

2026

þÿ Ÿ<sup>1</sup> À Á ç<sup>0</sup> » ® ã µ<sup>1</sup> Â Ä ç Å ã Å ã Ä ® ¼ ±  
þÿ ¥<sup>3</sup> µ<sup>-</sup> ± Â<sup>0</sup> ± Ä ¬ Ä · ½ ± ½ ´ · ¼<sup>-</sup> ± C o v  
þÿ<sup>0</sup> ±<sup>1</sup> · ã Å ½ µ<sup>1</sup> ã Æ ç Á ¬ Ä ç Å “ • £ ¥ ã

þÿ ~ µ ç ´ ç Í » ç Å, œ ¬ Á<sup>1</sup> ç Â

þÿ œ µ Ä ± Ä Ä Å Ç<sup>1</sup> ±<sup>0</sup> Ì Á Ì<sup>3</sup> Á ± ¼ ¼ ± ” · ¼ Ì ã<sup>1</sup> ± Â ”<sup>1</sup> ç<sup>-0</sup> · Ä · Â, £ Ç ç » ® Ÿ<sup>10</sup> ç ½ ç ¼<sup>10</sup> Î ½ · Ä<sup>1</sup> ã  
þÿ ”<sup>1</sup> ç<sup>-0</sup> · Ä · Â, ± ½ µ Ä<sup>1</sup> ã Ä ® ¼<sup>1</sup> ç · µ ¬ Ä ç »<sup>1</sup> Â ¬ Æ ç Å

---

<http://hdl.handle.net/11728/13484>

Downloaded from HEPHAESTUS Repository, Neapolis University institutional repository

Πανεπιστήμιο Νεάπολης Πάφου

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Μάριος Θεοδούλου

Χειμερινό Εξάμηνο 2025-2026

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Ζαννέτος Σάββα

ΑΔΤ: 916236

“Οι προκλήσεις του συστήματος Υγείας κατά την Πανδημία Covid -19 και η συνεισφορά του ΓΕΣΥ στην Κύπρο”

## Περιεχόμενα:

Περίληψη:.....	3
Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος:.....	4
Επιμέρους Ερευνητικά Ερωτήματα: .....	5
Μετρήσιμοι Στόχοι:.....	5
Κεφάλαιο 1: .....	6
Εισαγωγή: .....	6
Κεφάλαιο 2: .....	7
Βιβλιογραφική ανασκόπηση: .....	7
2.1 Εισαγωγή στη θεωρητική Έννοια της ανθεκτικότητας: .....	7
2.2 Δομικά Στοιχεία Συστημάτων Υγείας ( WHO Building Blocks).....	8
2.3 Διακυβέρνηση και Θεσμική Ικανότητα ως Πυλώνες Ανθεκτικότητας: .....	8
2.3.1 Κεντρικός Συντονισμός έναντι Αποκεντρωμένων μοντέλων:.....	9
2.3.2 Διαφάνεια λογοδοσία και κοινωνική εμπιστοσύνη .....	10
2.3.3 Η περίπτωση συστημάτων σε μεταβατικό στάδιο .....	10
2.3.4 Κριτική σύνθεση.....	10
2.4 Καθολική Κάλυψη Υγείας και Κοινωνικές Ανισότητες .....	10
2.4.1 Η καθολική κάλυψη ως μηχανισμός ανθεκτικότητας: .....	11
2.4.2 Κοινωνικές ανισότητες και Υγειονομικές Κρίσεις:.....	12
2.4.3 Χρηματοδότηση και Βιωσιμότητα .....	12
2.4.4 Καθολική Κάλυψη και Κοινωνική εμπιστοσύνη: .....	12
2.4.5 Κριτική Σύνθεση:.....	13
2.5 Ανθρώπινο Δυναμικό:.....	13
2.5.1 Ελλείψεις Προσωπικού και Διαρθρωτικές Αδυναμίες .....	14
2.5.2 Επαγγελματική εξουθένωση ( burn-out).....	14
2.5.3 Εκπαίδευση και Μάθηση:.....	15
2.6 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- Πυλώνας Ανθεκτικότητας:.....	15
2.6.1 Η ΠΦΥ στη διαχείριση της πανδημίας:.....	15
2.6.2 Η φροντίδα με τα χρόνια περιστατικά:.....	16
2.6.3 ΠΦΥ και κοινωνική ισότητα- θεσμική ενσωμάτωση και συντονισμός: .....	17
2.6.4 Κριτική Σύνθεση:.....	17
2.7 Ψηφιακή Υγεία και Πληροφοριακά Συστήματα ως παράγοντες ανθεκτικότητας:.....	17
2.8 Μικρά Κράτη και Συστήματα Υγείας σε μεταβατικό στάδιο:.....	18

2.8.1 Θεσμική Μεταρρύθμιση:.....	19
2.8.2 Δομική Εξάρτηση και Μειωμένοι Πόροι: .....	19
2.8.3 Θεσμική Μάθηση και Μακροπρόθεσμη ενίσχυση: .....	19
2.9 Κριτική σύνθεση της βιβλιογραφίας στον εντοπισμό ερευνητικού κενού: .....	20
Κεφάλαιο 3: .....	21
Μεθοδολογία:.....	21
3.1 Ερευνητικό Ερώτημα και Πλαίσιο Ανάλυσης: .....	22
3.2 Στρατηγική Αναζήτησης βιβλιογραφίας: .....	22
3.3. Κριτήρια Ένταξης και αποκλεισμού .....	23
3.4. Διαδικασία Επιλογής Μελετών (PRISMA): .....	23
3.5 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων: .....	24
3.6 Περιορισμοί: .....	24
Κεφάλαιο 4: .....	25
4.1 Εισαγωγή στα αποτελέσματα:.....	25
4.2 : Διακυβέρνηση :.....	25
4.2.1 Κεντρικός Συντονισμός και διαχείριση της κρίσης:.....	25
4.2.2 Συντονισμός μεταξύ των φορέων και επιπέδων φροντίδας:.....	25
4.2.3: Θεσμική νεότητα: .....	26
4.2.4: Διαφάνεια και επικοινωνία: .....	26
4.3 Καθολική Κάλυψη και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας:.....	26
4.3.1 Πρόσβαση σε διαγνωστικούς ελέγχους και θεραπευτικές διαδικασίες: .....	26
4.3.2 Διαταραχές στην μη Covid φροντίδα: .....	27
4.3.3 Ισότητα και ευάλωτες ομάδες:.....	27
4.3.4 Πρόσβαση στην διοικητική λειτουργία και ανθρώπινο δυναμικό:.....	27
4.4 Ο φόρτος εργασίας και η διαθεσιμότητα πόρων:.....	27
4.1 Επαγγελματική εξουθένωση:.....	28
4.4.2 Επιπτώσεις στην λειτουργία υπηρεσιών: .....	28
4.5 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: .....	28
4.5.1 Περιορισμοί στην ΠΦΥ: .....	29
4.6: Ψηφιακή υγεία , πληροφοριακά συστήματα και τεχνολογία .....	29
4.6.1 Σύνοψη θεματικών ευρημάτων:.....	29
Κεφάλαιο 5: .....	30
Συζήτηση:.....	30

5.1	ΓΕΣΥ στην Κύπρο υπό συνθήκες πίεσης: .....	30
5.2	Διακυβέρνηση στο ΓΕΣΥ Μικρή Κλίμακα, Μεγάλη Δοκιμασία:.....	31
5.3	Καθολική Κάλυψη και κοινωνική σταθερότητα: .....	31
5.4	Ανθρώπινο Δυναμικό του ΓΕΣΥ:.....	32
5.5	Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).....	32
5.6	Ψηφιακή Υγεία στην Κύπρο:.....	33
5.7	Θεσμική Νεότητας του ΓΕΣΥ: .....	34
5.8	Συστηματική Απάντηση στο Ερευνητικό ερώτημα:.....	34
5.9	Μελλοντική επιβίωση του ΓΕΣΥ:.....	35
	Συνολική Αποτίμηση:.....	37
	Κεφάλαιο 6: .....	38
	Συμπεράσματα :.....	38
	Περιορισμοί Μελέτης- Προτάσεις για μελλοντική έρευνα:.....	39
	Τελική Τοποθέτηση:.....	40
	Βιβλιογραφία:.....	42

### Περίληψη:

Κατά την πανδημία του Covid 19- πράγμα πρωτόγνωρο για το παγκόσμιο σύστημα υγείας όπου και δοκιμάστηκε αρκετά δεν θα μπορούσε να μην δοκιμαστεί και το Κυπριακό σύστημα υγείας αφού το ΓΕΣΥ βρισκόταν ακόμα στα σημεία ίδρυσής του. Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή εξετάζει τις προκλήσεις που αντιμετώπισε το σύστημα υγείας της Κύπρου κατά την πανδημία και αναλύει την συνεισφορά του Γενικού Συστήματος Υγείας (ΓΕΣΥ) που την συγκεκριμένη χρονική περίοδο ήταν στα αρχικά στάδια εφαρμογής του. Η πρόσφατη ίδρυση του παρείχε ευελιξία και δυνατότητα ταχείας προσαρμογής, παράλληλα παρουσίασε και αρκετές ελλείψεις σε θεσμική εμπειρία, συντονισμό, και υποδομές ιδιαίτερα σε μια χρονική περίοδο που το σύστημα υγείας ήταν και ο βασικότερος πρωταγωνιστής αφού η χώρα περνούσε από μια υγειονομική κρίση.

Σκοπός της μελέτης είναι να γίνει μια συστηματική καταγραφή των δομικών, λειτουργικών και κυρίως οργανωτικών προκλήσεων του Κυπριακού συστήματος Υγείας και να εστιάσει στον ρόλο του ΓΕΣΥ στην αντιμετώπιση της πανδημίας με σκοπό της διατήρηση της ανθεκτικότητας του σε

μα μελλοντική Υγειονομική Κρίση. Η μεταπτυχιακή διατριβή βασίζεται σε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση ακολουθώντας το πρωτόκολλο PRISMA με ανάλυση επιστημονικών άρθρων , επίσημων εκθέσεων και γκρίζα βιβλιογραφία από τα έτη 2020-2024.

Τα κύρια ευρήματα παρουσιάζουν ότι το Γενικό Σύστημα Υγείας συνέβαλε ενεργά στον συντονισμό και την διαχείριση της φροντίδας, στην διευκόλυνση του μαζικού εμβολισμού και στην διατήρηση βασικών υπηρεσιών υγείας παρά τις δυσκολίες που υπήρχαν όπως οι πιέσεις στο ανθρώπινο δυναμικό, η διατάραξη της φροντίδας που υπήρχε πριν το ξέσπασμα της πανδημίας και τα κενά στην ψυχική υγεία.

Στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή γίνονται προτάσεις για την ενίσχυση την Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό, την διατήρηση αλλά και επέκταση στην ανάπτυξη στρατηγικών για την καλύτερη διαχείριση τυχόν νέων υγειονομικών κρίσεων . Θα γίνουν αναφορές στην τοποθέτηση της Κυπριακής Δημοκρατίας αφού είναι ένα μικρό κράτος. Θα επισημανθεί η βαρύτητα της καθολικής υγειονομικής κάλυψης η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των ψηφιακών εργαλείων . Η μελέτη συμβάλει στην διεθνή βιβλιογραφία καθώς εξετάζει εμπειρικά την ανθεκτικότητα ενός νέου συστήματος υγείας καθολικής κάλυψης σε ένα μικρό κράτος και θα προταθούν συγκεκριμένες κατευθύνσεις πολιτικών για μελλοντική ενίσχυση της ετοιμότητας για τυχόν άλλες πανδημικές κρίσεις.

Λέξεις Κλειδιά: COVID -19, ΓΕΣΥ, σύστημα υγείας Κύπρου , ανθεκτικότητα, πανδημία, Δημόσια Υγεία.

#### Διατύπωση ερευνητικού ερωτήματος:

Η πανδημία του κορονοϊου κατάφερε να αποδείξει την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας και με κύριο πυλώνα την υγειονομική κρίση. Η χώρα μας βρέθηκε σε μια ιδιαίτερη κατάσταση αφού η υγειονομική κρίση συνέτρεξε μαζί με την έναρξη του Γενικού συστήματος Υγείας ( ΓΕΣΥ). Παρόλα αυτά η εκτεταμένη έκταση και η δημόσια χρηματοδότηση ενίσχυσαν την ανθεκτικότητα δεν κατάφερε να αναλυθεί συστηματικά κατά πόσο και με ποιους μηχανισμούς το Γενικό Σύστημα Υγείας συνέδραμε ουσιαστικά στην διατήρηση της λειτουργικότητας του συστήματος υγείας κατά την πανδημία.

Έτσι λοιπόν η απουσία συστηματικής αποτίμησης δημιουργεί το ποιο κάτω ερευνητικό ερώτημα ως προς: τον ρόλο της διακυβέρνησης, τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας, τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού, και την αξιοποίηση ψηφιακών υποδομών,

Το κύριο ερευνητικό ερώτημα ήταν το εξής: Σε ποιο βαθμό το Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓΕΣΥ) ενίσχυσε την ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας του CovidSars-19 σε επίπεδο διακυβέρνησης, ολιστικής κάλυψης, σε ανθρώπινο δυναμικό και πως συντέλεσε στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ( ΠΦΥ).

#### Επιμέρους Ερευνητικά Ερωτήματα:

Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής: πως η δομή της διακυβέρνησης του ΓΕΣΥ επηρεάσει την ταχύτητα και την διαχείριση στην λήψη αποφάσεων, πως η καθολική κάλυψη διασφάλισε την ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας κατά την χρονική περίοδο της πανδημίας, πως συνέδραμε το ανθρώπινο δυναμικό και πως επηρεάστηκε η βιωσιμότητα του συστήματος, και ποιος ήταν ο κύριος ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

#### Μετρήσιμοι Στόχοι:

Στην παρούσα διπλωματική εργασία χαρακτηρίστηκαν ως μετρήσιμοι στόχοι τα εξής:

- 1) Καταγραφή και ανάλυση με συστηματική μέθοδο οι παράγοντες που επηρέασαν την ανθεκτικότητα του κυπριακού συστήματος κατά την πανδημία του κορονοϊου από το 2020-2022.
- 2) Την αξιολόγηση της συμβολής του Γενικού συστήματος Υγείας στην διατήρηση της καθολικής- ολιστικής πρόσβασης και στην προάσπιση της συνέχισης των υπηρεσιών.
- 3) Εντοπισμός των δομικών αδυναμιών που περιορίζουν τη μελλοντική ανθεκτικότητα του συστήματος και την διατύπωση τεκμηριωμένων προτάσεων συγγραφής και εφαρμογής πολιτικών.

