

Interreg Greece-Bulgaria Health Care Centre

European Regional Development Fund



keep.eu

D.4.5.3

Study on managing the change of perception
on primary health care



OFFICE OF SOCIAL PROTECTION &
SOLIDARITY, EDUCATION AND SPORTS
of Lagadas Municipality



<http://healthcarecentre.eu>

This document has been produced with the financial assistance of the European Union. The contents of the document are sole responsibility of the Office of Social Protection & Solidarity, Education and Sports of Lagadas Municipality and can in no way be taken to reflect the views of the European Union, the participating countries the Managing Authority and the Joint Secretariat.



The project is implemented in the framework of the Interreg V-A "Greece-Bulgaria 2014-2020" Cooperation Programme and is co-funded by the European Regional Development Fund and by national funds of the countries participating in the Programme

ABSTRACT

This study was conducted within the framework of the HEALTH CARE CENTRE Interreg Greece-Bulgaria 2014-2020 project in order to investigate people's willingness for change to trust and use the primary health care services (PHC) in Lagadas Municipality.

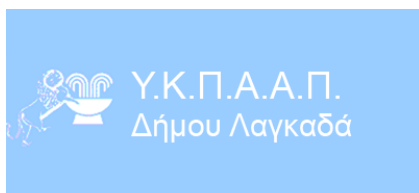
300 questionnaires were distributed in the period September – November 2019, of which, 264 were collected fully completed. After the reliability analysis, 214 of them were evaluated. The questionnaire was structured on 18 questions which were evaluated with the LIKERT evaluation scale.

The study reveals that the local health care centres and clinics are not considered to be reliable due to the insufficiency of equipment, difficulty in accessing them and delays in emergency situations. However, there are practitioners with professional behavior who are willing and devoted to help but they lack the equipment and support from the national and regional health units.

The main conclusions of the study are that in order people to trust the primary health care system, an integrated approach should be:

- development of PHC by the local or/and regional authorities
- enabling the "General Practitioner" service
- development of the electronic medical file system and electronic health card
- development and use of telemedicine

ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ Π.4.1 ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ



«Παροχή υπηρεσιών Συμβουλευτικής Υποστήριξης στην Υπηρεσία Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης, Αθλητισμού, Παιδείας του Δήμου Λαγκαδά (ΥΚΠΑΑΠ) στο πλαίσιο του έργου

“HEALTH CARE CENTER”

“Improving quality and accessibility of social health care services in cross-border regions”

που έχει ενταχθεί στο Πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας “Ελλάδα-Βουλγαρία” 2014 – 2020»

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2019

LEVER – ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ Α.Ε.

Διακριτικός Τίτλος: “LEVER A.E.”

26ης Οκτωβρίου 43, Τ.Κ. 546 27 Θεσσαλονίκη

Τηλ: +30 2310 552113, Fax: +30 2310 552114

www.lever.gr info@lever.gr



-Κενή σελίδα-

Αριθμός Πρωτοκόλλου της Επιτροπής Παραλαβής

Ημερομηνία

Ονοματεπώνυμο & Υπογραφές

ΠΑΚΕΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ 4 – ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ

ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ Π.4.1: Σχέδιο Δράσης για τη διαχείριση της αλλαγής της αντίληψης για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα οφέλη της

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ	3
A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
Εννοιολογικές Προσεγγίσεις	5
B. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ	10
Μεθοδολογία της Έρευνας	10
Ανάλυση της Έρευνας	17
Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ *	31
Η ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	32
Κυριότερα Προβλήματα	35
ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ - ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ	40
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ *	47
Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας	49
Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας	52
Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας	55
Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας	58
ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	61
Προηγούμενες Εκθέσεις και Προτάσεις : Κριτική Προσέγγιση	61
Διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών ασφάλειας του ασθενούς	63
Βασικοί στόχοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας *	66
Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού με έμφαση στην κατάρτιση και στην εκπαίδευση.	69

ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ	71
Οργανωτικές και Λειτουργικές παρεμβάσεις	71
Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας	74
Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού	75

ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Προκειμένου να αποφευχθεί η, σύγχυση από την ταύτιση των εννοιών της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα πρέπει να προσδιοριστούν με σαφήνεια οι σχετικοί όροι:

Η πρώτη αναφέρεται κυρίως στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη και σε υπηρεσίες που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου. Ο δεύτερος όρος είναι ευρύτερος και περιλαμβάνει μη ιατρικές επεμβάσεις, αναγνωρίζοντας ότι η υγεία επηρεάζεται και εξαρτάται από όλους τους άλλους παράγοντες και τομείς της κοινότητας – περιβάλλον, κατοικία, εκπαίδευση, οικονομία, εργασία, πολιτισμός, πολιτική, διατροφή, ρύπανση, κοινωνικές αξίες - πλην του υγειονομικού.

Σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, ως «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – ΠΦΥ» ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία.

ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΕΡΕΥΝΑ

ΔΙΑΝΕΜΗΘΗΚΑΝ 300 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ, ΣΥΛΛΕΧΘΗΚΑΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΕΝΑ 264 , ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΘΗΚΑΝ 214 ΑΠΟ ΑΥΤΑ.

ΤΟ ΔΟΜΗΜΕΝΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΦΟΡΑ ΣΕ 18 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΞΙΟΛΟΓΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ 5ΒΑΘΜΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ LIKERT

ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΙΚΑΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ ΜΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΟΥ ΟΜΩΣ ΔΕΝ ΑΦΙΕΡΝΟΥΝ ΕΠΑΡΚΗ ΧΡΟΝΟ ΚΑΙ ΔΕΝ ΕΞΕΤΑΖΟΥΝ ΟΛΑ ΤΑ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΑ, ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΑΜΦΙΣΒΗΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΦΥ, ΔΥΣΧΕΡΕΙΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙΣ

ΕΝΤΟΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΠΦΥ

ΕΚΤΕΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΦΟΡΑ

Οι μελέτες αναδεικνύουν ότι:

- Η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας αλλά χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού πολυκερματισμό.

- Κύρια προβλήματα η ανεπαρκής στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυϊατρείων του ΕΟΠΥΥ και η έλλειψη εξοπλισμού

ΤΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ

Η ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΗΨΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΦΥ ΕΧΕΙ ΩΣ ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΙΣ:

- ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΦΥ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΟΤΑ
- ΤΗΝ ΚΑΘΟΛΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ
- ΤΗΝ ΥΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΦΑΚΕΛΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
- ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ

A. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αγαθό της «υγείας» αποτελεί δομικό στοιχείο στο αξιακό σύστημα του σύγχρονου δυτικού πολιτισμού¹ και αναγνωρίζεται ως θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα². Τα κράτη προωθούν δράσεις, οι οποίες διαφυλάσσουν και αναβαθμίζουν το επίπεδο της υγείας των πολιτών τους³. Η έννοια της αναβάθμισης δεν αναφέρεται μόνο στην ποιότητα της υγείας, αλλά και στο οικονομικό σχήμα κόστος-απόδοση. Η τρέχουσα παγκόσμια οικονομική ύφεση επανέφερε την ανάγκη κρατικών παρεμβάσεων στην οικονομία για ορθολογική κατανομή των πόρων⁴ (ο τομέας της υγείας δεν εξαιρείται)⁵. Αυτή την περίοδο βρίσκεται σε εξέλιξη ευρεία συζήτηση για την ανεύρεση μεθόδων μείωσης του κόστους, δίχως υποβάθμιση του επιπέδου υγείας. Οι προτεινόμενες λύσεις εντοπίζονται κυρίως σε τομείς από τους οποίους προκύπτει αμεσότερη εξοικονόμηση πόρων. Αναδεικνύεται ωστόσο και ο ρόλος των ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας, με προμετωπίδα την προαγωγή υγείας, οι οποίες βέβαια αποδίδουν καρπούς μακροπρόθεσμα. Η ως άνω πολιτική υγείας στοχοθετεί κατά προτεραιότητα στην πρόληψη, στην αγωγή υγείας και γενικά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ). Δεν αποτελεί σύγχρονη επινόηση, αλλά έχει επισημανθεί από το 1978 με τη διακήρυξη της Άλμα-Άτα⁶, η οποία διεύρυνε την έννοια της ΠΦΥ και έθεσε στρατηγικούς στόχους για την παγκόσμια υγεία.

Η πρωτογενής έννοια της ΠΦΥ αναφερόταν στην πρώτη επαφή ενός ασθενούς με κάποιον επαγγελματία υγείας, ενώ θα μπορούσε να λεχθεί ότι ο ρόλος της ήταν υποβαθμισμένος και εντοπισμένος εκτός των αστικών κέντρων⁷. Το 1978, η διεθνής διάσκεψη για την ΠΦΥ, στην Άλμα-Άτα του Καζακστάν, κατέληξε σε διακήρυξη δέκα σημείων, η οποία σηματοδότησε μια επαναστατική αλλαγή στην αντίληψη περί παροχής υπηρεσιών υγείας με σαφή στοχοθέτηση για την ανάπτυξή τους, με κέντρο την ΠΦΥ⁸. Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα διεύρυνε το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας στη βάση του ορισμού της

¹ World Health Organization. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946. WHO, Geneva, Switzerland, 1948

² United Nations. *Universal Declaration of Human Rights*. General Assembly of the United Nations, Paris, France, 1948

³ Commission of the European Communities. *White Paper – Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013*. EU, Brussels, 2007:1–11

⁴ Stiglitz JE. A new capitalist order (chapter 7). In: Stiglitz JE (ed) *Freefall: America, free markets, and the sinking of the world economy*. 1st ed. W.W. Norton & Co., New York, 2010:xxx:361

⁵ Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2009, 48:37–49

⁶ International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron* 1978, 32:428–430

⁷ Walt G, Vaughan P. Primary health care: What does it mean? *Trop Doct* 1982, 12:99–100

⁸ Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet* 2008, 372:865–866

«υγείας»–κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (ΠΟΥ)– ως μια κατάσταση στην οποία το άτομο έχει πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία – και όχι απλά απουσία ασθένειας (άρθρο I13). Επιπλέον, κατέστησε σαφές (άρθρα II, III13) ότι δεν μπορεί να είναι αποδεκτές οι ανισότητες στην υγεία όχι μόνο από ανθρωπιστική ή κοινωνική σκοπιά, αλλά και από πολιτικο-οικονομική θεώρηση, καθώς η υγεία αποτελεί παραγωγικό πόρο, παράγοντα σταθεροποίησης και ειρήνης για τα σύγχρονα κράτη. Η φιλοσοφία που διαπνέει τη διακήρυξη μπορεί να συνοψιστεί στις ακόλουθες αρχές:

- (α) ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και υγεία για όλους,
- (β) κοινωνική συμμετοχή,
- (γ) προαγωγή υγείας,
- (δ) ορθολογική χρήση των πόρων,
- (ε) διατομεακή δράση και συνεργασία.

Στο πλαίσιο αυτό κατέληξε σε ένα νέο περίγραμμα για την ΠΦΥ, το οποίο δεν καταγράφεται με γενικό τρόπο αλλά με επτά σημεία⁹,

Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

Προκειμένου να αποφευχθεί η παρατηρούμενη, τα τελευταία ιδίως χρόνια, σύγχυση από την «αυθαίρετη» ταύτιση των εννοιών της **Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης** (primary medical care) και της **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** (primary health care), θα πρέπει να προσδιοριστούν με σαφήνεια οι σχετικοί όροι:

Η πρώτη αναφέρεται κυρίως στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη και **σε υπηρεσίες που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει** και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου. Ο δεύτερος όρος **είναι ευρύτερος και περιλαμβάνει μη ιατρικές επεμβάσεις**, υπό το πνεύμα του ολιστικού ορισμού της υγείας που προαναφέρθηκε, δηλαδή αναγνωρίζεται ότι η υγεία επηρεάζεται και εξαρτάται από όλους τους άλλους παράγοντες και τομείς της κοινότητας – περιβάλλον, κατοικία, εκπαίδευση, οικονομία, εργασία, πολιτισμός, πολιτική, διατροφή, ρύπανση, κοινωνικές αξίες - πλην του υγειονομικού.

Ως **παράδειγμα κατανόησης της διαφοράς** των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης μπορεί να αναφερθεί ότι οι υπηρεσίες αγωγής υγείας, προσυμπτωματικού ελέγχου και δημόσιας υγιεινής, είναι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, ενώ η τακτική νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία υπάγεται στις υπηρεσίες περίθαλψης.

⁹ International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron* 1978, 32:428–430

Αναζητώντας τις ρίζες των εννοιών ολοκληρωμένη και εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, αξίζει να αναφερθούμε στον ορισμό της ΠΦΥ όπως τον έδωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) στην ιστορική συνέλευση της Άλμα-Άτα (www.who.int). Σύμφωνα με αυτόν, η φροντίδα υγείας αντικατοπτρίζει τα οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας, παρέχει προληπτικές, θεραπευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες αποκατάστασης σε επίπεδο κοινότητας, περιλαμβάνει εκπαίδευση σε βασικά θέματα υγείας, προωθεί την ενεργό συμμετοχή της κοινότητας και του ατόμου στον σχεδιασμό, την οργάνωση και τη λειτουργία της ΠΦΥ, πρέπει να υποστηρίζεται από ολοκληρωμένα συστήματα για την εξέλιξή της σε ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, να είναι προσβάσιμη από όλους και να παρέχεται από άρτια εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας. Μια πρόσφατη συζήτηση και κριτική προσέγγιση του ορισμού αυτού, που δημοσιεύτηκε στην αναφορά του Π.Ο.Υ. το 2008 (www.who.int), καθόρισε τέσσερις ουσιαστικούς πυλώνες της ΠΦΥ: καθολική κάλυψη, υπηρεσίες εστιασμένες στον άνθρωπο και στον αποδέκτη των υπηρεσιών φροντίδας, επιτυχημένη ηγεσία και δημόσιες υπηρεσίες.

Η επίτευξη της ολοκληρωμένης ΠΦΥ είναι μια εξαιρετικά σύνθετη διαδικασία και απαιτείται τόσο η οριζόντια (horizontal) όσο και η κάθετη (vertical) ολοκλήρωση για να αποφεύγεται ο κατακερματισμός και η ασυνέχεια στις εκβάσεις υγείας. Η οριζόντια ολοκλήρωση αφορά την πλήρη ολοκλήρωση της ΠΦΥ (διασύνδεση όμοιων επιπέδων φροντίδας, π.χ. διεπιστημονικές ομάδες), ενώ η κάθετη ολοκλήρωση αφορά στοχευμένη ολοκλήρωση της ΠΦΥ σε περιπτώσεις υψηλής προτεραιότητας (διασύνδεση διαφορετικών επιπέδων φροντίδας, π.χ. διασύνδεση πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας). Καθοριστικής σημασίας είναι και η απαρτίωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας στην ΠΦΥ, θέμα που απασχολεί συχνά τη βιβλιογραφία (WHO, 2008).

