αξιοποίηση των διαφορετικών συστημάτων περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια).

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.5 Για μια νέα εθνική πολιτική δημόσιας υγείας (1)

Λαμβανομένων υπόψη των ανωτέρω, γνώμη μας είναι να γίνουν στη χώρα μας τα εξής:

α. η ετήσια **έκθεση** και το **σχέδιο** δράσης δημόσιας υγείας του Υπουργείου Υγείας,
β. η υποκατάσταση της κάθε είδους επιτροπής δημόσιας υγείας από τη νεοσυσταθείσα **Επιτροπή** Εμπειρογνωμόνων Δημόσιας Υγείας,
γ. η ενοποίηση κεντρικών οργανισμών δημόσιας υγείας στον **ΕΟΔΥ** και η αντικατάσταση του «συντονίζοντας την παροχή υπηρεσιών και των τριών βαθμίδων περίθαλψης» με το «συντονίζοντας τις περιφερειακές υπηρεσίες δημόσιας υγείας» που ακολουθεί, και η παροχή ανάλογων υπηρεσιών των βαθμίδων και φορέων περίθαλψης, και
δ. η αναδιοργάνωση των **περιφερειακών** ενοτήτων (πρώην νομαρχιακών) και τοπικών υπηρεσιών και εργαστηρίων δημόσιας υγείας, προφανώς, σε συνεργασία με τις απαραίτητες μονάδες των κρατικών δομών του ΕΣΥ και τη συμπληρωματικότητα ανάλογων του ιδιωτικού τομέα.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.5 Για μια νέα εθνική πολιτική δημόσιας υγείας (2)

Το σχέδιο δράσης για τη δημόσια υγεία στον 21ο αιώνα προτάθηκε πρόσφατα (2022) από το Ίδρυμα Μποδοσάκη, μέσω επιτροπής επιστημόνων, με κύριες προτάσεις, που διαμορφώνονται ανακεφαλαιωτικά και ως μια τελική πρόταση δημόσιας υγείας:
1. «**Health in all Policies**», με βάση τους στόχους της ατζέντας του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), που θα εποπτεύεται από ανώτατο διυπουργικό συμβούλιο για την υγεία (αναμένεται, μετά τις εκλογές, από τη νέα κυβέρνηση, 2023),
2. **Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας**, ως ανεξάρτητη αρχή (με βάση τον Ν. 4675/2020 συστάθηκε και λειτουργεί, από το τέλος του 2021, γνωμοδοτικά προς το Υπουργείο Υγείας, η Επιτροπή Εμπειρογνωμόνων Δημόσιας Υγείας [ΕΕΔΥ], που εποπτεύει όλες τις σχετικές Επιτροπές, μερικές από τις οποίες καταργούνται),
3. αναδιοργάνωση του **ΕΟΔΥΥ** και μετεξέλιξή του σε σύγχρονο Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (αναμένεται, με συγχώνευση και άλλων συναφών φορέων),

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

3.5 Για μια νέα εθνική πολιτική δημόσιας υγείας (3)

4. **δομές και μηχανισμοί** διακυβέρνησης στη δημόσια υγεία κυρίως σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με ενίσχυση του ρόλου των αιρετών Περιφερειών και Δήμων στη δημόσια υγεία με διακριτούς (π.χ. υγειονομικές άδειες καταστημάτων και άδειες ιδιωτικών φορέων υγείας) και συμπληρωματικούς (ΔΥΠε) ρόλους (αναμένεται, με βάση και προβλεπόμενη χρηματοδότηση του «προγράμματος Δοξιάδη») ή ενοποίησή τους,
5. δημιουργία **Σώματος Λειτουργών** Δημόσιας Υγείας με επένδυση στην εκπαίδευσή τους (αναμένεται, με προβλεπόμενη χρηματοδότηση της εκπαίδευσής τους από το «πρόγραμμα Δοξιάδη»),
6. λειτουργική διασύνδεση **Δημόσιας Υγείας και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** (αναμένεται μεταξύ [αιρετών] Περιφερειών και [διορισμένων]) ΔΥΠε),
7. θεσμοθέτηση ετήσιας **Έκθεσης Κατάστασης Υγείας** του Πληθυσμού, που θα εγκρίνεται από τη Βουλή, θα περιέχει πλαίσιο σε έξι τομείς (κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς προσδιοριστές υγείας, συμπεριφορές υγείας, καταγραφή επιδημιολογικών αναγκών και αντιμετώπιση ανισοτήτων) και θα οριοθετεί τους στόχους της επόμενης περιόδου του σχεδίου δράσης.

© 2024 Εκδόσεις Κριτική

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση ή αναπαραγωγή του παρόντος έργου με οποιονδήποτε τρόπο χωρίς γραπτή άδεια του εκδότη, σύμφωνα με τον Ν. 2121/1993 και τη Διεθνή Σύμβαση της Βέρνης (που έχει κυρωθεί με τον Ν. 100/1975)