## Κεφάλαιο 1:

### Εισαγωγή:

Η πανδημία αποτέλεσε μια από τις σημαντικότερες υγειονομικές προκλήσεις του 21<sup>ου</sup> αιώνα προκαλώντας πρωτοφανείς πιέσεις στα συστήματα υγείας ανά το παγκόσμιο. Πέραν της άμεσης επιβάρυνσης η κρίση ανέδειξε και τις αδυναμίες και τις ανισότητες στην πρόσβαση, οργανωτικά κενά και περιορισμούς σε επίπεδο διακυβέρνησης. Τα συστήματα υγείας κλήθηκαν να ανταποκριθούν ταυτόχρονα σε αυξημένη ζήτηση και σε διαταραχές εφοδιαστικών αλυσίδων και σε ανάγκη για εφαρμογή πρωτοκόλλων. Η διεθνής βιβλιογραφία παρουσίασε τη έννοια της ανθεκτικότητας ως κεντρικό ερευνητικό εργαλείο για την κατανόηση της ικανότητας των συστημάτων υγείας να προσαρμόζονται και να μετασχηματίζονται σε συνθήκες κρίσεων. Η ανθεκτικότητα ταυτίζεται με την απλή επιβίωση αλλά αφορά και ζητήματα βασικών λειτουργιών, την μείωση των αρνητικών επιπτώσεων και την θεσμική μάθηση. Στο πλαίσιο αυτό η πανδημία αποτέλεσε ένα διαγωνισμό αντοχής για όλα τα εθνικά συστήματα υγείας ανεξάρτητα οικονομικής ανάπτυξης και θεσμικών λειτουργιών. Στο Κυπριακό Σύστημα Υγείας κάτι που θα εξεταστεί και στην παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή η πανδημία το βρίσκει σε φάση βαθιάς μεταρρύθμισης. Το ΓΕΣΥ στην Κύπρο εφαρμόστηκε το 2019-2020 και αποτέλεσε την σημαντικότερη μεταρρυθμιστή τομή στην ιστορία του Κυπριακού Συστήματος Υγείας. Πριν την εφαρμογή του ΓΕΣΥ το σύστημα υγείας της Κύπρου χαρακτηριζόταν από κατακερματισμό, ανισότητες στην πρόσβαση, και έντονη διάκριση μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου τομέας. Η εισαγωγή όμως ενός συστήματος καθολικής κάλυψης υπηρεσιών υγείας επιδίωξε την διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης, της διαφανής χρηματοδότησης και ένα ενιαίο οργανωτικό υπόβαθρο. Η χρονική συγκυρία της εφαρμογής του ΓΕΣΥ με την πανδημία ήταν ιδιαίτερα απαιτητική. Το ΓΕΣΥ κλήθηκε να λειτουργήσει με πλήρη ανάπτυξη σχεδόν παράλληλα με την εκδήλωση της πανδημίας. Το γεγονός αυτό δημιούργησε ένα μοναδικό και κύριο ερώτημα που φυσικά ήταν αν ένα νεοσύστατο σύστημα υγείας καθολικής κάλυψης σε ένα μικρό κράτος όπως η Κύπρος μπορεί να αποδείξει την ανθεκτικότητα του κάτω από καταστάσεις μεγάλης πίεσης. Η διεθνής βιβλιογραφία συχνά συσχετίζεται με την ανθεκτικότητα με θεσμική ωριμότητα, ιστορική ωριμότητα και οργανωτική σταθερότητα. Η περίπτωση της Κύπρου εγείρει ερευνητικό αν κατά πόσο ένα σύστημα υγείας στην αρχική του λειτουργία μπορεί να έχει ουσιαστική ανθεκτικότητα. Η θεσμική ενότητα του ΓΕΣΥ λειτούργησε

διπτά. Από την μια η απουσία βασικών γραφειοκρατικών πρακτικών μπορούσε να διευκολύνει την ευελιξία στην λήψη αποφάσεων αλλά από την άλλη η έλλειψη εμπειρίας μπορεί να περιορίζει την ετοιμότητα. Σκοπός και στόχοι της μελέτης είναι η συστηματική αξιολόγηση της συμβολής του ΓΕΣΥ στην ανθεκτικότητα του κυπριακού συστήματος υγείας. Η δομή της εργασίας είναι η εξής:

Στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζει το θεωρητικό πλαίσιο και την διεθνή βιβλιογραφία, στο κεφάλαιο 3 αναλύει την μεθοδολογία, στο κεφάλαιο 4 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της θεματικής ανάλυσης, στο κεφάλαιο 5 ερμηνεύει τα ευρήματα που αναφέρονται στην συμβολή του ΓΕΣΥ και στο κεφάλαιο 6 διατυπώνει τα συμπεράσματα, τις πολιτικές επιπτώσεις και τις προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

## Κεφάλαιο 2:

### Βιβλιογραφική ανασκόπηση:

#### 2.1 Εισαγωγή στη θεωρητική Έννοια της ανθεκτικότητας:

Η ανθεκτικότητα ως έννοια των συστημάτων υγείας ( health system resilience) κατοχυρώθηκε ως το κυριότερο θεωρητικό και πολιτικό ζήτημα μετά από τεράστιες υγειονομικές κρίσεις των τελευταίων δεκαετιών. Ο όρος χρησιμοποιείται εκτενέστερα στην βιβλιογραφία αν και δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος ορισμός. Σε γενικά πλαίσια η ανθεκτικότητα χαρακτηρίζεται ως η ικανότητα ενός συστήματος υγείας να απορροφά τις διαταραχές και να προσαρμόζει νέες συνθήκες και να διατηρεί την βασική του λειτουργικότητα.

Σύμφωνα με τους Kruk et al. ( 2015) ένα ανθεκτικό σύστημα υγείας είναι εκείνο που καταφέρνει να προετοιμαστεί, να ανταποκριθεί και να ανακάμψει από τις κρίσεις αλλά παράλληλα να διατηρήσει την εξυπηρέτηση και την λειτουργικότητα των βασικών παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Οι Barasa et al (2018) επισήμανε ότι η ανθεκτικότητα δεν είναι στατικό κύριο χαρακτηριστικό αλλά περιγράφεται ως μια δυναμική διαδικασία η οποία περιέχει μάθηση, θεσμική προσαρμογή και μετασχηματισμό.

Η πανδημία αποτέλεσε δοκιμασία εκτενής κλίμακας για όλα τα εθνικά συστήματα υγείας σε αντίθεση με προηγούμενες επιδημίες ή άλλες διάφορες κρίσεις στον τομέα την υγείας. Η παγκόσμια διάσταση και οι μεγάλη χρονική περίοδος της πανδημίας έφεραν σημαντικές

κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Οι ασφυκτικές πιέσεις στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) , η έλλειψη σε ανθρώπινο δυναμικό, το ελλιπές πρακτικό υλικό και η ανάγκη για γρήγορες πολιτικές αποφάσεις, έφεραν στην επιφάνεια τα όρια διαφόρων εθνικών συστημάτων υγείας.

Η βιβλιογραφία δηλαδή παρουσιάζει ότι η ανθεκτικότητα παραλληλίζεται και συνδέεται με τη θεσμική διακυβέρνηση, τους οικονομικούς πόρους, ενσωματώνει την ολιστική-καθολική κάλυψη, παρουσιάζει το επαρκές ανθρώπινο δυναμικό, αναφέρει την ανάπτυξη και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και επισημαίνει την ανάγκη την ψηφιακή ετοιμότητα.

Παρόλα αυτά διαπιστώνεται μεγάλη διαφοροποίηση στα συστήματά υγείας της κάθε χώρας ως προς τον βαθμό προσαρμοστικότητας και ανάκαμψης.

## 2.2 Δομικά Στοιχεία Συστημάτων Υγείας ( WHO Building Blocks)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2010) γίνεται κατανομή σε έξι βασικά δομικά στοιχεία των συστημάτων υγείας στην Παροχή υπηρεσιών υγείας ,στο Ανθρώπινο δυναμικό, στα Πληροφορικά Συστήματα της κάθε χώρας, την ανάγκη για πρόσβαση σε φάρμακα και τεχνολογίες, την έννοια της χρηματοδότησης , και για την διακυβέρνηση και την Υγεία.

Η ανθεκτικότητα εξαρτάται από την συνοχή και την λειτουργική διασύνδεση αυτών των στοιχείων αλλά σίγουρα η αδυναμία σε ένα από αυτούς τους τομείς θα υπάρχουν αλλαγές.

Κατά την πανδημία του Covid-19 οι χώρες με ισχυρά πληροφοριακά συστήματα μπόρεσαν να παρακολουθούν την εξάπλωση της νόσου σε πραγματικό χρόνο ενώ τα συστήματα με επαρκή ανθρώπινο δυναμικό παρουσίασαν μικρότερη λειτουργική ρύθμιση. Ενώ συστήματα με χαμηλότερο οικονομικό υπόβαθρο και μη επαρκή ανθρώπινο δυναμικό παρουσίασαν ιδιαίτερα προβλήματα.

## 2.3 Διακυβέρνηση και Θεσμική Ικανότητα ως Πυλώνες Ανθεκτικότητας:

Η διακυβέρνηση αποτελεί ένα από τους κυριότερους πυλώνες της ανθεκτικότητας στα συστήματα υγείας. Η διεθνής βιβλιογραφία συγκλίνει την ικανότητα ενός συστήματος υγείας να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά σε υγειονομικές κρίσεις και να μην εξαρτάται μόνο από την επάρκεια υλικών και ανθρώπινων πόρων. Προτείνει στην καλή θεσμική οργάνωση και στην ορθή λήψη αποφάσεων. Σύμφωνα λοιπόν με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η διακυβέρνησή

περιγράφεται από στρατηγική κατεύθυνση, ρυθμιστική εποπτεία την λογοδοσία και σίγουρα τη διαφάνεια ως προς την λήψη αποφάσεων. Κατά την πανδημία λοιπόν η ποιότητα της διακυβέρνησης αναδείχθηκε ως ο κυρίως παράγοντας στο να παρουσιάσει την διαφοροποίηση των συστημάτων υγείας ως προς την αποτελεσματικότητα της διαχείρισης της πανδημίας.

Η άμεση διασπορά που έγινε στην κοινότητα ανάγκασε τα συστήματα υγείας να ενεργοποιήσουν τους μηχανισμούς έκτακτης ανάγκης , την λήψη κατ'οικον περιορισμού , συντονισμό μεταξύ διάφορων υπουργείων , την επαρκή επικοινωνία με τους πολίτες και την ευελιξία στην εφαρμογή διάφορων πολιτικών.

Έτσι με αυτό τον τρόπο η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα συστήματα υγείας με κεντρικό συντονισμό και ξεκάθαρο ιεραρχικό πλαίσιο κατάφεραν να εφαρμόσουν ποιο λειτουργικές στρατηγικές δημόσιας υγείας. Παράλληλα οι χώρες με καταμερισμών αρμοδιοτήτων αντιμετώπισαν προβλήματα, ασυνέπειες και διοικητικές δυσλειτουργίες.

### 2.3.1 Κεντρικός Συντονισμός έναντι Αποκεντρωμένων μοντέλων:

Σύμφωνα με την διεθνής βιβλιογραφία η επικέντρωση στο ερώτημα κατά πόσο τα κεντρικά ή τα αποκεντρωμένα συστήματα υγείας είναι περισσότερο ανθεκτικά η απάντηση είναι με βάση τα δεδομένα της πανδημίας κανένα από τα μοντέλα αυτά δεν είναι απόλυτα ορθό. Παράλληλα σε περιόδους μεγάλων υγειονομικών κρίσεων η ύπαρξη κεντρικού συντονισμού διευκόλυνε την λήψη ενιαίων αποφάσεων .

Με βάση τις μελέτες που έγιναν από το OECD (2020) οι χώρες που απέδειξαν ότι κατάφεραν να δημιουργήσουν ενιαίο κέντρο λήψης αποφάσεων κατάφεραν να έχουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στα συστήματα υγείας, καλύτερη διαχείριση των περιοριστικών μέτρων και καλύτερο έλεγχο της μετάδοσης και εξάπλωσης της πανδημίας. Παρουσιάστηκε έντονη αναπροσαρμογή πολιτικών σε τοπικό επίπεδο όταν υπήρξαν μηχανισμοί συντονισμού.

Έτσι, η ισορροπία μεταξύ κεντρικής καθοδήγησης αποδείχθηκε βασικό στοιχείο θεσμικής ανθεκτικότητας.

### 2.3.2 Διαφάνεια λογοδοσία και κοινωνική εμπιστοσύνη

Η διακυβέρνηση δεν αποτελείται από διοικητική οργάνωση μόνο αλλά περιλαμβάνει και τη σχέση κράτους κοινωνίας. Η εμπιστοσύνη των πολιτών απέναντι στη πολιτεία αποτέλεσε αποκλειστικό παράγοντα συμμόρφωσης στη δημόσια υγεία.

Στη βιβλιογραφία επισημαίνονται ότι οι κοινωνίες με υψηλή θεσμικής εμπιστοσύνη, αποδέχθηκαν καλύτερα τα περιοριστικά μέτρα, η δημοσιοποίηση των δεδομένων ενίσχυσε τη νομιμοποίηση των πολιτικών, η ενδεδειγμένη επικοινωνία, μείωσε την παραπληροφόρηση.

Αντιθέτως, ασυνέπειες ή λανθασμένα μηνύματα οδήγησαν σε σύγχυση και μειωμένη κοινωνική συμμόρφωση. Έτσι η πανδημία ανέδειξε ότι η θεσμική αξιοπιστία λειτουργεί θετικά στις παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας.

### 2.3.3 Η περίπτωση συστημάτων σε μεταβατικό στάδιο

Έντονο ενδιαφέρον προκάλεσαν τα συστήματα υγείας που βίωναν αλλαγές κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εκδήλωση προβλημάτων μέσα σε μια υγειονομική κρίση που απαιτούσαν θεσμική αναδιοργάνωση. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα μεταβατικά συστήματα παρουσιάζουν περιορισμένη θεσμική σταθερότητα, ανεπαρκής διοικητικούς μηχανισμούς και εξωτερικούς κινδύνους. Ωστόσο, αν υπάρξουν ισχυρές πολιτικές βουλήσεις επιδιώκεται υψηλός βαθμός προσαρμοστικότητας.

### 2.3.4 Κριτική σύνθεση

Η ανάλυση της διεθνούς βιβλιογραφίας αποδεικνύει ότι οι θεμελιώδης αρχή της ανθεκτικότητας είναι η διακυβέρνηση. Η έλλειψη εστιασμένων μελετών από μικρά κράτη με περιορισμένους πόρους και μεταβατικό σύστημα παραμένουν μειωμένα. Η συγκεκριμένη έννοια αποκτά ιδιαίτερη σημασία στη παρούσα μελέτη, αφού η σύμπτωση μεταρρύθμισης και πανδημίας δεν έχουν επαρκής διερεύνηση στη διεθνή βιβλιογραφία.

## 2.4 Καθολική Κάλυψη Υγείας και Κοινωνικές Ανισότητες

Η καθολική κάλυψη υγείας (Universal Health Coverage – UHC) είναι η αρχή των συγχρόνων συστημάτων υγείας και έχει ως σκοπό τη διατήρηση της ανθεκτικότητας. Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας, η καθολική κάλυψη ορίζεται ως η παροχή και η πρόσβαση όλων των πολιτών σε υψηλές υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές δυσκολίες. Η έννοια αυτή δεν περιορίζεται σε τυπική πρόσβαση αντίθετα περιλαμβάνει τη διαθεσιμότητα, την οικονομική προστασία και την ισότητα στη χρήση υπηρεσιών υγείας. Η πανδημία ανέδειξε τη σημασία της καθολικής κάλυψης. Οι χώρες που είχαν ιδιωτικά συστήματα υγείας παρουσίασαν έντονα προβλήματα, ενώ οι χώρες με δημόσια συστήματα υγείας κατάφεραν να εφαρμόσουν καθολική κάλυψη υγείας συμπεριλαμβανομένου του ευάλωτου πληθυσμού.

#### 2.4.1 Η καθολική κάλυψη ως μηχανισμός ανθεκτικότητας:

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η καθολική κάλυψη λειτουργεί ως προστασία σε περιόδους υγειονομικών κρίσεων. Αν η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δεν εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα τότε το σύστημα μπορεί να παρουσιάσει απρόσμενες αυξήσεις και αν δημιουργηθούν αποκλεισμοί.

Η πανδημία, η ανάγκη για διαγνωστικά τεστ, νοσηλείες και εμβολιασμοί παρουσίασαν την υγεία δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται σαν ατομική ευθύνη αλλά ως συλλογικό αγαθό. Σε ομάδες που δεν υπήρχε η οικονομική ευχέρεια παρατηρήθηκαν καθυστερήσεις σε διαγνωστικούς ελέγχους, θεραπευτικές επιλογές και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την μεγαλύτερη διασπορά του ιού στην κοινότητα και το ευρύτερο περιβάλλον.

