



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΦΥ και Διαχείριση Υγειονομικών Κρίσεων :

Επιπτώσεις πανδημίας covid-19 στα ιδιωτικά ιατρεία ΠΦΥ στην Ελλάδα

Φοιτήτρια: Καλλιόπη Τσακίρη

Επιβλέπων Καθηγητής: Παναγιώτης Μπογιατζίδης

Θεσσαλονίκη, Ιούνιος 2021

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας της συγγραφέας/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της συγγραφέας/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Επιτροπή επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

“ΠΦΥ και Διαχείριση Υγειονομικών Κρίσεων :

Επιπτώσεις πανδημίας covid-19 στα ιδιωτικά ιατρεία ΠΦΥ στην Ελλάδα”

Επιβλέπων καθηγητής
ΜΠΟΓΙΑΤΖΙΔΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Συν – επιβλέπων καθηγητής
ΒΛΑΣΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Πίνακας περιεχομένων

Πίνακες.....	6
Γραφήματα	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ABSTRACT.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
1ΚΕΦΑΛΑΙΟ	11
1.1Ορισμός Υγειονομικών κρίσεων	11
1.2Επιπτώσεις καταστροφών και έκτακτων καταστάσεων στο υγειονομικό σύστημα.....	12
1.3Κατάταξη υγειονομικών κρίσεων	12
1.4Εμπλεκόμενοι φορείς	13
1.5Διαχείριση υγειονομικών κρίσεων	15
1.6Βασικά χαρακτηριστικά προετοιμασίας.....	18
1.7Παραδείγματα κρίσεων στον 21ο αιώνα	19
1.8Ρόλος ΠΦΥ στην διαχείριση κρίσεων	20
2ΚΕΦΑΛΑΙΟ	22
2.1Πανδημία covid 19.....	22
2.2Ανταπόκριση χωρών σε πανδημία covid 19.....	22
2.3Μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας στην Ελλάδα	24
2.4Χρονοδιάγραμμα πορείας πανδημίας στην Ελλάδα	27
2.5Συγκεκριμένα μέτρα αναφορικά με την πανδημία και την ΠΦΥ	28
2.6Αντίκτυπο εκτάκτων καταστάσεων στην οικονομία	29
2.7Οικονομικό Κόστος Πανδημίας covid-19 στην παγκόσμια και ελληνική οικονομία	30
3ΚΕΦΑΛΑΙΟ	33
3.1ΠΦΥ ιστορική αναδρομή	33
3.2Ιδιωτικά ιατρεία ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	34
3.3Ιδιαιτερότητες στη λειτουργία του ιδιωτικού ιατρείου	35
3.4Πανδημία covid-19 και Ιδιωτικά Ιατρεία ΠΦΥ	36
Ερευνητικό μέρος	38
1 Στοιχεία έρευνας.....	39

1.1 Σκοπός και Μεθοδολογία	39
1.1.1 Σκοπός.....	39
1.2 Ερευνητικά Ερωτήματα	39
1.3 Εργαλείο Έρευνας	39
1.4 Στατιστική Ανάλυση	39
2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	41
2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	41
2.2 Ερωτηματολόγιο	44
2.3 Ενέργειες αντιμετώπισης.....	47
2.4 Έσοδα και Κόστος	49
2.5 Λήψη οικονομικής βοήθειας	55
2.6 Λόγοι επίσκεψης.....	59
3 Συζήτηση Συμπεράσματα	60
3.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	65
4 Βιβλιογραφία	66
4.1 Ελληνική.....	66
4.2 Ξενόγλωσση	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α:	73
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ	73
ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ	81

Πίνακες

Πίνακας 1.1 Κατάταξη υγειονομικών κρίσεων από τον WHO βάσει εκλυτικού αιτίου	14
Πίνακας 3.1 Τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk. Βρεθήκαν όλες οι δημογραφικές παράμετροι να μην ακολουθούν την κανονική κατανομή.....	43
Πίνακας 4.1 Δημογραφικά στοιχεία	45
Πίνακας 4.2 Μεταβολή επισκέψεων ανά ειδικότητα. Διάμεσες τιμές ποσοστών μεταβολής αρνητικά πρόσημα υποδηλώνουν μείωση.	48
Πίνακας 4.3 Ποσοστό των συνήθων ιατρικών πράξεων ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν λόγω covid - 19. Μέση και διάμεση τιμή με ποσοστά εμπιστοσύνης 95%.....	50
Πίνακας 4.4 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019. Μέση και διάμεση τιμή με ποσοστά εμπιστοσύνης 95%.	52

Πίνακας 4.5 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019 ανά κατηγορία ειδικότητας, ετών ιατρείου και τακτικών ασθενών. Διάμεση τιμή με ποσοστά εμπιστοσύνης 95%.....	53
Πίνακας 4.6 Ποσοστό επιρροής στα τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου λόγω πρακτικών ανά κατηγορία ειδικότητας, ετών ιατρείου και τακτικών ασθενών. Διάμεση τιμή με ποσοστά εμπιστοσύνης 95%.....	57
Πίνακας 4.7 Ποσοστά χρήσης οικονομικής βοήθειας για την λειτουργία του ιατρείου κατά την περίοδο της πανδημίας ανά κατηγορία ειδικότητας, ετών ιατρείου και τακτικών ασθενών. Αριθμός ποσοστό χρήσης και ποσοστό ερωτωμένων που έκανε χρήση της πηγής αυτής.....	59
Πίνακας 4.8 Ποσοστά πιθανότητας (%) που θα έκαναν διορθωτικές πράξεις. Αριθμός και ποσοστό ερωτωμένων που θα έκανε χρήση της πηγής αυτής χωρίς οικονομική βοήθεια.....	61
Πίνακας 4.9 Λόγοι επίσκεψης στο ιατρείο ιεραρχημένοι. Αριθμός και ποσοστό	62

Γραφήματα

Γράφημα 2.1 Μεταβολή GDP κατά την πανδημία Covid-19	34
Γράφημα 4.1 Ειδικότητα ιατρών	46
Γράφημα 4.2 Πόσα χρόνια διατηρούν ιατρείο.....	46
Γράφημα 4.3 Τακτικοί ασθενείς	47
Γράφημα 4.4 Μεταβολή επισκέψεων ανά ειδικότητα. Διάμεσες τιμές ποσοστών μεταβολής αρνητικά πρόσημα υποδηλώνουν μείωση.	49
Γράφημα 4.5 Μέσο ποσοστό των συνήθων ιατρικών πράξεων ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν λόγω covid -19.....	50
Γράφημα 4.6 Επίδραση της άυλης συνταγογράφησης στις συνολικές επισκέψεις	51
Γράφημα 4.7 Ποσοστό ιατρών που πρότειναν εναλλακτικούς τρόπους πληρωμής.	52
Γράφημα 4.8 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019 ανά κατηγορία ειδικότητας.	54
Γράφημα 4.9 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019 ανά κατηγορία ετών διατήρησης ιατρείου	55
Γράφημα 4.10 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019 ανά κατηγορία αριθμού τακτικών ασθενών	56
Γράφημα 4.11 Ποσοστό επιρροής στα τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου λόγω πρακτικών	58
Γράφημα 4.12 Οικονομική βοήθεια για την λειτουργία του ιατρείου κατά την περίοδο της πανδημίας. Ποσοστά στο σύνολο των ερωτωμένων.	59

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ΠΦΥ έχει καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση υγειονομικών κρίσεων. Σημαντικός φορέας ΠΦΥ είναι τα ιδιωτικά ιατρεία. Η πανδημία covid-19 επηρέασε αρνητικά τη λειτουργία ιδιωτικών ιατρείων σε άλλα συστήματα υγείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ανθεκτικότητας των ιατρείων ΠΦΥ στις αντίξοες συνθήκες της πανδημίας. Ο βαθμός ετοιμότητας και ελαστικότητας που επέδειξαν και ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ιδιωτικών ιατρείων που επηρεάστηκαν λιγότερο από την πανδημία.

Μέθοδος: Στο ερευνητικό μέρος χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που αφορούσε στην λειτουργία του ιδιωτικού ιατρείου κατά τη διάρκεια της πρώτης και δεύτερης φάσης της πανδημίας covid-19 και διανεμήθηκε σε ιδιώτες παθολόγους, γενικούς ιατρούς και παιδίατρος που δραστηριοποιούνται στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Συμπεράσματα: Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι η επισκεψιμότητα στα ιατρεία ΠΦΥ παρουσίασε σημαντική μείωση ιδιαίτερα στην πρώτη φάση της πανδημίας ενώ αντίστοιχα αυξήθηκαν τα τηλεφωνικά ραντεβού και οι βιντεοκλήσεις. Παράλληλα, τα έσοδα των ιατρείων ήταν μειωμένα με διακυμάνσεις όμως ανα ειδικότητα και μέγεθος ιατρείου. Τα περισσότερα ιατρεία έκαναν χρήση των υποστηρικτικών μέτρων της κυβέρνησης και δεν αντιμετώπισαν καταστροφικές συνέπειες για τη λειτουργία του ιατρείου.

Λέξεις – Κλειδιά: Διαχείριση κρίσεων, ΠΦΥ, Ιδιωτικά Ιατρεία ΠΦΥ, πανδημία covid-19

ABSTRACT

Introduction: PHC has a pivotal role in Health Emergency Management. Significant part of Primary care services in Greece are delivered by Private practice physicians. Covid – 19 pandemic had a negative effect in small private practices in other countries.

Purpose: The purpose of the current study is to explore the elasticity of the private practices of PHC in Greece during the pandemic crisis. In addition, to define those features that make an independent practice resilient to unfavorable situations.

Methodology: A questionnaire regarding the clinical and economic activities of the physicians that run private office during the first and second phase of covid-19. The survey was conducted among general practitioners, internists and pediatricians located in the area of Thessaloniki. Subsequently, statistical analysis of the data was performed.

Conclusions: The research shows that there was a significant reduction in visits during the pandemic while telemedicine picked up. The profit was reduced with fluctuations depending on the size of the office and the specialty. Most physicians received some sort of financial aid from the government but overall the consequences were not catastrophic for their private practice.

Keywords: Health Emergency Management, Primary Health Care, Private Practice PHC, covid-19 pandemic

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που απειλούν το σύστημα υγείας είναι δυναμικές καταστάσεις που εμπλέκουν πλήθος φορέων ανάλογα με την φύση και προέλευσή τους. Η αντιμετώπισή τους αντίστοιχα είναι πολύπλοκη και διακρίνονται τουλάχιστο τέσσερα στάδια: πρόληψη, ετοιμότητα, αντιμετώπιση και αποκατάσταση. (WHO FRAME, 2019)

Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης είναι καθοριστικός σε όλα τα στάδια διαχείρισης τους. Η ΠΦΥ είναι κοντά στην καθημερινότητα των πολιτών και με αυτό τον τρόπο διαθέτει την ευελιξία και προσαρμοστικότητα που απαιτείται σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης. (WHO, 2018α)

Η πανδημία covid-19 εκτός από το θάνατο εκατομμυρίων ανθρώπων και την επιβάρυνση των συστημάτων υγείας, είχε αρνητικές επιπτώσεις στην παγκόσμια οικονομία. Αντίστοιχα και η οικονομία της Ελλάδας παρουσίαση σημαντική ύφεση το 2020. (IOBE, 2021)

Τα ιδιωτικά ιατρεία στην Ελλάδα είναι σημαντικός φορέας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Μέσα από την παρούσα εργασία εξετάζουμε πώς επηρεάστηκε η λειτουργία των ιδιωτικών ιατρείων ΠΦΥ στην Ελλάδα, κατά πόσο έδειξαν ελαστικότητα και κατάφεραν να λειτουργήσουν σε αντίξοες συνθήκες της πανδημίας. (Economou, 2017β)

Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αναφέρεται στις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που μπορεί να διαταράξουν τη λειτουργία του συστήματος υγείας και στους τρόπους διαχείρισής τους με ιδιαίτερη έμφαση στον πρωταγωνιστικό ρόλο της ΠΦΥ. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά στην πανδημία covid -19, στις κινήσεις που έγιναν από την Ελληνική πολιτεία και στη θέση της ΠΦΥ για την αντιμετώπισή της. Στη συνέχεια στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ΠΦΥ στην Ελλάδα και στις ιδιαιτερότητες και προκλήσεις λειτουργίας των ιδιωτικών ιατρείων ως μονάδες υγείας. Το επόμενο κεφάλαιο αναφέρεται στον σκοπό της μελέτης, στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε. Το πέμπτο και έκτο κεφάλαιο πραγματεύονται την παρουσίαση των αποτελεσμάτων και την ανάλυσή τους αντίστοιχα.

1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

1.1 Ορισμός Υγειονομικών κρίσεων

Όλες οι χώρες ανεξάρτητα από το επίπεδο ανάπτυξής τους είναι ευάλωτες σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. (WHO FRAME, 2019)

Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης καθορίζεται τόσο από το αίτιο που την προκαλεί όσο και από την έκταση των καταστροφών που προκαλεί στους διάφορους τομείς της κοινωνίας. Οι επιπτώσεις των καταστροφών στην υγεία των ανθρώπων είναι ποικίλες και μπορεί να είναι άμεσες στην ζωή και στην φυσική τους κατάσταση όσο και έμμεσες στην μακροοικονομική ανάπτυξη και στους μηχανισμούς κοινωνικής στήριξης. (Schipper and Pelling, 2006)

Στην περίπτωση των υγειονομικών κρίσεων, μια κατάσταση χαρακτηρίζεται ως έκτακτης ανάγκης όταν ο σύνηθες τρόπος λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος δεν επαρκεί για την αντιμετώπισή της. Έτσι, η υγειονομική κρίση εμπεριέχει την διάσταση της έκτασης των καταστροφών, της χρονικής συγκυρίας κατά την οποία εξελίσσεται ή τις απρόβλεπτες συνέπειές της που ξεπερνούν τις συνήθεις δυνατότητες του υγειονομικού συστήματος. (Nelson, 2007)

Ορισμένοι φορείς εστιάζουν στην έκταση των καταστροφών που προκαλεί η υγειονομική κρίση και άλλοι στο εκλυτικό αίτιο, ενώ σε άλλες περιπτώσεις ο ορισμός είναι αρκετά γενικός και δεν περιορίζεται σε αυστηρό πλαίσιο, δίνοντας περισσότερη ευελιξία στην πολιτική ηγεσία να ορίσει μια κατάσταση ως έκτακτη. (Haffajee, 2014)

Το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) ορίζει την υγειονομική κρίση ως μία σοβαρή, μη αναμενόμενη και συχνά επικίνδυνη κατάσταση για την αντιμετώπιση της οποίας απαιτείται άμεση δράση. Διευκρινίζεται ότι μπορεί να οφείλεται σε φυσικές ή ανθρωπογενείς καταστροφές και ενδέχεται να επηρεάσει ή να απειλήσει ζωές, το περιβάλλον, κρίσιμες υποδομές ή βασικές κοινωνικές λειτουργίες. (ECDC, 2018)

Στην Ελλάδα, ως έκτακτη ανάγκη περιγράφεται νομοθετικά η ξαφνική και απρόβλεπτη απειλητική κατάσταση που απαιτεί την άμεση κινητοποίηση για την ελαχιστοποίηση των αρνητικών της επιπτώσεων. (ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 4662/2020 / Μέρος Α/ Άρθρο 1).

Η κατάσταση έκτακτης ανάγκης είναι το γεγονός ή η επικείμενη απειλή που παράγει ή έχει το δυναμικό να οδηγήσει σε ευρύ φάσμα επιπτώσεων στον τομέα της υγείας και απαιτεί συντονισμένη απάντηση. Μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης μπορεί να θέτει την κοινότητα σε αυξημένο κίνδυνο για σημαντική νοσηρότητα και θνητότητα. (WHO 2020)

1.2 Επιπτώσεις καταστροφών και έκτακτων καταστάσεων στο υγειονομικό σύστημα.

Περίπου 190 εκατομμύρια άνθρωποι ετησίως επηρεάζονται άμεσα από έκτακτες καταστάσεις λόγω φυσικών ή τεχνολογικών απειλών με πάνω από 77.000 θανάτους. Επιπρόσθετα 172 εκατομμύρια άνθρωποι πλήττονται από πολέμους και συγκρούσεις. Απο το 2012 έως το 2017 ο ΠΟΥ κατέγραψε πάνω από 1200 εξάρσεις λοιμωδών νοσημάτων νέων ή γνωστών σε 168 χώρες. Το 2018 καταγράφηκαν επιπλέον 352 εξάρσεις λοιμωδών νόσων περιλαμβανομένου του MERS-CoV και του Εμπόλα.

Όλες αυτές οι έκτακτες καταστάσεις δεν προκαλούν μόνο αύξηση στην νοσηρότητα, θνητότητα και αναπηρία αλλά και διαταράσσουν σοβαρά τη λειτουργία του συστήματος υγείας. Η καταστροφή των υποδομών του συστήματος υγείας, η παρεμπόδιση παροχής υπηρεσιών λόγω τερματισμού προγραμμάτων ή μείωσης υγειονομικού προσωπικού είναι μπορεί να οδηγήσουν σε δυσλειτουργία του συστήματος υγείας. Ένα και μόνο γεγονός μπορεί να οδηγήσει το σύστημα υγείας σε σοβαρή οπισθοδρόμηση. (WHO, 2019)

1.3 Κατάταξη υγειονομικών κρίσεων

Οι υγειονομικές κρίσεις μπορούν να διακριθούν σε διάφορες κατηγορίες με βάση την αιτία που τις προκαλεί όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα 1-1.

Σε άλλες περιπτώσεις χαρακτηρίζονται από την έκταση του πληθυσμού που πλήττουν ώστε έχουμε τις κρίσεις με τοπικό χαρακτήρα, εθνικό, διεθνές και παγκόσμιο. Μια άλλη χρήσιμη

κατάταξη είναι με βάση τον πληθυσμό των ατόμων που είναι πιο ευάλωτα σε συγκεκριμένο κίνδυνο. Οι βασικές ομάδες ευάλωτων πληθυσμών διακρίνονται με βάση την οικονομική τους κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης, το βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό και την ύπαρξη αναπηρίας, την ηλικία και την κοινωνική, γεωγραφική ή πολιτισμική απομόνωση. (CDC, 2015 & Cutter, 2012)

Πίνακας 1.1 Κατάταξη υγειονομικών κρίσεων από τον WHO βάσει εκλυτικού αιτίου

Γενικές κατηγορίες	Φυσικά αίτια						Σχετιζόμενα με ανθρώπινη δραστηριότητα		Περιβαλλοντολογικά
	υδρομετεωρολογικά						Τεχνολογικά	κοινωνικά	Καταστροφή περιβάλλοντος
υποκατηγορία	γεωφυσικά	υδρολογικά	μετεωρολογικά	κλιματολογικά	βιολογικά	Δαστημικής	Βιομηχανικής προέλευσης: διαρροή χημικών, αερίου, ραδιενέργειας, κατάρρευση κτιρίων	Βίαιες δράσεις ένοπλες συγκρούσεις διεθνείς ή εμφύλιες	Ανύψωση στάθμης θάλασσας
Χαρακτηριστικά παραδείγματα	Σεισμοί τσουνάμι κατολισθήσεις ρευστοποίησης η εδάφους ηφαιστειακή	Πλημμύρες μαζική μετακίνηση ύδατος (χιονοστιβάδες) κυματανάπληξη	Καταιγίδες ακραίες θερμοκρασίες ομίχλη	Ξηρασία φωτιάς σε δάση λιμναία έκρηξη	Μεταδοτικές ασθένειες ζωονόσοι νόσοι φυτών αερο-αλλεργιογόνα ανθεκτικότητα μικροβίων στα αντιβιοτικά	Μετεωρίτες	Σχετιζόμενα με εργασιακό περιβάλλον: ανθρακωρυχεία μετακινήσεις υποδομές μόλυνση περιβάλλοντος	ποδοπάτημα σε μαζικές συγκεντρώσεις Τρομοκρατικές ενέργειες Οικονομικές	αλάτωση εδάφους Διάβρωση εδάφους αποψίλωση δασών

1.4 Εμπλεκόμενοι φορείς

Η αποτελεσματική αντιμετώπιση των κρίσεων επιτάσσει την εμπλοκή πλήθος φορέων και την μεταξύ τους συνεργασία. Επιπλέον, η διαχείριση επικείμενων κρίσεων αφορά προετοιμασία σε τοπικό, περιφερειακό, εθνικό και διεθνές επίπεδο. (Who, 2019) Ενδεικτικά εμπλεκόμενοι φορείς στην ετοιμότητα μιας κοινωνίας για την αντιμετώπιση υγειονομικών κρίσεων είναι οι

κυβερνητικοί παράγοντες αλλά και οι ενεργοί πολίτες, οι επιχειρήσεις και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις. Το γεγονός ότι σε πολλές περιπτώσεις κρίσεων η μεγάλο μέρος της αρχικής βοήθειας παρέχεται σε τοπικό επίπεδο, δίπλα στον τόπο που βρίσκονται οι πολίτες σε κίνδυνο, πριν ακόμη καταφθάσει το εξειδικευμένο προσωπικό, καθιστά εμφανές πόσο σημαντικό είναι η προετοιμασία να ξεκινάει από το τοπικό επίπεδο. (Nelson, 2007)

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά οι βασικότεροι παράγοντες που χρειάζεται να συντονιστούν προκειμένου να υπάρχει προετοιμασία τόσο πριν εμφανιστεί μια υγειονομική κρίση όσο και μετά την εμφάνισή της για την ορθή αξιολόγησή της και την αντίστοιχη αντιμετώπιση.

Πρωταγωνιστικό ρόλο κατέχει η κοινότητα στην οποία εκδηλώνεται η κρίση. Ο πληθυσμός που είναι υψηλού ρίσκου, οι ομάδες των πολιτών που είναι πιο ευάλωτοι σε διάφορους κινδύνους – για παράδειγμα χαμηλού εισοδήματος, ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρία,

μετανάστες, πρόσφυγες και παιδιά- οι επιβίωσαντες από προηγούμενες καταστροφές και καταστάσεις έκτακτης ανάγκης. Επίσης, στην τοπική κοινωνία ανήκουν και οι σύλλογοι ασθενών, τα δίκτυα εθελοντών, τα επιμελητήρια, οι ομάδες πιστών και οι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται μέσα σε αυτήν.

Παράλληλα, η κυβέρνηση σε όλα τα επίπεδά της από τους πολιτικούς αρχηγούς, τα μέλη της βουλής και τους πολιτικούς, οι υπουργοί και τα επιμέρους υπουργεία – υγείας, οικονομίας, εκπαίδευσης, περιβάλλοντος, υποδομών, μεταφορών, ασφάλειας κτλ- θα χρειαστεί να συνεργαστούν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Ιδιαίτερο ρόλο καλείται να διαδραματίσει το υπουργείο πολιτικής προστασίας με τα ειδικά σώματα – πυροσβεστική, αστυνομία κτλ. Στο ίδιο πλαίσιο ενδέχεται να κινητοποιηθεί και ο στρατός με όλες τις υπηρεσίες που διαθέτει.

Αναμφισβήτητα, το υγειονομικό σύστημα σε όλες του τις βαθμίδες και σε όλα τα διοικητικά επίπεδα οφείλει να είναι σε ετοιμότητα με σχέδια αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών και κρίσεων. Έτσι, από το υπουργείο υγείας, τις περιφερειακές επιτροπές και τις τοπικές διοικήσεις μονάδων υγείας έως και τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, εθνικούς οργανισμούς φαρμάκων και ιατρικούς συλλόγους απαιτείται να βρουν κοινά σημεία για την κατανόηση και σχεδιασμό της στρατηγικής απέναντι σε επικείμενες καταστροφές. Ειδικότερα στην περίπτωση των

παρόχων υγείας απαιτείται συνεργασία ιδιωτικών και δημόσιων φορέων καθώς και επικοινωνία μεταξύ πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η επιστήμη η οποία προοδεύει στο χώρο των πανεπιστημίων και των ερευνητικών κέντρων με τη βοήθεια της οποίας ερμηνεύονται φαινόμενα και αντίστοιχα δίνονται απαντήσεις. Όταν δε συμπράττει με την βιομηχανία – π.χ. φαρμακοβιομηχανία – είναι δυνατό να δώσει καθοριστικές, οριστικές και μαζικές λύσεις σε περιπτώσεις κρίσεων.