Ένας γενικά αποδεκτός ορισμός που έχει υιοθετηθεί και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι: «Η διαχείριση και η παροχή υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε τα άτομα να απολαμβάνουν ένα συνεχές προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες τους στη διάρκεια του χρόνου και ανεξαρτήτως επιπέδου του συστήματος υγείας στο οποίο απευθύνονται» (WHO, 2008). Ανάμεσα στους βασικούς στόχους της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας συμπεριλαμβάνονται η σύνδεση των φορέων ΠΦΥ, η βελτίωση της προσβασιμότητας και του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού, η βελτίωση της κατανομής του υγειονομικού προσωπικού και η καλύτερη

επικοινωνία και κατανομή των πόρων¹⁰. Στη μελέτη των Valentijn και συν. (2015)¹¹ γίνεται αναφορά στην ολοκληρωμένη ΠΦΥ που κατανοείται ως το πλαίσιο φροντίδας υγείας στο οποίο ένα δίκτυο πολλών επαγγελματιών υγείας και οργανισμών υγείας και κοινωνικής φροντίδας παρέχουν προσβάσιμες, ολοκληρωμένες και συντονισμένες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας σε έναν πληθυσμό.

Η ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας γίνεται κατανοητή στα παρακάτω επίπεδα¹²:

- ✚ Λειτουργική ολοκλήρωση σε μακροοικονομικό επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (χρηματοδότηση και θεσμοθέτηση φροντίδας, θεραπείας, πρόληψης και κοινωνικών υπηρεσιών).
- ✚ Οργανωσιακή ολοκλήρωση σε μεσοεπίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (στρατηγικές συμμαχίες μεταξύ φορέων υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας).
- ✚ Επαγγελματική ολοκλήρωση σε μεσοεπίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (στρατηγικές συμμαχίες μεταξύ επαγγελματιών υγείας).
- ✚ Κλινική ολοκλήρωση σε μικροοικονομικό επίπεδο του συστήματος φροντίδας υγείας (συνέχεια, συνεργασία και συνοχή στη διαδικασία παροχής ΠΦΥ).

Η ολοκληρωμένη ΠΦΥ βρίσκεται σήμερα στο επίκεντρο της προσοχής τόσο από τα μέσα ενημέρωσης στο Ηνωμένο Βασίλειο, όσο και από κυβερνητικούς φορείς σε παγκόσμιο επίπεδο (συμπεριλαμβάνονται περιοχές όπως η Αυστραλία, ο Καναδάς, οι ΗΠΑ και χώρες της Βόρειας Ευρώπης), αλλά δυστυχώς δεν φαίνεται να αποτελεί προτεραιότητα για το ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Η συζήτηση για την ολοκληρωμένη φροντίδα εν γένει δεν έχει τύχει της προσοχής ούτε των σχεδιαστών των υπηρεσιών υγείας αλλά ούτε και της προπτυχιακής εκπαίδευσης, και απαιτεί επαγγέλματα υγείας ευαισθητοποιημένα αλλά και εκπαιδευμένα στην άσκησή της¹³. Η ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, σε συνδυασμό με την εστιασμένη στον άνθρωπο φροντίδα υγείας, έχει απασχολήσει πρόσφατα και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, που κυκλοφόρησε δύο σχετικές εκδόσεις (WHO, 2015a, 2015b).

¹⁰ Brown, L., Oliver-Baxter, J. & Bywood P. (2013). International trends and initiatives in primary health care. *PHCRIS Research Roundup*, Issue 3.

¹¹ Valentijn, P.P., Vrijhoef, H., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R.Y. & Bruijnzeels, M.A. (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Family Practice*, 16, p. 64. doi: 10.1186/s12875-0158-0278-x

¹² Delnoij, D., Klazinga, N. & Glasgow, I.K. (2002). Integrated Care in an International Perspective. *International Journal of Integrated Care* [serial online].

¹³ Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K. & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*. ISSN 1568-4156.

Άρρηκτα δεμένη με την έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας είναι και η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα¹⁴. Πρόκειται για έναν όρο θεμελιωμένο από παλιά, που όμως επιστρέφει με προσθήκες στις παραδοσιακές αξίες και διαστάσεις που τον συνοδεύουν. Η αναφορά στον ασθενή νοείται με τον ευρύτερο όρο της αναφοράς στον άνθρωπο ή στο άτομο και την οικογένειά του (παρακάτω διατηρήθηκε η πιστή απόδοση του όρου «patient»).

ΝΟΜΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ*

* <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias>

Σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, ως «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – ΠΦΥ» ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει:

- (α) τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση βλαβών της υγείας που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο,
- (β) τη διεξαγωγή ιατρικών και οδοντιατρικών πράξεων και εξετάσεων και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων του άρθρου 3 του παρόντος,
- (γ) τη φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο,
- (δ) τις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι,
- (ε) τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,
- (στ) την επείγουσα προνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω ιδίως της μεταφοράς ασθενών από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) ή άλλους πιστοποιημένους για τον σκοπό αυτό, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οργανισμούς,
- (ζ) την παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, σύμφωνα με την πολιτική Δημόσιας Υγείας και τα Εθνικά Σχέδια Δράσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στον πρωτογενή και τον δευτερογενή τομέα,

¹⁴ Lionis, C. & Petelos, E. (2015). The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model? In O' Donohue, W. and Maragakis, A. (Eds.), *Integrated Primary and Behavioral Care*. Springer.

(η) την παροχή εξ αποστάσεως ιατρικών συμβουλών και υπηρεσιών με τη χρήση προηγμένων τεχνολογιών και υποδομών, ιδίως μέσω ειδικού συστήματος τηλεϊατρικής και της ανοικτής γραμμής επικοινωνίας,

(θ) την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας,

(ι) τον σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων για τη βελτίωση της συνολικής υγείας των τοπικών κοινωνιών,

(ια) τη μέριμνα και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ορισμένων ειδικοτήτων, για την αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων υγείας, που εμφανίζονται σε τοπικό επίπεδο και

(ιβ) την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού

B. Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΡΕΥΝΑ

Μεθοδολογία της Έρευνας

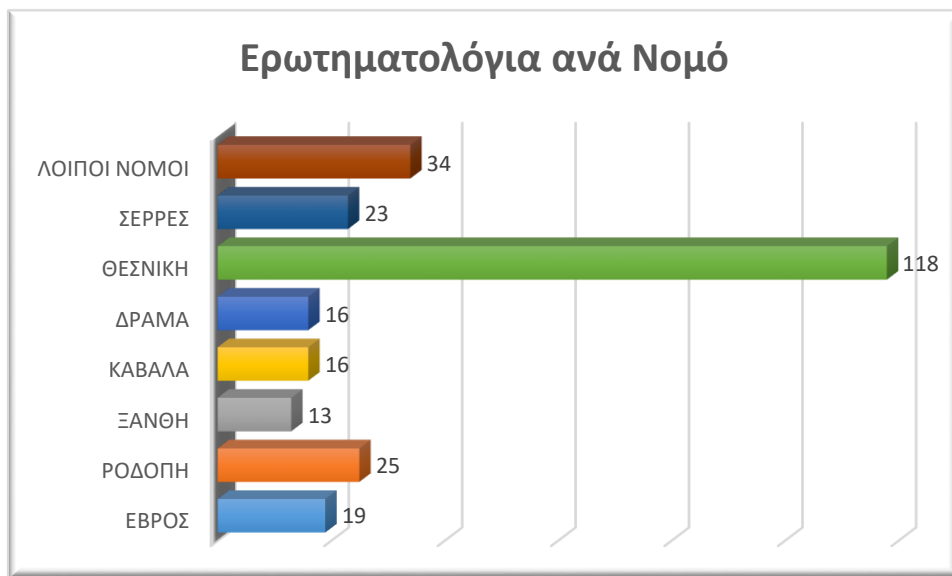
Για την καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας αξιολογήθηκαν οι προσεγγίσεις του Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ, Ware, JE, Snyder, MK, and Wright, WR (1976) Development and Validation of Scales to Measure Patient Satisfaction with Medical Care Services) και επιλέχθηκε η πιο πρόσφατη μορφή του Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) (Grant N. Marshall, Ron D. Hays (1994) The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18) Related Topics: Health Care Quality, Patient Experience. Santa Monica, RAND) κυρίως εξαιτίας της ευελιξίας του και της δυνατότητας να παράγει αποτελέσματα που ευνοούν τις διακρατικές συγκρίσεις.

Το ερωτηματολόγιο συγκροτείται από 18 ερωτήσεις που αξιολογούνται με την εφαρμογή της 5βαθμιας κλίμακας Likert, σύμφωνα και με τη σύγχρονη αντίληψη ότι θα πρέπει να δίνεται στους ερωτώμενους/στις ερωτώμενες η δυνατότητα για μια ουδέτερη επιλογή. Σύμφωνα με τα παραπάνω οι επιλογές ήταν «Συμφωνώ πλήρως», «συμφωνώ», «ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ», «διαφωνώ», «διαφωνώ πλήρως». Στις 18 πρωτότυπες ερωτήσεις προστέθηκαν άλλες τρεις σχετικά με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα και τον Νομό μόνιμης κατοικίας.

Κατά τη διαδικασία προελέγχου το ερωτηματολόγιο αξιολογήθηκε και απαντήθηκε από μια δοκιμαστική ομάδα 20 ατόμων και διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχει ανάγκη για αλλαγές ή για εφαρμογή της τεχνικής της λεπτομερούς αναφοράς (cognitive debriefing method), εφόσον δε διαπιστώθηκε χρήση εξειδικευμένης τεχνικής ορολογίας.

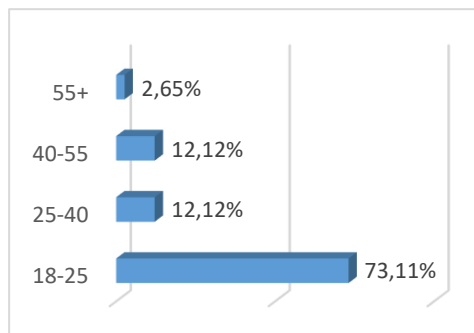
Στη συνέχεια διακινήθηκε σε δείγμα 300 ατόμων, κατά την περίοδο Σεπτεμβρίου – Οκτωβρίου 2019 στις επτά διοικητικές ενότητες της περιοχής εφαρμογής της επιλέξιμης διασυνοριακής περιοχής του Προγράμματος (Νομοί Θεσσαλονίκης, Σερρών, Καβάλας, Δράμας, Ξάνθης, Ροδόπης και Έβρου) με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας και τη χρήση κάλπης. Παρά την πρακτική της επιτόπου συμπλήρωσης ορισμένα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από άτομα με τόπο διαμονής εκτός του πεδίου ενδιαφέροντος της έρευνας, και έτσι απορρίφθηκαν. Τα ερωτηματολόγια που επιλέχθηκαν για περαιτέρω ανάλυση ήταν 264 και σταθμίστηκαν ως προς τον Νομό κύριας κατοικίας, ως εξής: Θεσσαλονίκης 118, Σερρών 23, Έβρου 19 Καβάλας 16 Δράμας 16 Ξάνθης 13 Ροδόπης 25 και λοιπών νομών 34.

Η συλλογή ερωτηματολογίων ανά νομό παρουσιάζεται στο επόμενο γράφημα:



Χαρακτηριστικά του δείγματος

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων όπως απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα ανήκει στην ηλικιακή ομάδα των 18-25. Κατά την προσέγγιση κατάρτισης του ερωτηματολογίου κρίθηκε ότι αυτή η ηλικιακή ομάδα έχει βαρύνουσα σημασία καθώς δεν είναι επηρεασμένη από παραστάσεις ή/και συμπλέγματα του παρελθόντος που παραπέμπουν σε υπηρεσίες ΠΦΥ παλαιότερων ετών. Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης του δείγματος, το 57,8% ήταν ανώτατης εκπαίδευσης.



ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΝΟΜΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	18-25	25-40	40-55	55+
ΕΒΡΟΣ	19	3	16	16	1	2	0
ΡΟΔΟΠΗ	25	8	17	21	1	3	0
ΞΑΝΘΗ	13	6	7	7	1	3	2
ΚΑΒΑΛΑ	16	3	13	12	1	2	1
ΔΡΑΜΑ	16	3	13	16	0	0	0
ΘΕΣΣΟΝΙΚΗ	118	43	75	77	21	18	2
ΣΕΡΡΕΣ	23	7	16	22	1	0	0
ΛΟΙΠΟΙ ΝΟΜΟΙ	34	0	34	22	6	4	2
	264	73	191	193	32	32	7

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑ ΝΟΜΟ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	18-25	25-40	40-55	55+
ΕΒΡΟΣ	100,00%	15,79%	84,21%	84,21%	5,26%	10,53%	0,00%
ΡΟΔΟΠΗ	100,00%	32,00%	68,00%	84,00%	4,00%	12,00%	0,00%
ΞΑΝΘΗ	100,00%	46,15%	53,85%	53,85%	7,69%	23,08%	15,38%
ΚΑΒΑΛΑ	100,00%	18,75%	81,25%	75,00%	6,25%	12,50%	6,25%
ΔΡΑΜΑ	100,00%	18,75%	81,25%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%
ΘΕΣΣΟΝΙΚΗ	100,00%	36,44%	63,56%	65,25%	17,80%	15,25%	1,69%
ΣΕΡΡΕΣ	100,00%	30,43%	69,57%	95,65%	4,35%	0,00%	0,00%
ΛΟΙΠΟΙ ΝΟΜΟΙ	100,00%	0,00%	100,00%	64,71%	17,65%	11,76%	5,88%
		27,65%	72,35%	73,11%	12,12%	12,12%	2,65%

Κατάρτιση του Ερωτηματολογίου

Για το σχεδιασμό του δομημένου ερωτηματολογίου ακολουθήθηκε οι κατά Henerson (Henerson κ.ά., 1987· Javeau, 1996) κανόνες που επιτρέπουν κάποιες αποκλίσεις κατά περίπτωση ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της έρευνας που πρόκειται να πραγματοποιηθεί.


Το ερωτηματολόγιο αποτελείται:




1. Από μια σειρά ερωτήσεων που αποτελούν τον πυρήνα του ερωτηματολογίου και έχουν άμεση σχέση με το υπό διερεύνηση θέμα
2. Ερωτήσεις ελέγχου οι οποίες αποτελεί τα σημεία επιλογής / απόρριψης του κάθε ερωτηματολογίου καθώς καταδεικνύουν ότι οι ληφθήσες απαντήσεις δεν έχουν ειρμό και τάξη. Με τον τρόπο αυτό κατά τη διενέργεια της ανάλυσης των απαντήσεων αποκλείονται από το δείγμα οι ασυνέχειες, ασυνέπειες και οι τυχαίες απαντήσεις. Τα ερωτήματα ελέγχου τίθενται ακριβώς για τον έλεγχο της ορθότητας των απαντήσεων σε βασικές ερωτήσεις.
3. Δημογραφικά στοιχεία του ερωτωμένου: στο τελευταίο τμήμα του ερωτηματολογίου υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτωμένου: φύλο, ηλικιακή ομάδα και τόπος διαμονής.

Για την επιτυχημένη και ορθή έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κατά Javeau-2000 προσέγγιση με στόχο τη δημιουργία ερωτηματολογίου με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Να περιλαμβάνει ερωτήματα ελέγχου.
- Να είναι κατά το δυνατόν σύντομο.
- Να έχει τελειότητα παρουσίασης από τεχνικής πλευράς.
- Να επιδέχεται κωδικογραφική και μηχανογραφική επεξεργασία.

ΕΡΕΥΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Παρακαλώ τοποθετηθείτε στις παρακάτω 18 δηλώσεις με βάση τη γενική σας εμπειρία από τη ΔΗΜΟΣΙΑ πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας βάζοντας  σε ΜΙΑ σωστή απάντηση για κάθε περίπτωση

Δήλωση		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
						
1	Οι γιατροί εξηγούν επαρκώς την αιτία για ιατρικές εξετάσεις					
2	Τα ιατρεία είναι επαρκώς εξοπλισμένα για την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης					
3	Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια					
4	Μερικές φορές αναρωτιέμαι εάν η διάγνωση των γιατρών είναι σωστή					
5	Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να έχω την ιατρική φροντίδα που χρειάζομαι χωρίς να βλαφθεί η οικονομική μου κατάσταση					
6	Όταν λαμβάνω ιατρική φροντίδα, εξετάζονται όλα τα ενδεχόμενα πολύ προσεκτικά					
7	Πληρώνω για ιατρική φροντίδα περισσότερα από όσα διαθέτω					
8	Έχω εύκολη πρόσβαση σε γιατρούς με ειδικότητα					
Παρακαλώ δείτε και την πίσω όψη ----->						

Δήλωση		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
9	Στα επείγοντα υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των περιστατικών					
10	Οι γιατροί είναι ψυχροί και απρόσωποι απέναντι μου					
11	Οι γιατροί φέρονται πολύ φιλικά και ευγενικά					
12	Αυτοί που μου παρέχουν ιατρική φροντίδα μερικές φορές το κάνουν πολύ βιαστικά					
13	Οι γιατροί αγνοούν μερικές φορές αυτό που τους λέω					
14	Έχω μερικές αμφιβολίες για τις ικανότητες των γιατρών που με φροντίζουν					
15	Οι γιατροί συνήθως μου αφιερώνουν άπλετο χρόνο					
16	Είναι δύσκολο να εξασφαλίσω άμεσο ραντεβού για ιατρική βοήθεια					
17	Είμαι δυσαρεστημένος από μερικές όψεις της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνω					
18	Έχω πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα οποτεδήποτε την χρειάζομαι					

Φύλο:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Έτος γέννησης:		
Νομός μόνιμης κατοικίας:		

Τύποι ερωτήσεων

Επιλέχθηκε η έρευνα με κλειστές ερωτήσεις Διαβαθμισμένης Κλίμακας. Στις κλειστές ερωτήσεις υποδεικνύεται μια σειρά τιμών (πιθανών απαντήσεων) από τις οποίες επιλέγει μία ο ερωτώμενος. Οι κλειστές ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκαν ως επί το πλείστον γιατί επιτρέπουν την ποσοτική ανάλυση. Το γνωστό μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι υπάρχει η πιθανότητα το σύνολο των τιμών τους να μην εκφράζει το σύνολο των πιθανών απαντήσεων που θα ήθελαν να δώσουν οι ερωτώμενοι.

Για τη συλλογή των απαντήσεων χρησιμοποιήθηκε το πρότυπο της Κλίμακας Likert. Οι κλίμακες Likert είναι κλίμακες συμφωνίας του ερωτωμένου με μία άποψη. Για να κατασκευάσουμε μια τέτοια κλίμακα διατυπώνουμε καταφατικά μια πρόταση και ζητάμε από τον ερωτώμενο να δηλώσει το βαθμό συμφωνίας του στην πρόταση που διατυπώσαμε.

Η κλίμακα Likert που υιοθετήθηκε φέρει πέντε τιμές απαντήσεων: «διαφωνώ απόλυτα», «διαφωνώ», «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ», «συμφωνώ», «συμφωνώ απόλυτα». Στην πενταβάθμια κλίμακα (περιττός αριθμός θέσεων) ο ερωτώμενος μπορεί να επιλέξει τη μεσαία θέση (με την τιμή 3) αν θέλει έμμεσα να αποφύγει να απαντήσει στην ερώτηση ή να πάρει θέση. Έτσι δίδεται η δυνατότητα στον ερωτώμενο να τοποθετηθεί σε ουδέτερο - μεσαίο σημείο ή να επιλέξει μια σαφή τοποθέτηση προς τη μία ή την άλλη κατεύθυνση της κλίμακας. Έχει τη δυνατότητα να τοποθετηθεί ακραία ή με μετριοπάθεια, ανεξάρτητα από την κατεύθυνση που έχει επιλέξει, γιατί έχει στη διάθεσή του δύο βαθμίδες σε κάθε κατεύθυνση εκατέρωθεν του μεσαίου σημείου.

Συλλογή & Επεξεργασία Στοιχείων

Μετά την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων το επόμενο βήμα ήταν η επεξεργασία των στοιχείων. Για την ανάλυση αυτή χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικό πρόγραμμα ανάλυσης δεδομένων SPSS (Statistical Package for Social Sciences) έκδ. 15, ένα από τα πιο δημοφιλή, ευέλικτα και εύχρηστα στατιστικά πακέτα για την ανάλυση και πραγματοποίηση ποσοτικών ερευνών. Το στατιστικό αυτό πακέτο προσφέρει πολλές δυνατότητες στους ερευνητές για τις ποσοτικές ερωτήσεις κλειστού τύπου.

Πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση, έγινε έλεγχος του δείγματος με το κριτήριο Kaiser-Meyer-Olkin και Bartlett's Test of Sphericity. Μετέπειτα εφαρμόστηκε διερευνητική παραγοντική

ανάλυση από την οποία προέκυψαν 4 παράγοντες. Από αυτούς δημιουργήθηκαν οι αθροιστικές κλίμακες και μετά από έλεγχο αξιοπιστίας με τη χρήση του συντελεστή α του Cronbach επιλέχθηκαν δύο από αυτές.

Η χρήση της τεχνική επισκόπησης των ερωτήσεων με την αξιολόγηση των παραπλανητικών επιλογών στις ερωτήσεις (distractor evaluation) κατέδειξαν ότι 50 ερωτηματολόγια δεν είχαν τον απαιτούμενο βαθμό αξιοπιστίας ώστε να ληφθούν υπόψη στην ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Αξιοπιστία είναι η μέτρηση της συνάφειας της εφαρμογής ενός συστήματος μέτρησης σε ένα ειδικό πληθυσμό. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας στην εφαρμογή μιας κλίμακας βασίζεται κυρίως στον υπολογισμό των συσχετίσεων μεταξύ των ατομικών ερωτήσεων, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη και τη σχέση των ερωτήσεων με τη διακύμανσή τους. Η αξιοπιστία του αθροίσματος των κατά σειρά αποκρίσεων ή αλλιώς η αθροιστική μεταβλητή κλίμακας προσδιορίζεται α) με το δείκτη α του Cronbach και β) με το βαθμό αξιοπιστίας των δύο ημίσεων του αθροίσματος της κλίμακας μέτρησης. Η αξιοπιστία των δύο ημίσεων υπολογίζεται διαμοιράζοντας τη μεταβλητή του αθροίσματος των αποκρίσεων σε δύο ίσου μεγέθους νέες στήλες επιλεγείσες με τυχαίο τρόπο και εκτίμηση (διόρθωση) μεταξύ αυτών μέσω του συντελεστή των Spearman-Brown

Αποτέλεσμα της ανάλυσης αξιοπιστίας ήταν να ληφθούν υπόψη προς επεξεργασία οι απαντήσεις από 214 ερωτώμενους σε πλήθος 264.

Ανάλυση της Έρευνας

Η ανάλυση της έρευνας καταδεικνύει μία αλληλουχία απόψεων και αντιλήψεων των ερωτηθέντων η οποία μπορεί να ταξινομηθεί με βάση τις 4 παρακάτω παραμέτρους:

A) Προφίλ ιατρών [ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 1 10 11 13 15]

Οι ερωτώμενοι στην πλειοψηφία τους θεωρούν ότι οι γιατροί εξηγούν επαρκώς τις αιτίες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε περαιτέρω διαγνωστικές εξετάσεις ενώ ένας στους 3 δεν λαμβάνει θέση επί αυτού. Οι ερωτώμενοι έχουν στην πλειοψηφία τους επιλέξει τη μεσαία κλίμακα αποφεύγοντας να πάρουν θέση στην συμπεριφορά των γιατρών: ψυχροί, απρόσωποι, φιλικοί, ευγενικοί είναι οι 4 παράγοντες που τέθηκαν. Η ανταπόκριση των ερωτώμενων δείχνει ότι η ανθρώπινη πλευρά της συμπεριφοράς των ιατρών είναι επαγγελματική χωρίς συναισθηματικά αποτελέσματα. Ως προς την

επαγγελματική τους συμπεριφορά καταδεικνύεται μία απολύτως φυσιολογική κατανομή στην ερώτηση «Οι γιατροί αγνοούν μερικές φορές αυτό που τους λέω» με το μέσο όρο να μην τοποθετείται ούτε αρνητικά ούτε θετικά. Τέλος, πλέον του 70% θεωρεί ότι ο χρόνος που τους αφιερώνεται δεν είναι επαρκής.

B) Επαγγελματική Ικανότητα των Ιατρών [ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 4 6 12 14]

Η πλειοψηφία δεν αμφισβητεί τις ικανότητες των ιατρών αν και τα 2/3 των ερωτώμενων δείχνει ότι αμφισβητεί την αρχική διάγνωση των ιατρών. Η αίσθηση της παροχής της υπηρεσίας είναι ότι γίνεται πολύ βιαστικά και δεν πείθεται ότι για την παροχή ιατρικής φροντίδας εξετάζονται όλα τα ενδεχόμενα.

Γ) Οργάνωση της ΠΦΥ [ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 2 16 18]

Πλέον του 75% δηλώνει ότι τα ιατρεία δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένα ενώ παράλληλα η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων θεωρεί ότι δεν έχει εύκολη πρόσβαση και δεν μπορεί άμεσα να εξασφαλίσει ραντεβού για την παροχή ιατρικής βοήθειας.

Δ) Υπηρεσίες της ΠΦΥ [ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ 3 5 7 8 9 17]

Η πλειοψηφία των απαντήσεων αναδεικνύει ότι υπάρχουν μεγάλες καθυστερήσεις στην εξυπηρέτηση των περιστατικών. Δύο ερωτήσεις ελέγχου (3) & (17) καθιστούν σαφές ότι οι ερωτώμενοι δεν είναι ευχαριστημένοι από το επίπεδο υπηρεσιών της ΠΦΥ. Τέλος δύο διαφορετικά διατυπωμένες ερωτήσεις (5) & (7) δείχνουν την οικονομική ανασφάλεια που βιώνουν οι ερωτώμενοι όταν πρόκειται να απευθυνθούν στις υπηρεσίες της ΠΦΥ.

Αναλυτικά τα σταθμισμένα αποτελέσματα των 214 ερωτηματολογίων που υποβλήθηκαν σε ανάλυση παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα:

Πλήθος απαντήσεων ανά ερώτηση

Δήλωση		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	Οι γιατροί εξηγούν επαρκώς την αιτία για ιατρικές εξετάσεις	12	89	73	32	8
2	Τα ιατρεία είναι επαρκώς εξοπλισμένα για την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης	0	4	51	106	53
3	Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια	9	26	59	91	29
4	Μερικές φορές αναρωτιέμαι εάν η διάγνωση των γιατρών είναι σωστή	43	94	47	25	5
5	Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να έχω την ιατρική φροντίδα που χρειάζομαι χωρίς να βλαφθεί η οικονομική μου κατάσταση	14	21	31	104	44
6	Όταν λαμβάνω ιατρική φροντίδα, εξετάζονται όλα τα ενδεχόμενα πολύ προσεκτικά	19	27	88	49	31
7	Πληρώνω για ιατρική φροντίδα περισσότερα από όσα διαθέτω	51	82	41	37	3
8	Έχω εύκολη πρόσβαση σε γιατρούς με ειδικότητα	26	53	58	43	34
9	Στα επείγοντα υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των περιστατικών	64	72	35	23	20
10	Οι γιατροί είναι ψυχροί και απρόσωποι απέναντι μου	18	33	113	34	16
11	Οι γιατροί φέρονται πολύ φιλικά και ευγενικά	16	31	118	35	14

12	Αυτοί που μου παρέχουν ιατρική φροντίδα μερικές φορές το κάνουν πολύ βιαστικά	49	98	45	21	1
13	Οι γιατροί αγνοούν μερικές φορές αυτό που τους λέω	22	64	56	63	9
14	Έχω μερικές αμφιβολίες για τις ικανότητες των γιατρών που με φροντίζουν	19	31	78	74	12
15	Οι γιατροί συνήθως μου αφιερώνουν άπλετο χρόνο	13	18	34	108	41
16	Είναι δύσκολο να εξασφαλίσω άμεσο ραντεβού για ιατρική βοήθεια	75	79	34	25	1
17	Είμαι δυσαρεστημένος από μερικές όψεις της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνω	43	91	51	23	6
18	Έχω πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα οποτεδήποτε την χρειάζομαι	31	61	45	60	17

Αναλυτικά τα ποσοστά των απαντήσεων των 214 ερωτηματολογίων που υποβλήθηκαν σε ανάλυση παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα:

Ποσοστά απαντήσεων ανά ερώτηση

Δήλωση		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1	Οι γιατροί εξηγούν επαρκώς την αιτία για ιατρικές εξετάσεις	5,61%	41,59%	34,11%	14,95%	3,74%
2	Τα ιατρεία είναι επαρκώς εξοπλισμένα για την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης	0,00%	1,87%	23,83%	49,53%	24,77%
3	Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια	4,21%	12,15%	27,57%	42,52%	13,55%
4	Μερικές φορές αναρωτιέμαι εάν η διάγνωση των γιατρών είναι σωστή	20,09%	43,93%	21,96%	11,68%	2,34%

5	Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να έχω την ιατρική φροντίδα που χρειάζομαι χωρίς να βλαφθεί η οικονομική μου κατάσταση	6,54%	9,81%	14,49%	48,60%	20,56%
6	Όταν λαμβάνω ιατρική φροντίδα, εξετάζονται όλα τα ενδεχόμενα πολύ προσεκτικά	8,88%	12,62%	41,12%	22,90%	14,49%
7	Πληρώνω για ιατρική φροντίδα περισσότερα από όσα διαθέτω	23,83%	38,32%	19,16%	17,29%	1,40%
8	Έχω εύκολη πρόσβαση σε γιατρούς με ειδικότητα	12,15%	24,77%	27,10%	20,09%	15,89%
9	Στα επείγοντα υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των περιστατικών	29,91%	33,64%	16,36%	10,75%	9,35%
10	Οι γιατροί είναι ψυχροί και απρόσωποι απέναντι μου	8,41%	15,42%	52,80%	15,89%	7,48%
11	Οι γιατροί φέρονται πολύ φιλικά και ευγενικά	7,48%	14,49%	55,14%	16,36%	6,54%
12	Αυτοί που μου παρέχουν ιατρική φροντίδα μερικές φορές το κάνουν πολύ βιαστικά	22,90%	45,79%	21,03%	9,81%	0,47%
13	Οι γιατροί αγνοούν μερικές φορές αυτό που τους λέω	10,28%	29,91%	26,17%	29,44%	4,21%
14	Έχω μερικές αμφιβολίες για τις ικανότητες των γιατρών που με φροντίζουν	8,88%	14,49%	36,45%	34,58%	5,61%
15	Οι γιατροί συνήθως μου αφιερώνουν άπλετο χρόνο	6,07%	8,41%	15,89%	50,47%	19,16%
16	Είναι δύσκολο να εξασφαλίσω άμεσο ραντεβού για ιατρική βοήθεια	35,05%	36,92%	15,89%	11,68%	0,47%
17	Είμαι δυσαρεστημένος από μερικές όψεις της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνω	20,09%	42,52%	23,83%	10,75%	2,80%
18	Έχω πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα οποτεδήποτε την χρειάζομαι	14,49%	28,50%	21,03%	28,04%	7,94%