Άρα η καθολική κάλυψη δεν αποτελεί μόνο κοινωνική πολιτική αλλά και ένα μέτρο που μπορεί να εφαρμόζεται επιδημιολογικός έλεγχος. Η πρώιμη πρόσβαση στην φροντίδα βοηθά στην μείωση της μετάδοσης και στη προάσπιση της δημόσιας υγείας.

#### 2.4.2 Κοινωνικές ανισότητες και Υγειονομικές Κρίσεις:

Η πλέον γνωστή πανδημία δεν επηρέασε όλους τους πληθυσμούς με τον ίδιο τρόπο. Η διεθνής βιβλιογραφία καταγράφει ότι οι ευπαθείς ομάδες σε κοινωνικά ή οικονομικά θέματα παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά επιμολύνσεων από τον ιό, επιπλοκές κατά την νοσηλεία και με αποτέλεσμα την αυξημένη θνησιμότητα. Οι κυριότεροι επιβαρυντικοί παράγοντες ήταν τα εισοδηματικά κριτήρια, η εργασιακή ανασφάλεια, οι συνθήκες στέγασης, η ενημέρωση από έγκυρες πηγές ενημέρωσης, . Οι χώρες με τυπικά καθολική κάλυψη συνέχισαν να παρουσιάζουν ανισότητες. Η μη ίση γεωγραφική κατανομή , η περιορισμένη πρόσβαση στην ψηφιακή υγεία δημιούργησαν περισσότερες δυσκολίες. Έτσι η ανθεκτικότητα δεν αποτελείται μόνο από την ύπαρξη καθολικής κάλυψης αλλά και από την ουσιαστική ισότητα στην εφαρμογή και διαχείρισή της.

#### 2.4.3 Χρηματοδότηση και Βιωσιμότητα

Πολύ μεγάλο κομμάτι που παρουσιάστηκε, αναλύθηκε και συζητήθηκε ήταν η βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας κάτω από συνθήκες μεγάλης δημοσιονομικής πίεσης. Κατά την διάρκεια της πανδημίας παρουσιάστηκαν αυξήσεις και μεγάλες δαπάνες σε υγειονομικό υλικό, ενίσχυση των μονάδων εντατικής θεραπείας , επενδύσεις για δημιουργία εμβολιαστικών κέντρων και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι τα συστήματα που είχαν σταθερούς μηχανισμούς χρηματοδότησης και επαρκής αποθέματα παρουσίασαν ανοχή και αντοχή στην πανδημία ενώ τα συστήματα που ήταν εξαρτημένα από μη σταθερές πηγές χρηματοδότησης αντιμετώπισαν μεγάλες δυσκολίες στην σταθερή και απρόσκοπτη λειτουργία τους.

Άρα η οικονομική ανθεκτικότητα αποτελεί το μεγαλύτερο και ένα από τα κύρια στοιχεία θεσμικής ανθεκτικότητας.

#### 2.4.4 Καθολική Κάλυψη και Κοινωνική εμπιστοσύνη:

Όσον αφορά την ενίσχυση της εμπιστοσύνης των πολιτών προς το σύστημα υγείας και τους κρατικούς θεσμούς η πανδημία ήταν ένα γέρο κίνητρο για την ανασκόπηση της κοινωνικής

εμπιστοσύνης αφού η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ήταν μεγάλο κομμάτι για την αντίληψη του πληθυσμού σε θέματα δικαιοσύνης και ισότητας στα συστήματα υγείας.

Οι πολίτες θεώρησαν ότι το σύστημα υγείας λειτουργεί δίκαια και χωρίς διακρίσεις και ήταν περισσότερο πρόθυμοι να αποδεχθούν περιορισμούς στην καθημερινότητα τους . Έτσι η εμπιστοσύνη λειτούργησε ως κοινωνικός παράγοντας με σκοπό την ανταπόκριση στην κρίση.

#### 2.4.5 Κριτική Σύνοψη:

Η ανάλυση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφέρει και συνεισφέρει στο να αντιληφθούμε ότι η καθολική κάλυψη αποτελεί βασικό πυλώνα της ανθεκτικότητας .Από μόνη της όμως η καθολική κάλυψη δεν μας εγγυάται ότι θα υπάρχει ένα γερό σύστημα υγείας. Η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την : 1) επάρκεια σε χρηματικούς πόρους, 2) οργανωτική τάξη και συνοχή, 3) γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών,4) σύγχρονα πληροφορικά συστήματα . Εδώ παρατηρείται έλλειψη στις εστιασμένες μελέτες που εξετάζουν και παρουσιάζουν ότι τα νεοσύστατα συστήματα υγείας παρέχουν καθολική κάλυψη και ανταποκρίνονται στις υγειονομικές κρίσεις.

#### 2.5 Ανθρώπινο Δυναμικό:

Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον κυριότερο πυρήνα κάθε συστήματος υγείας και καθοριστικό παράγοντα της λειτουργικής ανθεκτικότητας. Όταν δεν υπάρχει επαρκές προσωπικό και να είναι επαρκές εκπαιδευμένο και με ψυχικά αποθέματα όσο και να είναι επαρκές οικονομικά καταρτισμένο το σύστημα υγείας δεν υπάρχει ανταπόκριση.

Η πανδημία που επηρέασε όλα τα συστήματα υγείας ανά το παγκόσμιο παρουσίασε ότι η ανθεκτικότητα δεν είναι μόνο θεσμικό ή οικονομικό ζήτημα αλλά και βαθιά ανθρώπινο. Οι επαγγελματίες υγείας που αναγκάστηκαν να είναι στην πρώτη γραμμή σε μια περίοδο μεγάλης υγειονομικής κρίσης αντιμετώπισαν μεγάλες προκλήσεις όπως αυξημένο φόρτο εργασίας, υψηλό κίνδυνο έκθεσης αλλά και μετάδοσης του ιού, συναισθηματική κόπωση, ηθικά και δεοντολογικά διλήμματα με την κατανομή πόρων, αβεβαιότητα, και διαχείριση και εναλλαγές στα πρωτόκολλα.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι αν υπήρχε επαρκές προσωπικό πριν την έξαρση της πανδημίας θα δρούσε θετικά στην δυνατότητα ανταπόκρισης και διαχείρισης της πανδημίας. Τα

συστήματα που παρουσίαζαν έλλειψη προσωπικού βρέθηκαν σε οριακή κατάσταση και το προσωπικό οδηγήθηκε στην επαγγελματική εξουθένωση (Burn-out). Εν αντίθεσή τα συστήματα με επαρκές προσωπικό παρουσίασαν μεγαλύτερη σταθερότητα στην διαχείριση της πανδημίας, οι ασθενείς έλαβαν καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα και δεν ο αριθμός του προσωπικού που οδηγήθηκε σε επαγγελματική εξουθένωση ήταν λιγότερος.

#### 2.5.1 Ελλείψεις Προσωπικού και Διαρθρωτικές Αδυναμίες:

Πριν το ξέσπασμα της πανδημίας σε διάφορα ευρωπαϊκά κράτη η υποστελέχωση ήταν συχνό φαινόμενο και κυρίως αφορούσε το νοσηλευτικό προσωπικό και κάποιες ιατρικές ειδικότητες. Η πανδημία κατάφερε να επιδεινώσει αυτή την κατάσταση αφού το περισσότερο προσωπικό τέθηκε σε καραντίνα αφού ήρθε σε επαφή είτε λόγω έλλειψης προσωπικού δούλευαν αρκετές ώρες και είχαν μεγαλύτερη επαφή και επιρροή στην μετάδοση, χρειαζόταν στελέχωση στις μονάδες εντατικής θεραπείας και έγινε και αναστολή επειγουσών υπηρεσιών.

Η σωστή ανακατανομή ανθρώπινων πόρων αποτέλεσε το βασικότερο εργαλείο διαχείρισης της κρίσης αλλά ταυτόχρονα δημιούργησε αρκετά προβλήματα στην μη-Covid φροντίδα. Αυτό δημιουργήθηκε αφού λόγω υποστελέχωσης έγιναν μετακινήσεις προσωπικού από άλλα τμήματα στα τμήματα πρώτης γραμμής για την σωστή διαχείριση της πανδημίας. Έτσι συμπεραίνουμε ότι η ανθεκτικότητα δεν αποτελείται από αριθμούς και σε αναλογία προσωπικού αλλά και με την ευελιξία στο πως θα κατανεμηθεί το προσωπικό.

#### 2.5.2 Επαγγελματική εξουθένωση ( burn-out)

Ένα και μάλλον το πιο δύσκολο κομμάτι που αποτέλεσε πρόκληση κατά την πανδημία ήταν τα αποδεδειγμένα φαινόμενα επαγγελματικής εξουθένωσης του προσωπικού. Σε πολλές μελέτες γίνονται αναφορές για έντονη ψυχική κόπωση, επεισόδια άγχους και στρες, καταθλιπτικά στοιχεία και έντονες διαταραχές ύπνου

Η παρατεταμένη διάρκεια της υγειονομικής κρίσης ενίσχυσε την αύξηση ψυχολογικής επιβάρυνσης. Η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελούσε μόνο ατομικό πρόβλημα αλλά επηρέασε άμεσα την ποιότητα φροντίδας, την λήψη αποφάσεων και την εκτεταμένη βιωσιμότητα του συστήματος.

Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα συστήματα που είναι ποιο ανθεκτικά οφείλουν να διαθέτουν μηχανισμούς υποστήριξης και προστασίας του προσωπικού και σωστές στρατηγικές διαχείρισης υγειονομικών κρίσεων.

### 2.5.3 Εκπαίδευση και Μάθηση:

Η ικανότητα ταχείας εκπαίδευσης και αναβάθμιση δεξιοτήτων αποτέλεσε κρίσιμο παράγοντα προσαρμοστικότητας. Η διαχείριση ασθενών με κορονοϊό, η χρήση και εφαρμογή νέων θεραπευτικών μοντέλων η εφαρμογή εμβολιαστικής κάλυψης απαιτούσαν συνεχή εκπαίδευση και κατάρτιση. Παράλληλα η οργανωτική μάθηση αναδείχθηκε ως στοιχείο δυναμικής ανθεκτικότητας. Τα συστήματα που ενσωμάτωσαν μηχανισμούς ανατροφοδότησης και ταχείας προσαρμογής πρωτοκόλλων είχαν καλύτερη απόδοση. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον καθοριστικότερο παράγοντα ανθεκτικότητας. Παρόλα αυτά παρουσιάζονται σε πολλές μελέτες το γίνεται έμφαση σε μεγάλα συστήματα υγείας μεγάλων κρατών και όχι τόσο σε μικρά σύστημα υγείας σε μικρά κράτη.

## 2.6 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας- Πυλώνας Ανθεκτικότητας:

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) χαρακτηρίζεται ως η θεμελιώδεις αρχή των ανθεκτικών συστημάτων υγείας. Η διακήρυξη Alma-Ata (1978) και η ποιο σύγχρονη διακήρυξη του Astana (2018) τονίζουν ότι η ισχυρή πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί ισχυρή προϋπόθεση για τη καθολική κάλυψη, κοινωνική ισότητα και βιώσιμη ανάπτυξη. Αναφορικά η ΠΦΥ στην περίοδο της πανδημίας θεωρήθηκε ως κρίσιμος μηχανισμός πρώτης γραμμής με κύριο σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, τη παρακολούθηση των ασθενών, και την διατήρηση της φροντίδας τους.

Η ανθεκτικότητα ενός συστήματος υγείας εξαρτάται σε μεγάλο ποσοστό από την ικανότητα του να γίνεται σωστή διαχείριση την χρονική στιγμή που υπάρχει αυξημένη ζήτηση χωρίς να επηρεάζεται η νοσοκομειακή δομή. Έτσι η ΠΦΥ είναι ο κρίκος αποσυμφορήσεις των πιέσεων που δέχονται η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια.

### 2.6.1 Η ΠΦΥ στη διαχείριση της πανδημίας:

Κατά την χρονική περίοδο της πανδημίας η ΠΦΥ συνέδραμε οριστικά με ποικίλους τρόπους. Σκοπός της ΠΦΥ ήταν η έγκαιρη αναγνώριση και διαλογή υπόπτων περιστατικών, συμβουλευτική

καθοδήγηση πολιτών για διαγνωστικό έλεγχο, παρακολούθηση και αξιολόγηση ασθενών με ήπια συμπτωματολογία στη κοινότητα, συνέχιση και διατήρηση της φροντίδας για τους χρόνιους ασθενείς και υποστήριξη εμβολιαστικών προγραμμάτων.

Σε χώρες τώρα που το σύστημα υγείας ήταν εδραιωμένο και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν ήταν ημιτελής η διαχείριση των ασθενών ήπιας έως και χαμηλής βαρύτητας και συμπτωμάτων που παρέμεναν εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος συνέβαλλαν θετικά στην διαχείριση της πανδημίας. Η θετική ανταπόκριση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κατάφερε να αποσυμφορήσει τις νοσοκομειακές δομές και να υπάρχουν κρεβάτια Μονάδων εντατικής θεραπείας για την φροντίδα βαρέων πασχόντων. Αναφορικά με συστήματα με μη στελεχωμένη ΠΦΥ οδηγήθηκαν σε υπερφόρτωση των νοσοκομειακών κέντρων.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι η ύπαρξη του Προσωπικού Ιατρού (ΠΙ) ή του οικογενειακού ιατρού συνέβαλε θετικά και ενίσχυσε την συνέχεια της φροντίδας και την καθοδήγηση των πολιτών προς τις υγειονομικές οδηγίες. Ο μηχανισμός κοινωνικής σταθεροποίησης ήταν σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ Ιατρού και ασθενή.

#### 2.6.2 Η φροντίδα με τα χρόνια περιστατικά:

Σημαντικό πρόβλημα που προέκυψε κατά την διάρκεια της πανδημίας ήταν η διακοπή ή καθυστέρηση εξυπηρέτησης ασθενών που δεν νόσησαν από τον ιό. Μερικά προβλήματα που προέκυψαν ήταν η δυσκολία αξιολόγησης χρόνιων πασχόντων, διακοπή προληπτικής ιατρικής-νοσηλευτικής, αναστολή χειρουργικών επεμβάσεων. Σε αυτό το σημείο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έπαιξε κρίσιμο ρόλο για τις ευάλωτες ομάδες. Έγινε χρήση της τηλεϊατρικής από αρκετές χώρες. Εντούτοις αν και προοδευτικό βήμα δεν μπορούσε να μην παρουσιάσει προβλήματα αφού η διαθεσιμότητα για τηλεϊατρική δεν μπορούσε να παρασχεθεί σε όσους δεν είχαν τον εξοπλισμό, η εκπαίδευση των επαγγελματιών ήταν μειωμένη και σχεδόν μηδενική στην ιατρική εξ αποστάσεως, και δεν υπήρχαν και τα οικονομικά κονδύλια για την εδραίωση της τηλεϊατρικής στην ΠΦΥ. Αυτό επέφερε σε καθυστερημένες παρεμβάσεις και έμμεσες απώλειες υγείας.

### 2.6.3 ΠΦΥ και κοινωνική ισότητα- θεσμική ενσωμάτωση και συντονισμός:

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει άμεσο ρόλο με την μείωση των ανισοτήτων. Κατά το χρονικό πλαίσιο της πανδημίας οι ευάλωτες ομάδες σε οικονομικό επίπεδο αντιμετώπισαν μεγάλες προκλήσεις αφού δεν είχαν επαρκή πρόσβαση σε πληροφορίες και ιατρική περίθαλψη. Σκοπός των τοπικών δομών ΠΦΥ ήταν να διευκολύνουν την πρόσβαση σε όλο το πληθυσμό. Αυτό μας αποδεικνύει ότι η παρουσία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιορίζει την δημιουργία κενών σε μακρινές περιοχές.