Ωστόσο η διοχέτευση της γνώσης από την επιστημονική κοινότητα προς το ευρύ κοινό γίνεται μέσα από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης που έχουν τη δυνατότητα να ενημερώσουν τους πολίτες και να συμβάλλουν στην σωστή τους πληροφόρηση. Είναι προφανές ότι μια κοινωνία που ενημερώνεται υπεύθυνα και από έγκυρες πηγές θα αντιμετωπίσει πιο γρήγορα και αποτελεσματικά τους διάφορους κινδύνους που διαφαίνονται. (WHO FRAME, 2019)

1.5 Διαχείριση υγειονομικών κρίσεων

Οι καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης που απειλούν το σύστημα υγείας δεν μπορούν ποτέ να εξαλειφθούν και η προσπάθεια προσανατολίζεται στην διαχείρισή τους. Η διαχείριση εκτάκτων γεγονότων στο χώρο της υγείας στοχεύει στην μείωση των πιθανοτήτων να εμφανιστεί ένα δυνητικά καταστροφικό γεγονός, καθώς και στην ελαχιστοποίηση των αρνητικών του επιπτώσεων στον τομέα της υγείας. (WHO, 2019)

Η εφαρμογή πολιτικών που στοχεύουν στη μείωση των καταστροφών και στην πρόληψη επανεμφάνισης νέων επικίνδυνων καταστάσεων συμβάλλουν στη μείωση των απωλειών και στην ενδυνάμωση της ‘αντοχής’ - ελαστικότητας της κοινωνίας σε τέτοια περιστατικά. (UNGA, 2016).

Έτσι, η διαχείριση των καταστροφών μπορεί να διαχωρισθεί σε τέσσερις φάσεις : πρόληψη, ετοιμότητα, αντιμετώπιση και αποκατάσταση.

Η πρόληψη στοχεύει στην μείωση των πιθανών επιβλαβών ενεργειών ή της επικινδυνότητας των διαφόρων επικίνδυνων καταστάσεων και μπορεί να λάβει χώρα τόσο πριν όσο κατά τη

διάρκεια ή μετά το επικείμενο γεγονός. Παραδείγματα τέτοιων ενεργειών είναι οι εμβολιασμοί ανθρώπων και ζώων.

Η ετοιμότητα αναφέρεται σε ενέργειες που γίνονται πριν την εκδήλωση του συμβάντος και επικεντρώνονται στη δημιουργία και συντήρηση υποδομών και συστημάτων που σχετίζονται με την απάντηση σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Στην φάση αυτή ανήκει και η εκπαίδευση του προσωπικού, η ανίχνευση λειτουργικών κενών και ο σχεδιασμός βελτίωσης των τρόπων αντιμετώπισης. Παράδειγμα αποτελεί η ανάπτυξη συστημάτων επικοινωνίας και ειδοποίησης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.

Η φάση “απάντηση” σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ενεργοποιείται όταν πλέον αναγνωρίζεται ο κίνδυνος και η απειλή για κατάρρευση των συνήθων υποδομών από τα προβλήματα που δημιουργεί η έκτακτη ανάγκη. Στον τομέα της δημόσιας υγείας παραδείγματα τέτοιων ενεργειών είναι ο συντονισμός της λειτουργίας διαφόρων δομών υγείας σε πολλαπλά επίπεδα και με διαφορετικής προέλευσης, η συλλογή, ανάλυση και επεξεργασία επιδημιολογικών και εργαστηριακών δεδομένων, η διάθεση πληροφοριών σε άλλους φορείς, η ενεργοποίηση μηχανισμών επαγρύπνησης πληθυσμών που είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι, ο συντονισμός της εφαρμογής διαφόρων μέτρων προστασίας και η διάθεση και διανομή κατάλληλου ιατρικού εξοπλισμού στις διάφορες δομές.

Τέλος, η φάση επανόδου εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας του φαινομένου που προκάλεσε την κρίση και περιλαμβάνει προσπάθειες να επιστρέψουμε σε ‘φυσιολογικές’ συνθήκες. Στην περίπτωση της δημόσιας υγείας αφορά την ομαλή επάνοδο σε τακτικές λειτουργίες του συστήματος υγείας ή παρακολούθηση των μακροχρόνιων επιπλοκών στην υγεία όπως ψυχικές και συμπεριφορικές επιπτώσεις στον πληθυσμό που ακολούθησαν την κατάσταση έκτακτης ανάγκης. (Rose, 2017)

Το 2015 ευθυγραμμίστηκαν οι συστάσεις των Ηνωμένων Εθνών για την αντιμετώπιση καταστροφών με τις πολιτικές τριών παγκόσμιων οργανισμών : το πλαίσιο του Sendai για DRR (Disaster Risk Reduction) 2015–2030 (Μάρτιος 2015), τους στόχους βιώσιμης ανάπτυξης (Σεπτέμβριος 2015; SDGs), και τις Συμφωνίες για την Αλλαγή του Περιβάλλοντος (Δεκέμβριος 2015; COP21). Αυτές οι παγκόσμιες συμφωνίες είναι σημαντικά

εργαλεία για την χάραξη πολιτικών για πιο αποδοτική αντιμετώπιση των καταστροφών. (Aitsi, 2015)

Η διαχείριση υγειονομικής κρίσης, προϋποθέτει την ύπαρξη ενός συντονισμένου και αποτελεσματικού επιχειρησιακού σχεδίου με δυνατότητα προσαρμογής στις εκάστοτε συνθήκες. Το σχέδιο αυτό απευθύνεται σε διάφορες ομάδες ανθρώπων σε περίπτωση εμφάνισης απειλής για την υγεία των πολιτών και για το σύστημα υγείας ανεξάρτητα από την αιτία και την έκταση του εκλυτικού αιτίου. (Efsthathiou, 2009)

Η πολιτική των Ηνωμένων Εθνών για την μείωση του κινδύνου καταστροφών αναφέρει ότι οι καταστροφές δεν είναι φυσικά γεγονότα παρά αναπτύσσονται στο πλαίσιο της κοινωνίας όταν επικίνδυνες καταστάσεις αλληλεπιδρούν με τις σωματικές, κοινωνικές, οικονομικές, περιβαλλοντολογικές τρωτότητες του πληθυσμού. (UNISDR, 2013b) Πολλές από αυτές τις καταστάσεις προέρχονται από φυσικά φαινόμενα, με αποτέλεσμα η πολιτική προστασίας από καταστροφές παραδοσιακά να επικεντρώνεται στους διάφορους κινδύνους και στα επακόλουθά τους που οδηγούν στις καταστροφές.

Ωστόσο, μέσα από την μελέτη αυτών των καταστάσεων προκύπτει ότι για την έκταση της καταστροφής δεν ευθύνεται τόσο το εκλυτικό αίτιο όσο ο βαθμός τρωτότητας και έκθεσης του πληθυσμού, καθώς και η ικανότητά του να προβλέψει, να αντιμετωπίσει και να περιορίσει τις αρνητικές συνέπειες ενός φαινομένου (Eiser, 2012)

Οι περισσότερες χώρες αναμένεται να έρθουν αντιμέτωπες με μιας μεγάλης έκτασης κατάσταση έκτακτης ανάγκης περίπου κάθε πέντε έτη (με διακύμανση από 73% για την Ευρώπη σε 100% για Αφρική, Ανατολική Μεσόγειο και Νοτιο Ανατολική Ασία). (WHO, 2008)

Και παρ'ότι η διεθνής προσοχή επικεντρώνεται σε συμβάντα που αναμένεται να προξενήσουν μεγάλες καταστροφές, εκατοντάδες άλλες μικρότερης έκτασης καταστάσεις εκτάκτου ανάγκης με τοπικό χαρακτήρα ευθύνονται αθροιστικά για μεγάλο αριθμό θανάτων, τραυματισμών και αναπηριών. (WHO FRAME, 2019)

Καμία χώρα ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική της ανάπτυξη δεν είναι απρόσβλητη στην αυξανόμενη συχνότητα και σοβαρότητα των απειλητικών καταστάσεων για την υγεία των πολιτών. Ως εκ τούτου, όλες οι χώρες χρειάζονται ξεκάθαρες πολιτικές και στρατηγικές για την προστασία των πολιτών από τέτοια φαινόμενα.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι πολιτικές αυτές πρέπει να είναι πολυδιάστατες και να προσεγγίζουν το πρόβλημα για όλους τους τομείς της κοινωνίας που θίγονται με συγκεκριμένες και περιεκτικές οδηγίες. Ταυτόχρονα η γενική ενδυνάμωση του συστήματος υγείας μια χώρας με έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θεωρείται βασική προϋπόθεση για επιτυχή διαχείριση των εκτάκτων καταστάσεων.

Τέλος, η επιτυχία όλων αυτών των ενεργειών στηρίζεται στον κοινό προγραμματισμό του υπουργείου υγείας και άλλων τομέων και στην ενεργοποίηση άλλων κυβερνητικών και μη δομών, του ιδιωτικού τομέα, της κοινωνίας και των διαφόρων κοινωνικών φορέων και με τη βοήθεια της διεθνούς κοινότητας. (WHO FRAME, 2019)

1.6 Βασικά χαρακτηριστικά προετοιμασίας

Μια προετοιμασμένη κοινότητα χρειάζεται να έχει αναπτύξει και να επικαιροποιεί ένα ρεαλιστικό πλάνο προετοιμασίας με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

➤ Δυνατότητα για προσχεδιασμένη και συντονισμένη ταχεία απάντηση

1. Εκτίμηση κινδύνου για τον τομέα της υγείας. Αναγνώριση της απειλής και της τρωτότητας
2. Νομικό πλαίσιο. Αναγνώριση των νομικών θεμάτων και τα πιθανά εμπόδια
3. Οριοθέτηση αρμοδιοτήτων και ευθυνών.
4. Ο σχεδιασμός, ανάπτυξη και έλεγχος μετά από δοκιμή ενός συστήματος λήψης αποφάσεων και δυνατότητα απαντήσεων σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης που να συντονίζει όλα τα επίπεδα λήψης αποφάσεων.
5. Δημόσια δέσμευση για ενημέρωση και εκπαίδευση του κοινού να μπορεί να συμμετέχει στην προετοιμασία για έκτακτες περιπτώσεις.

6. Συστήματα επιδημιολογικής επιτήρησης και ανίχνευσης πιθανών απειλών κυρίως αυτών που έχουν περιβαλλοντική, ραδιενεργή, τοξική ή λοιμώδη προέλευση.
7. Εργαστηριακή ετοιμότητα για ανίχνευση πιθανών απειλών
8. Αντίβαρα και στρατηγικές μετριασμού των αρνητικών επιπτώσεων
9. Καθολική υγειονομική κάλυψη – Υπηρεσίες υγείας για όλο τον πληθυσμό
10. Δυνατότητα γρήγορης πληροφόρησης και επικοινωνίας με το κοινό.
11. Επαρκές Δίκτυο προμήθειας και διανομής υλικών που είναι ζωτικής σημασίας σε περίοδο έκτακτης ανάγκης για τη λειτουργία των μονάδων υγείας.

➤ **Πληρότητα σε προσωπικό και εκπαιδευμένο εργατικό δυναμικό**

1. Προσωπικό και εθελοντές με ικανότητες και δυνατότητα να συνδράμουν σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης.
2. Παρουσία ηγετών που μπορούν να διοικήσουν σε περίοδο κρίσης.

➤ **Λογοδοσία και Βελτίωση της ποιότητας και**

1. Έλεγχος λειτουργικών δυνατοτήτων μέσα από δοκιμασίες προσομίωσης.
2. Σύστημα ελέγχου και λογοδοσία διοίκησης
3. Σύστημα παρακολούθησης οικονομικών δραστηριοτήτων, διακίνησης υλικών και καταγραφής χρόνου εργασίας.

(Nelson, 2009)

Στην Ελλάδα το Κέντρο Επιχειρήσεων του ΕΟΔΥ (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας) έχει αναλάβει τον ρόλο προετοιμασίας σε θέματα συμβαμάτων Δημόσιας Υγείας. Έτσι, επεξεργάζεται και συλλέγει πληροφορίες από Δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας καθώς και από άλλα ινστιτούτα ελληνικά και διεθνή. (eody.gr)

1.7 Παραδείγματα κρίσεων στον 21ο αιώνα

Οι περιπτώσεις καταστάσεων έκτακτου ανάγκης είναι σύνθετες και απαιτητικές καθώς πλέον αφορούν ένα πολύ ευρύ φάσμα απειλών όπως την επιδημία ιλαράς, έξαρσης ζωνόσων,

εξάρσεις νόσων που μεταδίδονται με τρόφιμα και την αυξανόμενη αντιμικροβιακή αντοχή. Πλημμύρες, καύσωνες, φωτιές και άλλα ακραία καιρικά φαινόμενα που σχετίζονται με την κλιματική αλλαγή, σεισμοί και άλλες φυσικές καταστροφές σε συνδυασμό με συγκρούσεις, τρομοκρατικές επιθέσεις και μόλυνση του περιβάλλοντος με χημικούς και ραδιενεργούς παράγοντες. (ECDC, 2018)

Τον 21ο αιώνα τουλάχιστο έξι συμβάματα έχουν ανακηρυχθεί καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας με διεθνή αντίκτυπο : η πανδημία γρίπης H1N1 το 2009 , η επιδημία Έμπολα (Δυτικής Αφρικής 2013-2015, και το 2018-2020 στη Δημοκρατία του Κογκό), η επιδημία πολυομυελίτιδας από το 2014 έως σήμερα, η επιδημία του ιού Zika (2016) και η πανδημία Covid-19 (2020 έως και σήμερα). (Wilder-Smith, A.2020).

1.8 Ρόλος ΠΦΥ στην διαχείριση κρίσεων

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω η επιτυχημένη διαχείριση εκτάκτων καταστάσεων επιβάλλει τη συντονισμένη προσπάθεια πολλών τομέων της κοινωνίας. Ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας είναι είναι επιβεβλημένη η προετοιμασία και συνεργασία μεταξύ όλων των βαθμίδων παροχής υγείας με έμφαση ωστόσο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Μια ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για επιτυχή διαχείριση επειγόντων καταστάσεων και απειλών για την υγεία καθώς και για την ανθεκτικότητα μιας κοινωνίας και του συστήματος υγείας σε τέτοια συμβάματα. Σε επείγουσες καταστάσεις, οι υποδομές, οι προμήθειες υλικών και το εργατικό δυναμικό μπορεί να διακοπούν ή να επιδεινωθούν δραματικά δημιουργώντας δυσκολίες στην παροχή καλής φροντίδας υγείας στους πολίτες.

Ο ρόλος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι καθοριστικός και στα τέσσερα στάδια αντιμετώπισης των επειγόντων καταστάσεων κι όχι μόνο στην οξεία φάση που οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας είναι αυξημένες. Το επόμενο διάστημα ακολουθεί κατά κανόνα δεύτερη αιχμή αυξημένων αναγκών υπηρεσιών υγείας επιβαρύνοντας επιπλέον το σύστημα υγείας. (Runkle, 2012)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει βασικό ρόλο στην πρόληψη, προετοιμασία, αντιμετώπιση των καταστροφών και ανάρρωση μετά το πέρας της κατάστασης εκτάκτου ανάγκης. Η απάντηση σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων καθώς και η έκταση των βλαβών που θα προκαλέσει.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει τρεις παραμέτρους αλληλένδετες και με συνεργική δράση: 1. πυρήνας της είναι η βασική φροντίδα υγείας και οι απαραίτητες λειτουργίες του συστήματος υγείας 2. πολιτικές που εφαρμόζονται σε πολλαπλούς και διαφορετικούς τομείς της κοινωνίας με στόχο την προαγωγή της υγείας 3. ενδυνάμωση των ατόμων και των κοινωνιών.

Σε έκτακτες καταστάσεις η ΠΦΥ παρέχει υπηρεσίας υγείας ρουτίνας, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην επιτήρηση νοσημάτων, στην ανίχνευση εξάρσεων νοσημάτων και στην πρόληψή τους με την εφαρμογή ειδικών μέτρων (εμβολιασμοί, ενημέρωση κοινού κτλ). Η δυνατότητα ενεργούς επικοινωνίας με την τοπική κοινωνία προωθεί την αποτελεσματική απάντηση σε επείγουσες καταστάσεις.

Είναι βασικό να αναγνωρισθεί τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο ότι η ΠΦΥ διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο σε όλα τα βήματα διαχείρισης της επείγουσας κατάστασης. Στην παρούσα φάση τα περισσότερα συστήματα εστιάζουν στην προετοιμασία των δομών κεντρικότερα της ΠΦΥ με την ΠΦΥ να είναι υποαντιπροσωπευόμενη ή απύσχα κατά το σχεδιασμό τέτοιων επιχειρήσεων. Σε εθνικό επίπεδο υπάρχει ανάγκη να αναγνωριστεί και να περιληφθεί η ΠΦΥ σε σχεδιασμό στρατηγικών, πολιτικών και προγραμμάτων για αντιμετώπιση εκτάκτων απειλών. Σε τοπικό επίπεδο είναι σημαντικό να είναι ξεκάθαρος ο ρόλος της ΠΦΥ και οριοθετηθούν οι αρμοδιότητες στην πρόληψη, απάντηση και διαχείριση εκτάκτων καταστάσεων και διασύνδεση με δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές. Μια ανθρωποκεντρική προσέγγιση μέσα από την ΠΦΥ μπορεί να δώσει έμφαση ότι τα άτομα συμμετέχουν στο σχεδιασμό, παρακολούθηση και παροχή υπηρεσιών υγείας και προστατεύουν τους εαυτούς τους και την κοινότητα στην οποία ζουν από τέτοιες καταστάσεις.

Η παραπληροφόρηση που είναι συχνό φαινόμενο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης μπορεί να αντιμετωπισθεί όταν υπάρχουν ισχυροί και ενεργείς δεσμοί μεταξύ ΠΦΥ και τοπικής κοινωνίας. Παράλληλα, στην φάση επανόδου της κοινωνίας από μια καταστροφή, οι τοπικές

κοινωνίες χρειάζεται να έχουν ενεργό ρόλο στον σχεδιασμό λύσεων ώστε να λαμβάνονται υπόψιν κοινωνικές και περιβαλλοντολογικές ιδιαιτερότητες της κάθε περιοχής. (Runkle, 2012)

Προκειμένου να έχει ένα σύστημα υγείας ισχυρή ΠΦΥ για αντιμετώπιση επειγουσών καταστάσεων χρειάζεται προσέγγιση και διατήρηση επαρκούς εργατικού δυναμικού, ενημερωμένου και μάχιμου το οποίο θα αμείβεται ανάλογα καθώς και υποστηρικτικές δομές για κάθε στάδιο της απάντησης σε μία κρίση. (WHO, 2018α)

2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

2.1 Πανδημία covid 19

Στις 11 Μαρτίου του 2020 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κήρυξε πανδημία τον COVID-19. ενώ στις 30 Ιανουαρίου 2020 είχε χαρακτηρίσει την έξαρση της νόσου Κατάσταση Έκτακτης Ανάγκης Δημόσιας Υγείας Διεθνούς Ενδιαφέροντος. (WHO, 2020)

Προηγούμενες επίσημες πανδημίες είναι η Ισπανική Γρίπη το 1918, η Ασιατική γρίπη το 1957, η γρίπη του Χογκ Κονγκ το 1968 και η πανδημία του H1N1 το 2009 οι οποίες προκάλεσαν το θάνατο 50 εκατομμυρίων, 1,5 εκατομμυρίων, 1 εκατομμυρίου και 300 χιλιάδων ανθρώπων αντίστοιχα. (Liu, 2020)

Μέχρι σήμερα στην πανδημία COVID-19 έχουν καταγραφεί πάνω από 178 εκατομμύρια επιβεβαιωμένα κρούσματα και περισσότεροι από 3,8 εκατομμύρια θάνατοι σε σύνολο 220 χωρών. (worldmeters)

Ο COVID-19 είναι μια νόσος που προκαλείται από τον ιο SARS-CoV-2, έναν νέο κορωνοϊό που ανακαλύφθηκε το 2019. Ο ιός μεταδίδεται από άνθρωπο σε άνθρωπο, είναι εξαιρετικά μεταδοτικός και η νόσος που προκαλεί μπορεί να είναι από ήπια έως πολύ σοβαρή. (Wang, 2020)

Ο ΠΟΥ ήδη από 10 Ιανουαρίου 2020 είχε στείλει σε όλες τις χώρες ένα αναλυτικό οδηγό με συμβουλές για την ανίχνευση και διαχείριση πιθανών κρουσμάτων στηριζόμενος σε ότι ήταν γνωστό έως τότε και βασιζόμενοι στην προηγούμενη εμπειρία από το SARS και MERS. (WHO, timeline)

2.2 Ανταπόκριση χωρών σε πανδημία covid 19

Η ανταπόκριση των χωρών σε αυτή την πρωτοφανή κρίση δεν ήταν κοινή και ενιαία. Κάθε χώρα έλαβε αποφάσεις για να προστατέψει την υγεία των πολιτών και να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομία. Διορθωτικές κινήσεις έγιναν από όλες τις κυβερνήσεις προκειμένου να αντισταθμιστεί η επιβάρυνση της οικονομίας, να διατηρηθούν οι θέσεις

εργασίας και να μην κλείσουν επιχειρήσεις. Σε κάθε περίπτωση ενισχύθηκαν σε διαφορετικό βαθμό και με διαφορετικό τρόπο.

Έτσι, με βάση τις αρχές του ΠΟΥ για τα βασικά δομικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας (WHO, 2010) οι βασικοί άξονες πάνω στους οποίους οργανώθηκαν οι απαντήσεις στην πανδημία covid 19 είναι πέντε:

1. Η προσπάθεια ενδυνάμωσης του συστήματος υγείας με κατασκευή νέων μονάδων υγείας, ανακατασκευή νέων για να καλύψουν τις νέες ανάγκες, προτεραιοποίηση ιατρικών πράξεων με αναβολή τακτικών ή προληπτικών ενεργειών, ενίσχυση της χρήσης νέων τεχνολογιών για εναρμόνιση με την επιταγή της κοινωνική αποστασιοποίησης λόγω του τρόπου μετάδοσης του ιού και ενδυνάμωση του ρόλου της ΠΦΥ.
2. Η οργάνωση των κυβερνητικών φορέων και των οικονομικών με προσπάθεια εναρμόνισης των αποφάσεων με την επιστημονική κοινότητα, σχεδιασμό πακέτων στήριξης της οικονομίας και των νοικοκυριών, κάλυψη του κόστους νοσηλείας, αγωγής και διάγνωσης νόσου covid-19.
3. Η κινητοποίηση για επάρκεια σε φάρμακα, μέσα ατομικής προστασίας και τεχνολογίας με αξιοποίηση “στοκαρισμένων” υλικών, προσπάθεια να αυξηθεί η εγχώρια παραγωγή αυξημένης ζήτησης υλικών και να περιοριστούν οι εξαγωγές, συμφωνίες να διευκολυνθεί η εισαγωγή ιατροφαρμακευτικών προϊόντων, αποδοχή και χρήση δωρεών, συμφωνίες με φαρμακευτικές εταιρίες και πλατφόρμες για καταγραφή της χρήσης υλικών ώστε να διασφαλιστεί η διαφάνεια και επάρκεια.
4. Η Ενεργοποίηση της κοινότητας να αναλάβει ενεργό δράση με ενημέρωση μέσα από καμπάνιες που ενημερώνουν για τους κινδύνους της νόσου και τους τρόπους πρόληψης μετάδοσης και αντιμετώπισης, και δημιουργία δίαυλου επικοινωνίας μεταξύ πολιτών και κυβέρνησης με δυνατότητα ανατροφοδότησης των προβλημάτων που προκύπτουν στα διάφορα στάδια της πανδημίας.
5. Η ενδυνάμωση του υγειονομικού προσωπικού με στρατηγικές για γρήγορες προσλήψεις, ανακατανομή προσωπικού, εκπαίδευση σε σχέση με την πανδημία, ψυχολογική υποστήριξη

αλλά και οικονομικά κίνητρα και επιβράβευση για την εργασία στις δύσκολες συνθήκες της πανδημίας. (Haldane, 2021)

2.3 Μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας στην Ελλάδα

Με βάση τους πέντε άξονες που αφορούν δράσεις στο χώρο της υγείας, της κυβερνητικής οργάνωσης και της οικονομίας, της ενίσχυσης του υγειονομικού προσωπικού, της επάρκειας σε ιατροφαρμακευτικά προϊόντα και στην κινητοποίηση των πολιτών παραθέτονται ενδεικτικά ενέργειες που έγιναν σε κάθε κατηγορία.