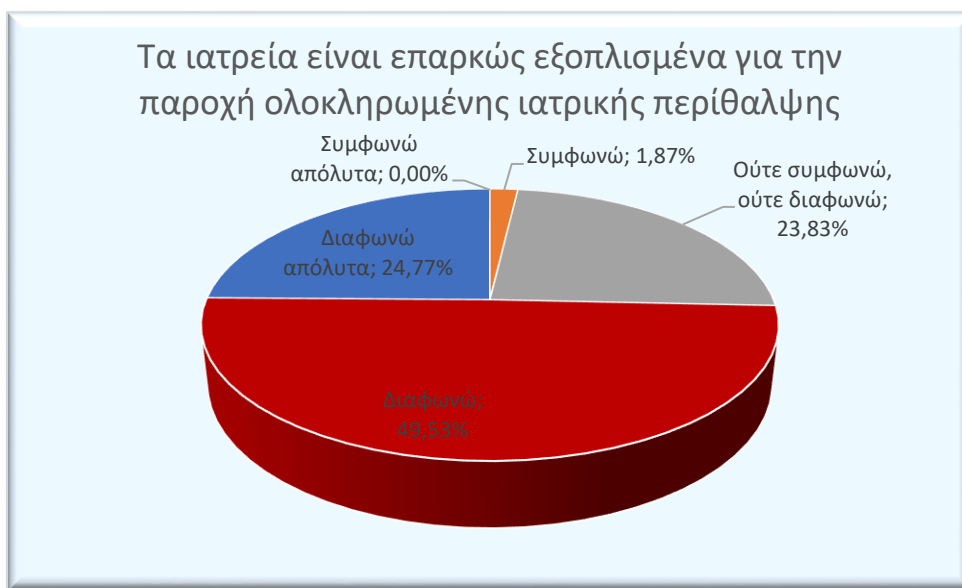
Παρουσίαση ανά ερώτημα

Στα επόμενα γραφήματα απεικονίζονται οι ληφθήσες απαντήσεις ανά ερώτημα με τη μορφή ποσοστού ώστε να είναι εύκολη και κατανοητή η ανάγνωση των αποτελεσμάτων.

1 Οι γιατροί εξηγούν επαρκώς την αιτία για ιατρικές εξετάσεις



2 Τα ιατρεία είναι επαρκώς εξοπλισμένα για την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής περίθαλψης



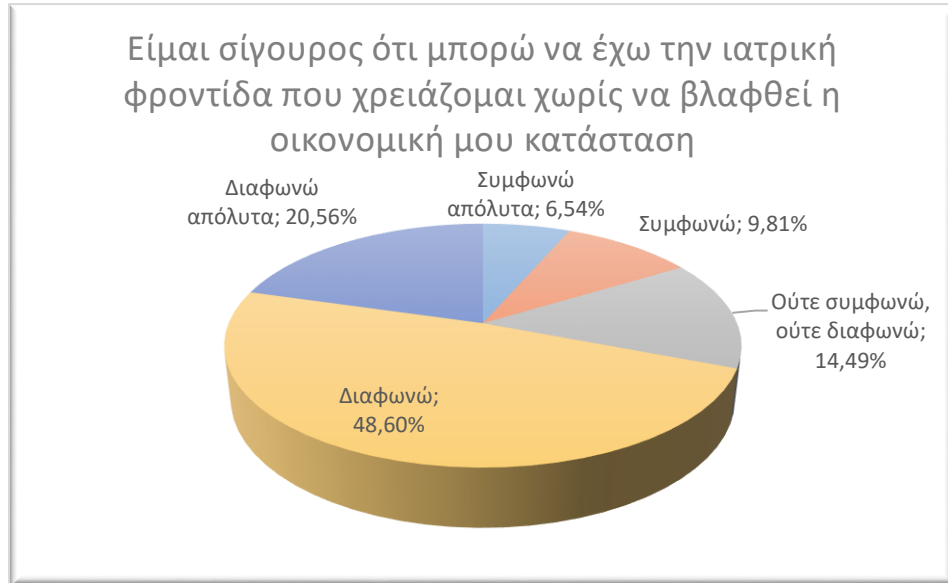
3 Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνω είναι σχεδόν τέλεια



4 Μερικές φορές αναρωτιέμαι εάν η διάγνωση των γιατρών είναι σωστή



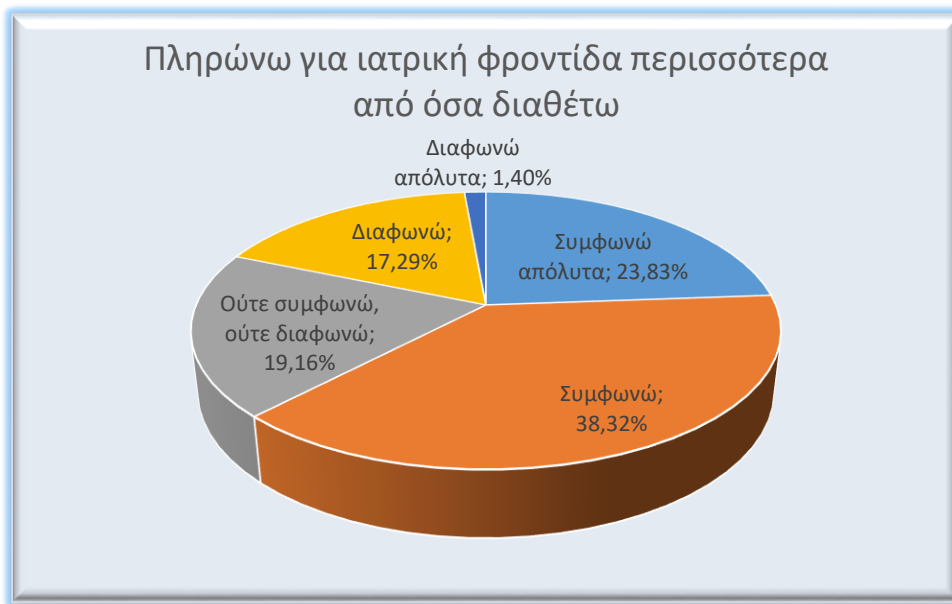
5 Είμαι σίγουρος ότι μπορώ να έχω την ιατρική φροντίδα που χρειάζομαι χωρίς να βλαφθεί η οικονομική μου κατάσταση



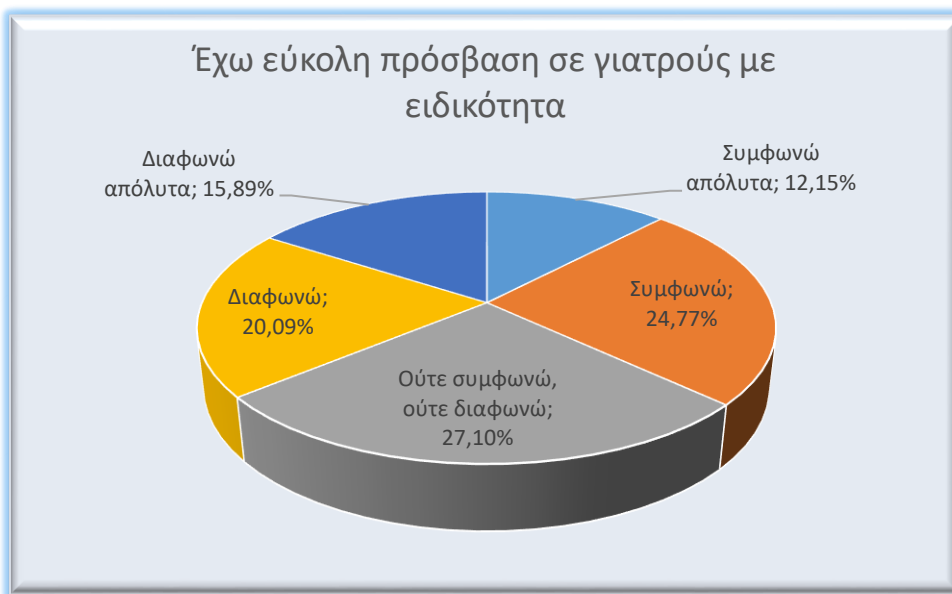
6 Όταν λαμβάνω ιατρική φροντίδα, εξετάζονται όλα τα ενδεχόμενα πολύ προσεκτικά



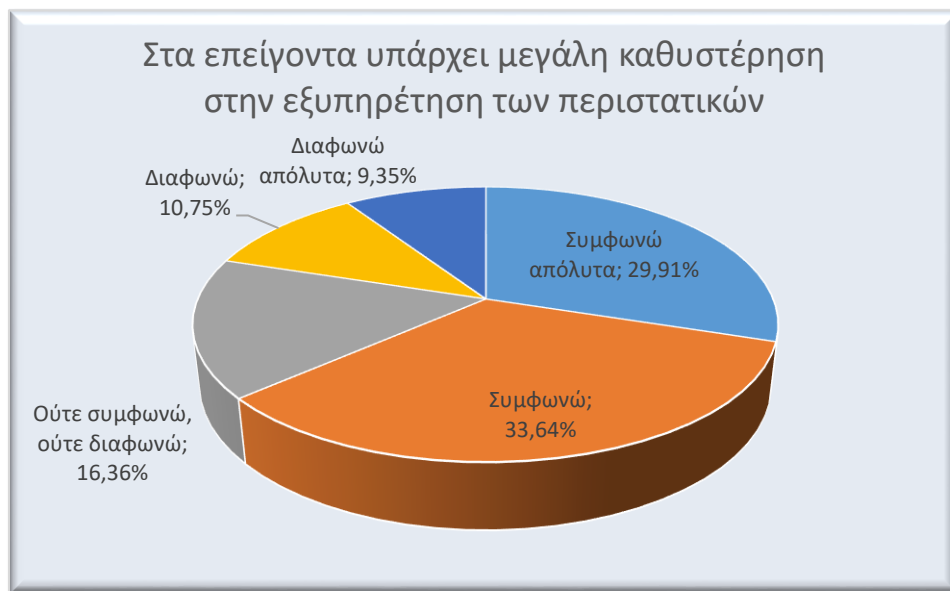
7 Πληρώνω για ιατρική φροντίδα περισσότερα από όσα διαθέτω



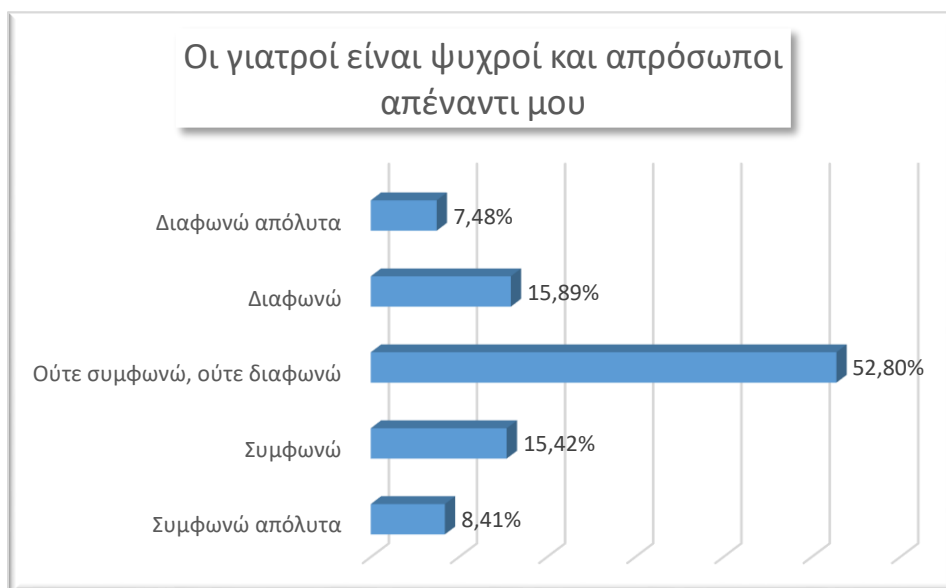
8 Έχω εύκολη πρόσβαση σε γιατρούς με ειδικότητα



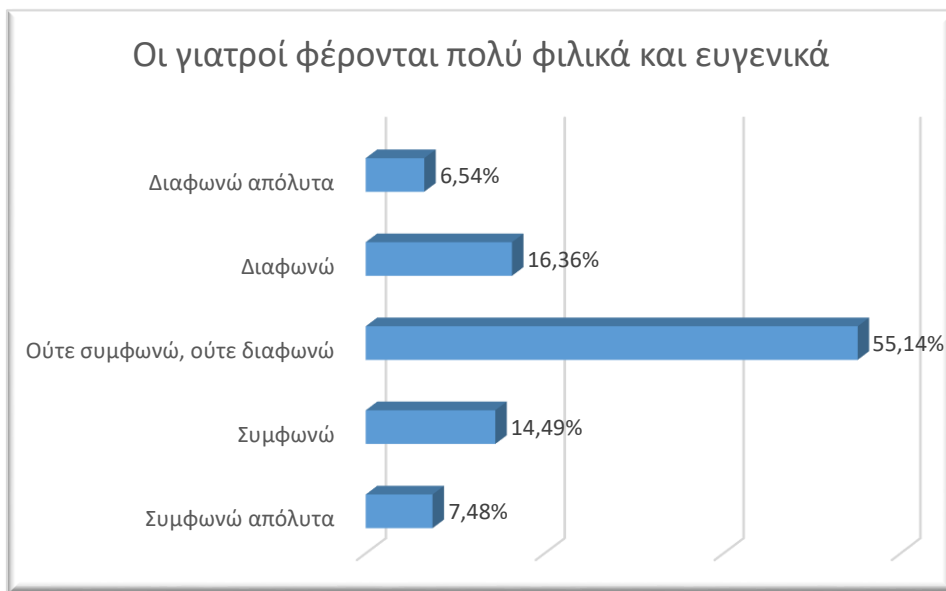
9 Στα επείγοντα υπάρχει μεγάλη καθυστέρηση στην εξυπηρέτηση των περιστατικών



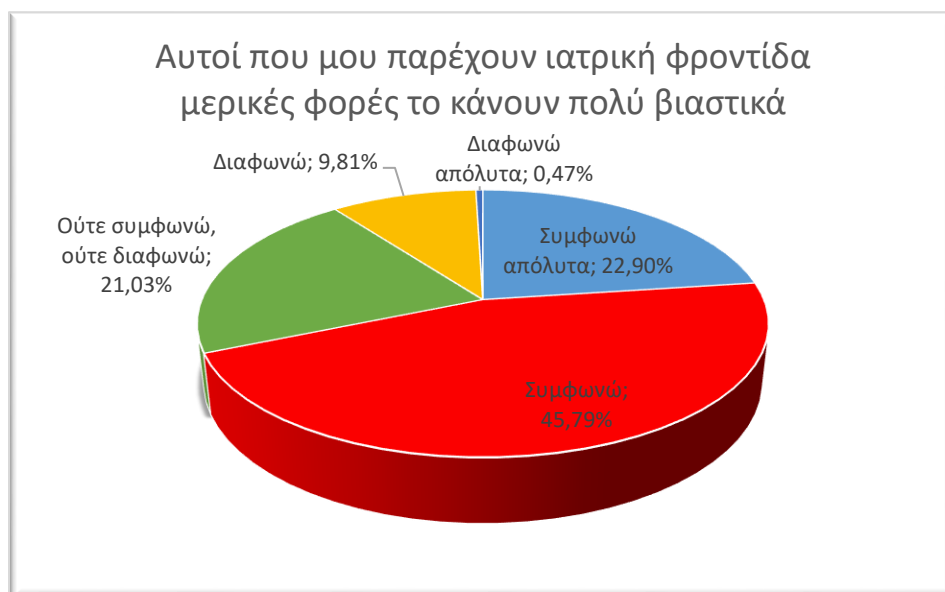
10 Οι γιατροί είναι ψυχροί και απρόσωποι απέναντι μου