Η ΠΦΥ είχε μεγάλο στοιχείο κατά την διάρκεια της πανδημίας. Η ανθεκτικότητα και η αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ εξαρτήθηκε από το συνολικό σύστημα υγείας. Η ανθεκτικότητα απαιτούσε α) σαφή πρωτόκολλα για παραπομπές, β) κοινά πληροφορικά συστήματα για ορθή μετάδοση της πληροφορίας, γ) κεντρικό συντονισμό. Η πανδημία παρουσίασε ότι η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό πυλώνα και αναπόσπαστο οργανικό κομμάτι ενός ολοκληρωμένου συστήματος.

### 2.6.4 Κριτική Σύνοψη:

Η διεθνής βιβλιογραφία καταλήγει σε ένα ισχυρό μήνυμα . Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί βασικό παράγοντα την ανθεκτικότητας αφού αποσυμφορεί τα νοσοκομεία, παρέχει συνεχόμενη φροντίδα σε ασθενής που δεν έχουν εντοπιστεί θετικοί στον ιό. μειώνει ανισότητες, ενισχύει την κοινωνική εμπιστοσύνη και μειώνει κοινωνικούς αποκλεισμούς.

Όμως η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δίνει περιορισμένη λειτουργία σε συστήματα που έχουν μεταβατικό στάδιο ή είναι υπό αναδιάρθρωση. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι η μελέτη της ανθεκτικότητας ενός νεοσύστατου συστήματος παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί ενδιαφέρον ερευνητικό αντικείμενο.

### 2.7 Ψηφιακή Υγεία και Πληροφοριακά Συστήματα ως παράγοντες ανθεκτικότητας:

Η ψηφιακή υγεία ( digital health) καθώς και τα ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα συντέλεσαν θετικά στην πανδημία και είχαν καθοριστικούς ρόλους λειτουργικής και οργανωτικής ανθεκτικότητας. Η δυνατότητα του να μπορείς να συλλέγεις να αναλύεις και να αξιοποιείς δεδομένα σε πραγματικό χρόνο των πολιτικών δημόσιας υγείας επηρέασαν την

αποτελεσματικότητα των πολιτικών δημόσιας υγείας, τον επιδημιολογικό έλεγχο και την ανακατανομή των πόρων.

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα συστήματα υγείας με προχωρημένη και καταρτισμένη ψηφιακή υποδομή κατάφεραν να έχουν γρηγορότερη ανίχνευση και ιχνηλάτηση των κρουσμάτων, καλύτερος έλεγχος στην νοσηρότητα, έλεγχος στα ποσοστά θνησιμότητας, καλύτερος διαχωρισμός των πόρων και καλύτερο συντονισμό μεταξύ των υπηρεσιών.

Έτσι η ψηφιακή ετοιμότητα είναι σημαντικό στοιχείο ανθεκτικότητας και διαφάνειας στην περίοδο λήψης αποφάσεων και της λειτουργίας του συστήματος.

### 2.8 Μικρά Κράτη και Συστήματα Υγείας σε μεταβατικό στάδιο:

Η διεθνής βιβλιογραφία αναφορικά με την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας έχει επικεντρωθεί σε μεγάλες χώρες και σε συγκριτικά πολυεθνικές μελέτες. Τα μικρά κράτη παρουσιάζουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μπορεί να μεταβάλουν τόσο τη λειτουργία αλλά και την ικανότητα της προσαρμογής των συστημάτων υγείας. Κύριοι παράγοντες χαρακτηρίστηκαν ο αριθμός του πληθυσμού, η μειωμένη αναζήτηση αγοράς εργασίας, η εξαρτητική σχέση με τους εισαγόμενους πόρους, η στενή σχέση πολιτικών και διοικητικών δομών. Αυτό δημιούργησε ένα άλλο θεσμικό περιβάλλον.

Ωστόσο τα μικρά κράτη είχαν πλεονεκτήματα όπως: γρηγορότερη λήψη αποφάσεων, μειωμένη γραφειοκρατία, και άμεση επικοινωνία μεταξύ των φορέων,

Δεν μπορούσαν όμως να υπάρχουν και περιορισμοί όπως το μειωμένο ανθρώπινο δυναμικό, περιορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες και μια γενικότερη ευαισθησία σε εξωτερικές διαταραχές όπως μειωμένη εφοδιαστική κίνηση.

Η πανδημία παρουσίασε ταυτόχρονα και τις δύο αυτές πτυχές των μικρών κρατιδίων. Σε κάποιες περιπτώσεις το μικρό μέγεθος συνείσφερε στην ταχύτερη κινητοποίηση αλλά σε άλλες περιπτώσεις οδήγησε σε αυξημένες πιέσεις στις υποδομές.

### 2.8.1 Θεσμική Μεταρρύθμιση:

Έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσίασαν τα συστήματα υγείας που βρίσκονταν σε μεταρρυθμιστικό στάδιο αλλαγών κατά την διάρκεια της πανδημίας. Η εφαρμογή θεσμικών αλλαγών και διαχείριση της υγειονομικής κρίσης δημιούργησαν ένα έντονο συναίσθημα που χαρακτηριζόταν από αβεβαιότητα.

Η θεσμική αλλαγή ενός συστήματος υγείας μπορεί να λειτουργεί με δύο όψεις. Μπορεί να χαρακτηριστεί από πλεονεκτήματα όπως ευελιξία στην προσαρμογή, δυνατότητα εφαρμογής νέων πρακτικών και λιγότερη θεσμική ακαμψία. Παρόλα αυτά υπάρχουν και αρκετά μειονεκτήματα που περιγράφονται ως περιορισμένη εμπειρία στις υγειονομικές κρίσεις, μη εδραιωμένοι μηχανισμοί συντονισμού, ελλείψεις σε οργανωτικές δομές και ωριμότητα.

Αναφορικά με την διεθνής βιβλιογραφία η απόδειξη ότι τα μεταβατικά συστήματα υγείας δοκιμάζονται κατά την διάρκεια υγειονομικών κρίσεων και σίγουρα δεν υπάρχει σταθεροποίηση των εσωτερικών δομών.

### 2.8.2 Δομική Εξάρτηση και Μειωμένοι Πόροι:

Πολλές φορές τα μικρά κράτη είναι εξαρτημένα από τις εισαγωγές ιατροφαρμακευτικού υλικού, στην εκπαίδευση του προσωπικού και σε διεθνής συνεργασίες με εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Στην χρονική περίοδο της πανδημίας η διακοπή διεθνών εφοδιαστικών αλυσίδων και οι περιορισμοί μετακινήσεων ανέδειξαν τη δομική ευαλωτότητα αυτών των συστημάτων.

Η ανθεκτικότητα σε τέτοια συστήματα υγείας δεν εξαρτάται μόνο από εσωτερικούς παράγοντες αλλά και από την ικανότητα διεθνών συνεργασιών και με την συνεισφορά της ευρωπαϊκής ή περιφερειακής κοινότητας.

### 2.8.3 Θεσμική Μάθηση και Μακροπρόθεσμη ενίσχυση:

Η εμπειρία της πανδημίας είχε εκτελεστικό παράγοντα στην εδραίωση της θεσμικής μάθησης. Στα συστήματα όπου ήταν σε μεταβατικό επίπεδο κατάφεραν τα επιταχύνουν στην θεσμοθέτηση μηχανισμών διαχείρισης κρίσεων , στην ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) , στην βελτίωση της ψηφιακής υγείας και υποδομές και στην αναθεώρηση πολιτικών που συνεισφέρουν στην χρηματοδότηση και στην εξασφάλιση πόρων.

Η βιβλιογραφία τονίζει ότι η ανθεκτικότητα δεν είναι στατικό χαρακτηριστικό αλλά διαδικασία εξέλιξης. Η ικανότητα που έχει ένα σύστημα υγείας να ενσωματώνει διδάγματα αποτελεί βασικό πυλώνα και κρίσιμο δείκτη μακροπρόθεσμης σταθερότητας.

Έτσι η ανάλυση των μικρών και μεταβατικών συστημάτων υγείας παρουσιάζουν ένα διπλό σχήμα. Ενώ υπάρχει ευελιξία και ταχύτητα στην λήψη αποφάσεων που μπορούν να ενισχύσουν την βραχυπρόθεσμη ανταπόκριση η μειωμένη θεσμική ωριμότητα και οι δομικοί περιορισμοί λογικά χειροτερεύουν την μελλοντική σταθερότητα. Έτσι η περιορισμένη συστηματική μελέτη περιπτώσεων όπου η εφαρμογή καθολικής κάλυψης αφού ήταν την ίδια χρονική στιγμή με την πανδημία. Η συγκεκριμένη φάση απαιτεί εκτενέστερο ερευνητικό πλαίσιο για την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας σε περιόδους μεταβατικές.

## 2.9 Κριτική σύνθεση της βιβλιογραφίας στον εντοπισμό ερευνητικού κενού:

Η ανάλυση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας παρουσιάζει αρκετά σταθερά και επαναλαμβανόμενα συμπεράσματα. Αρχικά η ανθεκτικότητα δεν αποτελεί μονοδιάστατη έννοια αλλά περιπλέκονται αρκετοί παράγοντες όπως οι θεσμοί, η χρηματοδότηση, η κοινωνία. Παράλληλα, η αποτελεσματική διαχείριση της υγειονομικής κρίσης εξαρτήθηκε από την συνοχή των δομικών στοιχείων που ήταν η διακυβέρνηση, η καθολική κάλυψη, το ανθρώπινο δυναμικό η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) και οι ψηφιακές υποδομές.

Η βιβλιογραφία παραπέμπει στο εξής. Τα συστήματα υγείας που είχαν ισχυρή δημόσια χρηματοδότηση, θεσμική διαφάνεια και οργανωτική συνοχή απέδειξαν μεγαλύτερη ικανότητα προσαρμογής. Σε αυτό βοήθησαν η καθολική κάλυψη, η προάσπιση και η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας. Με τα ποιο πάνω συνέχισε να παρέχεται η φροντίδα και η μείωση κοινωνικών ανισοτήτων. Το ανθρώπινο δυναμικό αναδείχθηκε ως ο ποιο ευάλωτος αλλά και κύριο παράγοντας ενώ η ψηφιακή υγείας λειτούργησε ως επιταχυντής προσαρμογής.

Παρόλο που υπάρχει πλούσιο υλικό βιβλιογραφίας παρουσιάζονται αρκετά κενά. Γίνεται περισσότερο εντοπισμός βιβλιογραφίας για μεγάλα κράτη ή σύγκριση μεταξύ δύο κρατών με παγωμένα συστήματα υγείας. Δεν δίνεται τόσο έμφαση σε μικρά κράτη που οι δομικοί

περιορισμοί και η μειωμένη κλίμακα επηρεάζουν διαφορετικά την διαχείριση της πανδημίας ή των υγειονομικών κρίσεων.

Τονίζεται ότι οι περιορισμένες μελέτες παρουσιάζουν εξετάσεις περιπτώσεων όπου η εφαρμογή ενός συστήματος καθολικής υγειονομικής κάλυψης συνέδεσε χρονικά με την περίοδο της πανδημίας. Η παράλληλη θεσμική μετάβαση οδήγησε σε αβεβαιότητα κάτι το οποίο οδήγησε σε ευελιξία και ευαλωτότητα.

Η βιβλιογραφία ακόμη αναφέρει και αναλύει συχνά άλλες διαστάσεις της ανθεκτικότητας όπως το ανθρώπινο δυναμικό και την διακυβέρνηση χωρίς να εξετάζει την διασύνδεση ενός ενιαίου συστήματος. Έτσι παρατηρήθηκε έλλειψη ολοκληρωμένων προσεγγίσεων που να σχετίζονται με θεσμικούς, οργανωτικούς και κοινωνικούς παράγοντες σε μια συνεκτική ανάλυση.

Στο πλαίσιο αυτό διατυπώνεται το εξής ερευνητικό κενό. Αρχικά δεν έχει εξεταστεί σε μεγάλο βαθμό όταν ένα νεοσύστατο σύστημα καθολικής κάλυψης σε ένα μικρό κράτος μπορεί να ενισχύσει αλλά μπορεί και να περιορίσει την ανθεκτικότητα κατά την διάρκεια μιας εκτεταμένης σε χρονικό πλαίσιο υγειονομική κρίση. Επίσης δεν έχει γίνει έκταση για την αλληλεπίδραση μεταξύ θεσμικής μετάβασης και διαχείριση της κρίσης. Επίσης υπήρξε μειωμένη εμπειρική τεκμηρίωση σχετικά το πώς η διακυβέρνηση, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οι ψηφιακή υγεία συντέλεσαν ως πυλώνες μεταρρύθμισης κατά την διάρκεια της κρίσης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να προσπαθήσει να καλύψει το κενό αυτό δίνοντας απόψεις στις προκλήσεις που αντιμετώπισε το σύστημα υγείας κατά την πανδημία του κορονοϊού, και να αναλύσει την καθολική κάλυψη ενός νεοσύστατου συστήματος. Με την δημιουργία διεθνούς βιβλιογραφίας και σε εστίαση συγκεκριμένης περίπτωσης επιδιώκεται η συνεισφορά στη συζήτηση αναφορικά με την ανθεκτικότητα συστημάτων υγείας σε μεταβατικές περιόδους.

### Κεφάλαιο 3:

#### Μεθοδολογία:

Η συγκεκριμένη μελέτη βασίζεται σε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση (systemic literature review) με κύριο στόχο τη συγκέντρωση, αξιολόγηση και σύνθεση διαθέσιμης επιστημονικής γνώσης αναφορικά με την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας κατά την

πανδημία του Covid-19 και γίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα μικρότερα κράτη και συστήματα υγείας που ήταν σε μεταβατική φάση.

Η επιλογή της συστηματικής ανασκόπησης ως ερευνητικό εργαλείο κρίθηκε κατάλληλη διότι επιτρέπει την συστηματική και διαφανή διαδικασία επιλογής πηγών, μπορεί να αναπαραχθεί η ερευνητική διαδικασία, να γίνει κριτική αξιολόγηση της ποιότητας των μελετών και να δημιουργηθούν ερευνητικά ερωτήματα με θεματική ανάλυση. Η ανάλυση έγινε με βάση το πρωτόκολλο PRISMA με σκοπό την διασφάλιση της μεθοδολογικής διαφάνειας και επιστημονικής εγκυρότητας.

### 3.1 Ερευνητικό Ερώτημα και Πλαίσιο Ανάλυσης:

Το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα ήταν το εξής: << Σε ποιο βαθμό και με ποιους μηχανισμούς ένα νεοσύστατο σύστημα καθολικής κάλυψης σε μικρό κράτος συνέβαλε στην ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας κατά την πανδημία Covid-19>>

Η ανάλυση δομήθηκε γύρω από τους ακόλουθους θεματικούς άξονες: Διακυβέρνηση, Καθολική κάλυψη, Ανθρώπινο δυναμικό, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και Ψηφιακή Υγεία.

Αυτοί οι θεματικοί άξονες προέκυψαν από το πλαίσιο που έγινε εκτενής ανάλυση στο κεφάλαιο 2 .

### 3.2 Στρατηγική Αναζήτησης βιβλιογραφίας:

Η συστηματική αναζήτηση έγινε από διεθνείς επιστημονικές βάσεις δεδομένων όπως το PubMed, Scopus, Web of science και το Google Scholar .

Η αναζήτηση κάλυψε την χρονική περίοδο 2020-2024 με σκοπό την συμπερίληψη μελετών σχετικά με την πανδημία και τις επιπτώσεις της στα συστήματα υγείας.

Έγινε επίσης χρήση συνδέσμων και λέξεων κλειδιών όπως το Health system resilience, Covid-19, Universal health coverage , Primary health care , Health governance , Small states και το Health system reform.