➤ Σχεδιασμός σε επίπεδο κυβερνητικών φορέων

Ο κρατικός μηχανισμός στο πλαίσιο της πανδημίας προέβει στις ακόλουθες κινήσεις:

- επιχειρησιακός συντονισμός: 24ωρή λειτουργία της Διεύθυνσης Επιχειρησιακής Ετοιμότητας Εκτάκτων Καταστάσεων Δημόσιας Υγείας
- Συνεχή συνεργασία σε όλα τα κυβερνητικά επίπεδα για αποφάσεις και σχεδιασμό στρατηγικής υπό το πρίσμα των νέων επιδημιολογικών δεδομένων.
- Συνεχή συνεργασία και ανταλλαγή δεδομένων και τεχνογνωσίας με διεθνείς οργανισμούς όπως τον ΠΟΥ, το Ευρωπαϊκό κέντρο ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων (ECDC), την Ευρωπαϊκή Ένωση και τα υπουργεία υγείας των υπολοίπων ευρωπαϊκών κρατών.
- Σύσταση Επιτροπή Αντιμετώπισης Εκτάκτων Συμβάντων Δημόσιας Υγείας από Λοιμογόνους Παράγοντες και Εθνική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας που έχουν συμβουλευτικό ρόλο προς την κυβέρνηση και βοηθούν στην λήψη αποφάσεων βάσει επιστημονικών δεδομένων. Ανάμεσα σε άλλα η επιτροπή γνωμοδότησε για την υιοθέτηση περιορισμών στην μετακινήσεις, για την άνοιγμα των δημόσιων και ιδιωτικών επιχειρήσεων, για τη χρήση μάσκας.
- Το Υπουργείο Υγείας και ο ΕΟΔΥΥ έχουν καθοριστικό ρόλο στην στρατηγική για την πανδημία. Η ενημέρωση του κοινού γίνεται μέσα από τις επίσημες ιστοσελίδες του

υπουργείου, τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και τις καθημερινές ενημερώσεις από την Επιτροπή Λοιμωξιολόγων στις οποίες συμμετέχουν και ο Γενικός Γραμματέας της πολιτικής προστασίας και εκπρόσωποι άλλων υπουργείων.

- Από τις 25 Φεβρουαρίου 2020 πολλαπλές πράξεις νομοθετικού περιεχομένου που αφορούν την πανδημία ψηφίστηκαν από την ελληνική βουλή.

➤ **Μέτρα ενίσχυσης της οικονομίας**

Η οικονομία παρουσίασε σημαντική ύφεση 8.2% κατά το 2020 και μάλιστα μεγαλύτερη από το μέσο όρο της ευρωζώνης πιθανά λόγω του μεγάλου πλήγματος στον τουρισμό λόγω της πανδημίας. (ΕΥ, 2021) Από την έναρξη της πανδημίας δέσμη μέτρων άνω των 23δισ ευρώ έχουν ανακοινωθεί για τη στήριξη της ελληνικής οικονομίας και εργασίας.

Συγκεκριμένα:

- Η Ελλάδα στο Eurogroup στις 16.3.2021 εξασφάλισε τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τους πόρους της για την αντιμετώπιση της πανδημίας χωρίς να δεσμεύεται από την μεταμνημονιακή επιταγή για πρωτογενές πλεόνασμα 3.5% και με βάση την 10η Εκθεση Ενισχυμένης Εποπτείας από την Ευρωπαϊκή Ένωση η άρση αυτού το όρου ισχύει και για το 2021. (ΕΥ, 2021) Παράλληλα, ανακοινώθηκε η ένταξη της Ελλάδας στο νέο πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας για την ανάγκη αντιμετώπισης των συνεπειών της πανδημίας (Pandemic Emergency Purchase Programme- PEPP) . Στα μέτρα αυτά περιλαμβάνεται η καταβολή φόρων και εισφορών κοινωνικής ασφάλισης με καθυστέρηση, η χορήγηση κρατικών δανείων με τη μορφή της επιστρεπτέας προκαταβολής, οι αποζημιώσεις ειδικού σκοπού, το πρόγραμμα “ΣΥΝ-ΕΡΓΑΣΙΑ”, ο μειωμένος ΦΠΑ σε ατομικά μέτρα προστασίας, η δυνατότητα για μειωμένη καταβολή ενοικίου κ.α..

➤ **Μέτρα για εξασφάλιση κλινών και δυνατότητα νοσηλείας σε ασθενείς covid-19**

Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην προετοιμασία του Συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις της πανδημίας. Έτσι, τουλάχιστον ένα Νοσοκομείο σε κάθε υγειονομική περιφέρεια χαρακτηρίστηκε ως αναφοράς για ασθενείς covid-19 και ορισμένα λειτούργησαν

αποκλειστικά για νοσηλεία covid-19 ασθενών, αύξηση του αριθμού των κλινών ΜΕΘ, περιορισμό των τακτικών χειρουργείων, τροποποίηση της λειτουργίας των μονάδων υγείας με σκοπό τον περιορισμό της ενδονοσοκομειακής διασποράς, μετακίνηση προσωπικού από μονάδες ΠΦΥ σε δομές τριτοβάθμιας – δευτεροβάθμιας φροντίδας, προωθήθηκαν συμπράξεις με τον ιδιωτικό τομέα για εξασφάλιση κλινών μεθ αλλά και επίταξη ιδιωτικών νοσοκομείων (19 Νοεμβρίου 2020, Θεσσαλονίκη- ΦΕΚ 5148/Β/19-11-2020) χωρίς να επιβαρύνεται ο ασθενής με επιπρόσθετη καταβολή νοσηλίου. Οι αυξημένες ανάγκες για νοσηλεία την περίοδο του Νοεμβρίου στην περιοχή της Θεσσαλονίκης αποτυπώνονται στον σχεδόν πενταπλασιασμό των κλινών ΜΕΘ για covid-19 ασθενείς (από 43 στις 23.10.2020 σε 201 στις 23.11.2020) και στον τριπλασιασμό των απλών κλινών (από 498 σε 1420 για την ίδια περίοδο), ενώ χρειάστηκε να γίνει και αεροδιακομιδή ασθενών σε νοσοκομεία της Αθήνας. (Economidou, 28/2/2021)

➤ Μέτρα για επάρκεια εξοπλισμού και προσωπικού

Προκειμένου να εξασφαλισθεί η επάρκεια σε ιατροφαρμακευτικά υλικά και εν μέσω μιας ανέτοιμης διεθνούς αγοράς για την πανδημία η χώρα έλαβε τις παρακάτω δράσεις:

- Η ΙΦΕΤ (Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας & Τεχνολογίας ΑΕ) ανέλαβε την εισαγωγή εισαγόμενων προϊόντων και την διανομή απαραίτητου υλικού – συμπεριλαμβανομένου και των μέσων ατομικής προστασίας – σε δομές του ΕΣΥ.
- Το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) δημιούργησε ηλεκτρονικό αρχείο παρακολούθησης και καταγραφής όλου του εξοπλισμού σχετικού με την πανδημία σε πραγματικό χρόνο.
- Το Υπουργείο Υγείας έγινε αποδέκτης Δωρεών σε μέσα ατομικής προστασίας αλλά και χρηματικών ποσών. Η διανομή τους προς τις δομές υγείας σε όλη την επικράτεια έγινε υπό την εποπτεία μιας επιτροπής για να εξασφαλιστεί ταχεία αξιοποίηση και διαφάνεια.
- Δόθηκε άδεια για εγχώρια παραγωγή αντισηπτικών και ενθαρρύνθηκε η παραγωγή масκών από ιδιωτικούς φορείς.

- Οργανωμένο σχέδιο για αύξηση του αριθμού των κλινών ΜΕΘ από 565 που ήταν συνολικά στην Ελλάδα στην αρχή της πανδημίας σε 1300 στις αρχές Δεκεμβρίου 2020, αντανακλώντας τον Ευρωπαϊκό μέσο όρο. ()

- Λίγες ώρες μετά την ανακοίνωση του πρώτου κρούσματος στην Ελλάδα έγινε ανάκληση όλων των αδειών του υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται στο ΕΣΥ. Ακολούθησαν 7.500 επικουρικές προσλήψεις σε ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό και 1423 θέσεις μόνιμων ιατρών. Επιπλέον, πάνω από 10.000 εθελοντές έχουν δηλώσει ενδιαφέρον μέσω της ψηφιακής πλατφόρμας () του Υπουργείου Υγείας. Η έλλειψη προσωπικού στο τρίτο κύμα της πανδημίας που έπληξε την 1η και 2η υγειονομική περιφέρεια οδήγησε στην έκδοση Κοινή υπουργική απόφασης με την οποία επιτάσσονται ιδιώτες ιατροί στις αντίστοιχες περιοχές. (ΦΕΚ 1659/Β/23-4-2021)

➤ **Μέτρα για περιορισμό της πανδημίας**

Η στρατηγική για περιορισμό της πανδημίας κινήθηκε σε δύο επίπεδα πρόληψης και απομόνωσης. Η κοινωνική αποστασιοποίηση, κοινωνική ευαισθητοποίησης μέσω ενημέρωσης- από το υπουργείο υγείας και τον εοδου ξεκινάει καμπάνια ευαισθητοποίησης με τον τίτλο “Μένουμε σπίτι” με σκοπό να προωθηθεί το μήνυμα του αυτοπεριορισμού και της ατομικής ευθύνης και να δοθούν οδηγίες στο ευρύ κοινό για την έκτακτη κατάσταση . (, έγκαιρη ανίχνευση μέσω μοριακών τεστ και ταχέων τεστ έναντι αντιγόνων του SARS-CoV-2 (σύσταση μονάδων KOMY), επαγρύπνηση με ιχνηλάτηση επαφών επιβεβαιωμένου κρούσματος, οι έλεγχοι στις εισόδους της χώρας και οι εμβολιασμοί στοχεύουν στην πρόληψη της μετάδοσης. Σε περίπτωση επιβεβαιωμένου κρούσματος εφαρμόστηκε απομόνωση και καραντίνα κρουσμάτων και στενών επαφών.

Κάθε μία πρακτική εφαρμόστηκε σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε φάση της πανδημίας. Για παράδειγμα οι δυνατότητες για μοριακή ανίχνευση του ιού στην έναρξη της πανδημίας ήταν 800 ημερησίως και στο τέλος του Φεβρουαρίου του 2021 ήταν 50.000 ημερησίως. (Economidou, 28/2/2021) Αντίστοιχα, τα εμβόλια δεν ήταν διαθέσιμα πριν από το τέλος του Δεκεμβρίου 2020. (moh.gov δελτίο τύπου 26/12/2020)

2.4 Χρονοδιάγραμμα πορείας πανδημίας στην Ελλάδα

Το πρώτο κρούσμα στην Ελλάδα διαγνώστηκε στις 26 Φεβρουαρίου 2020. Ακολούθησε κινητοποίηση του κρατικού μηχανισμού με σκοπό τον περιορισμό της διασποράς του ιού στη χώρα. Την επόμενη στις 27 Φεβρουαρίου ανακοινώθηκε η ακύρωση του ετήσιου καρναβαλιού στην Πάτρα, και στις 10 Μαρτίου όλα τα σχολεία και τα πανεπιστήμια έκλεισαν. Ακολούθησαν δικαστήρια, θέατρα και γυμναστήρια και στις 13 Μαρτίου με έναν καταγεγραμμένο θάνατο από covid-19 έκλεισαν εμπορικά κέντρα, μουσεία, χώροι αισθητικής, εστιατόρια και μπαρ και αρχαιολογικοί χώροι. Την επομένη ανακοινώνεται ότι κλείνουν χιονοδρομικά κέντρα και οργανωμένες παραλίες. Στις 23 Μαρτίου ανακοινώνεται απαγόρευση κυκλοφορίας σύμφωνα με την οποία οι πολίτες κυκλοφορούν για συγκεκριμένο λόγο και αφού ζητήσουν έγκριση. (eody, 2020)

Η πρώτη φάση της πανδημίας διήρκησε 42 ημέρες και σταδιακά από 4 Μαΐου άρχισαν να αίρονται οι περιορισμοί στις μετακινήσεις και να ανοίγουν οι εμπορικές επιχειρήσεις. Η δεύτερη φάση της πανδημίας ξεκινάει στις 7 Νοεμβρίου 2020 (civil protection, 11/11/2020) με τηλεκαίτευση αρχικά για γυμνάσια και λύκεια και έπειτα για όλες τις βαθμίδες και περιορισμό σε εμπορικές δραστηριότητες. Στις 14 Δεκεμβρίου 2020 έχουμε νέο άνοιγμα εμπορικών δραστηριοτήτων και σταδιακή επάνοδο της οικονομίας.

Το τρίτο κύμα της πανδημίας αρχίζει να εκδηλώνεται με τοπικές συρροές κρουσμάτων από τον Ιανουάριο του 2021 και ακολουθούν τοπικά απαγορευτικά αρχικά από την Αττική στις 12/2/2021 και σταδιακά σε όλη την επικράτεια.

Παράλληλα, στις 27/12/2020 ξεκίνησαν οι εμβολιασμοί έναντι του SARS-CoV-2 στην Ελλάδα. (moh.gov δελτίο τύπου 26/12/2020)

2.5 Συγκεκριμένα μέτρα αναφορικά με την πανδημία και την ΠΦΥ

Στις 3/4/2020 το υπουργείο υγείας ανακοίνωσε μέτρα με τα οποία εντάσσει την ΠΦΥ στο σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Το σχέδιο είχε δύο βασικούς άξονες: 1. Κέντρα Υγείας που εξυπηρετούν αποκλειστικά όλο 24ωρο περιστατικά ύποπτα για covid-19 λοίμωξη ή επιβεβαιωμένα τα οποία δεν χρειάζονται νοσηλεία και 2. Κέντρα Υγείας που δεν καλύπτουν covid-19 περιστατικά αλλά αναλαμβάνουν χρόνιους ασθενείς, επικοινωνία με ασθενείς που είναι σε απομόνωση και άλλες έκτακτες περιπτώσεις. Σε αυτό το δεύτερο άξονα

εντάσσονται και οι ιδιώτες ιατροί με παροχή τηλεσυμβουλευτικής και αποζημίωση 10 ευρώ ανά κλήση και κατ'οίκον επίσκεψη με αποζημίωση 30 ευρώ ανά επίσκεψη- για ιατρούς συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται έγκαιρη ανίχνευση περιστατικών , προστασία υγειονομικών και εξυπηρέτηση ασθενών με χρόνια νοσήματα.

Παράλληλα, στην ίδια πράξη νομοθετικού περιεχομένου (ΦΕΚ 84/Α/13-4-2020) προβλέπεται η συνεργασία ιδιωτών με δημόσια νοσοκομεία για παθολόγους, λοιμωξιολόγους, γενικούς ιατρούς, ωτορινολαρυγγολόγους, πνευμονολόγους, αναισθησιολόγους, εντατικολόγους, καρδιολόγους και παιδίατρους με την έκδοση δελτίου παροχής υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα, προωθείται η χρήση ψηφιακών υποδομών και τηλεϊατρικής και της άυλης έκδοσης ηλεκτρονικών συνταγών και πιστοποιητικών. Η ενεργοποίηση της άυλης συνταγογράφησης (Ν. 4683/2020) διενεργήθηκε αρχικά πυλωτικά για περιορισμένο χρονικό διάστημα αλλά όχι μόνο δε διακόπηκε έκτοτε και παρατάθηκε με επόμενες διατάξεις.

Άλλες ενέργειες που έγιναν για να εξασφαλισθεί ο συντονισμός μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων φροντίδας και η συνέχεια στην φροντίδα του ασθενούς είναι το ηλεκτρονικό μητρώο covid-19 με πρόσβαση μέσα από το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης,

Στις αρχές του Οκτωβρίου 2020 ο Υπουργός υγείας ανακοίνωσε την ενεργοποίηση 185 κέντρων Υγείας στη διαχείριση περιστατικών με συμπτωματολογία covid-19 που αναμενόταν να αποσυμφορήσει τα ΤΕΠ των Νοσοκομείων. (Economou, 2020)

Όλες αυτές οι ρυθμίσεις επηρεάζουν τη λειτουργία τόσο των δημόσιων δομών ΠΦΥ (Agorastidou, 2020) όσο και των ιδιωτικών ιατρείων. Οι ιατρικοί σύλλογοι όλης της χώρας εξέδωσαν οδηγίες λειτουργίας ιατρείων υπό το πρίσμα των νέων συνθηκών (isth.gr, pis.gr). Ειδικές οδηγίες εκδόθηκαν όσον αφορά τη χρήση των ατομικών μέτρων προστασίας, την τροποποίηση της λειτουργίας του ιατρείου με αύξηση του μεσοδιαστήματος των ραντεβού, διαμόρφωση ειδικού χώρου αναμονής για ύποπτα περιστατικά, περιορισμό των ατόμων ανά επίσκεψη, προτίμηση των τηλεφωνικών επισκέψεων και προώθηση της άυλης συνταγογράφησης. Δόθηκε προτεραιότητα σε έκτακτα περιστατικά και εξετάσεις ρουτίνας και τακτικοί έλεγχοι χρόνιων παθήσεων αναβλήθηκαν ή μεταφέρθηκαν.

2.6 Αντίκτυπο εκτάκτων καταστάσεων στην οικονομία

Οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στο χώρο της υγείας επηρεάζουν την οικονομία μιας χώρας με τρεις κυρίως τρόπους: επηρεάζοντας το εισόδημα των νοικοκυριών, το κόστος λειτουργίας τους υγειονομικού συστήματος και τα μακροοικονομικά χαρακτηριστικά.

Απώλεια εισοδήματος λόγω αδυναμίας του ατόμου να εργαστεί σε περίπτωση που αρρωστήσει έχει αρνητικό αντίκτυπο στα οικονομικά της οικογένειας. Αντίστοιχα αυξημένα έξοδα για ιατρικές δαπάνες έχουν περιορίζουν άμεσα την καταναλωτική δυνατότητα ακόμη και για βασικές ανάγκες και οδηγούν στην αναζήτηση εσόδων από άλλες πηγές όπως σύνταξη δανείου. (Clarke, 2020) Ταυτόχρονα, σε περιπτώσεις έκτακτων καταστάσεων και καταστροφών είναι χαθούν θέσεις εργασίας και να αυξηθεί η ανεργία, επηρεάζοντας έμμεσα την οικονομική κατάσταση κάθε νοικοκυριού. (Schmude, 2018)

Σε περίπτωση επείγουσας κατάστασης ή καταστροφής το σύστημα υγείας μπορεί να πληγεί με καταστροφή δομών, διατάραξη της αλυσίδας παροχής υλικών και φαρμάκων αλλά και την μείωση του εν δυνάμει εργατικού δυναμικού το οποίο ασθενεί ή ανήκει σε ομάδες υψηλού κινδύνου. Την ίδια στιγμή όμως οι ανάγκες για υπηρεσίας υγείας αυξάνουν με αποτέλεσμα να αδυνατεί το σύστημα να διαχειριστεί όλους τους πολίτες που έχουν ανάγκη. (Fonseca, 2009) Τελικά, επιβαρύνεται ακόμα περισσότερο την οικονομική κατάσταση της χώρας με ενδεχόμενες αναπηρίες και επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού μιας χώρας τόσο σε επίπεδο μικροοικονομικό όσο και μακροοικονομικό. (WHO, 2009)

Σε μακροοικονομικό επίπεδο, οι καταστάσεις έκτακτης ανάγκης διαταράσσουν την λειτουργία κρατικών φορέων και ιδιωτικών οργανισμών και γενικά ολόκληρης της οικονομίας, επηρεάζοντας αρνητικά τη ζωή των ανθρώπων και την δραστηριότητά τους. Αυτό απεικονίζεται τόσο στην απώλεια της καταναλωτικής δύναμης των ατόμων αλλά και στην μείωση της παραγωγής μιας χώρας. (Clarke, 2020)

2.7 Οικονομικό Κόστος Πανδημίας covid-19 στην παγκόσμια και ελληνική οικονομία

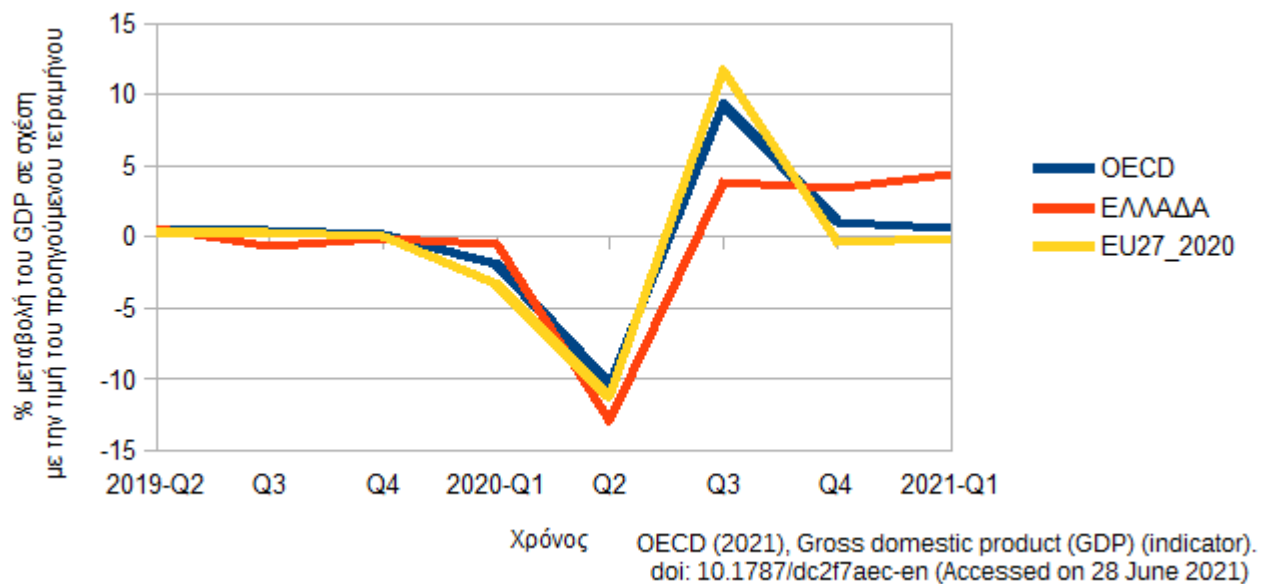
Η πανδημία covid-19 οδήγησε σε μεγάλη οικονομική κρίση με αλυσιδωτές αντιδράσεις και επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. Η οικονομική κρίση που

προκλήθηκε από την πανδημία οφείλεται τόσο στον τρόπο μετάδοσης του ιού που επέβαλε πρακτικές κοινωνικής αποστασιοποίησης με αποτέλεσμα να κλείσουν επιχειρήσεις, αγορές και καταστήματα και να περιοριστούν τα ταξίδια και οι πάσης φύσεως εκδηλώσεις καθώς και το ότι ο εκθετικός ρυθμός μετάδοσής του δημιούργησε μεγάλη αβεβαιότητα και ανασφάλεια στις αγορές. (Ozili,2020)

Χαρακτηριστική είναι η μεταβολή του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος ή ΑΕΠ κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Το ΑΕΠ είναι ένας μακροοικονομικός δείκτης που απεικονίζει τη συνολική ποσότητα αγαθών και υπηρεσιών που παράγει μια χώρα σε ορισμένη χρονική περίοδο. (Landefeld, 2008) Έτσι, με δεδομένα από τον ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) διαπιστώνουμε ότι όλες οι χώρες μέλη του είχαν αρνητική μεταβολή του ΑΕΠ στο πρώτο τετράμηνο της πανδημίας. (Γράφημα 2-1). Μάλιστα οι χώρες με πιο αδύναμες οικονομίες επηρεάστηκαν δυσανάλογα περισσότερο από την πανδημία.