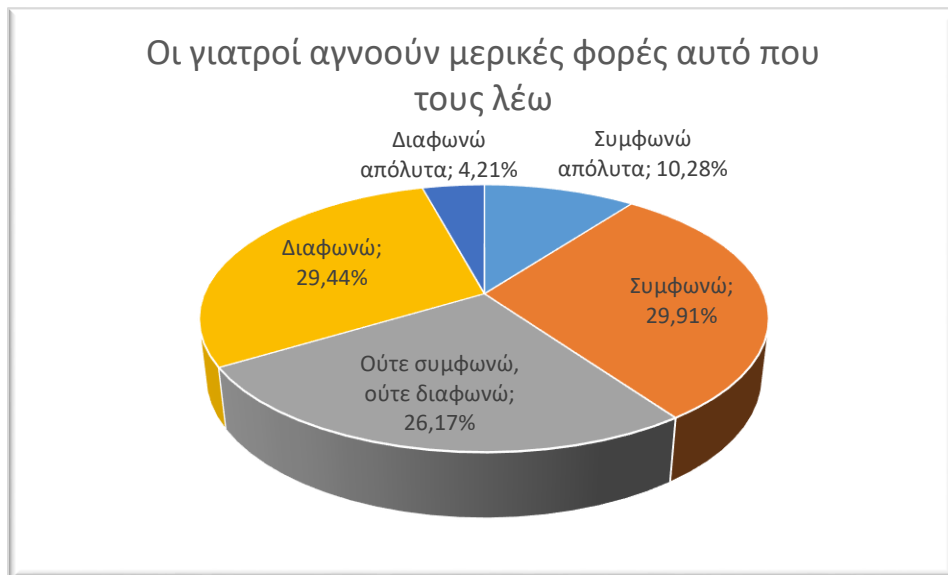
11 Οι γιατροί φέρονται πολύ φιλικά και ευγενικά



12 Αυτοί που μου παρέχουν ιατρική φροντίδα μερικές φορές το κάνουν πολύ βιαστικά



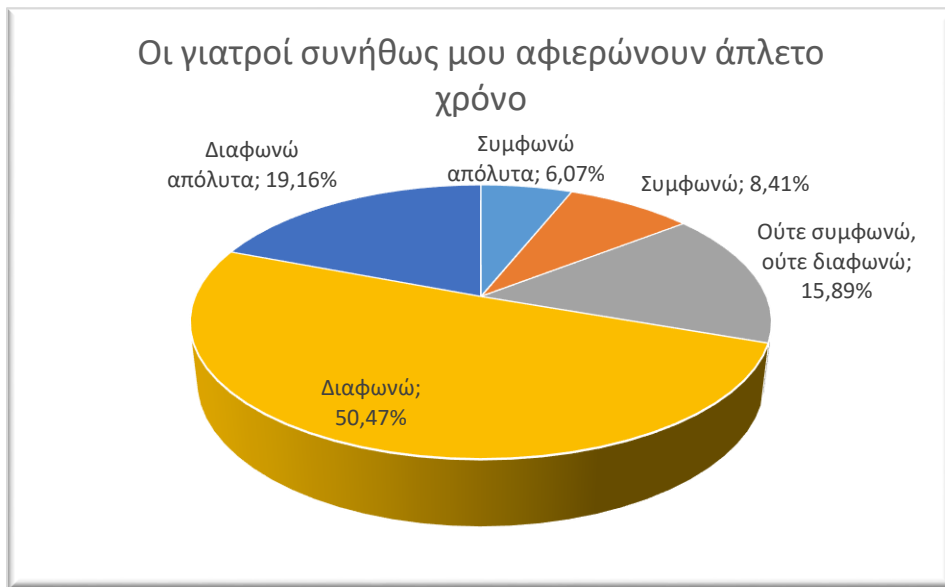
13 Οι γιατροί αγνοούν μερικές φορές αυτό που τους λέω



14 Έχω μερικές αμφιβολίες για τις ικανότητες των γιατρών που με φροντίζουν



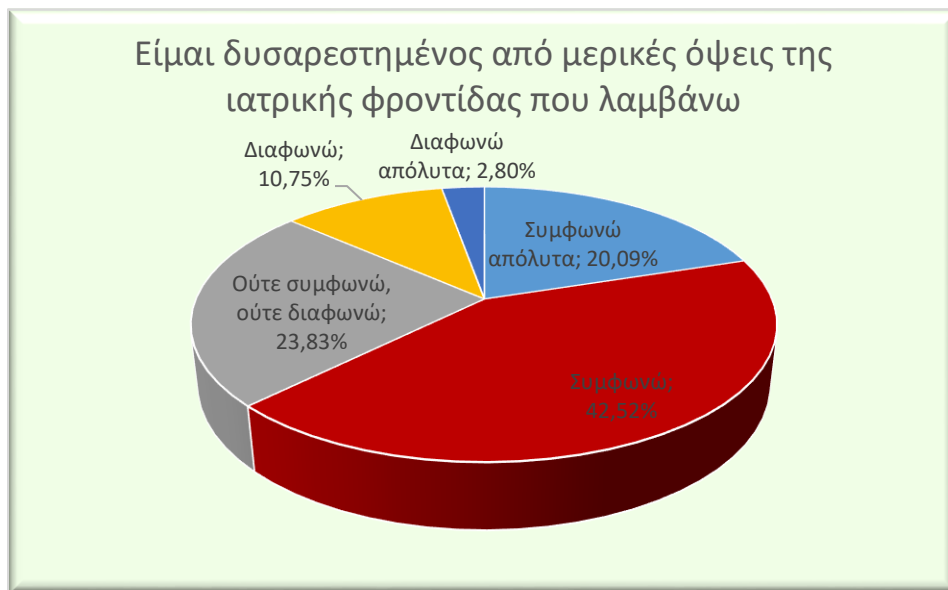
15 Οι γιατροί συνήθως μου αφιερώνουν άπλετο χρόνο



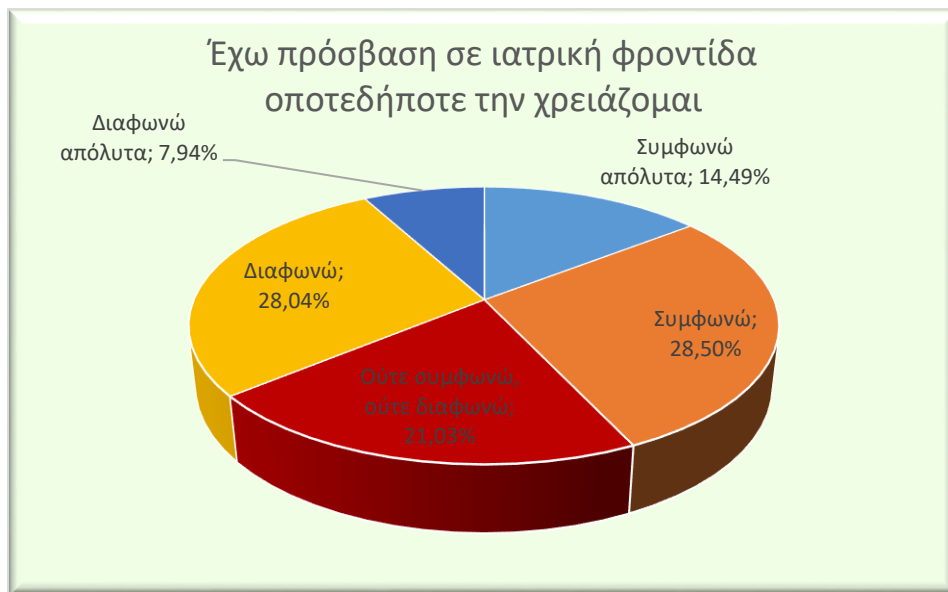
16 Είναι δύσκολο να εξασφαλίσω άμεσο ραντεβού για ιατρική βοήθεια



17 Είμαι δυσαρεστημένος από μερικές όψεις της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνω



18 Έχω πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα οποτεδήποτε την χρειάζομαι



Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ *

**ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ, ΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Αντωνιάδου Ιωάννα Κούτης Αντώνης Λιονής Χρήστος Μυλωνέρος Θάνος Παναγιωτόπουλος Τάκης Μπένος Αλέξης, συντονιστής Αθήνα, Ιούνιος 2015*

Στη χώρα μας, περίπου 2,5 εκατομμύρια μέλη νοικοκυριών βρίσκονται κάτω από το χρηματικό όριο του δείκτη της σχετικής φτώχειας, ενώ επιπλέον 3,8 εκατομμύρια άτομα βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό λόγω στέρησης βασικών αγαθών και υπηρεσιών. Η Ελλάδα, σύμφωνα με την Eurostat, συγκαταλέγεται στην ομάδα των χωρών με τη μεγαλύτερη φτώχεια (23.1%) ενώ κατατάσσεται στην πιο δυσμενή θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσον αφορά και τον κίνδυνο φτώχειας. Επίσης, παρότι δεν υπάρχουν ακριβή δεδομένα, εκτιμάται ότι είναι χιλιάδες αυτοί που διαβιούν σε άθλιες συνθήκες στέγασης ή είναι άστεγοι, ενώ πολλοί αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο έλλειψης στέγης.

Οι κοινωνικοοικονομικές αυτές συνθήκες οδήγησαν σε μια δραματική επιδείνωση της υγείας του πληθυσμού, με συνέπεια τον πολλαπλασιασμό των αναγκών για φροντίδα υγείας. Εκτός της μείωσης της δημόσιας δαπάνης για την υγεία¹ παράλληλα με την αυξανόμενη παρουσία ενός μη ελεγχόμενου ιδιωτικού τομέα, δομικά χαρακτηριστικά της ίδιας πολιτικής, οι σημαντικές ανάγκες για φροντίδα υγείας του πληθυσμού διογκώθηκαν από την δημιουργία ανυπέβλητων οικονομικών και διαδικαστικών εμποδίων στην πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Η αδυναμία πρόσβασης αυτή οδήγησε με την σειρά της σε αύξηση αδιάγνωστων περιστατικών ή στην καθυστέρηση διάγνωσης και κατ' επέκταση της απαιτούμενης θεραπείας, διευρύνοντας ακόμη περισσότερο τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία.

Επιπροσθέτως η **κατακερματισμένη** φροντίδα υγείας, αυξάνει το κόστος των υπηρεσιών, αφού αυτές καλούνται να αντιμετωπίσουν ασθενείς με νοσήματα σε προχωρημένη εξέλιξη, με πολλαπλή νοσηρότητα και ευαλωτότητα. Συχνά η ίδια η περίθαλψη δεν είναι αποτελεσματική ενώ είναι συχνά αδικαιολόγητα ακριβή, επιβαρύνοντας έτσι την ίδια δαπάνη των νοικοκυριών για την υγεία και ιδιαίτερα την δαπάνη για διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα. Σύμφωνα με δεδομένα για τις δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία, που προκύπτουν από οικογενειακούς προϋπολογισμούς, έχουν αυξηθεί σημαντικά οι ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα, καθώς οι πολίτες υποχρεούνται να πληρώνουν από την τσέπη τους όλο και περισσότερα, συγκριτικά με προηγούμενα έτη, αφενός ως αποτέλεσμα της περικοπής των δημόσιων φαρμακευτικών δαπανών. Επίσης λόγω της **υπερσυνταγογράφησης** σε περιπτώσεις

πολυνοσηρότητας, ως συνέπεια της κατακερματισμένης φροντίδας από πλειάδα διαφορετικών ειδικών γιατρών.

Η ανθρωπιστική κρίση ανατροφοδοτείται από την επιδείνωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης, η οποία οδηγεί σε αύξηση της νοσηρότητας, που με τη σειρά της μεταφράζεται σε αυξημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας. Ο φαύλος κύκλος συμπληρώνεται καθώς η αποδιάθρωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και η ιδιωτικοποίησή τους, αποκλείουν την πρόσβαση των οικονομικά αδύνατων που έχουν και τις μεγαλύτερες ανάγκες για φροντίδα υγείας.

Τα μέτρα που σχεδιάστηκαν από τις προηγούμενες κυβερνήσεις υπό τον παραπλανητικό τίτλο «καθολική κάλυψη του πληθυσμού», εξυπηρετούσαν την προαναφερόμενη πολιτική στοχεύοντας στη δημιουργία δύο διαφορετικών επιπέδων φροντίδας υγείας. Ενός περιορισμένου προνοιακού συστήματος για τους άπορους στη λογική του «εγγυημένου πακέτου ελάχιστων υπηρεσιών υγείας με κουπόνι (voucher)» και ενός συστήματος υγείας και ενός ιδιωτικού ασφαλιστικού συστήματος που θα κάλυπτε τα μεσαία και ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Η ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Σειρά ευρωπαϊκών μελετών που αξιολογούν τα βασικά χαρακτηριστικά της προσβασιμότητας, της συνέχειας στη φροντίδα, το συντονισμό των υπηρεσιών και το ολοκληρωμένο φάσμα τους, έχει καταγράψει την ποιότητα των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στη χώρα μας σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις. Η παροχή των υπηρεσιών αναπτύχθηκε σπασμωδικά, δίχως την κατάλληλη μελέτη και στρατηγική προετοιμασία, με αποτέλεσμα να συγχέεται η ουσιαστική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από τον οικογενειακό γιατρό (γενικό γιατρό, παθολόγο, παιδίατρο) και την Ομάδα Υγείας, με την λεγόμενη Περιπατητική Φροντίδα, τις υπηρεσίες υγείας. Με τον τρόπο αυτόν δεν υπάρχει ουσιαστικό σημείο εισόδου (πρώτο σημείο επαφής) στο (μη) σύστημα, ιδιαίτερα στο αστικό περιβάλλον. Η παρούσα κουλτούρα επίσκεψης στον γιατρό, ιδίως όσο ο άνθρωπος δεν αντιλαμβάνεται να έχει κάποιο πρόβλημα υγείας, δυστυχώς προϋποθέτει νοσηρότητα, ενώ όταν νοσεί, είναι “ελεύθερος” να επιλέξει ανάμεσα α) στους συμβασιούχους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων β) ανάμεσα στις μονάδες ΠΕΔΥ και γ) ακόμα και στην δευτεροβάθμια, δηλαδή τα εξωτερικά ιατρεία και τα ΤΕΠ. Στις δύο πρώτες περιπτώσεις, οι οικογενειακοί γιατροί είναι ελάχιστοι ενώ στην τρίτη περίπτωση είναι σαφές ότι περιστατικά που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στην πρώτη βαθμίδα, καταλήγουν αυτοβούλως στην δευτεροβάθμια.