Η αναζήτηση έγινε τόσο με τους τίτλους αλλά και με την χρήση περιλήψεων που εφαρμόστηκαν για την συγγραφή αγγλόφωνων δημοσιεύσεων.

Η συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων όπως αναφέρθηκαν πιο πάνω. Έγινε συμπληρωματική αναζήτηση σε Google Scholar για εντοπισμό τυχόν γκρίζας βιβλιογραφίας και επίσημων εκθέσεων διεθνών οργανισμών.

Στο PubMed “health system resilience OR health system adaptability”. “COVID-19 OR SARS-Cov-2” AND “universal health coverage” OR “Primary health care” OR “health governance”. “Small states” OR “health system reform”.

Στο Scopus “health system resilience” AND “COVID-19”, “universal health governance” OR “primary health care” OR “health governance” OR “small states” OR “health system reform”

Στο Web of Science “health system resilience” AND “COVID-19” AND “universal health coverage” OR “primary health care” OR “health governance” OR “health system reform”

Η αναζήτηση περιορίστηκε σε δημοσιεύσεις των χρονολογιών 2020 μέχρι και το 2024. Έγινε χρήση αγγλόφωνων μελετών και άρθρα δημοσιευμένα υπό την μορφή αξιολόγησης ( peer-reviewed) . Χρησιμοποιήθηκαν επίσημες εκθέσεις από οργανισμούς όπως WHO, OECD και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

### 3.3. Κριτήρια Ένταξης και αποκλεισμού:

Τα κριτήρια ένταξης περιγράφονται τα επιστημονικά άρθρα με αξιολογήσεις, οι μελέτες που εξετάζουν και εστιάζουν στην ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας, οι έρευνες σχετικά με την πανδημία, οι μελέτες που αναφέρουν την καθολική κάλυψη ή για τυχόν μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας και οι επίσημες εκθέσεις διεθνών οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, OECD, Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Κριτήρια αποκλεισμού θεωρήθηκαν: τα άρθρα χωρίς μεθοδολογία, οι μη επιστημονικές πηγές τα δημοσιογραφικά άρθρα, οι διπλές δημοσιεύσεις και σίγουρα οι μελέτες που δεν αναφέρονταν στο θέμα.

### 3.4. Διαδικασία Επιλογής Μελετών (PRISMA):

Η διαδικασία που εφαρμόστηκε περιγράφεται από τα πιο κάτω στάδια που ήταν αρχικός εντοπισμός άρθρων μέσω των βάσεων δεδομένων, αφαίρεση εγγράφων που ήδη υπήρχαν, ο

έλεγχος τίτλων και περιλήψεων για σαφήνεια, οι πλήρης ανάγνωση των επιλεγμένων μελετών και η τελική ένταξη στο δείγμα. Συνολικά εντοπίστηκαν τετρακόσιες δώδεκα εγγραφές μέσω των βάσεων δεδομένων. Μετά ακολούθησε η αφαίρεση εβδομήντα οκτώ που παρουσιάστηκαν ως διπλά έγγραφα και έτσι παρέμειναν τριακόσια τριάντα τέσσερα για να γίνει έλεγχος τίτλων και περιλήψεων. Κατά την διάρκεια του ελέγχου των τίτλων και των περιλήψεων αποκλείστηκαν διακόσια σαράντα ένα λόγο ασάφειας με το ερευνητικό ερώτημα. Στην συνέχεια αξιολογήθηκαν ακόμα ενενήντα τρεις μελέτες και από αυτές αποκλείστηκαν οι πενήντα οκτώ για του λόγους που προέκυψαν. Οι λόγοι αυτοί ήταν μη άμεση αναφορά στην ανθεκτικότητα των συστημάτων, η έλλειψη σαφούς μεθοδολογικής τεκμηρίωσης και κάποια άλλα γιατί δεν παρουσιάστηκαν κλινικά ή επιδημιολογικά δεδομένα και τέλος κάποια αποκλείστηκαν γιατί δεν υπήρχε σαφήνεια για την καθολική κάλυψη ή την μεταρρύθμιση στα συστήματα υγείας. Ο τελικός αριθμός μελετών που εφαρμόστηκαν στην μελέτη ήταν τριάντα πέντε.

Με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται ότι όλα όσα συμπεριλήφθηκαν στην διατριβή πληρούν τα προκαθορισμένα κριτήρια ποιότητας και συνάφειας.

### 3.5 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων:

Η ανάλυση των επιλεγμένων μελετών έγινε μέσω θεματικής ανάλυσης. Έγινε έλεγχος των πηγών και των αναφορών με βάση πέντε άξονες για την ανθεκτικότητα σε θεωρητικό πλαίσιο.

Η διαδικασία περιλάμβανε την ανάγνωση και επαναληπτική ανασκόπηση των μελετών, τον εστιασμό σε βασικές έννοιες και επαναλαμβανόμενα μοτίβα, την συλλογή και κατηγοριοποίηση των ευρημάτων σε θεματικές ενότητες και την σύνταξη των αποτελεσμάτων

### 3.6 Περιορισμοί:

Κατά την διάρκεια της συλλογής δεδομένων τέθηκαν ορισμένοι περιορισμοί που θεωρήθηκαν η μέτρια χρήση αγγλόφωνων δημοσιεύσεων, η δημοσιευτική μεροληψία, ο περιορισμένος αριθμός μελετών για μικρά κράτη και η απουσία πρωτογενών εμπειρικών δεδομένων

Οι πιο πάνω περιορισμοί δίνονται σε ερμηνεία στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων.

## Κεφάλαιο 4:

### 4.1 Εισαγωγή στα αποτελέσματα:

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης σχετικά με τις προκλήσεις που αντιμετώπισε το σύστημα υγείας της Κύπρου κατά την πανδημία και τη συνεισφορά του αφού ήταν στην τότε χρονική περίοδο ένα νεοσύστατο σύστημα υγείας.

Η παρουσίαση των ευρημάτων προσαρμόστηκε με βάση τους κύριους άξονες που τοποθετήθηκαν στο θεωρητικό μέρος. Τα ευρήματα αφορούν την διακυβέρνηση, την καθολική κάλυψη και πρόσβαση, την συνεισφορά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και την ψηφιακή υγεία.

### 4.2 : Διακυβέρνηση :

Στην παρούσα υπό ενότητα τα ευρήματα παρουσιάζουν ότι η διακυβέρνηση αποτέλεσε βασικό κριτήριο στην λειτουργία του συστήματος υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας. Σε αναφορικό επίπεδο οι πηγές υποδηλώνουν ότι η διαχείριση της κρίσης συντάχθηκε με την ύπαρξη σαφών ρόλων και καθηκόντων, με διαδικασίες συντονισμού και μηχανισμών που βοηθούσαν στην λήψη αποφάσεων σε μια χρονική περίοδο που θεωρήθηκε ως μεταβλητή.

#### 4.2.1 Κεντρικός Συντονισμός και διαχείριση της κρίσης:

Οι αναφορές και οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν καταγράφουν την ανάγκη ύπαρξης ισχυρού κεντρικού συντονισμού και κυρίως σε περιόδους πανδημικών ή υγειονομικών κρίσεων. Αυτό προέκυψε από την παρουσίαση δεδομένων που χρειάστηκαν για την ταχεία λήψη αποφάσεων στην εφαρμογή μέτρων, στην διαχείριση των κλινών που έπρεπε να γίνει ανακατανομή όπως κλίνες σε Μονάδες εντατικής θεραπείας και την ροή ασθενών στα νοσηλευτικά ιδρύματα για λήψη υπηρεσιών υγείας. Επίσης αναφέρονται εφαρμογές πρακτικών που είχαν ως στόχο την επιχειρησιακή συνέχεια την αναπροσαρμογή των κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων .

#### 4.2.2 Συντονισμός μεταξύ των φορέων και επιπέδων φροντίδας:

Γίνεται επίσης αναφορά ότι προβλήματα ή τυχόν ζητήματα που υπήρξαν μεταξύ των επιπέδων φροντίδας από την πρωτοβάθμια στην νοσοκομειακή που αναφέρονται ως δευτεροβάθμια και

τριτοβάθμια, αλλά και μεταξύ των φορέων. Σε μια χρονική περίοδο όπως αυτή της πανδημίας που μπορεί να αναφερθεί και ως μια περίοδος αυξημένης πίεσης αναφέρεται ότι η μεταφορά από την θεωρία στην πράξη αποτέλεσε μεγάλη πρόκληση. Από τα ευρήματα που προέκυψαν αναφέρθηκαν ότι όχι μόνο στην κλινική διαχείριση αλλά και την διοικητική διαχείριση προέκυψαν επιπτώσεις.

#### 4.2.3: Θεσμική νεότητα:

Οι πηγές αναφέρουν ότι η πανδημία παρουσιάστηκε με την αφετηρία του ΓΕΣΥ και αποτέλεσε διπλό ρόλο αφού καταγράφηκαν μια νέα θεσμική αρχιτεκτονική και θα μπορούσε να αποτελέσει νέες διαδικασίες και πρακτικές όπως νέα πρωτόκολλα και νέες κατευθυντήριες οδηγίες αλλά παρουσίασε και αρκετές προκλήσεις που σχετίζονται με τις λειτουργικές προκλήσεις και αυτές θα μπορούσαν να ήταν η εδραίωση της ρουτίνας, η εμπειρία και η διαχείριση κρίσεων.

#### 4.2.4: Διαφάνεια και επικοινωνία:

Οι πηγές που εξετάστηκαν αναφέρουν ότι η έκταση της πανδημίας και η σαφήνεια στις οδηγίες αποτέλεσαν κύριες παραμέτρους για την λειτουργία του συστήματος κατά την χρονική περίοδο αυτή. Αναφέρθηκαν ζητήματα όπως η συνέπεια μηνυμάτων, η καθοδήγηση των πολιτών για διαγνωστικό έλεγχο, παραπομπές και προσβάσεις σε υπηρεσίες. Αναφέρθηκε στις πηγές ότι η επικοινωνία παραλληλίζεται με τον επιχειρησιακό σχεδιασμό.

### 4.3 Καθολική Κάλυψη και πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας:

Στην παρούσα διπλωματική μεταπτυχιακή διατριβή όλα τα ευρήματα που αφορούν την καθολική κάλυψη τείνουν στο ότι η ύπαρξη ενός πλαισίου χρηματοδότησης καθόρισε την διατήρηση της πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες κατά την πανδημία και παράλληλα έγινε η καταγραφή σε διάφορες λειτουργικές διαταραχές που κυρίως επηρέασαν την μη- Covid φροντίδα.

#### 4.3.1 Πρόσβαση σε διαγνωστικούς ελέγχους και θεραπευτικές διαδικασίες:

Οι πηγές που εφαρμόστηκαν σε αυτή την ανασκόπηση παρουσιάζουν και πιστοποιούν ότι η πρόσβαση σε υπηρεσίες σχετικές με την πανδημία όπως είναι ο διαγνωστικός έλεγχος, η καθοδήγηση η παρακολούθηση αλλά και η νοσηλεία οργανώθηκαν σε ένα πλαίσιο που στόχευε στην διευκόλυνση του πληθυσμού. Μερικές πρακτικές που αναφέρονται στην βιβλιογραφία ήταν

η μείωση των εμποδίων πρόσβασης, οι προσαρμογές και εξελίξεις όσον αφορούσε τα πανδημικά κύματα.

#### 4.3.2 Διαταραχές στην μη Covid φροντίδα:

Ένα από τα βασικά ευρήματα αυτής της ανασκόπησης ήταν οι διαταραχές που προέκυψαν στην μη-Covid φροντίδα και καταγράφονται ως οι αναφερόμενες αναβολές και καθυστερήσεις σε προγραμματισμένες υπηρεσίες όπως χειρουργεία η έντονη μείωση ως και περιορισμός των προληπτικών ελέγχων ( μαστογραφίες, υπερήχους προληπτική ιατρική, ιατρική του πόνου), Διαβάθμιση προτεραιοτήτων ανάλογα με το πανδημικό κύμα, και έντονες καθυστερήσεις σε παραπομπές προς ειδικές υπηρεσίες και άλλες ειδικότητες.

Τα πιο πάνω ευρήματα εμφανίζονται στην βιβλιογραφία ως την περίοδο που αποτυπώνεται η λειτουργική δυσκολία του συστήματος όταν επιχειρεί κάτω από πίεση.

#### 4.3.3 Ισότητα και ευάλωτες ομάδες:

Στις βιβλιογραφικές παραπομπές που ελέγχθηκαν για την συγγραφή της διατριβής διαπιστώθηκε ότι υπήρχε η τυπική διαδικασία για τις ευάλωτες ομάδες. Αυτό προέκυψε από ζητήματα που αφορούσαν την γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών, την ψηφιακή πρόσβαση, την κατανομή οδηγίων και πόρων και του κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι ευάλωτες ομάδες να βιώσουν δυσκολίες.

#### 4.3.4 Πρόσβαση στην διοικητική λειτουργία και ανθρώπινο δυναμικό:

Παρόλο που υπήρχε κλινική διάσταση οι πηγές αναφέρουν ότι η καθολική κάλυψη όπως μεταφράζεται και βασίζεται σε παραπομπές, ραντεβού, συνταγογραφίσεις και αποζημιώσεις και όσα συμπεριλαμβάνονται στο σύστημα υγείας , κατά την περίοδο της πανδημίας έπρεπε να γίνουν αναπροσαρμογές στην διοικητική θεσμική λειτουργία και αυτό είχε ως αποτέλεσμα την δημιουργία πιέσεων. Αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό πηγές αναφέρουν ότι το ανθρώπινο δυναμικό παρουσιάζεται ποιο πιεσμένο.

#### 4.4 Ο φόρτος εργασίας και η διαθεσιμότητα πόρων:

Οι αναφορές στην βιβλιογραφία αναφέρουν ότι κατά την πανδημία το ΓΕΣΥ έπρεπε να κάνει ανακατανομές πόρων όπως τις μετακινήσεις προσωπικού από άλλες μονάδες στις μονάδες

COVID, την ενίσχυση σε βάρδιες και εφημερίες, έντονες αλλαγές στην δομική λειτουργίας και την επιβάρυνση προσωπικού λόγω στενών επαφών και κατ' οίκον περιορισμού

#### 4.1 Επαγγελματική εξουθένωση:

Σχεδόν σε όλη την βιβλιογραφία αναφέρονται έντονα περιστατικά επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), καταγράφονται περιστατικά ψυχολογικής πίεσης και επιβάρυνσης. Τα ευρήματα στην βιβλιογραφία αναφέρουν αυξημένο στρες, έντονη κόπωση λόγω της χρονικής επέκτασης της πανδημίας, ανησυχία για τυχόν στενή επαφή με κρούσμα, ανησυχίες για τυχόν διασπορά, δυσκολία σε κοινωνική στάση και την ανάγκη στήριξης στους επαγγελματίες υγείας.

#### 4.4.2 Επιπτώσεις στην λειτουργία υπηρεσιών:

Στις πηγές αναφέρονται ότι η πίεση που ασκήθηκε στο προσωπικό παραλληλίστηκε μια με λειτουργικές συνέπειες. Οι λειτουργικές συνέπειες θεωρήθηκαν οι τυχόν καθυστερήσεις, ακυρώσεις σε μη επείγουσες υπηρεσίες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ανάδειξη της αντοχής του συστήματος και το πόσο εξαρτήθηκε από την ικανότητα του ανθρώπινου δυναμικού να στηρίξει της παρατεταμένες περιόδους της κρίσης.