Οι κυβερνήσεις των διαφόρων κρατών προσπάθησαν να περιορίσουν την εξάπλωση του ιού στην χώρα τους και την απώλεια ανθρώπων, υιοθέτησαν διάφορα μέτρα.

Γράφημα 2.1 Μεταβολή GDP κατά την πανδημία Covid-19



Την προηγούμενη δεκαετία η Ελλάδα βίωσε μια οικονομική κρίση χρέους που στιγματίστηκε από τρία μνημόνια και συρρίκνωση του ΑΕΠ της χώρας αλλά και την προώθηση αρκετών μεταρρυθμίσεων. (Ευρωπαϊκό Ηλεκτρικό Συνέδριο, 2017)

Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομική κρίσης διαπιστώνουμε δραματική μείωση στη συνολική δαπάνη για την υγεία. (OECD, 2019) Παράλληλα, μεταρρυθμίσεις που προωθήθηκαν με σκοπό τον εξορθολογισμό της δαπάνης και εξασφάλιση της διαφάνειας είναι η μείωση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων, η συγχώνευση νοσοκομείων, η μείωση σε μισθούς και επιδόματα, το πάγωμα προσλήψεων, η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, ο περιορισμός της φαρμακευτικής δαπάνης- με την καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, την χρήση πρωτοκόλλων στη συνταγογράφηση, τη διείσδυση των γενοσήμων, την εφαρμογή του clawback και rebate από τον ΕΟΠΥΥ, την αλλαγή τιμολόγησης φαρμάκων και την αύξησή της συμμετοχής στα συνταγογραφούμενα σκευάσματα- (Πετμεζίδου, 2015) η χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων για προμήθειες αλλά και η προσπάθεια ενίσχυσης της ΠΦΥ. (Economou, 2014, 2017)

Η Ελλάδα παρουσίασε σημαντική μείωση του ΑΕΠ το πρώτο τετράμηνο της πανδημίας και όλο το 2020. Οι συνιστώσες του ΑΕΠ που παρουσίασαν μεταβολή ήταν η σημαντική μείωση

των εξαγωγών (-21% για το 2020), η περιορισμένη κατανάλωση των νοικοκυριών (-4.7% για το 2020) και η ισχυρή πτώση των επενδύσεων. (IOBE, 2021)

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ

3.1 ΠΦΥ ιστορική αναδρομή

Οι απαρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) τοποθετούνται στην έναρξη του 20ου αιώνα (Litsios, 2015). Η αδυναμία του τότε συστήματος υγείας να βελτιώσει περαιτέρω τους δείκτες νοσηρότητας και θνητότητας, ο απρόσωπος και νοσοκομειοκεντρικός του χαρακτήρας, η αδυναμία εξάλειψης των κοινωνικών ανισοτήτων και η τάση έντονης υπερεξειδίκευσης της ιατρικής, οδήγησαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) να στραφεί στην ΠΦΥ. (Litsios, 2002) Έτσι το 1978 με τη διακήρυξη της Αλμα-Άτα στο Καζακστάν δόθηκε ο ορισμός της ΠΦΥ και ορίστηκαν οι αρχές της, και 40 χρόνια μετά, το 2018, ο ΠΟΥ επιβεβαίωσε στην σύνοδο της Αστάνα την δέσμευσή του στην ΠΦΥ. (WHO, 2018)

Η ΠΦΥ στοχεύει να εξασφαλίσει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και ευεξίας σε μεμονωμένα άτομα, οικογένειες ή κοινότητες και να προάγει την υγεία. Περιλαμβάνει την πρόληψη της νόσου, θεραπεία, αποκατάσταση και παρηγορητική θεραπεία, όσο πιο κοντά γίνεται στο καθημερινό περιβάλλον των ανθρώπων. (WHO, 2018) Ισχυρή ΠΦΥ αυξάνει την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και οδηγεί σε μείωση του αριθμού των συνολικών νοσηλειών, των αποτρίπων νοσηλειών και των περιπτώσεων επανεισαγωγής στο νοσοκομείο μετά το εξιτήριο, ενώ περιορίζει τη χρήση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. (WHO, 2018β) Σε όρους μακροοικονομίας καλύτερη υγεία των πολιτών συνεπάγεται αποδοτικότερη εργασία και κατ' επέκταση οικονομική ανάπτυξη, ενώ σε ατομικό επίπεδο η υγεία του ατόμου οδηγεί σε λιγότερες οικονομικές δυσκολίες. (Dahrouge, 2012)

Αντίστοιχα, η Ελληνική πολιτεία με τον Ν.4486/2017 ορίζει ως ΠΦΥ “το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου” Είναι προφανές ότι το εύρος των λειτουργικών παραμέτρων της ΠΦΥ είναι αρκετά μεγάλο, και η αποτύπωσή τους με μετρήσιμους δείκτες αναδεικνύει την πολυπλοκότητά της. (Haggerty, 2007)

Η παγκόσμια οικονομική ανάπτυξη, η περιβαλλοντική καταστροφή, το δημογραφικό πρόβλημα και η μετακίνηση πληθυσμών δημιουργούν ένα ασταθές περιβάλλον με πολλούς εμπλεκόμενους φορείς και δυσεπίλυτα προβλήματα. Η ΠΦΥ, κυρίως μέσα από τον ανθρωποκεντρικό της χαρακτήρα και την προσαρμοστικότητα που επιδεικνύει σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον αποτελεί πολύτιμο εργαλείο για αντιμετώπιση προκλήσεων. Συστήματα υγείας που έχουν ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά. (Starfield, 2005)

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται μέσα από ένα δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών φορέων. Διακρίνουμε τρεις κύριους φορείς: 1. Μέσω του ΕΣΥ, συμπεριλαμβάνοντας και το ΕΚΑΒ, τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία, τα αγροτικά ιατρεία, τα ΤΟΜΥ και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων 2. Μέσω τοπικής αυτοδιοίκησης, ΜΚΟ και άλλους κοινωνικούς οργανισμούς με περιορισμένο ωστόσο εύρος υπηρεσιών και 3. Μέσω ιδιωτικού τομέα περιλαμβάνοντας ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων τα οποία χρηματοδοτούνται από άμεση πληρωμή από τον πολίτη, από ιδιωτικές ασφάλειες αλλά και μέσω συμβάσεων με τον μεγαλύτερο φορέα παροχής υγείας τον ΕΟΠΥΥ. (Economou, 2017β)

3.2 Ιδιωτικά ιατρεία ΠΦΥ στην Ελλάδα

Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα είναι εξαιρετικά ενεργή στον χάρτη της ΠΦΥ με τα περισσότερα ιατρεία να δραστηριοποιούνται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, χωρίς ωστόσο να έχει άμεση εμπλοκή στο σχεδιασμό, στην χρηματοδότηση και στην ρύθμιση του δημοσίου συστήματος. (who, 2019)

Τα ιδιωτικά ιατρεία ΠΦΥ παρέχουν υπηρεσίες στους πολίτες και η αμοιβή είναι κατά πράξη την οποία καταβάλουν απευθείας οι ενδιαφερόμενοι. Ένα ποσοστό των ιδιωτικών ιατρείων έχει συνάψει συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ. Σε αυτή την περίπτωση η αμοιβή του ιατρού καλύπτεται από τη σύμβαση που έχει με τον ασφαλιστικό φορέα και ο πολίτης δεν πληρώνει ιδιωτικά.

Ο ΕΟΠΥΥ έχει κίνητρο να συνάψει συμβάσεις με τους ιδιωτικούς παρόχους υγείας καθώς αφενός οι υπάρχουσες δημόσιες δομές δεν επαρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού και (Economou, 2015) και αφετέρου οι ιδιώτες είναι πιο οικονομικοί από τον δημόσιο φορέα. (who, 2019)

Οι συμβάσεις προκυρήσκονται με βάσει της πληθυσμιακές ανάγκες και τη γεωγραφική κατανομή των ιατρών στην επικράτεια. Ωστόσο, αναμένεται η επέκταση του αριθμού των οικογενειακών γιατρών με αυτές τις συμβάσεις να είναι αργή καθώς η εκτίμηση των ιατρών είναι ότι οι προτεινόμενες συμβάσεις είναι λιγότερο ευνοϊκές. (OECD, 2019)

Συμφωνα με την ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ (, 27/6/2021) οι συμβεβλημένοι ιδιώτες οικογενειακοί ιατροί είναι 398 παθολόγοι, 265 γενικοί ιατροί και 148 παιδίατροι. Ειδικότερα στην περιοχή της Θεσσαλονίκης, δραστηριοποιούνται 340 ιδιώτες Παθολόγοι, 336 ιδιώτες Παιδίατροι και 111 ιδιώτες Γενικοί Ιατροί. Από αυτούς συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ είναι 47 Παθολόγοι , 27 Παιδίατροι και 32 Γενικοί Ιατροί, δηλαδή περίπου 1 στους 10 γιατρούς επιλέγει να συνεργαστεί με τον ΕΟΠΥΥ. (δεδομένα από Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης)

Η αμοιβή για τις ιατρικές πράξεις στον ιδιωτικό τομέα καθορίζεται συνήθως από τους ιατρικούς συλλόγους με αναφορά σε ένα ελάχιστο επιτρεπτό επίπεδο, αν και σε μεγάλο βαθμό καθορίζεται από από κανόνες της αγοράς όπως προσφορά και ζήτηση και διαφέρει από περιοχή σε περιοχή. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της δεκαετούς οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα οι αμοιβές παρουσίασαν μείωση.(HiT, 2019)

3.3 Ιδιαιτερότητες στη λειτουργία του ιδιωτικού ιατρείου

Η λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου φαίνεται ελκυστική καθώς ο ιατρός διατηρεί σχετική αυτονομία σε αποφάσεις, ωράρια λειτουργίας και συνεργασίες, ωστόσο κρύβει αρκετές προκλήσεις.

Ο ιδιώτης ιατρός πέρα από εξειδικευμένος επιστήμονας έχει θέση και επιχειρηματία. Κατά την διοίκηση του ιατρείου/ επιχείρησης είναι πολύ πιθανό να έρθει αντιμέτωπος με οικονομικά ή διοικητικά διλήμματα. Η επιλογή της θέσης του ιατρείου, ο τρόπος εξασφάλισης ελάχιστου κεφαλαίου για έναρξη της επιχείρησης, η σύμπραξη με άλλους ιατρούς ή όχι, η σύναψη συμβάσεων με ασφαλιστικούς φορείς, η επιλογή του ιατροφαρμακευτικού εξοπλισμού και η επικοινωνίας με τις αντίστοιχες εταιρείες είναι μερικά παραδείγματα από τις αποφάσεις που καλείται να λάβει και για τις οποίες δεν έχει καμία εκπαίδευση. Η έλλειψη ειδικών γνώσεων μπορεί να τον οδηγήσουν σε λάθος επιλογές και καίρια λάθη που να στοιχίσουν την βιωσιμότητα της επιχείρησης. (Holte, 2015)

Μια άλλη πρόκληση που καλείται να διαχειριστεί ο ιδιώτης ιατρός είναι η αλληλεπίδραση με τον ασθενή / πελάτη. Ο ιατρός χρειάζεται να διαχειριστεί παράλογες απαιτήσεις ασθενών με ευγένεια και παράλληλα να διατηρεί κοινωνικό προφίλ για να έχει επισκεψιμότητα. Αρνητικές πρακτικές όπως προκλητή ζήτηση, υπερσυνταγογράφηση, άτυπες αδήλωτες πληρωμές έχουν στιγματίσει τους ιδιώτες ιατρούς και χρειάζεται να αποφευχγονται διότι όχι μόνο είναι παράνομες αλλά δεν είναι ηθικές. (Mulley, 2009)

Παράλληλα, οφείλει να είναι ενημερωμένος για τις εξελίξεις στον τομέα του, να παρέχει υπηρεσίας υψηλής ποιότητας και να επιμορφώνεται συνεχώς. Η έλλειψη αλληλεπίδρασης με άλλους συναδέλφους όπως συμβαίνει σε μεγάλες δομές υγείας και η τριβή της καθημερινότητας μπορεί να απομονώσει επιστημονικά τον ιατρό. Έτσι, είναι βασικό ο ίδιος να επιδιώκει την συνεχή του εκπαίδευση. (Brugha, 1998)

Ταυτόχρονα, ο ιδιώτης ιατρός έχει να αντιμετωπίσει την αβεβαιότητα του ελευθερου επαγγέλματος. Ελλείψει σταθερού μισθού, χρειάζεται να συνάψει ασφαλιστικά συμβόλαια και να επενδύσει τα κέρδη του με τέτοιο τρόπο ώστε να αντιρροπίσει την ανασφάλεια της ατομικής επιχείρησης.

Τέλος, χρειάζεται να δείχνει προσαρμοστικότητα και ευελιξία στις μεταβαλλόμενες συνθήκες. Η εξοικίωση με την τεχνολογία – στην Ελλάδα η ηλεκτρονική συνταγογράφηση είναι γεγονός από το 2014- , οι νέοι τρόποι επικοινωνίας με τους ασθενείς – π.χ. μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, η χρήση ηλεκτρονικών φακέλων υγείας και καταγραφής του ιστορικού είναι χαρακτηριστικά που θα βοηθήσουν τον ιδιώτη ιατρό να οργανώσει καλύτερα την εργασία του. Από τη άλλη, επιβάλλεται προσεκτική χρήση και προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών που κουράρει συστηματικά. (Limb, 2013)

3.4 Πανδημία covid-19 και Ιδιωτικά Ιατρεία ΠΦΥ

Η πανδημία covid-19 είχε ως αποτέλεσμα να μειωθεί δραστικά ο αριθμός των ασθενών που απευθύνθηκαν στον γιατρό τους για θέματα υγείας. Σε μια μελέτη του ΠΟΥ σε 135 χώρες σχετικά με την επίδραση της πανδημίας στην παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων βρέθηκε ότι σε ποσοστό 94% διαπιστώθηκε κάποιου βαθμού δυσλειτουργία σε βασικές ιατρικές υπηρεσίες με το μεγαλύτερο μέρος αυτών να αφορά σε θέματα ΠΦΥ, αποκατάστασης,

παρηγορικής θεραπείας και μακροχρόνιας φροντίδας υγείας ακόμη κι ένα χρόνο μετά την έναρξη της πανδημίας.

Κυριότερη αιτία για την ανωμαλία που προκλήθηκε στην παροχή βασικών ιατρικών υπηρεσιών είναι η έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, παρότι η πλειοψηφία των κρατών προχώρησε σε προσλήψεις νέου προσωπικού. Άλλες αιτίες για την διακοπή της συνέχειας της φροντίδας και παρακολούθησης φαίνεται ότι είναι οι περιορισμοί που επιβλήθηκαν στις μετακινήσεις, ο φόβος των ασθενών να επισκεφτούν μονάδες υγείας με την σκέψη ότι θα μολυνθούν από Sars- cov-2, ελλείψεις σε ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό λόγω πανδημίας, οι οικονομικές προκλήσεις της πανδημίας. (who, 2021)

Σαν αποτέλεσμα, εκατομμύρια ανθρώπων είχαν δυσκολία στην αντιμετώπιση και πρόληψη καθημερινών κοινών θεμάτων υγείας. Κυρίως όμως πλήτονται οι ασθενείς χρόνιων νοσημάτων, άτομα σε φάση αποκατάστασης και όσοι χρήζουν μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένοι ή με αναπηρίες που είναι και το πιο ευάλωτο τμήμα της κοινωνίας. Παρόμοια ευρήματα αναφέρονται και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες. (OECD/European Union, 2020)

Τα ιδιωτικά ιατρεία ως σημεία παροχής ΠΦΥ, σε πολλές χώρες χρειάστηκε να προσαρμοσουν τη λειτουργία τους στις νέες συνθήκες της πανδημίας ενώ σε πολλές περιπτώσεις οι επιπτώσεις της πανδημίας ήταν καταστροφικές για τη λειτουργία τους. Υπάρχουν αναφορές από διάφορα συστήματα υγείας όπως στην Αυστραλία (Scott, 2020), στο Βέλγιο (Morreel, 2020), στις ΗΠΑ (Song, 2020), στην Ινδία (Gummidi, 2020), στην Σιγκαπούρη (Lau, 2021).

Δεν υπάρχουν δεδομένα για τα ιδιωτικά ιατρεία της ΠΦΥ στην Ελλάδα την περίοδο της πανδημίας.

Ερευνητικό μέρος

1 Στοιχεία έρευνας

1.1 Σκοπός και Μεθοδολογία

1.1.1 Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι να διευκρινιστεί πώς επηρέασε η πανδημία την λειτουργία των ιδιωτικών ιατρείων στην Θεσσαλονίκη κατά τη διάρκεια της πρώτης φάσης της πανδημίας – αυστηρό απαγορευτικό – σε σχέση με τη δεύτερη φάση – που υπήρχαν αρκετά κρούσματα στην περιοχή.

1.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Με την παρούσα εργασία τίθεται το ερώτημα κατά πόσο τα ιδιωτικά ιατρεία είναι ανθεκτικά σε περίοδο υγειονομικής κρίσης και το βαθμό προσαρμοστικότητας και ευελιξίας που έδειξαν στις νέες συνθήκες. Το ερώτημα είναι πρωτότυπο και δεν έχει δημοσιευτεί παρόμοια εργασία .

1.3 Εργαλείο Έρευνας

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε είναι προσαρμοσμένο από το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην εργασία των (Song, 2020). Η δομή του ερωτηματολογίου ακολουθεί το πρωτότυπο αλλά έγιναν τροποποιήσεις σύμφωνα με την ελληνική πραγματικότητα και τον τρόπο αντιμετώπισης της πανδημίας.

1.4 Στατιστική Ανάλυση

Στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS v.25 (Statistical Package for the Social Sciences Inc. Chigago IL, USA) για την δημιουργία γραφημάτων και αναλύσεων συσχέτισης, και αναλύσεων παλινδρόμησης. Διενεργήθηκε Τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk για τις περιγραφικές παραμέτρους με $p < 0.005$ (Πίνακας 3.1) με όλες τις παραμέτρους να μην πληρούν τις συνθήκες της κανονικής κατανομής. Χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά τεστ χ^2 και το Kruskal-Wallis για πολλαπλές μεταβλητές με βαθμό σημαντικότητας το 0.05. Για τις

συγκρίσεις μεταξύ κατηγορηματικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε το τεστ Cramer's V. Τέλος έγινε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας την τεχνική bootstrapping (ομαδοποιημένη δειγματοληψία) καθώς τα δεδομένα είναι μη παραμετρικά. Οι μετρήσεις R, R2 και Durbin-Watson μαζί με τιμές p αναφέρονται για το γραμμικό μοντέλο.

Πίνακας 0.2 Τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk. Βρεθήκαν όλες οι δημογραφικές παράμετροι να μην ακολουθούν την κανονική κατανομή.

	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
[Συνολικές επισκέψεις σε 1η φάση]	0.876	59	0.000
[Συνολικές επισκέψεις σε 2η φάση]	0.849	59	0.000
[Κατ'οίκον επισκέψεις σε 1η φάση]	0.861	59	0.000
[Κατ'οίκον επισκέψεις σε 2η φάση]	0.917	59	0.001
[Τηλεπισκέψεις (τηλεφωνική ή βιντεοκλήση) σε 1η φάση]	0.916	59	0.001
[Τηλεπισκέψεις (τηλεφωνική ή βιντεοκλήση) 2η φάση]	0.926	59	0.002
[Προληπτικοί έλεγχοι (συμπεριλαμβανομένων και των εμβολίων)]	0.797	59	0.000
[Συνταγογράφηση]	0.773	59	0.000
[Κλινική εξέταση]	0.882	59	0.000
[Παρακολούθηση χρονίων πασχόντων (π.χ. ΣΔ, ΑΥ)]	0.884	59	0.000
[Προτείνετε εναλλακτικούς τρόπους πληρωμής για υπηρεσίες που δεν απαιτούν φυσική παρουσία του ασθενούς]	0.634	59	0.000
[Εσόδων 1η φάση πανδημίας]	0.909	59	0.000
[Εσόδων 2η φάση πανδημίας]	0.906	59	0.000
[Κόστους 1η φάση πανδημίας]	0.946	59	0.011
[Κόστους 2η φάση πανδημίας]	0.920	59	0.001
[Αύξηση μεσοδιαστημάτων ραντεβού ώστε να μην συναντιούνται οι ασθενείς]	0.896	59	0.000
[Προμήθεια ατομικών μέσων προστασίας μάσκες, γάντια, στολές, ποδονάρια]	0.870	59	0.000
[Προμήθεια απολυμαντικών]	0.830	59	0.000
[Προμήθεια συσκευών απολύμανσης και εξαερισμού]	0.847	59	0.000
[Αναδιαμόρφωση χώρων αναμονής για απομόνωση ύποπτων περιστατικών και εξεταστηρίων]	0.728	59	0.000
[Προμήθεια rapid test για διάγνωση λοίμωξης από covid-19]	0.615	59	0.000
[Τραπεζικό δάνειο]	0.111	59	0.000
[Κρατική ενίσχυση με μορφή δανείου -επιστρεπτέα προκαταβολή]	0.453	59	0.000
[Αποζημίωση ειδικού σκοπού]	0.580	59	0.000
[Εκπτώση ασφαλιστικών εισφορών]	0.612	59	0.000
[Μείωση ενοικίου]	0.755	59	0.000
[Ιδιωτικές δαπάνες ή βοήθεια από οικογένεια]	0.422	59	0.000
[Απόλυση εργαζομένου]	0.442	59	0.000
[Μείωση μισθού]	0.533	59	0.000
[Περιορισμό προσφερόμενων υπηρεσιών]	0.528	59	0.000
[Σύμπραξη με άλλους γιατρούς]	0.411	59	0.000
[Συμφωνία με δημόσιο νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών εν μέσω πανδημίας]	0.411	59	0.000
[Συμφωνία με ιδιωτικό νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών]	0.562	59	0.000
[Πώληση της επιχείρησης/ιατρείου]	0.271	59	0.000
[Κλείσιμο της επιχείρησης/ιατρείου]	0.307	59	0.000
Τι ειδικότητα έχετε;	0.658	59	0.000
Πόσα χρόνια διατηρείτε ιατρείο;	0.940	59	0.006
Πόσα χρόνια διατηρείτε ιατρείο;	0.754	59	0.000
Μοιράζεστε τα έξοδα του ιατρείου με άλλους συναδέλφους;	0.431	59	0.000
Απασχολείτε επιπλέον προσωπικό (γραμματέας, νοσηλεύτης) :	0.579	59	0.000
Είναι το ιατρείο η μοναδική/ κύρια πηγή εισοδήματος :	0.634	59	0.000
Αριθμός επισκέψεων σε μηνιαία βάση :	0.771	59	0.000
Αριθμός επισκέψεων σε μηνιαία βάση :	0.798	59	0.000
Αριθμός ατόμων που εξυπηρετείτε σε τακτική βάση και θεωρείτε ο οικογενειακός τους ιατρός :	0.851	59	0.000