Τα αποτελέσματα αυτής της πολιτικής είναι α) η αύξηση της **προκλητής ζήτησης** β) ο **ανταγωνισμός** των ιδιωτών γιατρών στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, **όχι πάντα προς όφελος** της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας γ) οι **πλεονάζουσες συμβάσεις** με ιδιώτες γιατρούς ειδικοτήτων δ) η **κατασπατάληση των δημόσιων πόρων**, μέσα από επισκέψεις και εξετάσεις, που κάποιες φορές δεν είναι απαραίτητες ε) η **ασυνέπεια και ασυνέχεια** στην φροντίδα στ) η μη ολοκληρωμένη και **αποσπασματική παροχή** υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ζ) η μειωμένη **ασφάλεια** του ασθενούς η) η δημιουργία κουλτούρας **καταναλωτισμού** στον χώρο της υγείας θ) η δημιουργία ενός κλίματος, που είναι το πλέον ακατάλληλο για την ανάπτυξη μίας δημόσιας, ενιαίας, ολοκληρωμένης και υπό κοινωνικό έλεγχο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που να στηρίζεται στον οικογενειακό γιατρό και την Ομάδα Υγείας, δίπλα στον άνθρωπο, μέσα στην κοινότητά του.

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι οργανωμένο στα πρότυπα του μοντέλου Bismark και το σύστημα υγείας στα πρότυπα του μοντέλου Beveridge. Εκτός από τη συνύπαρξη των δύο παραπάνω προτύπων από την πλευρά του δημόσιου τομέα, στο ελληνικό σύστημα υπάρχει και μια μεγάλη εύρους ιδιωτική αγορά υγείας, τόσο από την πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και από την πλευρά χρηματοδότησης.

Συνεπώς, η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα προέρχεται από τρεις πηγές: την κοινωνική ασφάλιση (περίπου στο 30%), τον κρατικό προϋπολογισμό (περίπου στο 28%) και τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών-καταναλωτών, που κυμαίνονται γύρω στο 42%. Υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες δεν ξεπερνούν το 2% των συνολικών δαπανών.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Ελλάδα για το 2016 ανέρχονται στο 9,1% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ να βρίσκεται στο 9,3% (OECD, 2013).

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας και παρέχει πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, μέσω των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρικών, των πολυδύναμων περιφερειακών ιατρικών και των δημόσιων νοσοκομείων που αποζημιώνονται με τα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (ΚΕΝ). Οι ιατροί που απασχολούνται στο ΕΣΥ είναι

πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν τα καθήκοντά τους σε ιδιωτικό ιατρείο.

Πριν από τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983, η παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας στηριζόταν στο πρότυπο της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης. Τα ασφαλιστικά ταμεία συνεχίζουν μέχρι και σήμερα να παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι δημόσιοι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και τα έσοδά τους προέρχονται από εισφορές των εργαζομένων – ασφαλισμένων, των εργοδοτών (για την περίπτωση εξαρτημένης εργασίας), των ίδιων των ασφαλισμένων (για την περίπτωση της αυτοαπασχόλησης) και για ορισμένα ταμεία από κοινωνικούς πόρους. Διοικητικά η πλειοψηφία των ταμείων είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, τα οποία λειτουργούν κάτω από τον έλεγχο του Κράτους.

Τα ασφαλιστικά ταμεία ακολουθούσαν δύο υποδείγματα ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το πρώτο περιλάμβανε ταμεία τα οποία είχαν δικές τους ιατρικές δομές, κάλυπταν όλες τις ανάγκες για πρωτοβάθμια περίθαλψη των ασφαλισμένων τους και απασχολούσαν υγειονομικό δυναμικό αμειβόμενο με μισθό. Το δεύτερο υπόδειγμα αναφερόταν σε ταμεία που δεν διέθεταν δικές τους δομές περίθαλψης αλλά σύναπταν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αποζημιώνονταν αναδρομικά, κατά πράξη και περίπτωση, σε προκαθορισμένες, συμφωνημένες τιμές. Το ύψος της αποζημίωσης εγκρινόταν από τα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών. Παραλλαγή αυτού του υποδείγματος ήταν η περίπτωση όπου το ασφαλισμένο πρόσωπο είχε τη δυνατότητα να επισκεφτεί οποιονδήποτε ιατρό της επιλογής του, να τον πληρώσει με βάση τις αγοραίες τιμές και στη συνέχεια να του επιστραφεί από το ταμείο του ένα προβλεπόμενο ποσοστό του ποσού που είχε καταβάλει, το οποίο και αυτό ήταν προϊόν συμφωνίας μεταξύ των τριών προαναφερθέντων Υπουργείων¹⁵.

Η ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε κατά έναν αποσπασματικό τρόπο. Δεν υιοθετήθηκε ένα ενιαίο ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζόμενους, αλλά πληθώρα συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης, μέσω της σύστασης αυτοτελών φορέων ασφάλισης που κάλυπταν συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού με

¹⁵ Οικονόμου, Χ. (2015). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα

βάση επαγγελματικά κριτήρια και χαρακτηριστικά. Ο μεγάλος αριθμός των δημόσιων φορέων ασφάλισης (πολυκερματισμός) αποτέλεσε το βασικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος¹⁶.

Η συμμετοχή στα ασφαλιστικά ταμεία είναι υποχρεωτική για όλους τους εργαζόμενους και τα εξαρτώμενα από αυτούς μέλη. Υπολογίζεται ότι το σύνολο σχεδόν του Ελληνικού πληθυσμού καλύπτεται για ασθένεια. Το εύρος και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών καθορίζονται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και το Οικονομικών και διαφέρουν για κάθε ταμείο. Ο αριθμός των Ασφαλιστικών Φορέων για την υγεία ήταν περίπου 40, ενώ σήμερα μετά τη συγχώνευση των μεγαλύτερων ταμείων (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΤΑΥΤΕΚΩ) και τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) βάσει του ν. 3918/2011, η υγειονομική κάλυψη παρέχεται από έναν ενιαίο φορέα, για τη συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλισμένων στην κοινωνική ασφάλιση.

Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα η παροχή υπηρεσιών υγείας προσφέρεται από τις ιδιωτικές κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και τους ιδιώτες ιατρούς. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από άμεσες πληρωμές των ασθενών (συμπεριλαμβανομένων τις συμπληρωμές και παράτυπες πληρωμές), που αποτελούν το 45,2% του συνόλου των δαπανών υγείας και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αφού για το 2016 ανέρχονται μόλις στο 4,1%. Μεγάλο τμήμα του ιδιωτικού τομέα, όπως προαναφέρθηκε, συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και συγκεκριμένα με τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιων αλλά και νοσοκομειακών υπηρεσιών και χρηματοδοτείται κατά πράξη και περίπτωση, σε προσυμφωνημένες τιμές.

Κυριότερα Προβλήματα

Τα προβλήματα στον τομέα της ΠΦΥ παραμένουν στην Ελλάδα σχεδόν αναλλοίωτα τα τελευταία 30 χρόνια, σε ένα συνεχώς επιδεινούμενο κοινωνικό, οικονομικό και υγειονομικό περιβάλλον. Η ιστορική διαδρομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι συνυφασμένη με τις γενικότερες μεταρρυθμίσεις της πολιτικής

¹⁶ Πολύζος, Ν. (2016). Μελέτη οργάνωσης – χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή – Αθήνα

υγείας στη χώρα μας, μεταρρυθμίσεις ωστόσο που θυμίζουν το μύθο του Σίσυφου, αφού τίποτα δεν φαίνεται να ολοκληρώνεται¹⁷.

Παρόλο που ουδέποτε αμφισβητήθηκε ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας, παρόλο που κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια προέβλεπε φιλόδοξες ρυθμίσεις για την ΠΦΥ και παρόλο που κάθε υπουργός υγείας υποτίθεται ότι έθετε ως προτεραιότητα την ανάπτυξη ενός λειτουργικού συστήματος ΠΦΥ, η πραγματικότητα είναι ότι οι όποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έγιναν έμειναν ημιτελείς και δε βελτίωσαν στο ελάχιστο την κατάσταση, ούτε σε όρους ποιότητας, ούτε σε όρους αποτελεσματικότητας, ισότητας και πρόσβασης. Έτσι, ότι υπάρχει δεν θυμίζει σχεδόν σε τίποτα ένα σύγχρονο σύστημα ΠΦΥ που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού. Συνοπτικά, στην έκθεση της Επιτροπής των ξένων εμπειρογνομόνων υπό τον Καθηγητή Abel-Smith¹⁸ που δόθηκε το 1994 στο Υπουργείο Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, επισημαίνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, πληθωρισμό γιατρών ειδικοτήτων και απουσία γενικών ιατρών, που θα μπορούσαν να λειτουργούν ως «gatekeepers» οικογενειακοί γιατροί, δηλαδή ως οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που βλέπει ένας ασθενής και στις περισσότερες περιπτώσεις και οι τελευταίοι, αποσυμφωνώντας έτσι το έργο των Νοσοκομείων.

Επίσης, επισημαίνεται ότι ο **προσανατολισμός** του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι **νοσοκομειοκεντρικός**, δηλαδή, ότι στοχεύει **στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και όχι στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας**. Όμως το σύστημα υγείας, ως πρωταρχικός θεσμός του κράτους πρόνοιας, δεν πρέπει να στοχεύει μόνο στην περίθαλψη, αλλά και στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στην αναβάθμιση του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας του.

Τέλος, στην έκθεση επισημαίνεται (σ. 26) ότι «οι ασθενείς περιφέρονται μάλλον άσκοπα στο εσωτερικό του συστήματος», γιατί απουσιάζει η ενότητα των επιπέδων οργάνωσης, και το αποτέλεσμα είναι «η δυσφορία του κοινού με το σύστημα υγείας στην Ελλάδα να είναι κατά πολύ μεγαλύτερη από ότι σε οποιοδήποτε άλλο κράτος - μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης» (σ. 9), η οποία τους οδηγεί στον ιδιωτικό τομέα, με επιβάρυνση βέβαια των ατομικών και οικογενειακών τους εισοδημάτων.

¹⁷Polyzos, N., Economou, C. and Zilidis, C. (2008). National Health Policy in Greece: Regulations or Reforms? The Sisyphus Myth, *European Research Studies*, XI(3):91- 118.

¹⁸Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, Ad., Evans, R., Holland and W., Jarman B. (1994). Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, Φαρμέτρικα, Αθήνα

Η τρέχουσα βαθιά οικονομική κρίση επιδείνωσε ακόμη περισσότερο την κατάσταση, άνοιξε όμως ένα παράθυρο ευκαιρίας για πραγματικές αλλαγές προς ένα πιο ολοκληρωμένο δημόσιας χρηματοδότησης σύστημα υγείας. Εξάλλου, η πραγματικότητα το επιβεβαιώνει. Σε μια περίοδο λοιπόν που τα συστήματα υγείας συγκλίνουν, ενσωματώνοντας εργαλεία και καλές πρακτικές, είναι αναμενόμενο και το Ελληνικό σύστημα να πάρει ιδέες και εργαλεία, να τα προσαρμόσει και να τα εντάξει στο δικό του σύστημα¹⁹.

Επομένως, τα **κυριότερα προβλήματα** που αντιμετωπίζει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα:

1. Υπάρχει πλήρης απουσία μηχανισμού ελέγχου της εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παραπομπής και προσανατολισμού των ασθενών στις υπηρεσίες και συντονισμού μεταξύ των προμηθευτών εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των νοσοκομειακών ιατρών, με αποτέλεσμα να διαρρηγνύεται η συνέχεια στη φροντίδα και να αυξάνεται η αναποτελεσματικότητα του συστήματος.
2. Η απουσία ενός συστήματος παραπομπής των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αντικατοπτρίζεται στο χαμηλό ποσοστό των γενικών - οικογενειακών ιατρών που δραστηριοποιούνται στη χώρα. Είναι προφανές ότι οι υφιστάμενοι γενικοί ιατροί δεν επαρκούν τόσο αριθμητικά, όσο και ποιοτικά για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και αυτό θα συνεχιστεί όσο η ειδικότητα της γενικής ιατρικής εξακολουθεί να παραμένει χαμηλού επαγγελματικού και κοινωνικού κύρους.
3. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού πολυκερματισμό. Υπάρχει πληθώρα φορέων με διαφορετικά οργανωτικά και διοικητικά σχήματα, που προσφέρουν υπηρεσίες, χωρίς καμία οργανωτική και λειτουργική σύνδεση μεταξύ τους, με πολλές επικαλύψεις, ενώ παρατηρούνται μεγάλες διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος, το είδος και την ποιότητα αυτών. Αυτό αποδεικνύεται και από το ότι στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία. Ενώ, στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια φροντίδα εν ελλείπει των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες

¹⁹ Πολύζος, Ν. (2013). Μελέτη οργάνωσης – χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή – Αθήνα

υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.

4. Το μεγαλύτερο μέρος της δραστηριότητας των κέντρων υγείας και των πολυϊατρείων του ΕΟΠΥΥ περιορίζεται στη συνταγογράφηση, την περίθαλψη, ή την παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία ή στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, και απουσιάζουν δραστηριότητες με στόχο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.
5. Η επίσκεψη στο σπίτι έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί, ενώ η φροντίδα ασθενών με καρκίνο ή άλλα χρόνια νοσήματα που οδηγούν στην αναπηρία και στον περιορισμό στο σπίτι είναι αποσπασματική, συχνά επιτελούμενη από ανεκπαιδευτο νοσηλευτικό προσωπικό.
6. Ανύπαρκτη είναι και η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα, παρόλο που ο ΠΟΥ τονίζει με ιδιαίτερη έμφαση ήδη από τη Διακήρυξη της Άλμα - Άτα, αλλά πολύ περισσότερο σήμερα (WHO, 2008), το ρόλο της κοινότητας σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων που έχουν σχέση με την υγεία.
7. Η απουσία συστηματικής καταγραφής επισκέψεων και τήρησης ιατρικού φακέλου οδηγούν στην έλλειψη ολοκληρωμένης και αξιόπιστης καταγραφής στοιχείων που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ΠΦΥ και την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης.
8. Παρατηρείται ανεπαρκής στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυϊατρείων του ΕΟΠΥΥ με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ελλιπή εκπαίδευση, αλλά και μεγάλη ανισοκατανομή του προσωπικού με το μεγαλύτερο μέρος να υπηρετεί στα αστικά κέντρα. Με αποτέλεσμα να έχουμε και το φαινόμενο προσέλκυσης ασθενών στα αστικά κέντρα.
9. Ως προς τα περιφερειακά ιατρεία μπορούμε να αναφέρουμε ότι υπάρχει ανεπαρκής επαγγελματική εμπειρία των υπηρετούντων γιατρών (ανειδίκευτοι ιατροί).
10. Οι κτηριακές εγκαταστάσεις των Κέντρων Υγείας και των πολυϊατρείων του ΕΟΠΥΥ εμφανίζουν αρκετά προβλήματα, όπως η έλλειψη χώρου, η ανεπαρκής συντήρηση, οι ακατάλληλοι και μη λειτουργικοί χώροι των εργαστηρίων και η ανάγκη ανακαίνισης του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, τόσο στα γραφεία του προσωπικού, όσο και στις αίθουσες αναμονής.
11. Τα Κέντρα Υγείας δεν είναι διοικητικά, διαχειριστικά και οικονομικά αυτόνομα.
12. Ο μέχρι πρόσφατα μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων παρείχε υπηρεσίες που ήταν διαφορετικές μεταξύ τους, ως προς την ποιότητα και την έκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών, και είδαμε παραπάνω το παράδειγμα με την οδοντιατρική περίθαλψη.
13. Η ανυπαρξία συστήματος αποτελεσματικού ελέγχου της συνταγογραφίας και ιδιαίτερα των παραπομπών σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, κυρίως για εξετάσεις υψηλού κόστους, οδηγεί τα ασφαλιστικά ταμεία σε αδικαιολόγητη επιβάρυνση με μεγάλα ποσά για εξετάσεις και φάρμακα.