#### 4.5 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας:

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήταν και ο καθοριστικός παράγοντας και πυλώνας ακόμη και ο βασικότερος μηχανισμός της πρώτης γραμμής. Οι βιβλιογραφία αναφέρει ότι η ΠΦΥ ήταν ο σημαντικότερος πυλώνας στην πανδημία αφού συνέβαλε οριστικά στην διαχείριση μη επείγων καταστάσεων αλλά και στην συνέχιση της φροντίδας των ασθενών. Αναφορικά με την πρώτη επαφή στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ήταν και η κινητήριος δύναμη αφού σύμφωνα με την βιβλιογραφία υπήρχε καθοδήγηση στους πολίτες αναφορικά με τα συμπτώματα, καθοδήγηση για εργαστηριακό έλεγχο, απομόνωση. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σαν πρώτη επαφή συνέβαλε στην μείωση εισαγωγών στα νοσοκομεία. Η παρακολούθηση στην κοινότητα που ήταν είτε με επαφή προσωπική ή με τηλεφωνική επικοινωνία ήταν μια πρακτική που εφαρμόστηκε κατά την πανδημία και χρησιμοποιήθηκε για την διαχείριση των χρόνιων πασχόντων όπως ασθενείς με εμπειρία καρκίνου, νεφροπαθείς, ασθενείς με νευρολογικές ασθένειες. Στις πηγές γίνονται αναφορές για συνέχιση και διατήρηση της ΠΦΥ και της τηλεφωνικής διαχείρισης για τις χρόνιες παθήσεις και τις υπηρεσίες πρόληψης.

#### 4.5.1 Περιορισμοί στην ΠΦΥ:

Παρόλο που η ΠΦΥ συντέλεσε καθοριστικό ρόλο στην πανδημία οι βιβλιογραφικές αναφορές αναφέρουν και περιορισμούς. Αυτοί οι περιορισμοί καταγράφονται ως η στελέχωση, ο φόρτος εργασίας, η διασύνδεση με νοσοκομειακή φροντίδα, η ελλιπής διάθεση ψηφιακών μέσων και η καλύτερη οργανωτική στήριξη.

#### 4.6: Ψηφιακή υγεία , πληροφοριακά συστήματα και τεχνολογία:

Η ψηφιακή διάσταση παρουσιάζεται ως αποτέλεσμα ενός τομέα που διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην πανδημία. Σίγουρα όμως θεωρήθηκε και ως ένα πεδίο που χρήζει αναβάθμισης και περαιτέρω συντονισμού. Στην βιβλιογραφία και στις πηγές αναφέρεται η χρήση των ψηφιακών εργαλείων για την έκδοση συνταγής, την διαχείριση ραντεβού, για τον έλεγχο της εμβολιαστικής ροής και κάλυψης και την καταγραφή και παρακολούθηση δεδομένων

Η τηλεϊατρική εμφανίζεται στην βιβλιογραφία ως μια αξιόπιστη μέθοδος συμβουλευτικής και παρακολούθησης ιδιαίτερα όταν υπήρχαν οι περιορισμοί και ήταν αδύνατη η φυσική παρουσία και αυτό συνέβαλε στην μείωση της διασποράς. Οι βιβλιογραφικές αναφορές αναφέρουν την τηλεϊατρική ως πρακτική που εφαρμόστηκε για την διατήρηση της επαφής με τον ασθενή.

Αναφορικά με την διαλειτουργικότητα και την ωριμότητα του ΓΕΣΥ αναφέρεται στις πηγές ότι χρειάζεται σύνδεση των συστημάτων για την μετάδοση της πληροφορίας, ταχύτητα στην αξιοποίηση δεδομένων, ταχεία πρόσβαση στην έγκαιρη πληροφορία και οργανωτική ενσωμάτωση των ψηφιακών μέσων.

Αρκετές πηγές που χρησιμοποιήθηκαν τεκμηριώνουν ότι η εμπειρία της πανδημίας παρουσίασε την μεγάλη έλλειψη της ψηφιακής ετοιμότητας και αυτό δεν θα μπορούσε να θεωρηθεί παράγοντας ανθεκτικότητας. Είναι σημαντικό να εφαρμοστούν όλα όσα δίδαξε η πανδημία για να υπάρχει μέλλον στο σύστημα. Επίσης είναι επιτακτική ανάγκη να δαπανηθούν πόροι και να θεσμοθετηθούν μηχανισμοί για τις ψηφιακές υποδομές.

#### 4.6.1 Σύνοψη θεματικών ευρημάτων:

Συνοψίζοντας είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρουσίασε πέντε βασικές θεματικές ενότητες. Αυτές είναι η διακυβέρνηση με

έμφαση στην μέγιστη αναγκαιότητα σαφών ρόλων και ευθυνών, άμεση εφαρμογή διαδικασιών και επικοινωνίας, την καθολική κάλυψη και πρόσβαση εύκολη πρόσβαση σε Covid υπηρεσίες, μεταφέρθηκε στο περιθώριο η μη Covid φροντίδα, το ανθρώπινο δυναμικό όπου και υπήρχε αυξημένος φόρτος εργασίας και αναπροσαρμογή θέσεων για κάλυψη των μονάδων της πανδημίας. Υπάρχει ανάγκη για εκπαίδευση και ψυχολογική στήριξη. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ( ΠΦΥ) θεωρήθηκε η πρώτη γραμμή και συνείσφερε σημαντικά αλλά χρήζει αναβάθμισης και να μην υπάρχουν περιορισμός στην στελέχωση και στην οργάνωση και αναφορικά με την ψηφιακή υγεία δίνετε η ανάγκη για αναβάθμιση των ψηφιακών εργαλείων για να ωριμάσει και να υπάρχει διαλλακτική και στρατηγική ενίσχυση.

## Κεφάλαιο 5:

### Συζήτηση:

#### 5.1 ΓΕΣΥ στην Κύπρο υπό συνθήκες πίεσης:

Η παρούσα μελέτη έχει εστιάσει και με βασικό στόχο να διερευνήσει κατά πόσο του Γενικό Σύστημα Υγείας στην Κύπρο συνέβαλε στην ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας κατά την περίοδο της πανδημίας. Το χρονικό πλαίσιο όπου είχε ξεσπάσει η πανδημία ήταν παρόμοιο με την πλήρη εφαρμογή του ΓΕΣΥ αφού η Τρίτη και τελική του φάση ήταν κατά τα έτη 2019-2020. Αυτό όμως το έκανε να πέσει αμέσως στα βαθιά και να λειτουργήσει κάτω από συνθήκες πίεσης αφού η κρίση ήταν παρατεταμένη.

Σε χώρες που τα συστήματα υγείας τους ήταν ήδη ανεπτυγμένα και παρείχαν καθολική κάλυψη, εφαρμοζόταν ένα πλαίσιο θεσμικής ωρίμανσης, στην Κυπριακή Δημοκρατία η εφαρμογή έγινε παράλληλα με την μεταρρύθμιση αφού το σύστημα λειτουργούσε κάτω από πίεση και νέα δεδομένα λόγω της πανδημικής κρίσης.

Η ανάλυση της συζήτησης που ακολουθεί ερμηνεύει και ερμηνεύει με βάση την διεθνή βιβλιογραφία στην ανθεκτικότητα και εξετάσει πως η περίπτωση της Κύπρου εμπλουτίζει ή κάνει συστάσεις για εμπλουτισμό των συστημάτων υγείας.

## 5.2 Διακυβέρνηση στο ΓΕΣΥ Μικρή Κλίμακα, Μεγάλη Δοκιμασία:

Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η διακυβέρνηση είναι ο βασικότερος πυλώνας της ανθεκτικότητας. Στην Περίπτωση του ΓΕΣΥ λειτούργησε ως ένα συγκεντρωτικό διοικητικό πλαίσιο και οι βασικές παρεμβάσεις και αποφάσεις λαμβάνονταν ταχέως και η εφαρμογή ήταν οριζόντια. Η μικρή κλίμακα της χώρας φαίνεται να διευκόλυνε τον συντονισμό λόγω της μικρής έκτασης του νησιού. Ο συντονισμός μεταξύ των φορέων και την εφαρμογή πρωτοκόλλων ήταν αμέσως. Σε μεγάλα συστήματα υγείας αντιμετώπισαν μεγάλα προβλήματα στην διάδοση πρωτοκόλλων. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι τα μικρά κράτη μπορούν να παρέχουν μεγάλη ευελιξία. Η θεσμική νεότητα δηλαδή το νέο θεσμικό πλαίσιο σαν υπηρεσία παρουσίασε και αρκετούς περιορισμούς. Αρχικά δεν υπήρχαν βασικοί μηχανισμοί διαχείρισης κρίσεων, δεν υπήρχε προηγούμενη εμπειρία σε πανδημίες και υγειονομικές προκλήσεις. Έτσι δεν μπορούμε να πούμε ότι η ανθεκτικότητα του ΓΕΣΥ δεν προέκυψε από χρόνια θεσμική σταθερότητα αλλά από την αναγκαιότητα για ευελιξία και προσαρμοστικότητα.

Η Κυπριακή περίπτωση δηλώνεται ότι η ανθεκτικότητα σε μεταβατικά συστήματα δεν εξαρτάται μόνο από το θεσμικό πλαίσιο αλλά και από την ικανότητα για λήψη αποφάσεων και ευελιξία σε περιόδους αβεβαιότητας και προκλήσεων.

## 5.3 Καθολική Κάλυψη και κοινωνική σταθερότητα:

Η εφαρμογή του ΓΕΣΥ συνέβαλε στην εφαρμογή στην Κύπρο ένα πλήρες σύστημα καθολικής κάλυψης. Η πανδημία συνείσφερε να γίνει η δοκιμασία αυτού του μοντέλου. Πολλά ευρήματα δείχνουν ότι η ύπαρξη ενιαίου χρηματοδοτικού και οργανωτικού πλαισίου έδωσε το δικαίωμα στους πολίτες να έχουν πρόσβαση σε διαγνωστικούς ελέγχους, φαρμακευτική αγωγή και εμβολιασμούς. Αφού δεν υπήρχε οικονομικός αποκλεισμός και λειτούργησε σταθεροποιητικά ειδικά σε μια περίοδο με αυξημένη ανασφάλεια, πίεση και αβεβαιότητα. Αυτό επιβεβαιώνει ότι η καθολική κάλυψη ενός συστήματος υγείας μειώνει τις ανισότητες και τους κοινωνικοοικονομικούς αποκλεισμούς και ιδιαίτερα σε μια πανδημική περίοδο. Παρόλα αυτά η Κύπρος αν και μικρό κράτος παρατηρήθηκαν και προβλήματα στην μη-Covid φροντίδα όπως παρατηρήθηκαν και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Η αναμονή ή αναβολή προγραμματισμένων καταστάσεων όπως χειρουργεία, προληπτική διάγνωση, μας έφεραν στο αποτέλεσμα να

συζητάμε ότι η καθολική κάλυψη δεν εξαφανίσει τις λειτουργικές επιπτώσεις. Το ΓΕΣΥ χαρακτηρίζεται ότι η ανθεκτικότητα του εκδηλώθηκε κυρίως στην διατήρηση της βασικής πρόσβασης και όχι στην πλήρη αποφυγή των διαταραχών.

#### 5.4 Ανθρώπινο Δυναμικό του ΓΕΣΥ:

Η ανάλυση παρουσίασε ότι το ανθρώπινο δυναμικό στην Κύπρο αποτέλεσε βασικό πυλώνα και μέτρο μελέτης για την ανθεκτικότητα του ΓΕΣΥ. Οι επαγγελματίες υγείας κλήθηκαν να ανταποκριθούν σε αυξημένο φόρτο εργασίας, σε συνεχείς αλλαγές λόγω των πανδημικών κυμάτων που το νησί δέχθηκε. Υπήρχαν συνεχείς αλλαγές στα πρωτόκολλα και ασκήθηκε μεγάλη ψυχολογική πίεση.

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναγνωρίσει ότι η μακροπρόθεσμη ανθεκτικότητα χρήζει επένδυσης σε ανθρώπινους πόρους. Αναφορικά με το ΓΕΣΥ η λειτουργική του συνέχεις καθορίστηκε μέσω της ευελιξίας του προσωπικού αφού αναφέρθηκε ότι κατά την πανδημία έγινε ανακατανομή του προσωπικού για να καλυφθούν οι μονάδες Covid και οι μονάδες εντατικής θεραπείας. Αυτό κατάφερε να εξασφαλίσει ότι υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω στελέχωση και δημιουργία στρατηγικού σχεδιασμού για την ενίσχυση της στελέχωσης.

Η Κυπριακή περίπτωση εξασφαλίζει ότι η ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας της Κύπρου δεν βασίζεται στην ατομική προσπάθεια για να μπορεί να θεωρηθεί βιώσιμη χωρίς δομική ενίσχυση.

#### 5.5 Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αναφέρεται στην διεθνής βιβλιογραφία ότι ήταν ισχυρή. Αποτέλεσε βασικό θεμέλιο για τα ανθεκτικά συστήματα υγείας. Η ικανότητα που υπήρχε στο σύστημα να φιλτράρει, να καθοδηγεί και να αξιολογεί τα περιστατικά σε κοινοτικό επίπεδο μείωσε την πίεση στα νοσηλευτήρια και διασφάλισε την συνέχιση της φροντίδας.

Στην περίπτωση της Κύπρου, η λειτουργία της ΠΦΥ μέσω του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού( ΠΙ) αποτέλεσε βασικό μηχανισμό για την πρώτη επαφή. Κατά την πανδημία οι προσωπικοί ιατροί ανέλαβαν τον ρόλο του καθοδηγητή σε ασθενείς με ήπια συμπτώματα, έβλεπαν τα περιστατικά στην κοινότητα και διαχειρίζονταν τις παραπομπές στα νοσηλευτήρια.

Η εμπειρία του Κυπριακού συστήματος παρέδωσε ότι η θεσμική ενσωμάτωση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας στο ΓΕΣΥ ήταν σε φάση ωρίμανσης. Η πανδημία κατάφερε να επιταχύνει την εξέλιξη αλλά έφερε στο φως και αρκετά κενά όπως ο περιορισμός της διαλειτουργικότητας μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των νοσοκομείων, στην άνιση κατανομή του φόρτου των Ιατρών και στην έλλειψη ολοκληρωμένων μηχανισμών παρακολούθησης ασθενών σε χρόνια βάση αφού υπήρχαν περιοριστικά μέτρα.

Η κυπριακή περίπτωση επιβεβαιώνει την βιβλιογραφική θέση ότι η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας μπορεί να ενισχύσει την ανθεκτικότητα μόνο όταν υπάρχει θεσμική σταθερότητα και επαρκής στελέχωση σε ανθρώπινο δυναμικό. Το ΓΕΣΥ παρέχει το πλαίσιο αλλά η πανδημία παρουσίασε τη ανάγκη για περισσότερη επεξεργασία και διαχείριση του τομέα της ΠΦΥ ως δομικού πυλώνα και όχι μόνο ως λειτουργικό φίλτρο.

#### 5.6 Ψηφιακή Υγεία στην Κύπρο:

Η πανδημία επιτάχυνε παγκοσμίως την υιοθέτηση ψηφιακών εργαλείων και μέσων. Στην Κυπριακή Δημοκρατία το ΓΕΣΥ παρείχε ήδη βασικές ψηφιακές υποδομές όπως την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, και κεντρικό πληροφορικό σύστημα. Η ύπαρξη αυτών των μεθόδων διευκόλυνε την στην καλή διαχείριση συνταγών και παραπομπών, στην ορθολογική συλλογή και παρακολούθηση δεδομένων και την σωστή οργάνωση αλλά και έλεγχο της εμβολιαστικής ροής.

Η φάση της πανδημίας παρουσίασε ότι η ψηφιακή υποδομή δεν αποτελεί απλώς τεχνολογική προσθήκη αλλά και θεμελιώδης αρχή της ανθεκτικότητας. Η δύναμη στο να λαμβάνονται ταχείς αποφάσεις στην διαχείριση ψηφιακών μέσων επέτρεψε στο ΓΕΣΥ να διατηρήσει την λειτουργική του συνέχεια και κάτω από περιοριστικά μέτρα.