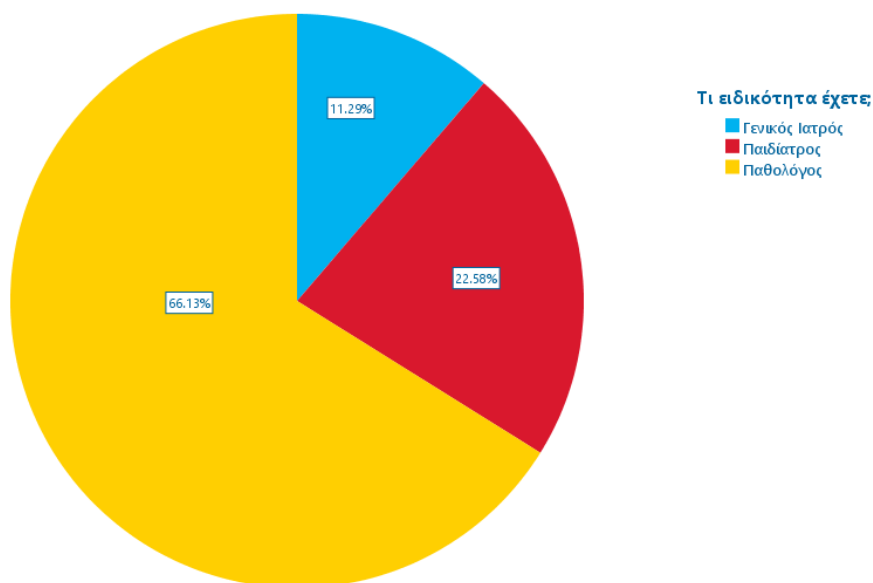
2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

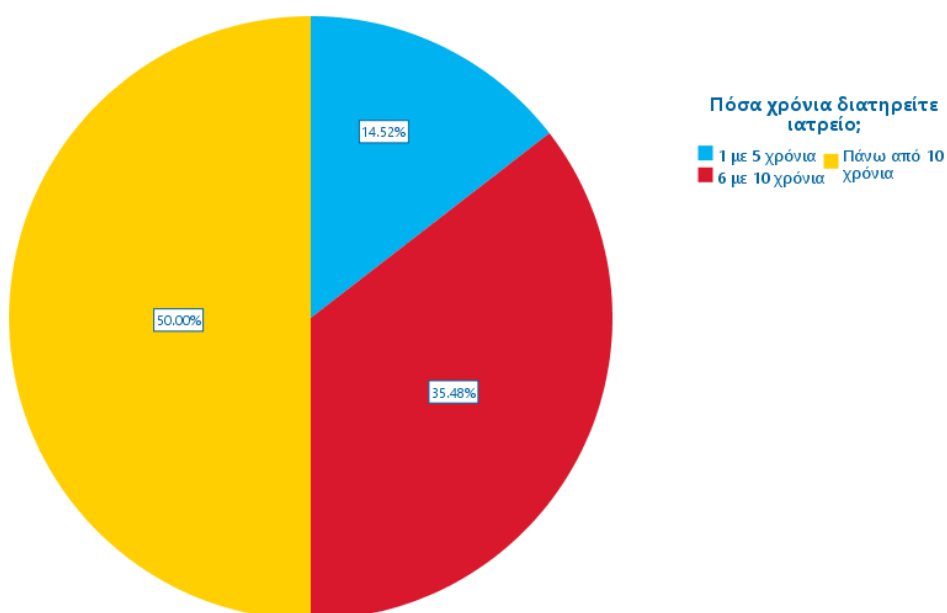
Το ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε μέσω ανάρτησης στην ιστοσελίδα του ιατρικού συλλόγου Θεσσαλονίκης και παράλληλα με αποστολή σε προσωπικές διευθύνσεις της ηλεκτρονικής αλληλογραφίας των ιδιωτών ιατρών της περιοχής της Θεσσαλονίκης από 23/3/21 έως και 25/5/21 και συμπληρώθηκε εν τέλη από 62. Η μεγάλη πλειοψηφία ήταν Παθολόγοι (66.1%), με αρκετούς παιδίατρους (22.6%) και λίγους (11.3%) Γενικούς Ιατρούς (Γράφημα 4.1). Το 50% είχε το ιατρείο πάνω από 10 χρόνια με μέση τιμή τα 12.39 έτη (± 6.7) (Γράφημα 4.2). Αρκετοί (19.3%) διατηρούν το ιατρείο για πάνω από 20 έτη. Η μεγάλη πλειοψηφία δεν μοιράζεται τα έξοδα του ιατρείου με άλλο συνάδελφο (85.5%) και μόνο το 30% έχει προσωπικό. Βέβαια για το 54.5% είναι και η μοναδική τους πηγή εισοδήματος. Στο περιορισμένο δείγμα της ερευνάς υπάρχουν όμως ιατρεία όλων των τάξεων μεγέθους καθώς στο 27.4% έχουν μικρό αριθμό μηνιαίων επισκέψεων κάτω από 100 ασθενείς, με την πλειοψηφία να είναι μεταξύ 100 και 300 μηνιαίως (53.2%) με ένα ικανό ποσοστό (19.4%) να έχει άνω των 300 το μήνα. Αντίστοιχα ο αριθμός τακτικών ασθενών που θεωρούν ως οικογενειακό τον ιατρό είναι στη πλειοψηφία των ερωτώμενων από 100 έως 500 άτομα (43.5%), από 500 έως 1000 στο 30.6% και με αρκετούς να δηλώνουν ότι έχουν άνω των 1000 τακτικών ασθενών (17.7%) (Γράφημα 4.3). Ο πίνακας 4.1 έχει όλα τα δημογραφικά στοιχεία με τα ποσοστά τους και τη στατιστική σημαντικότητά κατά χ^2 .

Πίνακας 2.3 Δημογραφικά στοιχεία

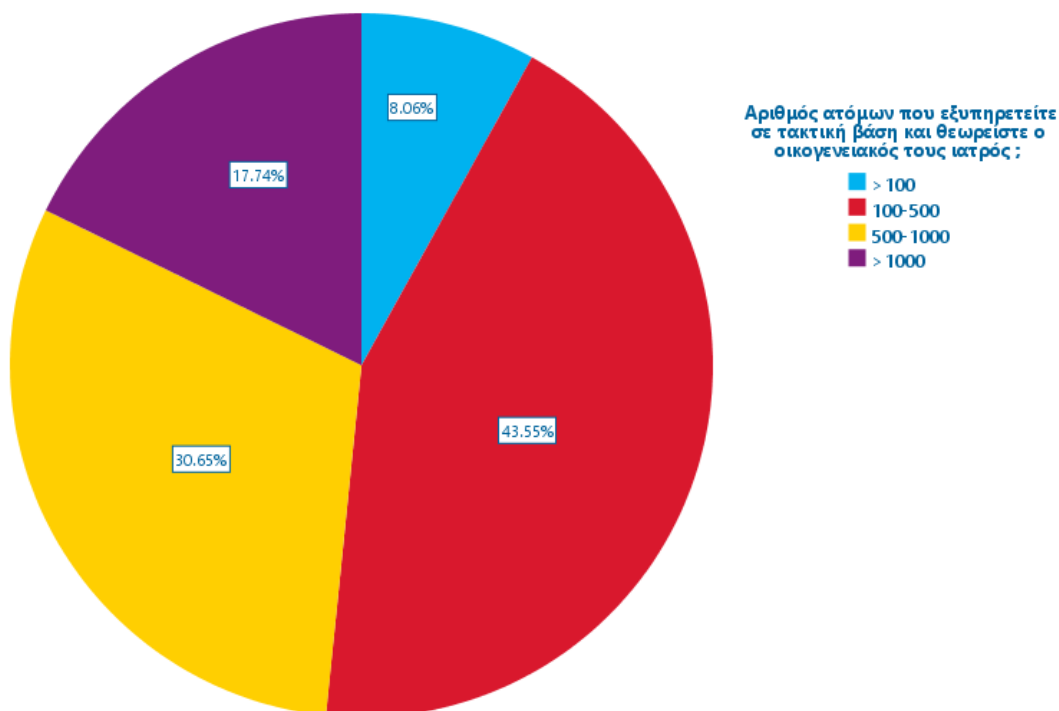
		Αριθμός	Ποσοστό	Χ ² p
Τι ειδικότητα έχετε;	Γενικός Ιατρός	7	11.3%	<0.001
	Παιδίατρος	14	22.6%	
	Παθολόγος	41	66.1%	
Πόσα χρόνια διατηρείτε ιατρείο;	1 με 5 χρόνια	9	14.5%	0.003
	6 με 10 χρόνια	22	35.5%	
	Πάνω από 10 χρόνια	31	50.0%	
Μοιράζεστε τα έξοδα του ιατρείου με άλλους συναδέλφους;	Όχι	53	85.5%	<0.001
	Ναι	9	14.5%	
Απασχολείτε επιπλέον προσωπικό (γραμματέας, νοσηλεύτης) ;	Όχι	43	69.4%	0.002
	Ναι	19	30.6%	
Είναι το ιατρείο η μοναδική/ κύρια πηγή εισοδήματος ;	Όχι	28	45.2%	0.446
	Ναι	34	54.8%	
Αριθμός επισκέψεων σε μηνιαία βάση :	Μέχρι 100	17	27.4%	0.003
	100-300	33	53.2%	
	> 300	12	19.4%	
Αριθμός ατόμων που εξυπηρετείτε σε τακτική βάση και θεωρείτε ο οικογενειακός τους ιατρός ;	>100	5	8.1%	<0.001
	100-500	27	43.5%	
	500-1000	19	30.6%	
	>1000	11	17.7%	



Γράφημα 2.2 Ειδικότητα ιατρών



Γράφημα 2.3 Πόσα χρόνια διατηρούν ιατρείο.



Γράφημα 2.4 Τακτικοί ασθενείς

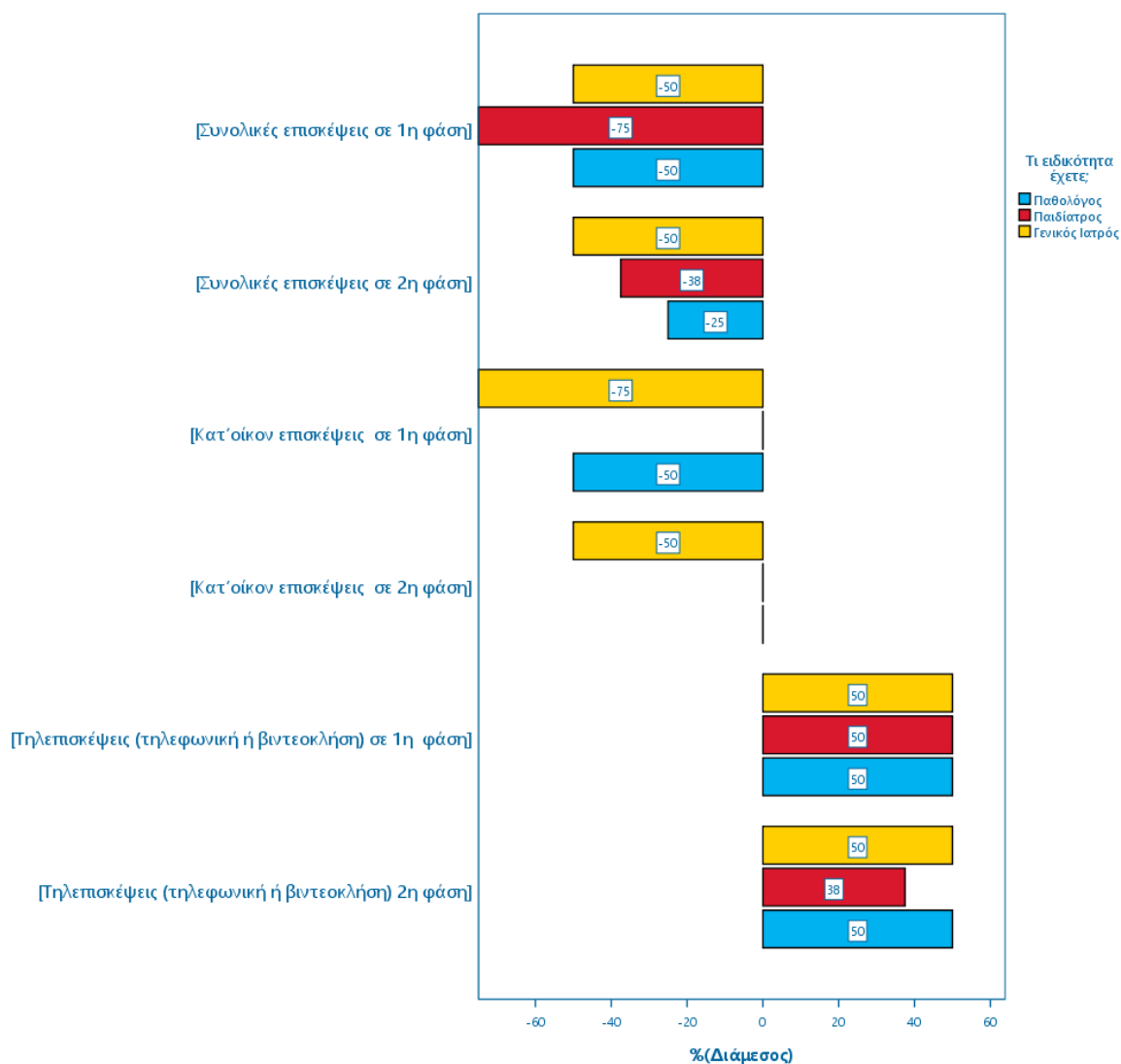
2.2 Ερωτηματολόγιο

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου πραγματεύεται τη μεταβολή των επισκέψεων των δυο πρώτων φάσεων της πανδημίας με τις αντίστοιχες περιόδους του 2019 για το σύνολο αλλά και τις κατ' οίκον και τις τηλεπισκέψεις/βιντεοκλίσεις που είχαν οι ιατροί. Βλέποντας τις απαντήσεις στον παρακάτω πίνακα, ανά ειδικότητα υπάρχει μεταβολή ιδιαίτερα στη πρώτη φάση της πανδημίας σε μείωσή από 50% έως 75% στο σύνολο των επισκέψεων (Γράφημα 4.4). Στη δεύτερη φάση για παιδίατρους και παθολόγους είναι μικρότερη η μείωση από την αντίστοιχη περίοδο του 2019, ενώ δεν μεταβλήθηκαν οι κατ' οίκον επισκέψεις στις δυο αυτές ειδικότητες. Αντίθετα αυξηθήκαν οι τηλεπισκέψεις κατά 50% και στις 2 φάσεις της πανδημίας. Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανά ειδικότητα, ούτε έτη διατήρησης ιατρού, ούτε και σε σχέση με το αριθμό τακτικών ασθενών. Η επίδραση της πανδημίας στις δια ζώσης επισκέψεις ήταν συνολική χωρίς να υπάρχουν παράγοντες διαφοροποίησης, ούτε η ειδικότητα ούτε η εμπειρία η μεγάλη αναγνωσιμότητα και μεγάλη βάση ασθενών αλλάξαν σημαντικά τα ποσοστά μείωσης επισκέψεων. Αλλά επίσης δεν επηρέασαν και την αύξηση σε εξ αποστάσεως επισκέψεις .

Πίνακας 2.4 Μεταβολή επισκέψεων ανά ειδικότητα. Διάμεσες τιμές ποσοστών μεταβολής αρνητικά πρόσημα υποδηλώνουν μείωση.

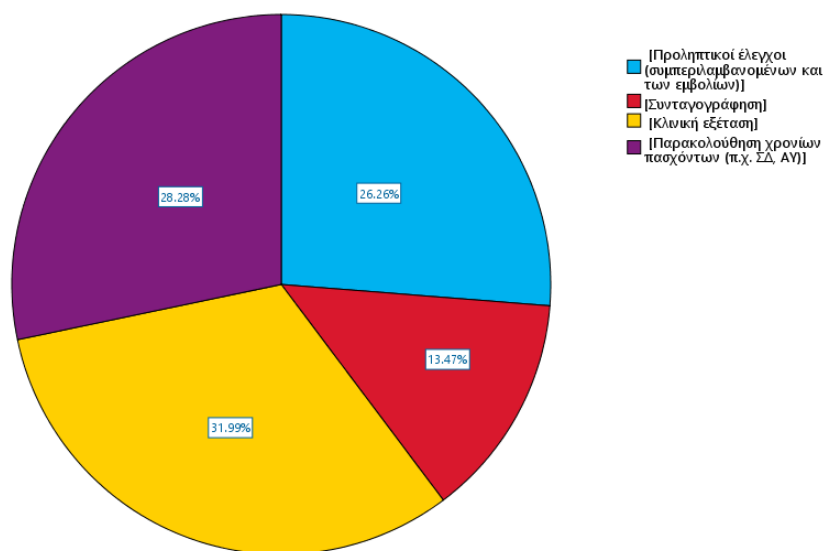
Σε τι ποσοστό (%) μεταβλήθηκε ο αριθμός των συνολικών επισκέψεων σε κάθε φάση της πανδημίας σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019 ;		Τι ειδικότητα έχετε;			Kruskal walis p value
		Γενικός Ιατρός	Παιδίατρος	Παθολόγος	
[Συνολικές επισκέψεις σε 1η φάση]	Διάμεσο %	-50	-75	-50	0.533
[Συνολικές επισκέψεις σε 2η φάση]	Διάμεσο %	-50	-37	-25	0.866
[Κατ'οίκον επισκέψεις σε 1η φάση]	Διάμεσο %	-75	Χωρίς μεταβολή	-50	0.182
[Κατ'οίκον επισκέψεις σε 2η φάση]	Διάμεσο %	-50	Χωρίς μεταβολή	Χωρίς μεταβολή	0.239
[Τηλεπισκέψεις (τηλεφωνική ή βιντεοκλήση) σε 1η φάση]	Διάμεσο %	50	50	50	0.985
[Τηλεπισκέψεις (τηλεφωνική ή βιντεοκλήση) 2η φάση]	Διάμεσο %	50	38	50	0.840

Σε τι ποσοστό (%) μεταβλήθηκε ο αριθμός των συνολικών επισκέψεων σε κάθε φάση της πανδημίας σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019 ;



Γράφημα 2.5 Μεταβολή επισκέψεων ανά ειδικότητα. Διάμεσες τιμές ποσοστών μεταβολής αρνητικά πρόσημα υποδηλώνουν μείωση.

Επίσης ερωτήθηκαν για το ποσοστό των συνήθων ιατρικών πράξεων ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν λόγω covid -19. Τα μέσα ποσοστά πτώσης ήταν υψηλότερα για τη κλινική εξέταση στο 31.99% και χαμηλότερα για τη συνταγογράφηση στο 13.47%. Αναφερόμενοι όμως στις διάμεσες τιμές ποσοστών η πτώση είναι για όλες τις πράξεις στο 25% λόγω Covid-19. Αντίστοιχα και εδώ δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανά ειδικότητα, ούτε έτη διατήρησης ιατρού, ούτε και σε σχέση με το αριθμό τακτικών ασθενών.



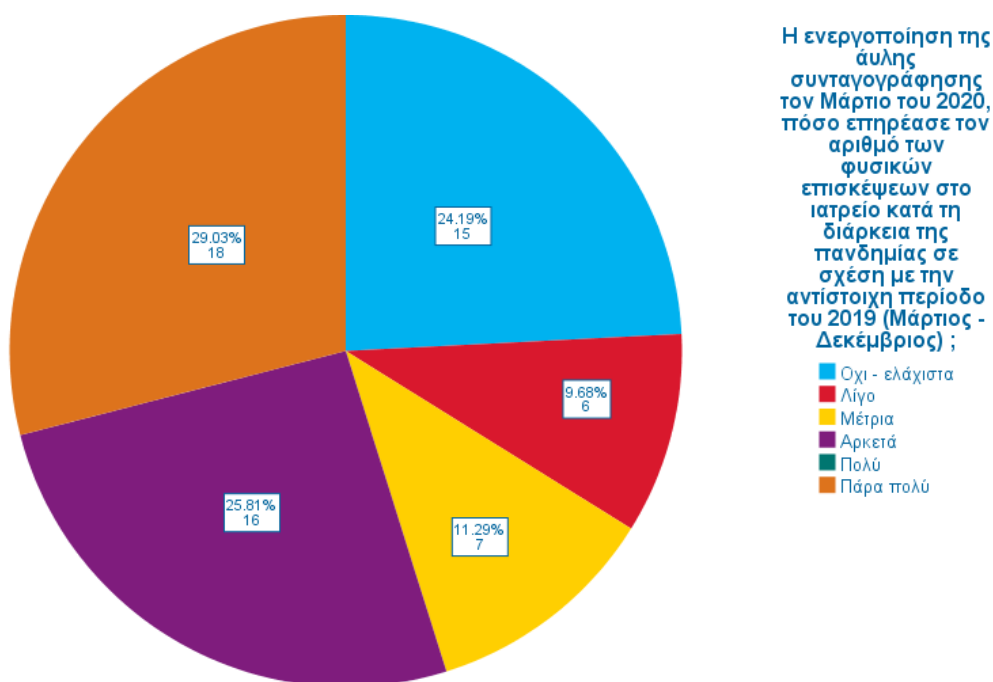
Γράφημα 2.6 Μέσο ποσοστό των συνήθων ιατρικών πράξεων ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν λόγω covid -19

Πίνακας 2.5 Ποσοστό των συνήθων ιατρικών πράξεων ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν λόγω covid -19. Μέση και διάμεση τιμή με ποσοστά εμπιστοσύνης 95%.

	Μέση τιμή	Διάμεσος	↓95.0% CIs	↑95.0% CIs
[Προληπτικοί έλεγχοι (συμπεριλαμβανομένων και των εμβολίων)]	32	25	25	50
[Συνταγογράφηση]	17	25	25	50
[Κλινική εξέταση]	39	25	25	50
[Παρακολούθηση χρόνιων πασχόντων (π.χ. ΣΔ, ΑΥ)]	34	25	25	50

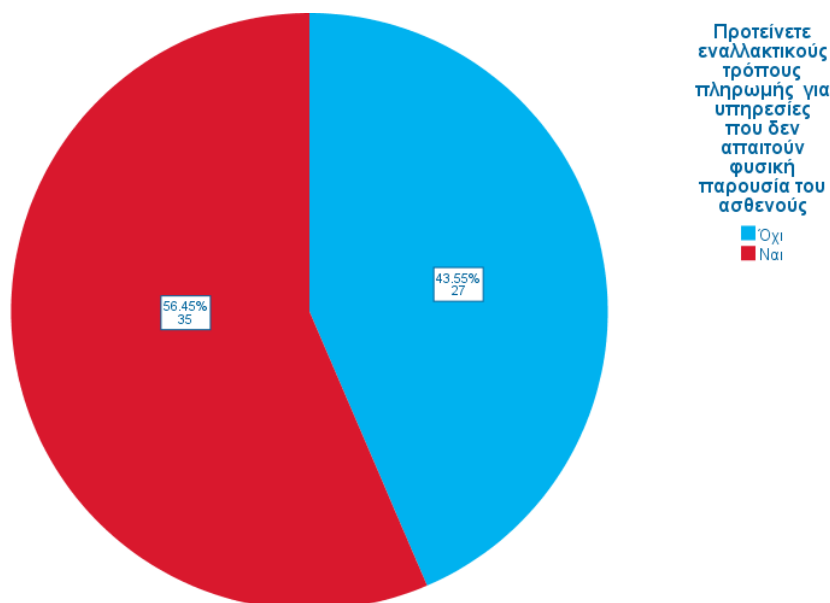
2.3 Ενέργειες αντιμετώπισης

Οι ιατροί ερωτηθήκαν και για τυχόν ενέργειες αντιμετώπισης της πτώσης των επισκέψεων. Για το αν η ενεργοποίηση της άυλης συνταγογράφησης τον Μάρτιο του 2020, επηρέασε τον αριθμό των φυσικών επισκέψεων στο ιατρείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019 , αλλά και το αν οι ίδιοι πρότειναν εναλλακτικούς τρόπους πληρωμής (π.χ. κατάθεση σε λογαριασμό, online banking) για υπηρεσίες που δεν απαιτούν φυσική παρουσία του ασθενούς (τηλεφωνική επίσκεψη, άυλη συνταγογράφηση κτλ) για διευκόλυνση των ασθενών. Οι ερωτώμενοι πιστεύουν τι η άυλη συνταγογράφηση επηρέασε πάρα πολύ τον αριθμό των φυσικών επισκέψεων στο 29% και αρκετά στο 25.81% ενώ άλλο ένα 24.19% πιστεύει ότι δεν την επηρέασε ($\chi^2 p=0.044$).