14. Η μη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, και η αδυναμία ελέγχου της διαπεριφερειακής ροής των ασθενών, οδηγούν στη συμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων που κάθε φορά εφημερεύουν για περιστατικά τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από εξωνοσοκομειακές δομές.
15. Η τοπική αυτοδιοίκηση παρ' όλη τη δραστηριοποίηση που έχει αναπτύξει, μέσω των ΚΑΠΗ, των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» και των δημοτικών ιατρείων, δεν μπορεί να συνδεθεί με τα υπόλοιπα δίκτυα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
16. Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και η απουσία ολοκληρωμένων συστημάτων διασφάλισης της ποιότητας δημιούργησαν ένα συναίσθημα δυσπιστίας των χρηστών δημόσιων υπηρεσιών και τους οδήγησαν στην αναζήτηση «δεύτερης γνώμης» είτε προσφεύγοντας σε άλλο γιατρό του συστήματος, ή σε ιδιώτες γιατρούς, γεγονός που δημιουργεί πρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος στη πρώτη περίπτωση ή ακυρώνει εν μέρει τον δωρεάν χαρακτήρα της περίθαλψης στη δεύτερη.
17. Ο νοσοκομειοκεντρικός προσανατολισμός του ελληνικού συστήματος υγείας και η υποχρηματοδότηση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οδηγεί στην υψηλή επιβάρυνση των νοικοκυριών για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, με χαρακτηριστικότερη την περίπτωση της οδοντιατρικής φροντίδας, για την οποία η δημόσια χρηματοδότηση έχει έναν πολύ υποτυπώδη ρόλο, και κατά συνέπεια ευνοείται η υπέρμετρη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μας, και δικαιολογείται το μεγάλο ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας, σε σύγκριση με όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες και τις χώρες του ΟΟΣΑ.

Τα παραπάνω προβλήματα που αποτελούν στην ουσία και τα προβλήματα του τομέα υγείας γενικότερα, οδηγούν το σύστημα σε χαμηλή παραγωγικότητα και αναποτελεσματικότητα, με υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση. Οι ασθενείς από την άλλη πλευρά αντιμετωπίζουν το σύστημα υγείας με μεγάλη δυσπιστία και δυσαρέσκεια.

Νομοθετικό Πλαίσιο - Ιστορική Εξέλιξη

Σε μια προσπάθεια συνοπτικής περιγραφής της ιστορικής εξέλιξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις χρονικές περιόδους: από την Εθνική Ανεξαρτησία έως το 1980, από το 1980 έως το 1990, από το 1990 έως το 2000 και από το 2000 έως σήμερα. Η διάκριση αυτών των τεσσάρων περιόδων συνοδεύεται και από το νομοθετικό πλαίσιο που ίσχυε εκείνη την εποχή.

Περίοδος 1830 - 1980

Μετά την Εθνική Ανεξαρτησία το 1830 και την προσπάθεια επανασύστασης του ελληνικού κράτους, η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα πρωτοεμφανίζεται ως θεσμός με το διάταγμα της 15ης Δεκεμβρίου 1836. Με το συγκεκριμένο διάταγμα συστήθηκε και το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (NAT), που όμως άρχισε να λειτουργεί από το 1861.

Η νομοθετική κατοχύρωση του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης εξασφαλίστηκε το 1922 με την ψήφιση του **ν. 2868/1922** «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων». Ο νόμος αυτός αποτέλεσε τη βάση για την ίδρυση κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων (καπνεργατών, αρτοποιών, τυπογράφων, νομικών, κλπ) και καθιέρωσε την αρχή της ίσης εισφοράς εργοδοτών και εργαζομένων.

Το 1934 ψηφίστηκε ο βασικός **νόμος 6298/1934** «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων», όπου γίνεται και η πρώτη αναφορά για την δημιουργία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ). Την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφαλίσεως Εμπόρων (ΤΑΕ) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), που άρχισαν να λειτουργούν το 1940.

Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο ΙΚΑ, που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Αν και η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε ουσιαστικά το 1937, η χορήγηση των παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/1951, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα. Η επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με το **νόμο 4169/1961** «Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος κάλυψε σχεδόν το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού. Έως το τέλος της δεκαετίας του '70 δε

φαίνεται να υπάρχει στην Ελλάδα ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά την περίοδο αυτή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρείχαν τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία.

Περίοδος 1980 - 1990

Ο νόμος 1397 που ψηφίστηκε από τη Βουλή το Σεπτέμβριο του 1983, αποτελεί τη μεγαλύτερη και ουσιαστικότερη νομοθετική μεταρρύθμιση στην εξέλιξη του υγειονομικού τομέα στην χώρα μας μεταπολεμικά. Ουσιαστικά, έμπαιναν για πρώτη φορά τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, μια προσπάθεια που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες είχε ήδη ξεκινήσει πολλά χρόνια πριν.

Οι στόχοι του **ν. 1397/1983** ήταν η βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, η περιφερειακή αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ. Με άλλα λόγια, ο νόμος στόχευε για πρώτη φορά στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος ΠΦΥ, με έμφαση στην αγωγή και προαγωγή της υγείας .

Ο κεντρικός θεσμός για την υλοποίηση των στόχων της ΠΦΥ αποτέλεσαν τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ). Τα Κέντρα Υγείας θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική διασύνδεση με αυτά. Το πρόγραμμα ανάπτυξης της ΠΦΥ προέβλεπε τη δημιουργία 400 κέντρων υγείας και μεγάλο αριθμό περιφερειακών ιατρείων, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές για την κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών. Τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία θα έπρεπε να στελεχωθούν κυρίως με γιατρούς γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, μικροβιολογίας, ακτινολογίας και οδοντιάτρους.

Βέβαια αν και έγιναν σημαντικά βήματα, η όλη προσπάθεια έμεινε ημιτελής. Δημιουργήθηκαν σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και λειτουργούν έως και σήμερα 201 κέντρα υγείας, που καλύπτουν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού. Όμως, οι προβλέψεις του νόμου για τις αστικές περιοχές δεν υλοποιήθηκαν, τουλάχιστον όσον αφορά τη δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου, με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει ως είχε, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης

και λειτουργίας με πληθώρα φορέων, διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών.

Περίοδος 1990-2000

Από το 1992 έως το 2000 με μια σειρά νομοθετημάτων επιχειρήθηκαν οργανωτικές και διαχειριστικές παρεμβάσεις στα Κ.Υ, αλλά και γενικότερα στο σύστημα ΠΦΥ. Παρά ταύτα ουσιαστικά αποτελέσματα δεν προέκυψαν και η ΠΦΥ στο ΕΣΥ δεν απέκτησε πρακτικά τον ουσιαστικό ρόλο που οι θεσμοθετημένες ρυθμίσεις προέβλεπαν και που η σύγχρονη πολιτική υγείας επιβάλλει.

Με το **νόμο 2071/1992** για τον «Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του συστήματος υγείας» επιχειρήθηκε αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος με την εμφάνιση δειγμάτων νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας. Δηλαδή, περιορίστηκε η ευθύνη του κράτους στο χώρο της υγείας, διευρύνθηκε η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προωθήθηκαν ρυθμίσεις ίδρυσης ιδιωτικών ιατρείων, κινητών μονάδων, διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων, και εισαγωγής του θεσμού της νοσηλείας στο σπίτι. Επίσης, μεταφέρθηκε η ευθύνη λειτουργίας των Κ.Υ στις διευθύνσεις υγιεινής των νομαρχιών και η εργασιακή σχέση των ιατρών του ΕΣΥ μετατράπηκε σε μερική απασχόληση με δικαίωμα άσκησης και ιδιωτικού έργου.

Αμέσως μετά όμως με την ψήφιση του **νόμου 2194/1994** για την «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» έγινε προσπάθεια για την αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ και καταργήθηκαν μια σειρά διατάξεων του ν. 2071/1992 και επανήλθαν σε ισχύ οι αρχές και οι στόχοι του ν. 1397/1983, όπως η υπαγωγή των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία, χωρίς να έχουν την δυνατότητα αυτοδύναμου προϋπολογισμού. Παρ' όλες τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που είχαν γίνει ως τότε, το ΕΣΥ και η ΠΦΥ αδυνατούσαν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και έτσι το 1994 εκπονήθηκε μια μελέτη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη από μια Διεθνή Επιτροπή Εμπειρογνομόνων, γνωστή και ως η «Επιτροπή των 7 σοφών». Η επιτροπή αυτή αποτελείτο από κορυφαίους στον τομέα τους καθηγητές των μεγαλύτερων πανεπιστημίων της Αγγλίας, της Σουηδίας, του Καναδά, της Γερμανίας και της Ολλανδίας, με επικεφαλής τον Πρύτανη του London School of Economics, τον κ. Abel Smith. Η πρόταση παραδόθηκε στον τότε Υπουργό Υγείας κ. Δημήτρη Κρεμαστινό, έγινε σχέδιο νόμου, αλλά δεν ψηφίστηκε ποτέ γιατί η κυβέρνηση παραιτήθηκε λόγω της ασθένειας του τότε Πρωθυπουργού Α. Παπανδρέου.

Έπειτα, με το **νόμο 2519/1997** για την «Ανάπτυξη και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» προωθήθηκαν μέτρα για την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τη δημιουργία των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΔΠΦΥ). Δηλαδή, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Πολυϊατρεία των Ασφαλιστικών Οργανισμών θα λειτουργούσαν υπό ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης, για πρώτη φορά θεσμοθετήθηκε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και η επιτροπή σχεδιασμού αγωγής υγείας. Δυστυχώς ο νόμος δεν εφαρμόστηκε ποτέ και έτσι οι δομικές και λειτουργικές αδυναμίες της ΠΦΥ στην Ελλάδα συνέχισαν να αναπαράγονται και στις αρχές της νέας χιλιετίας τέθηκε εκ νέου το ζήτημα της μεταρρύθμισής της.

Περίοδος 2000 έως σήμερα

Ο **νόμος 2889/2001** για τη «Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» έδωσε νέες δυνατότητες στο σύστημα υγείας και σε ένα βαθμό στην ΠΦΥ, στο ΕΣΥ και κατ' επέκταση στα κέντρα υγείας. Η υποστήριξη της περιφερειακής συγκρότησης και αποκέντρωσης του συστήματος υγείας και πρόνοιας από ένα ισχυρό θεσμό όπως αυτό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π) που οργανώθηκαν σε δεκαεπτά (17) περιφέρειες με τη μορφή ΝΠΔΔ και η υποστήριξη των κέντρων υγείας από τα ΠεΣΥΠ, ταυτόχρονα με την επιβολή στα νοσοκομεία διαδικασιών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και των οικονομικών τους αποτέλεσαν μια νέα προοπτική για την ορθολογικοποίηση της λειτουργίας των δομών ΠΦΥ, σε σύγχρονη και ορθή κατεύθυνση. Έπειτα, επί υπουργίας του καθηγητή κ. Κωνσταντίνου Στεφανή ψηφίστηκε ο **νόμος 3235/2004** για την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ο οποίος εισήγαγε τη λειτουργία Κέντρων Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, την τομεοποίηση του συστήματος ΠΦΥ με το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και του προσωπικού νοσηλεύτη και την εφαρμογή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του ασθενή. Επίσης, ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση νέων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης. Ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε ποτέ, γιατί αμέσως μετά την ψήφισή του διαλύθηκε η Βουλή για τις εκλογές του 2004. Όμως, θεωρητικά τουλάχιστον ο νόμος 3235/2004 κάλυπτε επαρκώς το σκοπό, την έννοια και το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

1. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
2. Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του.

3. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει:
 - i. τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
 - ii. την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
 - iii. τον οικογενειακό προγραμματισμό,
 - iv. τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
 - v. την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
 - vi. τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
 - vii. την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,
 - viii. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
4. Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
5. Το σύστημα παροχής ΠΦΥ αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:
 - i. της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
 - ii. της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
 - iii. της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερόμενου,
 - iv. του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
 - v. της διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητά τους,
 - vi. της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας».

Το 2004 η αλλαγή στην κυβέρνηση είχε ως αποτέλεσμα την κατάργηση του νόμου 2889/2001 και την ψήφιση του **νόμου 3329/2005** για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές

διατάξεις». Τα ΠεΣΥΠ μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και το 2007, με το **νόμο 3527/2007** για την «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ο αριθμός τους από δεκαεπτά (17) μειώθηκε σε επτά (7). Αποτελούν ΝΠΔΔ και οι αρμοδιότητές τους παρέμειναν οι ίδιες με αυτές των Πε.Σ.Υ.Π, δηλαδή η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού τους, ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας, η οργάνωση, λειτουργία και διαχείριση των προμηθευτών υγείας εντός της περιοχής ευθύνης τους και η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους.

Τέλος, με το **νόμο 3918/2011** για τις «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» αναμφισβήτητα έγινε ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα για την αναβάθμιση της ΠΦΥ, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Στον Οργανισμό αυτό μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό, ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ- ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), του Οίκου Ναύτου (ΟΝ), του Ταμείου Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ) και του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ).

Ο σκοπός της σύστασης του παραπάνω οργανισμού είναι η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης των άμεσα ασφαλισμένων των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου, ΤΑΥΤΕΚΩ και ΕΤΑΑ, καθώς και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με στόχο την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας τους. υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει ως είχε, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησης με πληθώρα φορέων, διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών.

Έτσι, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιορίζεται σήμερα στην ικανοποίηση στοιχειωδών αναγκών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών ταμείων. Πέραν αυτών τα ασφαλιστικά ταμεία

συμβάλλονται με ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των ασφαλισμένων τους.

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ *

** Γεωργακοπούλου Παρασκευή, Α.Μ.: ΔΥ/1007 : Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.*

Η γνώση συστημάτων υγείας άλλων χωρών, εκτός της Ελλάδας, ως προς τη δομή, την οργάνωση, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση, κρίνεται αναγκαία και μας επιτρέπει να συγκρίνουμε και να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για τον τρόπο που είναι οργανωμένο και πόσο αποτελεσματικό είναι γενικά το ελληνικό σύστημα υγείας, αλλά και ειδικότερα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο παραθέτουμε ορισμένα βασικά στοιχεία για το σύστημα υγείας άλλων χωρών και τον τρόπο με τον οποίο παρέχουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, γιατί ανεξάρτητα από τις οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες των διαφόρων συστημάτων και των γενικότερων αρχών που το διέπουν το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλες τις χώρες έχει σαν βασικούς στόχους την πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή της υγείας.

Έτσι, αναλύονται δύο συστήματα υγείας, που κυρίως χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αντλούν τα βασικά τους χαρακτηριστικά από το μοντέλο Beveridge (Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία), δύο συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων υγείας και βασίζονται στο μοντέλο Bismarck (Γερμανία, Γαλλία).