Ωστόσο τα ευρήματα παρουσίασαν και δομικές προκλήσεις όπως περιορισμός διαλειτουργικότητας μεταξύ των επιμέρους συστημάτων, την ανάγκη για εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην χρήση της τεχνολογίας και διάφορα ζητήματα κυβερνοασφάλειας και προστασίας προσωπικών δεδομένων.

Όμως η κυπριακή εμπειρία εξασφαλίζει ότι η ψηφιακή ωριμότητα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ανθεκτικότητας. Απαιτούνται στρατηγικός σχεδιασμός, επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο και θεσμική ενσωμάτωση της ψηφιακής υγείας σε όλα τα επίπεδα του συστήματος.

### 5.7 Θεσμική Νεότητας του ΓΕΣΥ:

Η έννοια της ανθεκτικότητας όπως αναπτύχθηκε στο θεωρητικό πλαίσιο της διατριβής μελέτης έχει διακριθεί σε τρεις βασικές διαστάσεις. 1) Απορροφητική, 2) προσαρμοστική, 3) μετασχηματιστική ανθεκτικότητα. Η απορροφητική είναι η ικανότητα ενός συστήματος να αντέχει σε έντονες καταστάσεις χωρίς να γίνεται μεταβολή και επεξεργασία της δομής του. Η προσαρμοστική είναι όταν υπάρχει δυνατότητα για τροποποίηση των διαδικασιών και κατανομή των πόρων και η μετασχηματιστική όταν η ανθεκτικότητα απαιτεί βαθύτερη θεσμική αναδιοργάνωση.

Στην Κυπριακή περίπτωση το ΓΕΣΥ απόδειξε ότι κατοπτρίζεται από προσαρμοστική ανθεκτικότητα. Η ανακατανομή των πόρων, η ενίσχυση των ψηφιακών εργαλείων, η αναδιοργάνωση της ροής των ασθενών αναφέρονται ως ενδείξεις οργανωτικής προσαρμογής. Παρόλα αυτά δεν παρουσιάζεται πλήρης μετασχηματιστική μετάβαση καθώς η βασική δομή του συστήματος έμεινε σταθερή.

Το αλληγορικό είναι ότι η απουσία εδραιωμένων γραφειοκρατικών πρακτικών λειτούργησε ως επιταχυντής ευελιξίας. Σχετικά με ποιο παλιά συστήματα όπου η αδράνεια μπορεί να καθυστερήσει την αλλαγή το ΓΕΣΥ παρουσίασε μικρότερη ακαμψία. Όμως η απουσία εμπειρίας στην διαχείριση κρίσεων περιορίσε την ικανότητα άμεσης ενεργοποίησης των μηχανισμών.

Η κυπριακή εμπειρία συνέβαλε θεωρητικά στην συζήτηση περί της ανθεκτικότητας σε μεταβατικά συστήματα μικρών κρατών. Το ΓΕΣΥ υποδήλωσε τη θεσμική του νεότητα και δεν αποτέλεσε ένδειξη άμεσης ευαλωτότητας. Η ανθεκτικότητα σε τέτοιες περιπτώσεις στηρίζεται στην θεσμική παράδοση .

### 5.8 Συστηματική Απάντηση στο Ερευνητικό ερώτημα:

Το ερευνητικό ερώτημα ήταν αν κατά πόσο και σε ποιο βαθμό το ΓΕΣΥ συνέβαλε στην ανθεκτικότητα του συστήματος υγείας κατά την πανδημία.

Με βάση τα όσα αναφέρθηκαν καταλήγουμε στο ότι ο Θεσμικός μηχανισμός καθολικής κάλυψης ήταν η ύπαρξη του ενιαίου συστήματος καθολικής πρόσβασης μείωσε τον κίνδυνο αποκλεισμού και ενίσχυσε την κοινωνική συνοχή. Η απουσία άμεσων οικονομικών περιορισμών αποτέλεσε βασικό παράγοντα σταθεροποιήσεως σε νέες συνθήκες. Ο οργανωτικός μηχανισμός κεντρικού συντονισμού που ήταν η μικρή έκταση της Κυπριακής Δημοκρατίας και η συγκεντρωτική δομή του ΓΕΣΥ επέτρεψαν την γρήγορη εφαρμογή μέτρων και περιορισμών. Η συντονισμένη λήψη αποφάσεων ενίσχυσε την προσαρμοστικότητα του συστήματος. Η εφαρμογή της πρωτοβάθμια φροντίδας Υγείας μέσω της εφαρμογής του Προσωπικού Ιατρού (ΠΙ) εντός του ΓΕΣΥ λειτούργησε ως φίλτρο και μηχανισμός αποσυμφόρησης των νοσοκομείων και έτσι θεωρήθηκε ως προσαρμοστική ανθεκτικότητα. Η εφαρμογή της τεχνολογίας και οι ψηφιακές υποδομές του ΓΕΣΥ διευκόλυναν την διαχείριση ασθενών και δεδομένων με ευελιξία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα στην ενίσχυση της λειτουργικής συνέχειας.

Παρόλα αυτά τα θετικά του ΓΕΣΥ κατά την πανδημία η ανθεκτικότητά του δεν μπορεί να χαρακτηριστεί πλήρως μετασχηματιστική. Η κρίση λειτούργησε περισσότερο ως επιταχυντής στην ωρίμανση του συστήματος παρά ως θεμέλιο αναδιάρθρωσης.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αναδειχθεί η ανθεκτικότητα του ΓΕΣΥ όχι ως στατικό χαρακτηριστικό αλλά ως μια διαδικασία θεσμικής μάθησης. Η κυπριακή περίπτωση ως νεοσύστατο σύστημα καθολικής κάλυψης μπορεί να επιδείξει ανθεκτικότητα όταν μεταρρυθμιστούν η θεσμική συνοχή, η πολιτική δέσμευση, το επαρκές ανθρώπινο δυναμικό και στρατηγική για ψηφιακή υποδομή.

Άρα το ΓΕΣΥ δεν λειτούργησε απλώς ως μέθοδος χρηματοδότησης αλλά κυρίως ως οργανωτικός κόμβος ενοποίησης και συνέχισης των υπηρεσιών σε μια περίοδο κρίσης. Η εμπειρία της πανδημίας μπορεί να αποτελέσει βάση για περαιτέρω αναδιοργάνωση, θεσμική εμβάθυνση και μετάβαση ούτως ώστε να δημιουργηθεί ένα ποιο ανθεκτικό σύστημα υγείας.

#### 5.9 Μελλοντική επιβίωση του ΓΕΣΥ:

Η εμπειρία της πανδημίας δεν ήταν μόνο μια περίοδος εξακρίβωσης της ανθεκτικότητας του ΓΕΣΥ αλλά ήταν και μια περίοδος που απαιτούσε συστηματική εξέταση για τυχόν μελλοντικές επεξεργασίες για ολιστική εδραίωση του συστήματος. Η αναλυτική επεξεργασία των ευρημάτων

κατά την περίοδο της πανδημίας δεν μπορεί να θεωρηθεί σίγουρη για το μέλλον του συστήματος. Πρέπει να γίνει επεξεργασία των πιο κάτω πολιτικών αξόνων. Η θεσμική εδραίωση μηχανισμών διαχείρισης κρίσεων. Η πανδημία παρουσίασε την ανάγκη για τυποποιημένα και μόνιμα πρωτόκολλα μηχανισμών κρίσεων. Αν και η Κύπρος κατάφερε να επιδείξει λειτουργική προσαρμοστικότητα η απουσία σχεδίου από πριν. Για την μελλοντική του ανθεκτικότητα συστήνονται η θεσμοθέτηση μηχανισμών σε βάση μόνιμου σχεδίου, η δημιουργία ενιαίου τακτικού συντονιστικού κέντρου κρίσεων και τακτικές ασκήσεις προσομοίωσης. Η επένδυση σε ανθρώπινο δυναμικό. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η λειτουργική συνέχεια του ΓΕΣΥ στηρίχθηκε στον μεγαλύτερο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό. Ωστόσο για την βιωσιμότητα του συστήνονται α) στρατηγικός σχεδιασμός προσλήψεων, β) ενίσχυση εκπαίδευσης στην διαχείριση κρίσεων, γ) μηχανισμοί ψυχικής υγείας και στήριξης και δ) διασφάλιση ισορροπίας στον φόρτο εργασίας. Η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η πανδημία μας επιβεβαίωσε πανηγυρικά ότι τον κρίσιμο ρόλο τον είχε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Για να συνεχίσει να λειτουργεί το σύστημα τότε πρέπει να υπάρχει περισσότερη διασυνδεδετική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τα νοσοκομεία. Πολιτικά αυτό μπορεί να γίνει με α) ενίσχυση του ρόλου του Προσωπικού Ιατρού (ΠΙ), β) ανάπτυξη ολοκληρωμένων διαδρομών φροντίδας, γ) ψηφιακή διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα επίπεδα. Συμπερασματικά η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας δεν μπορεί να λειτουργεί μόνο ως φίλτρο διαλογής αλλά σαν κόμβος διαχείρισης της υγείας του πληθυσμού. Η ψηφιακή μετάβαση: η ψηφιακή υποδομή του ΓΕΣΥ παρουσίασε την σημασία της ψηφιακής υγείας κατά την πανδημία. Για να υπάρχει μελλοντική βιωσιμότητα πρέπει να γίνει α) αναβάθμιση των πληροφοριακών συστημάτων, β) ενίσχυση της κυβερνοασφάλειας, γ) επενδύσεις σε αναλυτικά προγράμματα και εργαλεία επεξεργασίας δεδομένων, δ) εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην χρήση ψηφιακών προγραμμάτων. Η ψηφιακή υγεία όπως αναφέραμε και πιο πάνω θεωρείται βασικός πυλώνας μελλοντικής ανθεκτικότητας. Η λειτουργική ανθεκτικότητα βασίζεται στην εμπειρία της πανδημίας που κατάφερε να υποδηλώσει ότι το ΓΕΣΥ επέδειξε κυρίως προσαρμοστική ανθεκτικότητα. Για να προκύψει η μετασχηματιστική σταθερότητα πρέπει να γίνουν αλλαγές όπως: α) εδραίωση της θεσμικής μάθησης, β) συστηματική αξιολόγηση των πολιτικών και των πρωτοκόλλων, γ) διαρκής αναπροσαρμογή των πρωτοκόλλων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες. Η πανδημία θα

μπορούσε να ήταν το έναυσμα για την εμβάθυνση και την ολοκληρωμένη εδραίωση του ΓΕΣΥ ως ένα ανθεκτικό και βιώσιμο σύστημα υγείας καθολικής κάλυψης.

#### Συνολική Αποτίμηση:

Η πανδημία του Covid αποτέλεσε πρώτη δοκιμασία για το ΓΕΣΥ. Η συγκυρία αυτή προσέφερε ένα μοναδικό ερευνητικό πλαίσιο που ορίστηκε ως ένα νεοσύστατο σύστημα καθολικής κάλυψης σε ένα μικρό κράτος που αναγκάστηκε να αποδείξει τη λειτουργική και θεσμική του επάρκεια σε μια χρονική περίοδο που χαρακτηρίστηκε ως αβέβαιη. Η συνολική αποτίμηση των ευρημάτων υποδηλώνουν ότι το ΓΕΣΥ συνέβαλε ουσιαστικά στη διατήρηση της λειτουργικής συνοχής του συστήματος υγείας της Κύπρου. Η εφαρμογή αυτή δεν βασίστηκε μόνο στην οικονομική διάσταση της καθολικής κάλυψης αλλά επεκτάθηκε σε τέσσερα επίπεδα που ήταν α) το θεσμικό πλαίσιο, β) το οργανωτικό πλαίσιο, γ) του λειτουργικό πλαίσιο και δ) το τεχνολογικό πλαίσιο.

Σε θεσμικό επίπεδο η εδραίωση ενός πλαισίου σε ενιαία βάση σε χρηματοδοτήσεις περιόρισε τον κατακερματισμό και διευκόλυνε τον συντονισμό. Σε οργανωτικό επίπεδο η μικρή έκταση της Κυπριακής Δημοκρατίας επέτρεψε την ταχεία λήψη αποφάσεων. Σε λειτουργικό επίπεδο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας λειτούργησε ως φίλτρο αποσυμφόρησης των νοσοκομείων και σε τεχνολογικό επίπεδο οι ψηφιακές υποδομές διευκόλυναν τον έλεγχο των εισαγωγών, και την διαχείριση των ροών και δεδομένων.

Η ανθεκτικότητα καταγράφηκε ως η πλήρη θωράκιση του συστήματος. Η εμπειρία της πανδημίας ανάδειξε αρκετές προκλήσεις ιδιαίτερα στο ανθρώπινο δυναμικό και την μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του συστήματος. Από θεωρητικής ερμηνείας η περίπτωση της Κύπρου αυξάνει και δίνει κίνητρο περαιτέρω συζήτησης περί της ανθεκτικότητας των μεταβατικών συστημάτων υγείας. Ενώ η βιβλιογραφία συχνά παραλληλίζει την ανθεκτικότητα με θεσμική ωριμότητα η εμπειρική ανάλυση δείχνει ότι το ΓΕΣΥ λειτούργησε ως επιταχυντής προσαρμογής. Η έλλειψη σε βαθιά ριζικές δομές κατέστησε δυνατή την ευελιξία αλλά παράλληλα δεν συνείσφερε στην αρχική ετοιμότητα.

Συμπερασματικά η ανθεκτικότητα του ΓΕΣΥ κατά την πανδημία μπορεί να χαρακτηριστεί ως προσαρμοστική και εξελικτική. Το σύστημα κατάφερε να παραμείνει αμετάβλητο αλλά προσαρμόστηκε σταδιακά λαμβάνοντας υπόψιν όλα τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την

πανδημική κρίση. Η μετατροπή αυτής της εμπειρίας αποτελεί γνώση για το επόμενο κρίσιμο βήμα. Η εμπειρία της Κύπρου καταδεικνύει ότι η ανθεκτικότητα δεν αποτελεί στατικό χαρακτηριστικό αλλά δυναμική διαδικασία για θεσμική μάθηση. Το ΓΕΣΥ απέδειξε ότι μπορεί να λειτουργήσει σε πανδημικές κρίσεις. Η πρόκληση πλέον είναι η σωστή μεταρρύθμιση για διαρκή ετοιμότητα.

## Κεφάλαιο 6:

### Συμπεράσματα :

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή επιχείρησε να απαντήσει στο ερώτημα κατά πόσο και με ποιους μηχανισμούς το Γενικό Σύστημα Υγείας της Κύπρου (ΓΕΣΥ) συνέβαλε στην ανθεκτικότητα του Κυπριακού συστήματος υγείας κατά την πανδημία του COVID-19. Η μοναδική συγκυρία της πανδημίας αποτέλεσε μια μοναδική δοκιμασία για ένα σύστημα που βρισκόταν στα αρχικά στάδια εφαρμογής του και έτσι δημιουργήθηκε ένα ιδιότυπο θεσμικό περιβάλλον όπου η μεταρρύθμιση και η κρίση συνυπήρχαν.

Τα ευρήματα της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρουσιάζουν ότι το Γενικό Σύστημα Υγείας λειτούργησε ως βασικός μηχανισμός σταθεροποίησης του συστήματος υγείας. Η ύπαρξη καθολικής κάλυψης και ενιαίου χρηματοδοτικού πλάνου αλλά και καθολικής κάλυψης περιορίσε τις ανισότητες στην πρόσβαση και έγινε διευκόλυνση στην διαχείριση των υγειονομικών ροών και με εφαρμογή οριζόντιων μέτρων.