Γράφημα 2.7 Επίδραση της άυλης συνταγογράφησης στις συνολικές επισκέψεις

Όσων αφορά στους εναλλακτικούς τρόπους πληρωμής, ήταν σχεδόν μοιρασμένοι με το 43.55% να προσφέρει εναλλακτικές για την εξόφληση της επίσκεψης και το 56.46% να μην κάνει κάτι τέτοιο.



Γράφημα 2.8 Ποσοστό ιατρών που πρότειναν εναλλακτικούς τρόπους πληρωμής.

2.4 Έσοδα και Κόστος

Οι ερωτώμενοι ιατροί έδωσαν και ποσοστά μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης ιατρείου στις 2 φάσεις της πανδημίας και τις αντίστοιχες του 2019. Το διάμεσο ποσοστό μείωσης εσόδων ήταν στο 50% στην πρώτη φάση της πανδημίας ενώ ήταν στο 25% στη δεύτερης φάση σε σχέση με τις αντίστοιχες περιόδους το 2019.

Πίνακας 2.6 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019.Μεση και διάμεση τιμή με ποσοστά εμπιστοσύνης 95%.

Σε τι ποσοστό (%) μεταβλήθηκαν τα έσοδα και το κόστος λειτουργίας του ιατρείου κατά την διάρκεια της πανδημίας σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019;	Μέση τιμή	Διάμεσος	↓95.0% CIs	↑95.0% CIs
[Εσόδων 1η φάση πανδημίας]	-43	-50	-50	-25
[Εσόδων 2η φάση πανδημίας]	-24	-25	-25	0
[Κόστους 1η φάση πανδημίας]	-6	0	0	25
[Κόστους 2η φάση πανδημίας]	-4	0	0	25

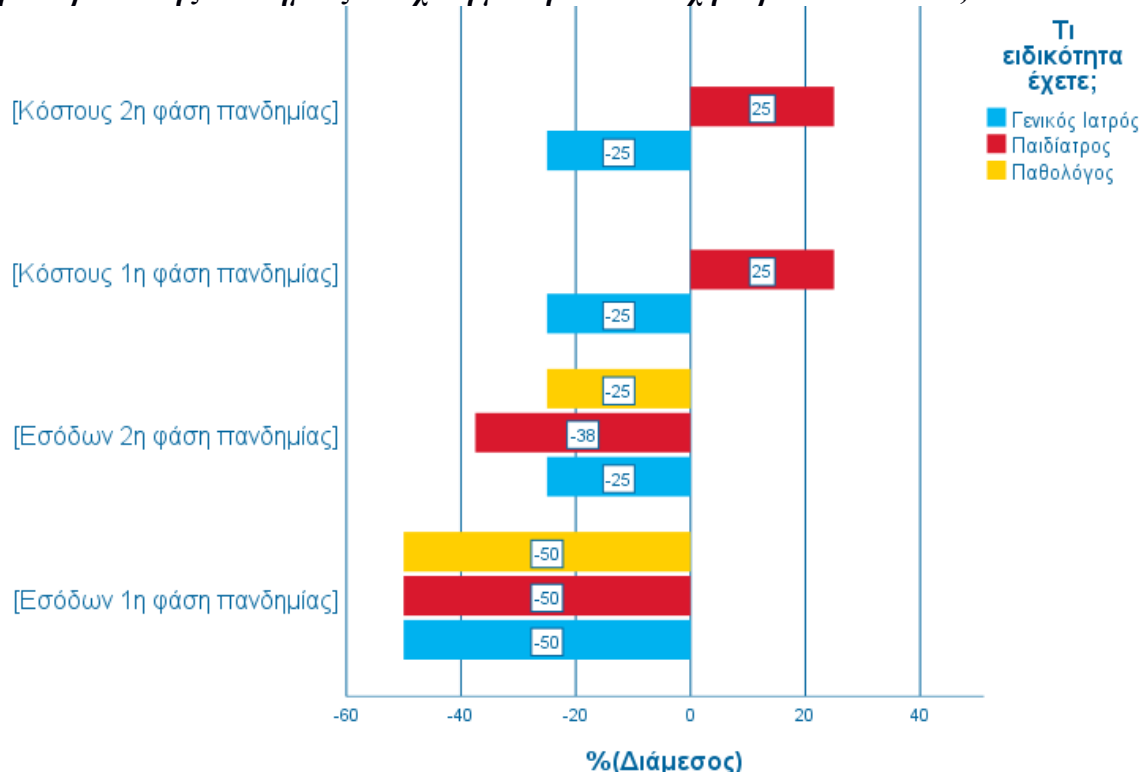
Εδώ υπάρχει διαφοροποίηση ανάλογα τη ειδικότητα τα έτη που έχουν το ιατρείο και τον αριθμό των τακτικών πελάτων ως δείκτης του πόσο μεγάλο είναι το ιατρείο. (Πίνακας 4.5)

Πίνακας 2.7 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019 ανά κατηγορία ειδικότητας, ετών ιατρείου και τακτικών ασθενών. Διάμεση τιμή με ποσοστά εμπιστοσύνης 95%.

		Τι ειδικότητα έχετε;			Πόσα χρόνια διατηρείτε ιατρείο;			Αριθμός ατόμων που εξυπηρετείτε σε τακτική βάση και θεωρείτε ο οικογενειακός τους ιατρός ;			
		Γενικός Ιατρός	Παιδίατρος	Παθολόγος	1 με 5 χρόνια	6 με 10 χρόνια	Πάνω από 10 χρόνια	>100	100-500	500-1000	>1000
[Εσόδων 1η φάση πανδημίας]	Διάμεσος	-50	-50	-50	-50	-50	-50	-62	-50	-50	-50
	↓95.0% CIs	-50	-50	-50	-50	-50	-50	-100	-50	-50	-50
	↑95.0% CIs	25	25	-25	-25	-25	0	-25	-25	0	0
[Εσόδων 2η φάση πανδημίας]	Διάμεσος	-25	-37	-25	-25	-25	-50	-50	-25	-50	-25
	↓95.0% CIs	-25	-50	-25	-25	-25	-50	-50	-25	-50	-50
	↑95.0% CIs	25	-25	0	0	0	0	-25	0	0	25
[Κόστους 1η φάση πανδημίας]	Διάμεσος	-25	25	0	25	0	0	-50	25	0	-25
	↓95.0% CIs	-50	25	0	25	0	0	-75	25	0	-50
	↑95.0% CIs	75	50	25	100	25	25	100	75	25	0
[Κόστους 2η φάση πανδημίας]	Διάμεσος	-25	25	0	0	0	0	-50	25	0	-25
	↓95.0% CIs	-50	25	0	0	0	0	.	25	0	-50
	↑95.0% CIs	75	50	25	25	25	25	.	50	25	0

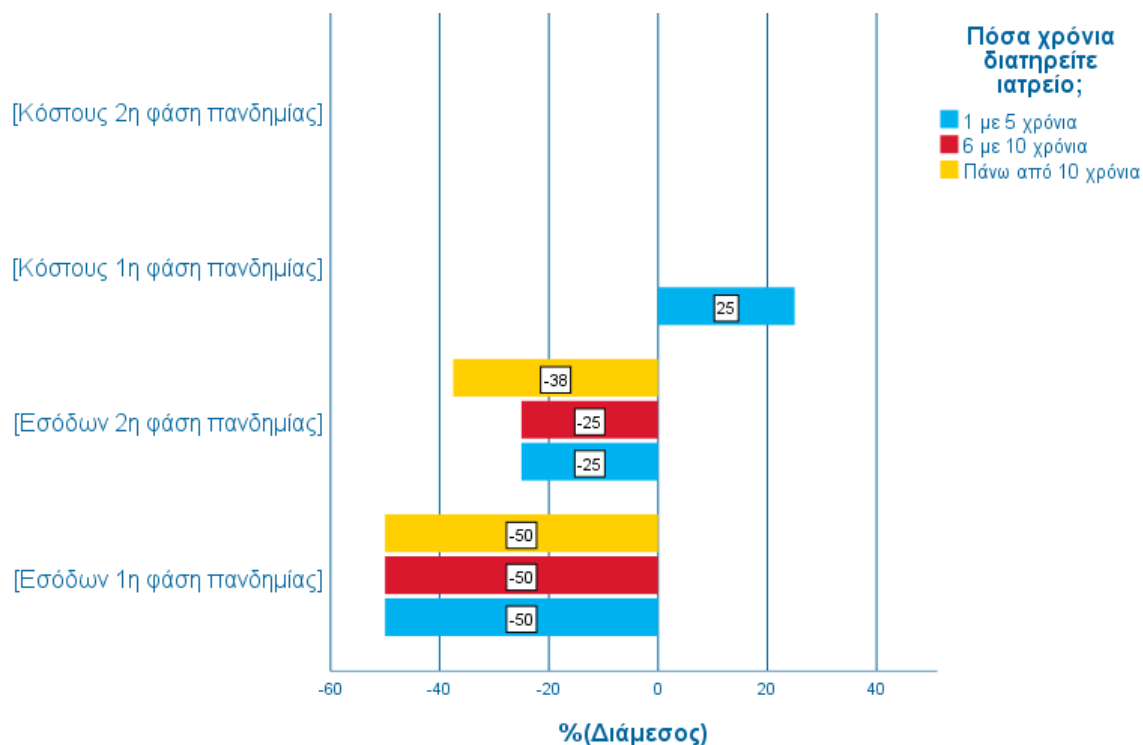
Ενώ η μείωση των εσόδων ήταν συνολική και αντίστοιχη στα διάμεσα ποσοστά μείωσης στο 50%, οι παιδίατροι είχαν μειωμένα έσοδα κατά 38% σε σχέση με το 25% των άλλων ειδικοτήτων (χωρίς όμως στατιστική σημαντικότητα) και είχαν και αυξημένα κόστη και στις δυο φάσεις της πανδημίας (με στατιστική σημαντικότητα για τους παθολόγους $p=0.029$, και 0.038 για πρώτη και δεύτερη φάση της πανδημίας αντίστοιχα) ενώ οι άλλες ειδικότητες είχαν έως και μείωση κόστους για τους γενικούς ιατρούς (Γράφημα 4.8).

Σε τι ποσοστό (%) μεταβλήθηκαν τα έσοδα και το κόστος λειτουργίας του ιατρείου κατά την διάρκεια της πανδημίας σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019;



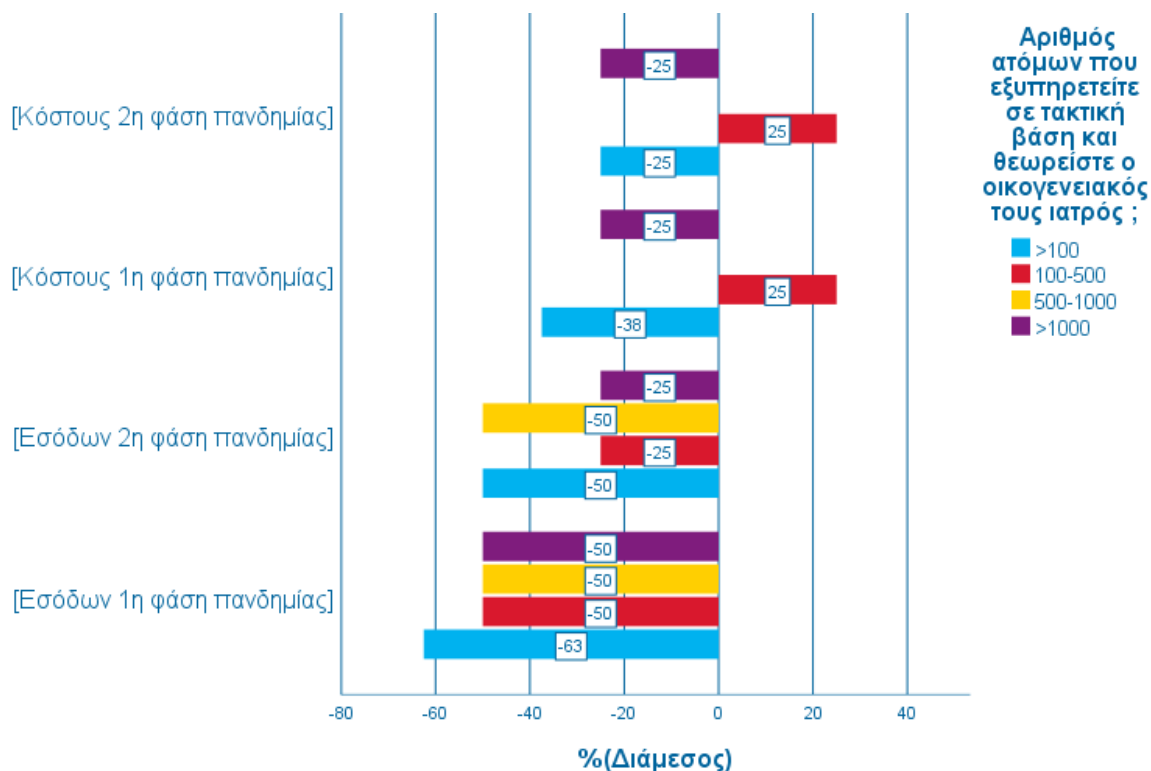
Γράφημα 2.9 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019 ανά κατηγορία ειδικότητας.

Σχετικά με τα χρόνια που έχουν ιατρείο όσοι πρόσφατα απέκτησαν ιατρείο από 1 έως 5 έτη είχαν μεγαλύτερο κόστος στην πρώτη φάση της πανδημίας αλλά χωρίς στατιστική σημαντικότητα λόγω μικρού δείγματος. (Γράφημα 4.9). Η μείωση κόστους εργασίας στα μικρά ιατρεία μπορεί να οφείλεται στο ότι δεν λειτούργησαν για πολλές ώρες ή στο ότι έκλεισαν για κάποιο διάστημα ή στο ότι δεν χρειάστηκε να προμηθευτούν πολλά είδη ατομικής προστασίας. Για τα μεγάλα ιατρεία η μείωση κόστους μπορεί να αντανάκλα τη δυνατότητα να αγοράσουν είδη προστασίας σε καλύτερες τιμές.



Γράφημα 2.10 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019 ανά κατηγορία ετών διατήρησης ιατρείου

Αντίστοιχα παρατηρείται μια μη στατιστικά σημαντική μείωση εσόδων για τα μικρά ιατρεία 13% πάνω από το διάμεσο ποσοστό για τις άλλες κατηγορίες, Καθώς επίσης μια αύξηση τους κόστους για τα λίγο μεγαλύτερα ιατρεία των 100-500 τακτικών ασθενών της τάξεως του 25% ενώ υπάρχει μείωση του κόστους στα μικρά και στα πολύ μεγάλα ιατρεία. Ίσως υπήρξε κάποια προτίμηση στα ιατρεία χωρίς πολύ κόσμος από τους ασθενείς για να περιοριστούν οι επαφές και ο χρόνος αναμονής.



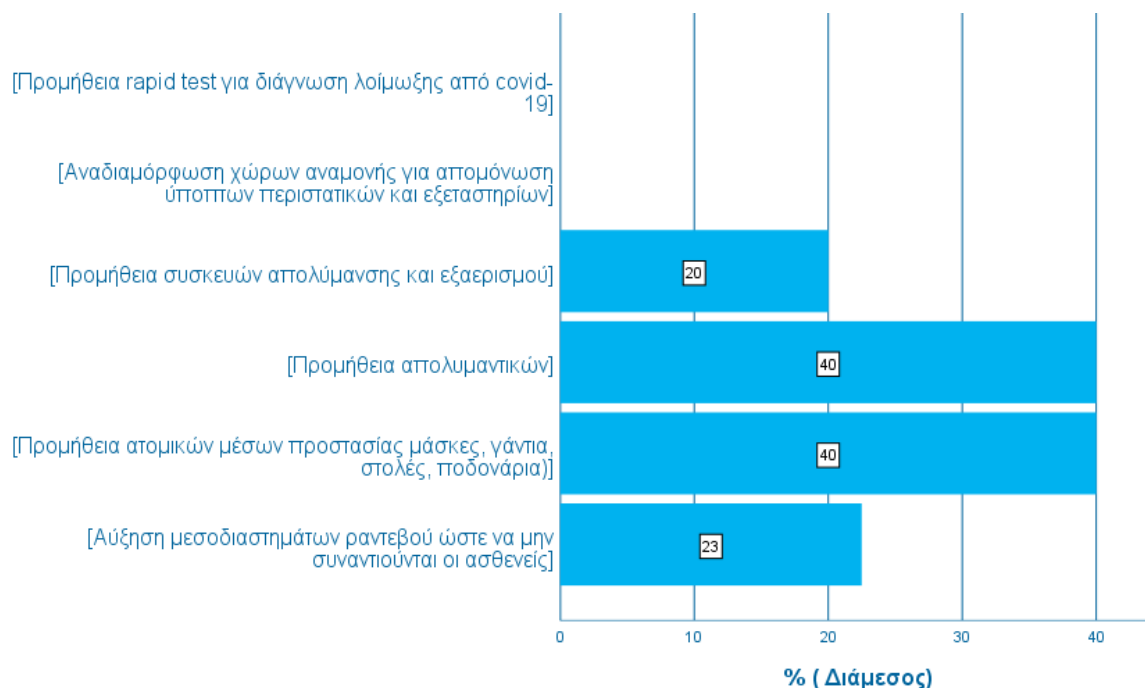
Γράφημα 2.11 Ποσοστό μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης με αντίστοιχη περίοδο 2019 ανά κατηγορία αριθμού τακτικών ασθενών

Αντίστοιχα ερωτήθηκαν και για τι ποσοστό κάθε μια από τις παρακάτω πρακτικές επηρέασε τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου, αύξηση μεσοδιαστημάτων ραντεβού, προμήθεια ατομικών μέσων προστασίας, απολυμαντικών, συσκευών απολύμανσης και εξαερισμού, αναδιαμόρφωση χώρων αναμονής, rapid test. (Πίνακας 4.6 και γράφημα 4.11). Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανά ειδικότητα, ούτε έτη διατήρησης ιατρείου, ούτε και σε σχέση με το αριθμό τακτικών ασθενών. Αυτό που διαφαίνεται είναι ότι επηρέασε αρκετά το κόστος τα απολυμαντικά και τα ατομικά μέσα προστασίας με 40% διάμεσο ποσοστό και λιγότερο η προμήθεια συσκευών απολύμανσης αλλά και η αραίωση των ραντεβού στο 20%. Δεν έγιναν αναδιαμορφώσεις παρά μόνο σε παιδίατρους με μικρό κόστος στα έξοδα της τάξεως του 20% διάμεσης τιμής, ενώ δεν είχαν επίδραση στα έξοδα για rapid test καθώς μάλλον δεν είχαν επισκευσιμότητα.

Πίνακας 2.8 Ποσοστό επιρροής στα τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου λόγω πρακτικών ανά κατηγορία ειδικότητας, ετών ιατρείου και τακτικών ασθενών. Διάμεση τιμή με ποσοστά εμπιστοσύνης 95%.

Σε τι ποσοστό κάθε μια από τις παρακάτω πρακτικές επηρέασε τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου ;		Τι ειδικότητα έχετε;			Πόσα χρόνια διατηρείτε ιατρείο;			Αριθμός ατόμων που εξυπηρετείτε σε τακτική βάση και θεωρείστε ο οικογενειακός τους ιατρός ;			
		Γενικός Ιατρός	Παιδίατρος	Παθολόγος	1 με 5 χρόνια	6 με 10 χρόνια	Πάνω από 10 χρόνια	>100	100-500	500-1000	>1000
[Αύξηση μεσοδιαστημάτων ραντεβού ώστε να μην συναντιούνται οι ασθενείς]	Διάμεσος	40	40	20	40	40	20	40	25	20	40
	↓95.0% CIs	40	40	20	40	40	20	40	20	20	40
	↑95.0% CIs	100	80	40	80	80	40	80	40	40	80
[Προμήθεια ατομικών μέσων προστασίας μάσκες, γάντια, στολές, ποδονάρια]	Διάμεσος	80	50	40	60	40	20	40	40	40	20
	↓95.0% CIs	20	20	40	60	20	20	20	40	40	.
	↑95.0% CIs	100	60	80	80	80	40	100	60	80	.
[Προμήθεια απολυμαντικών]	Διάμεσος	40	40	40	60	40	20	40	40	20	20
	↓95.0% CIs	20	20	40	60	20	20	20	40	.	.
	↑95.0% CIs	100	80	80	100	80	40	100	80	.	.
[Προμήθεια συσκευών απολύμανσης και εξαερισμού]	Διάμεσος	20	40	20	20	20	20	20	20	20	20
	↓95.0% CIs	0	0	20	0	20	20	0	0	20	20
	↑95.0% CIs	80	60	40	60	60	60	100	40	60	60
[Αναδιαμόρφωση χώρων αναμονής για απομόνωση ύποπτων περιστατικών και εξεταστηρίων]	Διάμεσος	0	20	0	0	10	0	0	0	0	0
	↓95.0% CIs	.	20	.	.	0	.	.	.	.	.
	↑95.0% CIs	.	40	.	.	40	.	.	.	.	.
[Προμήθεια rapid test για διάγνωση λοίμωξης από covid-19]	Διάμεσος	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	↓95.0% CIs	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	↑95.0% CIs	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Σε τι ποσοστό κάθε μια από τις παρακάτω πρακτικές επηρέασε τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου ;

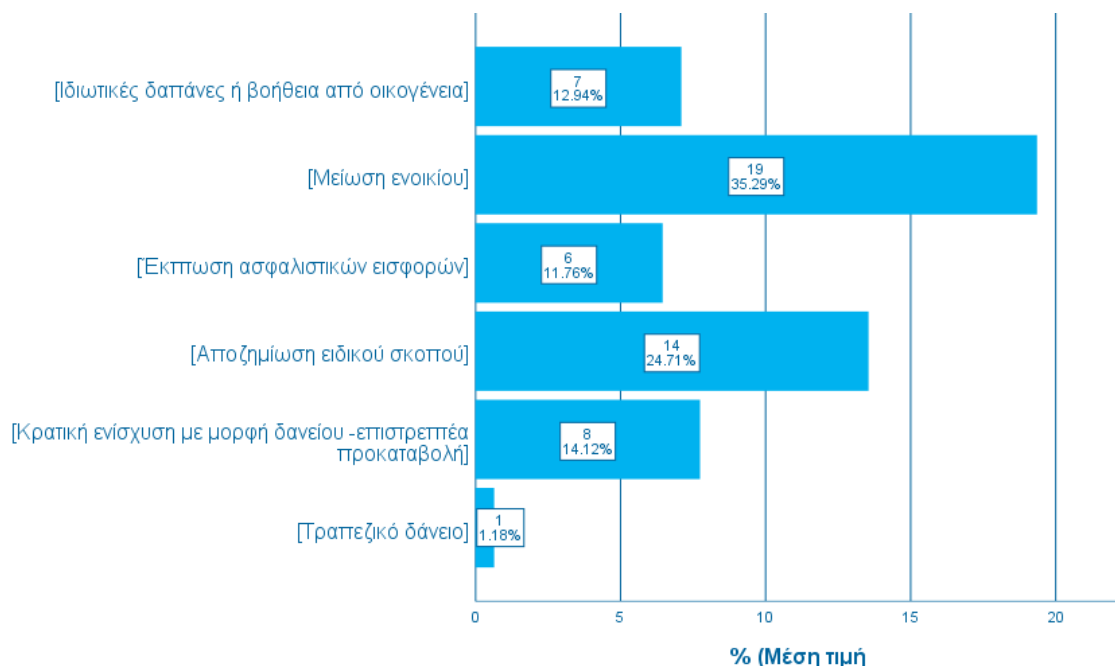


Γράφημα 2.12 Ποσοστό επιρροής στα τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου λόγω πρακτικών

2.5 Λήψη οικονομικής βοήθειας

Οι ιατροί ερωτήθηκαν αν έλαβαν οικονομική βοήθεια για την λειτουργία του ιατρείου κατά την περίοδο της πανδημίας και από πού (Πίνακας 4.7). Χαρακτηριστικά έκαναν χρήση περισσότερο των κρατικών δυνατοτήτων, χρήση της αποζημίωσης ειδικού σκοπού στο 24.71% και της δυνατότητας μείωσης του ενοικίου που τους παρείχε το κράτος στο 35.29%. Μόνο το 14.12% έκανε χρήση της επιστρεπτέας προκαταβολής και 12.94% έκανε χρήση ιδιωτικών πόρων η οικογενειακής βοήθειας με ένα παιδίατρο να παίρνει τραπεζικό δάνειο. (Γράφημα 4.12)

Οι παιδίατροι έκανα μεγαλύτερη χρήση ειδικότερα για τη επιστρεπτέα προκαταβολή και οι γενικοί ιατροί την έκπτωση ασφαλιστικών εισφορών χωρίς κανείς να καλύψει στο 100% τις ανάγκες του (Πίνακας 4.7) από κρατική βοήθεια. Ο πίνακας 4.7 έχει όλα τα ποσοστά χρήσης καθώς και αναλυτικά ποσοστά ανά κατηγορία.