Η συμβολή του ΓΕΣΥ στην ανθεκτικότητα εκδηλώθηκε κυρίως σε τέσσερις διαστάσεις. Αυτές ήταν η διατήρηση της πρόσβασης στις βασικές υπηρεσίες υγείας, στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας η οποία ήταν το φίλτρο για την ελεγχόμενη ροή ασθενών στα νοσοκομεία, να διευκολυνθεί ο μαζικός εμβολιασμός μέσω της ψηφιακής υγείας και να διατηρηθεί η διοικητική συνοχή.

Εντούτοις η πανδημία παρουσίασε και αρκετούς περιορισμούς και προκλήσεις. Μερικοί περιορισμοί ήταν το ανθρώπινο δυναμικό, η μη Covid φροντίδα δηλαδή η φροντίδα των χρόνιων ασθενών, κενά στην ψυχική υγεία και η ανάγκη για περαιτέρω ενίσχυση του συστήματος.

Η ανθεκτικότητα του καταγράφηκε δεν ήταν στατική αλλά ανοδική και εξελικτική. Το σύστημα προσαρμόστηκε σταδιακά βελτιώνοντας τις διαδικασίες και αντλώντας διδάγματα και παραδείγματα από τα κύματα της πανδημίας. Το ΓΕΣΥ δεν απέδειξε μόνο την ικανότητα απορρόφησης σε μια υγειονομική κρίση αλλά και την ικανότητα για θεσμική μάθηση.

Οι πολιτικές επιπτώσεις που αναφέρονται με βάση τα ερευνητικά ευρήματα ήταν η ενίσχυση της ανθεκτικότητας του ΓΕΣΥ απαιτεί στρατηγικές παρεμβάσεις σε συγκεκριμένους άξονες.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χρειάζεται περισσότερη ενίσχυση σε ανθρώπινο δυναμικό, εκπαίδευση προσωπικού, εφαρμογή της τηλεϊατρικής. Αναφορικά με το ανθρώπινο δυναμικό πρέπει να υπάρχει μακροπρόθεσμο πλάνο στελέχωσης, παροχή ψυχικής στήριξης και πακέτα προσέλκυσης ανθρώπινου δυναμικού. Στην ψηφιακή υγεία πρέπει να γίνει ισχυρό πληροφοριακό σύστημα, ενίσχυση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, και βελτίωση συλλογής και ανάλυσης δεδομένων. Αναφορικά με τον κρατικό μηχανισμό απαιτείται σχέδιο ετοιμότητας για μια απερχόμενη πανδημία, τακτικές ασκήσεις προσομοίωσης και εκπαίδευσης και αξιολογήσεις κινδύνων στην υγεία.

#### Περιορισμοί Μελέτης- Προτάσεις για μελλοντική έρευνα:

Η παρούσα μελέτη βασίστηκε σε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και όχι σε πρωτογενή εμπειρικά δεδομένα. Παρόλα αυτά τα συμπεράσματα εξαρτώνται από τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των δημοσιευμένων πηγών.

Ακόμη η χρονική περίοδος του 2020 μέχρι και το 2024 ενδέχεται να μην παρουσιάζει πλήρως τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της πανδημίας. Ορισμένες συνέπειες ενδέχεται να εμφανιστούν μετά από μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Η περιορισμένη έκταση σε εξιδεικευμένα άρθρα ή πηγές για το Κυπριακό σύστημα είναι περιορισμένη. Η αναγνώριση των μειωμένων πηγών δεν υποβαθμίζει την σημασία της μελέτης αλλά υπογραμμίζει την έντονη ανάγκη για περαιτέρω μελέτη και διερεύνηση.

Οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα είναι οι πιο κάτω: Να γίνει επικέντρωση σε ποσοτικές αξιολογήσεις της απόδοσης της πανδημίας αναφορικά με το ΓΕΣΥ, να εφαρμοστούν συγκριτικές μελέτες μικρών κρατών με πρόσφατες μεταρρυθμίσεις υγείας, να γίνει μακροπρόθεσμη

αξιολόγηση της βιωσιμότητας του συστήματος και να τοποθετηθεί η ανάλυση ψυχικής υγείας και της καθυστέρησης της μη-Covid φροντίδας.

Η διερεύνηση των ποιο πάνω εισηγήσεων θα συμβάλει σημαντικά στην κατανόηση της δυναμικής ανθεκτικότητας σε μεταβατικά συστήματα υγείας.

#### Τελική Τοποθέτηση:

Η πανδημία αποτέλεσε μια πολυδιάστατη κρίση που υπερέβη τα στενά όρια της δημόσιας υγείας. Στην περίπτωση της Κύπρου η συγκυρία ήταν αρκετά πολύπλοκη. Αρχική η υγειονομική κρίση έτρεξε παράλληλα με την εφαρμογή ενός νέου συστήματος υγείας καθολικής κάλυψης. Σκοπός του ΓΕΣΥ ήταν η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας για την εφαρμογή της καθολικής κάλυψης και την συγχώνευση των ανισοτήτων.

Η ανάλυση της παρούσας μελέτης αποδεικνύει ότι το ΓΕΣΥ δεν έδρασε απλά σαν ένα διοικητικό πλαίσιο χρηματοδότησης αλλά και ως ένας θεσμικός μηχανισμός συνοχής κατά την διάρκεια της κρίσης. Η παροχή ενός ενιαίου συστήματος καθολικής κάλυψης υπηρεσιών υγείας χωρίς κοινωνικές ανισότητες ή οικονομικές ανισότητες διευκόλυνε τον κεντρικό συντονισμό και επέτρεψε στην διατήρηση των βασικών λειτουργιών άσχετα των δυσμενών συνθηκών λόγω της πανδημίας. Η έννοια της ανθεκτικότητας όπως και αναπτύχθηκε στο θεωρητικό μέρος της διατριβής κατάφερε να αναδείξει την σημαντικότητα του ΓΕΣΥ κατά την χρονική περίοδο της πανδημίας.

Έτσι λοιπόν ερχόμαστε να καταλήξουμε στο τελικό αποτέλεσμα και να απαντήσουμε στον αν το γενικό σύστημα υγείας συνείσφερε στην πανδημία. Εδώ καταλήγουμε ότι το Γενικό σύστημα υγείας ναι συνέβαλε οριστικά και ουσιαστικά στην πανδημία. Η συμβολή αυτή δεν υπήρξε θεωρητική ή περιορισμένη σε διοικητικό επίπεδο αλλά εκδηλώθηκε εμπράκτως σε πολλαπλές διαστάσεις.

Αρχικά, η καθολική κάλυψη που εξασφάλισε το ΓΕΣΥ λειτούργησε ως βασικός μηχανισμός κοινωνικής και υγειονομικής σταθερότητας. Σε ένα περιβάλλον αυξημένης ανασφάλειας και αβεβαιότητας οι πολίτες διατήρησαν την πρόσβαση τους σε ιατρική αξιολόγηση σε διαγνωστικούς ελέγχους και φαρμακευτική αγωγή χωρίς οικονομικά εμπόδια. Η διατήρηση της

πρόσβασης δεν ήταν μια διοικητική επιτυχία αλλά αποτέλεσε σημαντικό πυλώνα περιορισμού των κοινωνικών ανισοτήτων. Η απουσία του άμεσου κόστους για υπηρεσίες που σχετίζονταν με την πανδημία συνέβαλε στην αποτροπή δευτερογενών κοινωνικών επιπτώσεων.

Δεύτερον, το ΓΕΣΥ επέτρεψε το οργανωτικό συντονισμό σε εθνικό επίπεδο. Η παροχή χρηματοδότησης σε ενιαίο επίπεδο και η διαχείριση των πόρων υγείας διευκόλυνε στην συγκέντρωση δεδομένων, την εφαρμογή κατευθυντήριων κλινικών οδηγιών και την ανακατανομή των πόρων. Η μικρή έκταση του νησιού σε συνδυασμό με την ύπαρξη κεντρικού συστήματος επέτρεψε την ταχεία εφαρμογή των διαδικασιών. Το εμβολιαστικό πρόγραμμα εφαρμόστηκε μέσω του συστήματος του ΓΕΣΥ και αυτό είναι κάτι που αποτέλεσε εθνικό πυλώνα εθνικής στρατηγικής.

Τρίτον, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εδραιώνεται μέσω του ΓΕΣΥ και αυτό οφείλεται στην εφαρμογή του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού. Ρόλος και σκοπός του Προσωπικού Ιατρού ήταν ο έλεγχος και η διαχείριση των ήπιων περιστατικών στην κοινότητα και η ανάλογη παραπομπή σε νοσοκομειακές δομές. Σκοπός ήταν η μείωση των πιέσεων στα νοσηλευτήρια. Εδώ καταλήγουμε στον καθοριστικό ρόλο που διαδραμάτισε η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αυτό επιβεβαιώνει τον σημαντικό ρόλο της στο Γενικό σύστημα υγείας και στην ανθεκτικότητα του.

Τέταρτον, οι ψηφιακές υποδομές του ΓΕΣΥ συνέβαλαν λειτουργικά στην διαχείριση της φροντίδας αλλά και στην συνέχεια της. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η διαχείριση των ραντεβού, και η καταγραφή δεδομένων παρακολούθησης και εξέλιξης της κρίσης έφεραν το αποτέλεσμα στην λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων.

Η μελέτη ανέδειξε ότι οι προκλήσεις που προέκυψαν ιδίως σε ανθρώπινο επίπεδο όπως το ανθρώπινο δυναμικό, η καθυστέρηση των μη-Covid υπηρεσιών δεν κατάφεραν να αναιρέσουν την συμβολή του ΓΕΣΥ. Αντιθέτως επιβεβαιώνουν ότι η ανθεκτικότητα δεν ταυτίζεται πάντα με την απουσία δυσκολιών αλλά με την ικανότητα διατήρησης βασικών λειτουργιών άσχετα από τις πιέσεις ή κρίσεις που υπάρχουν.

Η τεκμηριωμένη μου αποτίμηση είναι ότι χωρίς το Γενικό σύστημα Υγείας ( ΓΕΣΥ) η διαχείριση της πανδημίας στην Κύπρο πιθανός να είναι μεγαλύτερο βαθμό κατακερματισμού, άνισης

πρόσβασης στις υπηρεσίες και μειωμένο συντονισμό. Το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης αποτέλεσε κρίσιμο παράγοντα περιορισμού συστηματικών αδυναμιών.

Συνεπώς το ερευνητικό μου ερώτημα λαμβάνει απάντηση και είναι ότι το ΓΕΣΥ όχι απλώς δεν ήταν ουδέτερο θεσμικό περιβάλλον κατά την πανδημία αλλά είχε ενεργό και καθοριστικό ρόλο στην διατήρηση της ανθεκτικότητας του κυπριακού συστήματος υγείας. Η συμβολή του εκδηλώθηκε τόσο σε επίπεδο πρόσβασης αλλά και σε επίπεδο διοικητικού συντονισμού, πρωτοβάθμιας διαχείρισης και ψηφιακής υποστήριξης.

Η εμπειρία της πανδημίας επιβεβαιώνει ότι η ύπαρξη του καθολικού οργανωμένου ενιαίου συστήματος υγείας αποτελεί θεμελιώδες προϋπόθεση ανθεκτικότητας. Το Γενικό σύστημα υγείας απέδειξε στην πράξη ότι μπορεί να λειτουργήσει ως μηχανισμός σταθερότητας σε μελλοντικές κρίσεις. Η μελλοντική πρόκληση της Κυπριακής Δημοκρατίας είναι όχι η επιβίωση του συστήματος αλλά η περαιτέρω αναβάθμιση των υπηρεσιών και η ενίσχυση της ανθεκτικότητας του για να μπορεί να καταστεί πρότυπο μοντέλο διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και όχι μόνο σε κάποια άλλη πανδημική κρίση αλλά σε όλες τις υπηρεσίες του που προσφέρει.

#### Βιβλιογραφία:

- Barasa, E., Cloete, K. and Gilson, L. (2018) 'From bouncing back to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening', *BMJ Global Health*, 3(1), e000629.
- Baum, F., Freeman, T., Musolino, C., Abramovitz, M., De Ceukelaire, W., Flavel, J., Friel, S., Giugliani, C., Howden-Chapman, P., Huynh, T. and Sanders, D. (2021) 'Explaining covid-19 performance: what factors might predict national responses?', *BMJ*, 372, n91.
- European Commission (2021) *State of Health in the EU: Cyprus Country Health Profile 2021*. Brussels: European Commission.
- Greer, S.L., King, E.J., Massard da Fonseca, E. and Peralta-Santos, A. (2020) 'The comparative politics of COVID-19: The need to understand government responses', *Global Public Health*, 15(9), pp. 1413–1416.
- Haldane, V., De Foo, C., Abdalla, S.M., Jung, A.S., Tan, M., Wu, S., Chua, A., Verma, M., Shrestha, P., Singh, S., Perez, T., Tan, S.M., Bartos, M., Mabuchi, S. and Legido-Quigley, H.

(2021) 'Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries', *Nature Medicine*, 27, pp. 964–980.

- Kruk, M.E., Myers, M., Varpilah, S.T. and Dahn, B.T. (2015) 'What is a resilient health system? Lessons from Ebola', *The Lancet Global Health*, 3(7), pp. e407–e408.
- Legido-Quigley, H., Asgari, N., Teo, Y.Y., Leung, G.M., Oshitani, H., Fukuda, K., Cook, A.R., Hsu, L.Y., Shibuya, K. and Heymann, D. (2020) 'Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic?', *The Lancet*, 395(10227), pp. 848–850.
- OECD (2020) *OECD policy responses to coronavirus (COVID-19): Strengthening health systems during a pandemic*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2021) *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Organization for Economic Co-operation and Development (2020) *Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD*. Paris: OECD.
- Saltman, R.B., Figueras, J. and Sakellarides, C. (1998) *Critical challenges for health care reform in Europe*. Buckingham: Open University Press.
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J. and Karanikolos, M. (2020) 'Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies', *European Observatory Policy Brief*, 36.
- World Health Organization (1978) *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2010) *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2018) *Declaration of Astana*. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2019) *Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2020a) *Strengthening the health systems response to COVID-19*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2020b) *Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic*. Geneva: WHO.

- World Health Organization (2021) Global health expenditure database. Geneva: WHO
- Andreou, M., Pashardes, P. and Pashourtidou, N. (2017) 'Health care reform in Cyprus: The introduction of the General Healthcare System (GeSY)', *Cyprus Economic Policy Review*, 11(2), pp. 3–23.
- European Commission (2019) State of Health in the EU: Cyprus Country Health Profile 2019. Brussels: European Commission.
- European Commission (2021) State of Health in the EU: Cyprus Country Health Profile 2021. Brussels: European Commission.
- European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Cyprus: Health system review (HiT profile). Brussels: WHO Regional Office for Europe.
- Ministry of Health Cyprus (2020) National strategy for addressing the COVID-19 pandemic. Nicosia: Ministry of Health.
- Ministry of Health Cyprus (2021) Annual report on the management of the COVID-19 pandemic in Cyprus. Nicosia: Ministry of Health.
- OECD and European Observatory on Health Systems and Policies (2021) Cyprus: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. Paris/Brussels: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2020) Health system responses to COVID-19: Cyprus. Paris: OECD.
- Pashardes, P. and Andreou, M. (2020) 'The political economy of health reform in Cyprus', *Cyprus Economic Society Review*, 14(1), pp. 45–68.
- Stylianou, M. and Theodorou, M. (2019) 'The introduction of the General Healthcare System in Cyprus: Challenges and prospects', *Health Policy*, 123(7), pp. 641–646.
- Theodorou, M., Charalambous, C., Petrou, P. and Cylus, J. (2012) 'Cyprus health system review', *Health Systems in Transition*, 14(6), pp. 1–128.
- Theodorou, M. (2014) 'Health reform in Cyprus: Problems and prospects', *Eurohealth*, 20(1), pp. 18–21.