Γράφημα 2.13 Οικονομική βοήθεια για την λειτουργία του ιατρείου κατά την περίοδο της πανδημίας. Ποσοστά στο σύνολο των ερωτωμένων.

Πίνακας 2.9 Ποσοστά χρήσης οικονομικής βοήθειας για την λειτουργία του ιατρείου κατά την περίοδο της πανδημίας ανά κατηγορία ειδικότητας, ετών ιατρείου και τακτικών ασθενών. Αριθμός ποσοστό χρήσης και ποσοστό ερωτωμένων που έκανε χρήση της πηγής αυτής

		[Τραπεζικό δάνειο]					[Κρατική ενίσχυση με μορφή δανείου -επιστρεπτέα προκαταβολή]					[Αποζημίωση ειδικού σκοπού]					[Εκπτώση ασφαλιστικών εισφορών]					[Μείωση ενοικίου]					[Ιδιωτικές δαπάνες ή βοήθεια από οικογένεια]				
		40	20	40	60	80	100	20	40	60	100	20	40	60	80	100	20	40	60	80	100	20	40	60	80	100	20	40	60	80	100
Τι ειδικότητα έχετε;	Γενικός Ιατρός	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Παιδίατρος	1	2	1	2	1	0	5	0	0	1	6	1	4	3	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Παθολόγος	0	1	2	0	0	1	15	1	1	2	5	0	3	12	1	1	0	2	0	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό στο σύνολο	1.61%	4.84%	4.84%	3.23%	1.61%	1.61%	35.48%	1.61%	1.61%	4.84%	22.58%	4.84%	11.29%	27.42%	3.23%	3.23%	1.61%	4.84%	3.23%	3.23%	1.61%	4.84%	3.23%	3.23%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%
Πόσα χρόνια διατηρείτε ιατρείο;	1 με 5 χρόνια	0	1	3	0	0	0	5	1	0	0	2	0	2	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	6 με 10 χρόνια	1	1	0	1	1	1	8	0	1	0	8	2	4	5	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Πάνω από 10 χρόνια	0	1	0	1	0	0	9	0	0	3	4	1	1	7	0	2	0	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό στο σύνολο	1.61%	4.84%	4.84%	3.23%	1.61%	1.61%	35.48%	1.61%	1.61%	4.84%	22.58%	4.84%	11.29%	27.42%	3.23%	3.23%	1.61%	4.84%	3.23%	3.23%	1.61%	4.84%	3.23%	3.23%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%
Αριθμός ατόμων που εξυπηρετείτε σε τακτική βάση	>100	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	2	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	100-500	1	1	2	1	0	1	10	0	0	0	3	1	4	6	1	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	500-1000	0	1	1	1	1	0	8	0	1	0	6	1	3	7	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	>1000	0	1	0	0	0	0	3	0	0	1	3	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ποσοστό στο σύνολο	1.61%	4.84%	4.84%	3.23%	1.61%	1.61%	33.87%	0.00%	1.61%	1.61%	19.35%	4.84%	11.29%	25.81%	3.23%	1.61%	0.00%	4.84%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%	1.61%

Αντίστοιχα ερωτήθηκαν όσοι που έλαβαν κάποιας μορφής οικονομική βοήθεια, χωρίς αυτήν ποια η πιθανότητα (%) που θα έκαναν διορθωτικές πράξεις όπως απόλυση εργαζομένου κ.α. Ανάλογα με το αν το ιατρείο ήταν η μοναδική πηγή εισοδήματος απάντησαν με κάποιες διαφορές χωρίς όμως να είναι στατιστικά σημαντικές λόγω μικρού μεγέθους δείγματος.

Η πλειοψηφία και στις δυο ομάδες δεν θα έκανε κάποια ιδιαίτερη κίνησή όπως το κλείσιμο της επιχείρησης αλλά το 17% περίπου θα σκέφτοταν ίσως να απολύσει υπάλληλο. Το 23.5% αυτών που ήταν η κυρία πηγή εισοδήματος το ιατρείο θα σκέπτονταν να προβεί σε μείωση μισθού, και το 26.4% ακόμα και να περιορίσει τις υπηρεσίες του ιατρείου αντίθετα μόνο το 17.9% της άλλη ομάδας θα το έκανε. Επίσης μικρότερο ποσοστό, 8.7%, θα έκαναν σύμπραξη με άλλους συνάδελφους αλλά μεγαλύτερο ποσοστό 20.5% θα έκανε συμφωνία με δημόσιο νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών. Αντίστοιχο ποσοστό γύρω στο 20% για τις δυο ομάδες, θα σκέπτονταν συμφωνία με ιδιωτικό νοσοκομείο ενώ ελάχιστοι θα πωλούσαν ή θα έκλειναν την επιχείρηση με ελαφρά περισσότερους στην ομάδα που δεν αποτελούσε το ιατρείο την κύρια πηγή εισοδήματος. (Πίνακας 4.8)

Πίνακας 2.10 Ποσοστά πιθανότητας (%) που θα έκαναν διορθωτικές πράξεις. Αριθμός και ποσοστό ερωτωμένων που θα έκανε χρήση της πηγής αυτής χωρίς οικονομική βοήθεια.

		Είναι το ιατρείο η μοναδική/ κύρια πηγή εισοδήματος ;			
		Όχι		Ναι	
		Αριθμός	Συνολικό %	Αριθμός	Συνολικό %
[Απόλυση εργαζομένου]	0	23	82.1%	28	82.4%
	20	3	10.7%	1	2.9%
	40	1	3.6%	1	2.9%
	60	1	3.6%	1	2.9%
	80	0	0.0%	2	5.9%
	100	0	0.0%	1	2.9%
Σύνολο			17.9%		17.5%
[Μείωση μισθού]	0	22	78.6%	26	76.5%
	20	1	3.6%	5	14.7%
	40	4	14.3%	2	5.9%
	60	1	3.6%	0	0.0%
	100	0	0.0%	1	2.9%
Σύνολο			21.5%		23.5%
[Περιορισμό προσφερόμενων υπηρεσιών]	0	23	82.1%	25	73.5%
	20	4	14.3%	6	17.6%
	40	0	0.0%	3	8.8%
	60	1	3.6%	0	0.0%
Σύνολο			17.9%		26.4%
[Σύμπραξη με άλλους γιατρούς]	0	23	82.1%	31	91.2%
	20	3	10.7%	1	2.9%
	40	2	7.1%	1	2.9%
	60	0	0.0%	1	2.9%
Σύνολο			17.8%		8.7%
[Συμφωνία με δημόσιο νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών εν μέσω πανδημίας]	0	26	92.9%	27	79.4%
	20	1	3.6%	3	8.8%
	40	1	3.6%	3	8.8%
	60	0	0.0%	1	2.9%
Σύνολο			7.2%		20.5%
[Συμφωνία με ιδιωτικό νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών]	0	22	78.6%	26	76.5%
	20	1	3.6%	3	8.8%
	40	3	10.7%	4	11.8%
	60	2	7.1%	1	2.9%
Σύνολο			21.4%		23.5%
[Πώληση της επιχείρησης/ιατρείου]	0	25	89.3%	33	97.1%
	20	2	7.1%	0	0.0%
	40	1	3.6%	1	2.9%
Σύνολο			10.7%		2.9%
[Κλείσιμο της επιχείρησης/ιατρείου]	0	25	89.3%	31	91.2%
	20	2	7.1%	1	2.9%
	40	0	0.0%	1	2.9%
	60	1	3.6%	0	0.0%
	100	0	0.0%	1	2.9%
Σύνολο			10.7%		8.7%

2.6 Λόγοι επίσκεψης

Τέλος οι λόγοι επίσκεψης των ασθενών ιεραρχήθηκαν, με τη συνταγογράφηση να είναι ο κύριος λόγος επίσκεψης για το 37% με τη κλινική εξέταση και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων ισόβαθμες στη δεύτερη θέση με 21% και την πρόληψη με 17.7% .

Πίνακας 2.11 Λόγοι επίσκεψης στο ιατρείο ιεραρχημένοι. Αριθμός και ποσοστό

		Αριθμός	%
[Πρόληψη]	1	11	17.7%
	2	23	37.1%
	3	10	16.1%
	4	18	29.0%
[Συνταγογράφηση]	1	23	37.1%
	2	20	32.3%
	3	10	16.1%
	4	9	14.5%
[Κλινική εξέταση]	1	13	21.0%
	2	23	37.1%
	3	19	30.6%
	4	7	11.3%
[Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων]	1	13	21.0%
	2	15	24.2%
	3	21	33.9%
	4	13	21.0%

3 Συζήτηση Συμπεράσματα

Ιστορικά, η υγειονομική περίθαλψη ήταν σχετικά απρόσβλητη από την οποία ύφεση. Οι άνθρωποι αρρωσταίνουν τόσο στις καλές όσο και στις κακές στιγμές, επομένως η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη είναι σχετικά σταθερή σε όλο τον επιχειρηματικό κύκλο. Επιπλέον, η ασφάλιση υγείας μειώνει το κόστος για τη φροντίδα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι. Έτσι, πολλοί ασθενείς - τουλάχιστον όσοι έχουν ασφάλιση υγείας - μπορούν ακόμη να αντέξουν οικονομικά να επισκεφθούν γιατρούς. (Cutler 2020)

Ωστόσο, η ύφεση COVID-19 διαμορφώνεται διαφορετική. Υπήρχε περιορισμός εξωτερικών επαφών και καλούνταν να περιορίσουν τις εξωτερικές δραστηριότητες. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για όσους έχουν ιατρικές παθήσεις που τους θέτουν σε υψηλότερο κίνδυνο - τον τύπο των ατόμων που χρησιμοποιούν περισσότερο την υγειονομική περίθαλψη. Πάνω από αυτό είναι η επιθυμία να κρατηθούν ίσως μακριά τα ιατρεία για να μειώσουν τον κίνδυνο εξάπλωσης της ασθένειας. Με περιορισμένη όμως και την οικονομική δυνατότητα, οι άνθρωποι θα αναβάλουν κάθε είδους φροντίδα, από επισκέψεις, αναλύσεις και ιατρικές εξετάσεις έως συμπλήρωση συνταγών για φάρμακα. (Cutler 2020).

Το δείγμα της παρούσας ερευνάς ήταν 62 ιδιώτες ιατροί της περιοχής της Θεσσαλονίκης που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο από 23/3/21 έως και 25/5/21. Η μεγάλη πλειοψηφία ήταν παθολόγοι (66.1%), ενώ υπήρχαν αρκετοί παιδίατρος (22.6%) και ελάχιστοι (11.3%) γενικοί Ιατροί καθ' αναλογία όμως του σχετικού τους αριθμού τους στην περιοχή της Θεσσαλονίκης. Οι μισοί είχαν ιατρείο για πάνω από 10 έτη ενώ αρκετοί διατηρούν το ιατρείο για πάνω από 20 έτη χωρίς να συνεργάζονται με άλλους συνάδελφους και μόνο το 30% έχει προσωπικό, και για τους μισούς ήταν η μοναδική τους πηγή εισοδήματος. Γενικά οι λόγοι επίσκεψης των ασθενών ήταν κυρίως συνταγογράφηση να είναι ο κύριος λόγος επίσκεψης και η κλινική εξέταση μετά με τελευταία την πρόληψη.

Στο περιορισμένο δείγμα της ερευνάς υπάρχουν όμως ιατρεία όλων των τάξεων μεγέθους με μικρό αριθμό μηνιαίων επισκέψεων κάτω από 100 ασθενείς, με την πλειοψηφία να είναι μεταξύ 100 και 300 μηνιαίως και ένα ικανό ποσοστό να έχει άνω των 300 το μήνα. Αντίστοιχα ο αριθμός τακτικών ασθενών ήταν από 100 έως 500 άτομα στην πλειοψηφία με αρκετούς να δηλώνουν ότι έχουν άνω των 1000 τακτικών ασθενών. Γενικά παρότι μικρό το δείγμα της έρευνας ήταν αντιπροσωπευτικό των ιατρείων στην Ελλάδα.

Εξετάστηκε η μεταβολή των επισκέψεων των δυο πρώτων φάσεων της πανδημίας με τις αντίστοιχες περιόδους του 2019 για το σύνολο αλλά και τις κατ' οίκον και τις τηλεπισκέψεις/βιντεοκλίσεις που είχαν οι ιατροί. Ανά ειδικότητα υπάρχει μεταβολή ιδιαίτερα στη πρώτη φάση της πανδημίας σε μείωσή από 50% έως 75% στο σύνολο των επισκέψεων. Στη δεύτερη φάση για παιδίατρους και παθολόγους είναι μικρότερη η μείωση από την αντίστοιχη περίοδο του 2019, ενώ δεν μεταβλήθηκαν οι κατ' οίκων επισκέψεις στις δυο αυτές ειδικότητες.

Αντίθετα αυξήθηκαν οι τηλεπισκέψεις κατά 50% και στις 2 φάσεις της πανδημίας. Δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανά ειδικότητα, ούτε έτη διατήρησης ιατρείου, ούτε και σε σχέση με το αριθμό τακτικών ασθενών. Η επίδραση της πανδημίας στις δια ζώσης επισκέψεις ήταν συνολική χωρίς να υπάρχουν παράγοντες διαφοροποίησης, ούτε η ειδικότητα ούτε η εμπειρία η μεγάλη αναγνωσιμότητα και μεγάλη βάση ασθενών αλλάξαν σημαντικά τα ποσοστά μείωσης επισκέψεων. Αλλά επίσης δεν επηρέασαν και την αύξηση σε εξ αποστάσεως επισκέψεις .

Επίσης ερωτήθηκαν για το ποσοστό των συνήθων ιατρικών πράξεων ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν λόγω covid -19. Τα μέσα ποσοστά πτώσης ήταν υψηλότερα για τη κλινική εξέταση και χαμηλότερα για τη συνταγογράφηση Αναφερόμενοι όμως στις διάμεσες τιμές ποσοστών η πτώση ήταν για όλες τις πράξεις στο 25% λόγω Covid-19. Αντίστοιχα και εδώ δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανά ειδικότητα, ούτε έτη διατήρησης ιατρείου, ούτε και σε σχέση με το αριθμό τακτικών ασθενών. Οι ερωτώμενοι πιστεύουν τι η άυλη συνταγογράφηση επηρέασε πάρα πολύ τον αριθμό των φυσικών επισκέψεων με τους μίσους περίπου να προσπαθούν να ανταπεξέλθουν προσφέροντας εναλλακτικές για την εξόφληση της επίσκεψης.

Οι ερωτώμενοι ιατροί έδωσαν και ποσοστά μεταβολής εσόδων και κόστος συντήρησης ιατρείου στις 2 φάσεις της πανδημίας και τις αντίστοιχες του 2019. Το διάμεσο ποσοστό μείωσης εσόδων ήταν στο 50% στην πρώτη φάση της πανδημίας ενώ ήταν στο 25% στη δεύτερης φάση σε σχέση με τις αντίστοιχες περιόδους το 2019. Εδώ υπάρχει διαφοροποίηση ανάλογα τη ειδικότητα τα έτη που έχουν το ιατρείο και τον αριθμό των τακτικών πελάτων ως δείκτης μεγέθους του ιατρείου. Η μείωση κόστους εργασίας στα μικρά ιατρεία μπορεί να

οφείλεται στο ότι δεν λειτούργησαν για πολλές ώρες ή στο ότι έκλεισαν για κάποιο διάστημα ή στο ότι δεν χρειάστηκε να προμηθευτούν πολλά είδη ατομικής προστασίας.

Ενώ η μείωση των εσόδων ήταν συνολική και αντίστοιχη στα διάμεσα ποσοστά μείωσης στο 50%, οι παιδίατροι είχαν μειωμένα έσοδα σε σχέση με τις άλλες ειδικότητες και είχαν και αυξημένα κόστη και στις δυο φάσεις της πανδημίας. Ειδικότερα οι νέοι ιατροί είχαν μεγαλύτερα κόστη. Για τα μεγάλα ιατρεία η μείωση κόστους μπορεί να αντανakλά τη δυνατότητα να αγοράσουν είδη προστασίας σε καλύτερες τιμές.

Αναφορικά με τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου, δεν παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανά δημογραφικό παράγοντα. Αυτό που επηρέασε αρκετά το κόστος ήταν τα απολυμαντικά και τα ατομικά μέσα προστασίας και λιγότερο η προμήθεια συσκευών απολύμανσης αλλά και η αραίωση των ραντεβού. Δεν έγιναν αναδιαμορφώσεις παρά μόνο σε παιδίατρους με μικρό κόστος τιμής, ενώ δεν είχαν επίδραση στα έξοδα για rapid test καθώς μάλλον δεν είχαν επισκεψιμότητα.

Για λήψη οικονομικής βοήθειας οι ερωτώμενοι ιατροί έκαναν χρήση περισσότερο των κρατικών δυνατοτήτων, όπως της αποζημίωσης ειδικού σκοπού και της δυνατότητας μείωσης του ενοικίου και λιγότερο την επιστρεπτέα προκαταβολή με μικρό ποσοστό να κάνει χρήση ιδιωτικών πόρων η οικογενειακής βοήθειας. Οι παιδίατροι έκανα μεγαλύτερη χρήση ειδικότερα για τη επιστρεπτέα προκαταβολή και οι γενικοί ιατροί την έκπτωση ασφαλιστικών εισφορών χωρίς κανείς να καλύψει στο 100% τις ανάγκες του από κρατική βοήθεια.

Χαρακτηριστικά και στις ΗΠΑ ήταν από τις ειδικότητες που πλήχθηκαν περισσότερο όχι απαραίτητα για ίδιους λόγους αλλά και εκεί οι γονείς αμέλησαν σε μεγάλο βαθμό εμβολιασμούς και τσεκ απ. (Rubin 2020). Βέβαια δεν υπάρχουν στοιχεία για όλες τις ειδικότητες και μόνο σε ορισμένες υπάρχουν οικονομικά στοιχεία και πάλι στις ΗΠΑ όπως για τους ακτινολόγους που και αυτοί δέχθηκαν μεγάλο πλήγμα (Sharpe et al., 2021). Αντίστοιχα ήταν και σε ειδικότητες που είχαν χειρουργεία τα οποία διακοπήκαν για πολύ καιρό όπως οι ωτορινολαρυγγολόγοι και οι αγγειοχειρουργοί - αγγειολόγοι (Saraswathula et al., 2021, Satiani et al., 2020).

Αντίστοιχα ερωτήθηκαν όσοι που έλαβαν κάποιας μορφής οικονομική βοήθεια, χωρίς αυτήν ποια η πιθανότητα που θα έκαναν διορθωτικές πράξεις όπως απόλυση εργαζομένου κ.α. Είναι

σημαντικό να τονιστεί ότι η πολύ μεγάλη πλειοψηφία είτε αν το ιατρείο ήταν η μοναδική πηγή εισοδήματος είτε όχι δεν θα έκανε κάποια ιδιαίτερη κίνησή όπως το κλείσιμο της επιχείρησης αλλά ένα 17% περίπου θα σκέφτοταν ίσως να απολύσει υπάλληλο. Όσοι ήταν η κυρία πηγή εισοδήματος το ιατρείο, θα σκέπτονταν λίγο περισσότερο να προβούν σε μείωση μισθού, και ακόμα και να περιορίσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρείου.

Αυτό είναι κάτι που γενικά έχει εφαρμοστεί και στις Η.Π.Α και από μεγάλες ιδιωτικές κλινικές (Arnsdorf 2020). Γενικά δεν σκέπτονται να κάνουν σύμπραξη με άλλους συνάδελφους και θα προτιμούσαν σύμπραξη με ιδιωτικούς φορείς για παροχή υπηρεσιών. Ελάχιστοι θα πωλούσαν ή θα έκλειναν την επιχείρηση με ελαφρά περισσότερους στην ομάδα που δεν αποτελούσε το ιατρείο την κύρια πηγή εισοδήματος, καθώς θα είχαν εναλλακτικές πηγές εισοδήματος. Αντίστοιχα στις ΗΠΑ σε μια έρευνα σε 558 ιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο πρώτο κιόλας τρίμηνο της πανδημίας - το 6% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έκλεισαν τα ιατρεία τους, αλλά το 35% δήλωσε ότι έχουν απολύσει προσωπικό (Rubin 2020).

Τα ιατρεία αισθάνονται ήδη τη πίεση από την πρώτη φάση της πανδημίας. Αν και δεν υπάρχουν εθνικά δεδομένα σε καμία χώρα, ορισμένα ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης αναφέρουν μειώσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης έως και 70% στις Η.Π.Α ακόμα από την αρχή της πανδημίας (Cutler 2020, Rubin 2020). Χωρίς μεγάλα αποθέματα μετρητών, οι μισθοί του προσωπικού παγώνουν ή μειώνονται και προσωπικό απολύεται σε ποσοστά του 30% στη πρώτη φάση της πανδημίας (Cutler 2020, Rubin 2020). αντίστοιχα και σε άλλες χώρες όπως η Αυστραλία (Scott 2020) ή η Ινδία (Mani 2020).

Οι Song et al. (2020) ανέφεραν ότι η πανδημία COVID-19 έχει επηρεάσει σε βάθος την όλες τις πτυχές της ιατρικής φροντίδας, αν και κάποιοι τομείς και ειδικότητες ήταν πιο ευάλωτοι. Τα ευρήματα της παρούσας ερευνάς να και μικρού μεγέθους ευθυγραμμίζονται με αυτήν την άποψη. Παρόλο που υπήρξε αξιοσημείωτος οικονομικός αντίκτυπος, διέφερε αναλογα τις ειδικότητες. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες που χαρακτήρισαν την πρακτική τους ως «ιδιωτική πρακτική» ή «πρακτική εξωτερικών ασθενών» ανέφεραν απώλεια εισοδήματος 81%-100%. Γενικά οι ιδιωτικοί ιατροί σε όλο τον κόσμο αντιμετώπισαν πολύ μεγάλες οικονομικές απώλειες λόγω του COVID-19. (Bettger et al., 2020, Blumenthal et al., 2020). Η οικονομική πίεση σε ιδιωτικούς / εξωτερικούς ασθενείς αυξήθηκε περαιτέρω από τα ακυρωμένα ραντεβού

και τις αυξημένες δαπάνες που σχετίζονται με αγορά εξοπλισμού ατομικής προστασίας.(American Hospital Association 2020).

Τα ιδιωτικά ιατρεία ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι κατά κανόνα επιχειρήσεις μικρού μεγέθους που απασχολούν μονοψήφιο αριθμό ατόμων. Οι υπηρεσίες που παρέχουν αφορούν την παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων, τη συνταγογράφηση, τον προληπτικό έλεγχο των πολιτών και την αντιμετώπιση οξέων συμβαμάτων. Ο ρόλος της ΠΦΥ είναι καθοριστικός για την διατήρηση καλής υγείας στον πληθυσμό και την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας.

Στην παρούσα εργασία μέσα από ερωτηματολόγια σχετικά με τις αλλαγές που παρατήρησαν οι ιδιώτες ιατροί στην περιοχή της Θεσσαλονίκης στο κλινική τους έργο και στα οικονομικά του ιατρείου διαπιστώνουμε ότι είχαν μείωση επισκεψιμότητας και κέρδους κατά την πρώτη και δεύτερη φάση της πανδημίας.

Κατά τη διάρκεια της πανδημίας covid-19 ένα από τα προβλήματα που αντιμετώπισε το Υπουργείο Υγείας ήταν η ανεύρεση ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για να καλυφθούν οι αυξημένες ανάγκες. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την υψηλή ανεργία, την μείωση μισθών , την υψηλή αναλογίων ιατρών ανά κατοίκους, τη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα και τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας είχε σαν αποτέλεσμα την μετανάστευση μεγάλου αριθμού ιατρών προς την Ευρώπη, τις Σκανδιναβικές χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο. (Καϊτελίδου, 2018) Σύμφωνα με τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών από το 2009 έως το 2015 έφυγαν από την Ελλάδα 7340 ιατροί. (Economou, 2017)

Παρότι τα ιδιωτικά ιατρεία δεν συμμετέχουν στον προγραμματισμό και στην οργάνωση της ΠΦΥ, η πολιτεία έχει συμφέρον να ενισχύσει αυτές τις επιχειρήσεις διότι παρέχουν πολύτιμες υπηρεσίες στο σύστημα υγείας. Η μέριμνα για επιμόρφωση των ιατρών, εκπαίδευσή τους στη χρήση καινοτόμων συστημάτων – όπως η τηλειατρική- και η στήριξή τους σε περιόδους κρίσεις είναι μερικές προτάσεις για να αυξηθεί η ανθεκτικότητα των ιδιωτικών ιατρείων και η ευελιξία τους στο μεταβαλλόμενο σύγχρονο περιβάλλον.

Τέλος, η πανδημία , σε συνέχεια της προηγούμενης κρίσης, είναι δείχνει ότι όλη η κοινωνία πρέπει να είναι σε ετοιμότητα και προετοιμασμένη και αποτελεσματική. Δεν αποκλείεται πως μία νέα κρίση θα εμφανιστεί στο άμεσο μέλλον. Συνεπώς, η ανάγκη για αποτελεσματικό

σύστημα υγείας είναι επιτακτικός ο εκσυγχρονισμός της ΠΦΥ με χρήση νέων τεχνολογιών και διασύνδεση με τις υπόλοιπες βαθμίδες. (IOBE, 2021)

3.1 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα εργασία έχει περιορισμούς. Καταρχάς η μελέτη αφορά ιδιώτες ιατρούς που δραστηριοποιούνται σε μια συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδας. Η Θεσσαλονίκη είναι μια περιοχή η οποία πλήγηκε σοβαρά στη δεύτερη φάση της πανδημίας στην Ελλάδα με αποτέλεσμα να μην είναι ασφαλές να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα για περιοχές που δεν είχαν σοβαρό δεύτερο κύμα πανδημίας. (Siettos, 2021)

Παράλληλα, η Θεσσαλονίκη είναι μια αστική περιοχή με 787 ιδιώτες καταγεγραμμένους από τον Ιατρικό Σύλλογο Θεσσαλονίκης. Τα αποτελέσματα της μελέτης ίσως δεν αντικατοπτρίζουν την κατάσταση στην επαρχία ή σε αγροτικές περιοχές όπου ο αριθμός των ιατρών είναι σημαντικά μικρότερος.

Τέλος, τα αποτελέσματα στηρίζονται στις υποκειμενικές απαντήσεις των ερωτηθέντων, και δεν διαθέτουμε αντικειμενικά δεδομένα για διασταύρωση. Ωστόσο, αυτός ο περιορισμός είναι αναπόφευκτος καθώς εξετάζουμε οικονομικά δεδομένα ιδιωτικών επιχειρήσεων.

4 Βιβλιογραφία

4.1 Ελληνική

Ευρωπαϊκό Εκλεκτικό Συνέδριο. (2017) Ειδική έκθεση αριθ. 17/2017: Η παρέμβαση της Επιτροπής στην ελληνική χρηματοπιστωτική κρίση

Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών, IOBE (2021) Η Ελληνική οικονομία (πρώτο τρίμηνο 2021)

Καϊτελίδου, Δ., Οικονόμου, Χ., Σίσκου, Ό., Κωνσταντακοπούλου, Ο., Γαλάνης, Π., & Μυλωνέρος, Θ. Ανθρώπινοι πόροι για την υγεία στην Ελλάδα: Υφιστάμενη κατάσταση και επόμενα βήματα. *Social Cohesion and Development* 2018 13 (2), 107-124

Πετμεζίδου Μ., Παπαναστασίου Σ., Πεμπεζόγλου Μ., Παπαθεοδώρου Χ., Πολυζωίδης Π. (2015) Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, Αθήνα.

4.2 Ξενόγλωσση

Aitsi-Selmi, A., Egawa, S., Sasaki, H., Wannous, C., & Murray, V. (2015). The Sendai framework for disaster risk reduction: Renewing the global commitment to people's resilience, health, and well-being. *International journal of disaster risk science*, 6(2), 164-176.

American Hospital Association. Hospitals and Health Systems Face Unprecedented Financial Pressures due to COVID-19 (2020). American Hospital Association. Available from: <https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/05/aha-covid19-financial-impact-0520-FINAL.pdf>. [Πρόσβαση 27-06-2021]

Arnsdorf, I. (2020). Breaking News: ED Staffing Company Slashed Benefits for Physicians and Nurses Fighting Coronavirus. *Emergency Medicine News*, 42(5), 29.

Bettger, J. P., Thoumi, A., Marquevich, V., De Groote, W., Battistella, L. R., Imamura, M., ... & Stein, J. (2020). COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum. *BMJ global health*, 5(5), e002670.

Blumenthal, D., Fowler, E. J., Abrams, M., & Collins, S. R. (2020). Covid-19—implications for the health care system.

Brugha, R., & Zwi, A. (1998). Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health policy and planning*, 13(2), 107-120.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Planning for an Emergency: Strategies for Identifying and Engaging At-Risk Groups. A guidance document for Emergency Managers: First edition. Atlanta (GA): CDC; 2015.

Clarke L. (2020). An introduction to economic studies, health emergencies, and COVID-19. *Journal of evidence-based medicine*, 13(2), 161–167. <https://doi.org/10.1111/jebm.12395>

Cutter, S. L., Boruff, B. J., & Shirley, W. L. (2012). *Social vulnerability to environmental hazards* (pp. 143-160). Routledge.

Cutler, D. (2020). How will COVID-19 affect the health care economy?. *Jama*, 323(22), 2237-2238.

Dahrouge S., Devlin R.A., Hogg B., Russell G., Coyle D., Fergusson D., (2012). The Economic Impact of Improvements in Primary Healthcare Performance © 2012, Canadian Health Services Research Foundation.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HEPSA-health-emergency-preparedness-self-assessment-tool-user-guide-EL.pdf> European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), 2018

Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A., Maresso A. (2014) *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*. World Health Organization and European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, Denmark.

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

Economou (2021) 28/02/2021: Update on Planning services by Charalampos Economou, Daphne Kaitelidou, Olympia Konstantakopoulou, Lilian Venetia Vildiridi

EU (2021). Enhanced Surveillance Report Economic and Financial Affairs ISSN 2443-8014 (online) Greece, June 2021 INSTITUTIONAL PAPER 150 | JUNE 2021

Efstathiou Panos, M. D., Dafni, P., & Manwlidou Zacharoula, R. N. (2009). Crisis management in the Health Sector; Qualities and characteristics of health crisis managers. *International Journal of caring sciences*, 2(3), 105.

Eiser, J. R., Bostrom, A., Burton, I., Johnston, D. M., McClure, J., Paton, D. & White, M. P. (2012). Risk interpretation and action: A conceptual framework for responses to natural hazards. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 1, 5-16.

Fonseca, V. A., Smith, H., Kuhadiya, N., Leger, S. M., Yau, C. L., Reynolds, K. & John-Kalarickal, J. (2009). Impact of a natural disaster on diabetes: exacerbation of disparities and long-term consequences. *Diabetes care*, 32(9), 1632-1638.

Gummidi B, John O, Jha V. Continuum of care for non-communicable diseases during COVID-19 pandemic in rural India: A mixed methods study. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(12):6012-6017. Published 2020 Dec 31. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_1805_20

Haffajee, R., Parmet, W. E., & Mello, M. M. (2014). What is a public health “emergency”? *New England Journal of Medicine*, 371(11), 986-988.

Haggerty J., Burge F., Lévesque J.F., Gass D., Pineault R., Beaulieu M.D., Santor D., (2007). Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. 2007 Jul-Aug;5(4):336-44.

Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S. M., Jung, A. S., Tan, M., Wu, S., & Legido-Quigley, H. (2021). Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nature Medicine*, 1-17.

HiT, (2019).

Holte, J. H., Abelsen, B., Halvorsen, P. A., & Olsen, J. A. (2015). General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations?. *BMC health services research*, 15, 119. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0777-4>

Landefeld, J. S., Seskin, E. P., & Fraumeni, B. M. (2008). Taking the pulse of the economy: Measuring GDP. *Journal of Economic Perspectives*, 22(2), 193-216.

- Lau, J., Tan, D. H. Y., Wong, G. J., Lew, Y. J., Chua, Y. X., Low, L. L. & Tan, K. K. (2021). The impact of COVID-19 on private and public primary care physicians: A cross-sectional study. *Journal of Infection and Public Health*, 14(3), 285-289.
- Limb, M. (2013). Doctors' training must change to meet new challenges. *BMJ*, 347.
- Litsios S., (2002). The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *International Journal of Health Services*, 2002;32(4):709-32.
- Litsios S., (2015). On the Origin of Primary Health Care. In: Medcalf A, Bhattacharya S, Momen H, et al., editors. *Health For All: The Journey of Universal Health Coverage*. Hyderabad (IN): Orient Blackswan; 2015. Chapter 1.
- Liu, Y. C., Kuo, R. L., & Shih, S. R. (2020). COVID-19: The first documented coronavirus pandemic in history. *Biomedical journal*, 43(4), 328-333.
- Mani, K. (2020). Impact of Corona Virus Disease-2019 on occupational therapy practice in India: An online national survey. *The Indian Journal of Occupational Therapy*, 52(4), 117.
- Morreel, S., Philips, H., & Verhoeven, V. (2020). Organisation and characteristics of out-of-hours primary care during a COVID-19 outbreak: A real-time observational study. *PloS one*, 15(8), e0237629.
- Mulley, A. G. (2009). Inconvenient truths about supplier induced demand and unwarranted variation in medical practice. *Bmj*, 339.
- Nelson C, Lurie N, Wasserman J, Zakowski S. (2007). Conceptualizing and defining public health emergency preparedness. *Am J Public Health*. 2007;97 Suppl 1(Suppl 1):S9-S11. doi:10.2105/AJPH.2007.114496
- OECD (2019), *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Greece: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, .

Ozili, P. K., & Arun, T. (2020). Spillover of COVID-19: impact on the Global Economy. *Available at SSRN 3562570*.

Rose, D. A., Murthy, S., Brooks, J., & Bryant, J. (2017). The evolution of public health emergency management as a field of practice. *American journal of public health*, 107(S2), S126-S133.

Rubin, R. (2020). COVID-19's crushing effects on medical practices, some of which might not survive. *Jama*, 324(4), 321-323.

Runkle, J. D., Zhang, H., Karmaus, W., Martin, A. B., & Svendsen, E. R. (2012). Prediction of unmet primary care needs for the medically vulnerable post-disaster: an interrupted time-series analysis of health system responses. *International journal of environmental research and public health*, 9(10), 3384-3397.

Schipper, L., and M. Pelling. 2006. Disaster risk, climate change and international development: Scope for, and challenges to, integration. *Disasters* 30(1): 19–38.

Satiani, B., Zigrang, T. A., & Bailey-Wheaton, J. L. (2020). COVID-19 financial resources for physicians. *Journal of vascular surgery*, 72(4), 1161-1165.

Schmude, J., Zavareh, S., Schwaiger, K. M., & Karl, M. (2018). Micro-level assessment of regional and local disaster impacts in tourist destinations. *Tourism Geographies*, 20(2), 290-308.

Scott, A. (2020). The impact of COVID-19 on GPs and non-GP specialists in private practice. <https://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/261062>

Sharpe Jr, R. E., Kuszyk, B. S., & Mossa-Basha, M. (2021). Special report of the RSNA COVID-19 task force: the short-and long-term financial impact of the COVID-19 pandemic on private radiology practices. *Radiology*, 298(1), E11-E18.

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

Song, Z., Giuriato, M., Lillehaugen, T., Altman, W., Horn, D. M., Phillips, R. S., & Auerbach, D. (2020). Economic and Clinical Impact of Covid-19 on Provider Practices in Massachusetts. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 1(5).

Starfield B., Shi L., Macinko J.,(2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.

<https://eody.gov.gr/en/current-state-of-covid-19-outbreak-in-greece-and-timeline-of-key-containment-events/> News, Press Releases 04.03.2020

United Nations, General Assembly (2016). Report of the open-ended intergovernmental expert working group on indicators and terminology relating to disaster risk reduction. Note by the Secretary-General. New York (NY): United Nations (A/71/644; <https://www.unisdr.org/we/inform/terminology>, accessed 18 February 2019

UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction). 2013b. Proposed elements for consideration in the post-2015 framework for disaster risk reduction: By the UN special representative of the secretary-general for disaster risk reduction. Saraswathula, A., Gourin, C. G., & Stewart, C. M. (2021). National Trends in US Otolaryngology Surgical Volume During the Early COVID-19 Pandemic. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 147(4), 397-399.

Wang, C., Horby, P. W., Hayden, F. G., & Gao, G. F. (2020). A novel coronavirus outbreak of global health concern. *The lancet*, 395(10223), 470-473.

WHO (2008). Global assessment of national health sector emergency preparedness and response. Geneva: World Health Organization; 2008

World Health Organization. (2009). WHO guide to identifying the economic consequences of disease and injury.

World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies (2010).

World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: (WHO/HIS/SDS/2018.X). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

WHO, (2018).β Technical series on primary health care: Building the economic case for primary health care: a scoping review.

WHO (2019). Monitoring and documenting systemic and health effects of health reforms in Greece

WHO Framework. Geneva: Health Emergency and Disaster Risk Management World Health Organization; (2019). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

(WHO) (Press release). 11 March 2020. from the original on 11 March 2020. τελευταία ενημέρωση 19/6/2021

World Health Organization. (2021). *Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 22 April 2021* (No. WHO/2019-nCoV/EHS_continuity/survey/2021.1). World Health Organization.

WHO (2018a) Primary health care and health emergencies

WHO Glossary of Health Emergency and Disaster Risk Management Terminology. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Wilder-Smith, A., & Osman, S. (2020). Public health emergencies of international concern: a historic overview. *Journal of travel medicine*, 27(8), taaa227.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

COVID-19 και Ιδιωτικά Ιατρεία ΠΦΥ

Η παρούσα έρευνα έχει σκοπό να αναδείξει την επίδραση της πανδημίας covid- 19 στην λειτουργία των ιδιωτικών ιατρείων ΠΦΥ στην Ελλάδα τόσο κατά την πρώτη φάση της πανδημίας (Φεβρουάριος - Απρίλιος 2020) όσο και στη δεύτερη φάση της πανδημίας (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2020).

Η έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο της διπλωματικής εργασίας της φοιτήτριας του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας του ΕΑΠ, Καλλιόπης Τσακίρη.

Η συμμετοχή είναι εθελοντική.

Το ερωτηματολόγιο έχει συνολικά 16 ερωτήσεις και έχει εγκριθεί από τον επιβλέποντα καθηγητή του ΕΑΠ.

Οι απαντήσεις των ερωτήσεων θα χρησιμοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην μπορεί να ταυτοποιηθεί ο συμμετέχων στην έρευνα.

Ευχαριστούμε για το χρόνο και τη συμβολή σας.

1. Σε τι ποσοστό (%) μεταβλήθηκε ο αριθμός των συνολικών επισκέψεων σε κάθε φάση της πανδημίας σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019 ; (το αρνητικό πρόσημο δηλώνει μείωση, 1η φάση και 2η φάση αναφέρεται στην 1η και 2η φάση της πανδημίας αντίστοιχα)

Check all that apply.

	- ≤ 100	- ≤ 75	- ≤ 50	- ≤ 25	0	≤ 25	≤ 50	≤ 75	≤ 100
Συνολικές επισκέψεις σε 1η φάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνολικές επισκέψεις σε 2η φάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατ'οίκον επισκέψεις σε 1η φάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κατ'οίκον επισκέψεις 2η φάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τηλεπισκέψεις (τηλεφωνική ή βιντεοκλήση) σε 1η φάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Τηλεπισκέψεις (τηλεφωνική ή βιντεοκλήση) 2η φάση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Τι ποσοστό (%) των συνήθων ιατρικών σας πράξεων ακυρώθηκαν ή αναβλήθηκαν λόγω covid -19:

Mark only one oval per row.

	0	≤25	≤50	≤75	≤100
Προληπτικοί έλεγχοι (συμπεριλαμβανομένων και των εμβολίων)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συνταγογράφηση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κλινική εξέταση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παρακολούθηση χρόνιων πασχόντων (π.χ. ΣΔ, ΑΥ)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Άυλη συνταγογράφηση

3. Η ενεργοποίηση της άυλης συνταγογράφησης τον Μάρτιο του 2020, πόσο επηρέασε τον αριθμό των φυσικών επισκέψεων στο ιατρείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019 (Μάρτιος - Δεκέμβριος) ;

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
καθόλου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	πάρα πολύ

4. Προτείνετε εναλλακτικούς τρόπους πληρωμής (π.χ. κατάθεση σε λογαριασμό, on line banking) για υπηρεσίες που δεν απαιτούν φυσική παρουσία του ασθενούς (τηλεφωνική επίσκεψη, άυλη συνταγογράφηση κτλ)

Mark only one oval.

- ☐ Ναι
☐ Όχι

Έσοδα και κόστος ιατρείου στην πανδημία

5. Σε τι ποσοστό (%) μεταβλήθηκαν τα έσοδα και το κόστος λειτουργίας του ιατρείου κατά την διάρκεια της πανδημίας σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2019; (το αρνητικό πρόσημο δηλώνει μείωση)

Check all that apply.

	- ≤ 100	- ≤ 75	- ≤ 50	- ≤ 25	0	≤ 25	≤ 50	≤ 75	≤ 100
Εσόδων 1η φάση πανδημίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εσόδων 2η φάση πανδημίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κόστους 1η φάση πανδημίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κόστους 2η φάση πανδημίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Επιπλέον έξοδα λειτουργίας λόγω covid-19

6. Σε τι ποσοστό κάθε μια από τις παρακάτω πρακτικές επηρέασε τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου ;

Mark only one oval per row.

	0	≤ 20	≤ 40	≤ 60	≤ 80	≤ 100
Αύξηση μεσοδιαστημάτων ραντεβού ώστε να μην συναντιούνται οι ασθενείς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προμήθεια ατομικών μέσων προστασίας (μάσκες, γάντια, στολές, ποδονάρια)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προμήθεια απολυμαντικών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προμήθεια συσκευών απολύμανσης και εξαερισμού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αναδιαμόρφωση χώρων αναμονής για απομόνωση ύποπτων περιστατικών και εξεταστηρίων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Προμήθεια rapid test για διάγνωση λοίμωξης από covid-19	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Οικονομική βοήθεια λόγω πανδημίας

7. Αν λάβατε οικονομική βοήθεια για την λειτουργία του ιατρείου κατά την περίοδο της πανδημίας , σημειώστε σε τι ποσοστό από την κάθε πηγή:

Mark only one oval per row.

	0	≤ 20	≤ 40	≤ 60	≤ 80	≤ 100
Τραπεζικό δάνειο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κρατική ενίσχυση με μορφή δανείου -επιστρεπτέα προκαταβολή	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Αποζημίωση ειδικού σκοπού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έκπτωση ασφαλιστικών εισφορών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μείωση ενοικίου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ιδιωτικές δαπάνες ή βοήθεια από οικογένεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Σε περίπτωση που λάβατε κάποιας μορφής οικονομική βοήθεια, χωρίς αυτήν ποιά η πιθανότητα (%) που θα προχωρούσατε σε :

Mark only one oval per row.

	0	≤ 20	≤ 40	≤ 60	≤ 80	≤ 100
Απόλυση εργαζομένου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Μείωση μισθού	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Περιορισμό προσφερόμενων υπηρεσιών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σύμπραξη με άλλους γιατρούς	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συμφωνία με δημόσιο νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών εν μέσω πανδημίας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Συμφωνία με ιδιωτικό νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Πώληση της επιχείρησης/ιατρείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κλείσιμο της επιχείρησης/ιατρείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Τακτικές πληροφορίες

9. Τι ειδικότητα έχετε;

Mark only one oval.

- ☐ Παθολόγος
☐ Γενικός Ιατρός
☐ Παιδίατρος

10. Πόσα χρόνια διατηρείτε ιατρείο;

11. Μοιράζεστε τα έξοδα του ιατρείου με άλλους συναδέλφους;

Mark only one oval.

- ☐ Ναι
☐ Όχι

12. Απασχολείτε επιπλέον προσωπικό (γραμματέας, νοσηλεύτης);

Mark only one oval.

- ☐ Ναι
☐ Όχι

13. Είναι το ιατρείο η μοναδική/ κύρια πηγή εισοδήματος;

Mark only one oval.

- ☐ Ναι
☐ Όχι

14. Αριθμός επισκέψεων σε μηνιαία βάση :

15. Ποιός από τους παρακάτω είναι ο συχνότερος λόγος που σας επισκέπτονται ασθενείς ;
(σημειώστε 1 μπροστά από τον συχνότερο , 2 μπροστά από τον δεύτερο σε συχνότητα, 3 για τον τρίτο σε συχνότητα και 4 για τον λιγότερο συχνό)

Check all that apply.

	1	2	3	4
Πρόληψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Συνταγογράφηση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κλινική εξέταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Διαχείριση χρόνιων νοσημάτων	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Ποιός είναι ο απόλυτος αριθμός ατόμων που εξυπηρετείτε σε τακτική βάση και θεωρείτε ο οικογενειακός τους ιατρός ;

Mark only one oval.

- ☐ < 100 άτομα
☐ 100-500 άτομα
☐ 500-1000 άτομα
☐ > 1000 άτομα

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΗΣ

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.