Σε όλες τις παραπάνω χώρες παρατηρήθηκε ότι είναι καθοριστικός ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών γιατρών στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και γενικά στο σύστημα υγείας. Ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών γιατρών ως gatekeepers είναι κυρίαρχος στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας, της Σουηδίας και της Γερμανίας. Ειδικότερα για τη Γερμανία θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο ρόλος του γενικού γιατρού ως gatekeeper, δεν ασκείται με αποκλειστικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν στο γιατρό που αυτοί επιθυμούν, ενώ στη Σουηδία παρά το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα, ουσιαστικά ο γενικός ιατρός είναι αυτός που συντονίζει την όλη διαδικασία και ως εκ τούτου αποτελεί έμμεσα και τον gatekeeper του συστήματος. Εξάιρεση του γενικού αυτού κανόνα αποτελεί το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της Γαλλίας στο οποίο δεν υφίσταται ο θεσμός του

gatekeeping δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας επιθυμούν.

Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι με εξαίρεση το σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας για το οποίο οι οικογενειακοί γιατροί έχουν αναλάβει την πλήρη διαχείριση των οικονομικών πόρων των ασθενών τους είναι προφανές ότι ο γενικός οικογενειακός γιατρός έχει από τη φύση των αρμοδιοτήτων του καθοριστικό ρόλο σε όλα τα συστήματα υγείας στη διαχείριση των οικονομικών πόρων δεδομένου ότι με τις αποφάσεις επεμβαίνει άμεσα και έμμεσα στη διαμόρφωση του γενικότερου καταναλωτικού προτύπου για υπηρεσίες υγείας. Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος τους στη «διαχείριση» των ασθενών ως προς την πρώτη επαφή τους με το σύστημα και την περαιτέρω πορεία τους σ' αυτό. Σε όλα τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, με εξαίρεση το γαλλικό και εν μέρει το σουηδικό, ο γενικός - οικογενειακός γιατρός αποτελεί το σημείο υποχρεωτικής πρώτης επαφής του ασθενούς με το σύστημα. Τούτο άλλωστε αποτελεί την αναγκαία προϋπόθεση για να μπορέσει να διαχειριστεί - παρακολουθήσει τον ασθενή στην περαιτέρω πορεία του στο σύστημα υγείας και σε όλα τα στάδια και τις διαδικασίες που έχουν σχέση με την παροχή των αναγκαίων φροντίδων.

Διαφοροποιήσεις ακόμη παρατηρούνται και ως προς τον τρόπο αμοιβής των γενικών - οικογενειακών γιατρών. Στη Μεγάλη Βρετανία αμείβονται με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών, και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Στη Σουηδία οι γενικοί γιατροί των δημόσιων δομών αμείβονται με μισθό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα με συνδυασμό κατά κεφαλή και κατά πράξη. Με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση αμείβονται οι γιατροί της ΠΦΥ της Γερμανίας και της Γαλλίας. Ενώ, στην Αμερική το σύστημα αμοιβής των ιατρών είναι η κατά κεφαλή αποζημίωση, η αποζημίωση με πάγιο μισθό, καθώς και η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση. Δεν υπάρχει «βέλτιστο» σύστημα αμοιβής του ιατρικού προσωπικού, αλλά κάθε χώρα εφαρμόζει ένα συγκεκριμένο σύστημα ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε συστήματος υγείας και με το καθεστώς απασχόλησης του προσωπικού και ότι κάθε ένας από τους τρόπους αμοιβής των οικογενειακών γιατρών έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται τόσο με τη γενική οικονομική απόδοση των συστημάτων υγείας όσο και με την ικανοποίηση των χρηστών²⁰.

²⁰ Μωραΐτης, Ευάγγελος (2016). Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά

Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας

Το Βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός Δημόσιου - Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service - NHS), γνωστό και ως μοντέλο Beveridge. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1948 και η ίδρυσή του εκείνη την περίοδο αποτελούσε σημαντικό σταθμό στη οργάνωση του χώρου της υγείας. **Ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη**, χωρίς να χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό (Θεοδώρου Μ. et. al., 2001). Ήταν για πολλές δεκαετίες, και σε κάποιο βαθμό παραμένει και σήμερα, ένα μοντέλο - υπόδειγμα για αρκετά υγειονομικά συστήματα και ενέπνευσε αρκετές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε διάφορες χώρες, έστω και αν τα τελευταία χρόνια έχει απολέσει μέρος από την παλιά του αίγλη (Πολύζος Ν., 2013).

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και δωρεάν κάλυψης όλου του πληθυσμού και της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης. Παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματός τους. Οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Μεγάλη Βρετανία ανέρχονται στο 9,4% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (OECD, 2014). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται πρωτίστως από τη γενική φορολογία (περίπου στο 80%), και δευτερευόντως από τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές κατά 15% και τις ιδιωτικές πληρωμές κατά 5%. Το NHS διοικείται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο θέτει τις πολιτικές υγείας, τις κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες που πρέπει να εφαρμοστούν. Υπάρχουν επίσης και οι 10 Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities – RHAs), που αποτελούν «προέκταση» του Υπουργείου Υγείας στην περιφέρεια και είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities – DHAs), οι οποίες αποτελούν την τρίτη στη σειρά οργανωτική βαθμίδα του συστήματος. Οι Υγειονομικές Επαρχίες ανέρχονται σε 151, εξυπηρετούν κατά μέσο όρο 350.000 άτομα η καθεμία και είναι υπεύθυνες για όλο το φάσμα των παρεχόμενων φροντίδων στο γεωγραφικό τομέα ευθύνης τους (Θεοδώρου Μ. et. al., 2001).

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από τους οικογενειακούς ιατρούς (General Practitioners – GPs), συνήθως αυτοαπασχολούμενους στα δικά τους ιατρεία ή απασχολούμενους σε άλλες δομές ΠΦΥ, και από τα νοσοκομεία τα οποία είναι στελεχωμένα από γιατρούς ειδικοτήτων και αμείβονται με μισθό. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι περιορισμένος και λειτουργεί συμπληρωματικά προς το Εθνικό

Σύστημα Υγείας. Προσφέρει τη δυνατότητα επιλογής γιατρού, άνεση και πολυτέλεια και αποφυγή ουρών αναμονής. Η συνεργασία NHS και ιδιωτικού τομέα μπορεί να επιτευχθεί ακόμα και για την ίδια περίπτωση παροχής φροντίδας. Οι αμοιβές στον ιδιωτικό τομέα ακολουθούν τον κανόνα της αμοιβής κατά πράξη.

Το NHS λειτούργησε αδιαλείπτως για μισό αιώνα με πολύ καλά αποτελέσματα και με συγκριτικά χαμηλή χρηματοδότηση, εμφάνισε όμως σημάδια κόπωσης, με μεγάλες λίστες αναμονής, απουσία ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, σύγχρονων μηχανισμών και εργαλείων αποτελεσματικής διοίκησης, ενεργητικών κινήτρων και ελλιπή χρηματοδότηση που δημιουργούσε επιπλέον δυσκολίες και προβλήματα. Το 1991 ξεκινάει η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχοντας επηρεαστεί σημαντικά από τη συνολική πολιτική στροφή της Μ. Βρετανίας προς τον φιλελευθερισμό, αφού εκείνη την περίοδο κυβερνούσε το συντηρητικό κόμμα με πρωθυπουργό τη Margaret Thatcher. Επιχειρήθηκε η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας, με σκοπό να βελτιωθεί η αποδοτικότητα των πόρων που απορροφούσε. Η βάση της μεταρρύθμισης ήταν ο διαχωρισμός των αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Οι προμηθευτές του συστήματος υγείας είναι τα νοσοκομεία και οι γενικοί – οικογενειακοί ιατροί. Μεταξύ των προμηθευτών και των αγοραστών συνάπτονται συμβόλαια με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και τις τιμές. Τα νοσοκομεία έχουν μεταβληθεί σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς και λειτουργούν με βάση τους κανόνες της αγοράς, δηλαδή προσλαμβάνουν το προσωπικό που επιθυμούν, καθορίζουν τους μισθούς, τιμολογούν τις υπηρεσίες τους και ανταγωνίζονται το ένα το άλλο.

Η δεύτερη σημαντική αλλαγή που έφερε η μεταρρύθμιση του 1991 ήταν η εκχώρηση προϋπολογισμών στους γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς (GP fundholders) για την αγορά φαρμάκων, ειδικών ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών, για λογαριασμό των ασθενών και κατά συνέπεια μεταφέρθηκε το κέντρο βάρους των αποφάσεων από τους νοσοκομειακούς στους οικογενειακούς γιατρούς. Έπειτα, το 1997 ξεκίνησε ένα άλλο κύμα μεταρρυθμίσεων που άλλαξε και πάλι τη δομή του βρετανικού συστήματος υγείας. Στις σημαντικότερες αλλαγές περιλαμβάνεται η αντικατάσταση των Υγειονομικών Περιφερειών με τις Διευθύνσεις Υγείας (Strategic Health Authorities – SHAs), με αρμοδιότητες τη διασφάλιση της ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης της κάθε μιας από αυτές. Επίσης, σε τοπικό επίπεδο αντικαταστάθηκαν και οι Υγειονομικές Επαρχίες με τα Primary Care Trusts (PCTs). Τα Primary Care Trusts συντονίζουν και διασφαλίζουν την παροχή φροντίδας υγείας συμβαλλόμενα με παρόχους και ο αριθμός τους σε κάθε περιοχή εξαρτάται από το μέγεθος και την πυκνότητα του

πληθυσμού, την προϋπάρχουσα διοικητική διαίρεση, κ.λπ. Τα PCTs επιβλέπονται από τις SHAs και λογοδοτούν κατευθείαν στον Υπουργό Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει το 80% του προϋπολογισμού υγείας κατευθείαν στα PCTs, τα οποία στη συνέχεια αγοράζουν υπηρεσίες υγείας μέσω συμβολαίων από τους διάφορους προμηθευτές στο πλαίσιο του NHS, αλλά και από άλλους προμηθευτές του ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα (Boyle Sean, 2011).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πυλώνας του όλου συστήματος είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και παρέχεται κυρίως από τους γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς (General Practitioners, GP's), οι οποίοι και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, ενώ συγχρόνως έχουν και ρόλο ελέγχου της πρόσβασης (gatekeeping) σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες και γιατρούς που παρέχονται κατά κανόνα από τα νοσοκομεία (Boyle Sean, 2011). Μπορούμε να πούμε ότι ο θεσμός του γενικού – οικογενειακού γιατρού αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό και το διακριτό πλεονέκτημα του βρετανικού συστήματος υγείας. Δευτερευόντως, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από άλλους επαγγελματίες, όπως οι νοσηλεύτριες, οι οδοντίατροι, οι φυσιοθεραπευτές, κ.ά. Η ευθύνη και ο συντονισμός για την παροχή ΠΦΥ ανήκει στους Οργανισμούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Trusts, PCTs). Η συγκεκριμένη δομή μεριμνά για τη διασφάλιση πρόσβασης σε κατάλληλη φροντίδα για τον πληθυσμό που είναι εγγεγραμμένος σ' αυτό. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τις διαδικασίες σχεδιασμού και σύναψης συμβολαίων με τους διαφορετικούς επαγγελματίες και τους διαφορετικούς οργανισμούς υγείας. Επίσης, τα PCTs επιβλέπουν τον τρόπο υπολογισμού της αμοιβής των επαγγελματιών υγείας που προκύπτει μέσω ενός συνδυασμού παραμέτρων, όπως το δημογραφικό προφίλ πληθυσμού, τα κοινωνικά στρώματα στην περιοχή, αν είναι απομονωμένη ή όχι η περιοχή, ή την επιθυμία νυκτερινής απασχόλησης του ιδίου του γιατρού.

Η ΠΦΥ χρηματοδοτείται και παρέχεται πρωτίστως από το NHS, μιας και οι αμοιβές των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης προέρχονται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Υπάρχει όμως και ένα μικρό μέρος που χρηματοδοτείται από την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές και παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα. Οι γενικοί - οικογενειακοί ιατροί παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας στους εγγεγραμμένους ασθενείς, και τους παραπέμπουν όταν το κρίνουν αναγκαίο σε ένα νοσοκομείο ή κλινική του NHS, για ραντεβού με ειδικευμένο γιατρό ή για εισαγωγή. Έχει εκτιμηθεί ότι το 75% των επισκέψεων στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα γίνεται στους γενικούς γιατρούς.

Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί δεν είναι μισθωτοί υπάλληλοι, αλλά ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με τα Primary Care Trusts, τα οποία ως δομή παρουσιάζουν ποικιλία. Υπάρχουν κάποια που αποτελούνται από συμβεβλημένους γιατρούς, άλλα έχουν τους δικούς τους γιατρούς και άλλα είναι συμβεβλημένα με δομές του ιδιωτικού τομέα. Τα PCTs είναι εκείνα που διατηρούν και τις λίστες με γιατρούς της περιοχής που έχουν το δικαίωμα να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο του NHS. Αμείβονται από τα Primary Care Trusts με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών, και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Για νυχτερινές επισκέψεις σε σπίτια ασθενών πληρώνονται με σύστημα αμοιβής κατά πράξη. Τέλος, οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί εργάζονται είτε στα ιδιωτικά ιατρεία τους είτε σε ιδιωτικά ομαδικά γενικά ιατρεία (Group Practices) στα οποία συστεγάζεται ομάδα ιατρών, τα οποία λειτουργούν ως μικρές επιχειρήσεις και στελεχώνονται από ειδικευμένες νοσηλεύτριες και διοικητικό προσωπικό.

Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας εντάσσεται στα δημόσια - εθνικά συστήματα, αφού την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος και οι αυτοδιοικητικοί θεσμοί, όπως είναι οι Περιφέρειες (counties) και οι Δήμοι. Το σύστημα υγείας στη χώρα αυτή αποτελεί σημαντικό μέρος στο γενικότερο χαρακτήρα της χώρας ως κράτους πρόνοιας. Η βασική αρχή του συστήματος είναι ότι όλοι οι πολίτες της χώρας έχουν ίσα δικαιώματα για παροχές φροντίδας υγείας και ίση δυνατότητα πρόσβασης, ανεξάρτητα με την οικονομική κατάσταση, την ηλικία και τον τόπο διαμονής τους.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας για τη Σουηδία για το 2013 ανέρχονται στο 9,5% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (OECD, 2014). Οι δημόσιες δαπάνες σχεδόν μονοπωλούν το σύνολο των δαπανών υγείας και βρίσκονται στο 82%, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες βρίσκονται μόλις στο 17%. Υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες δεν ξεπερνούν το 1% των συνολικών δαπανών. Οι δημόσιες δαπάνες προέρχονται κυρίως από τους δημοτικούς φόρους, ενώ σημαντικό μερίδιο έχει η ευρύτερη συμμετοχή του κράτους μέσω της αξιοποίησης δημόσιων πόρων και ένα άλλο μικρότερο ποσοστό προέρχεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όπου η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1995.

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας διακρίνεται για την αποκεντρωτική του δομή και οργανώνεται σε τρία διακριτά επίπεδα που αντιστοιχούν στις τρεις βαθμίδες της κρατικής οργάνωσης: τοπικό, περιφερειακό

και κεντρικό/εθνικό. Σε κεντρικό επίπεδο, δηλαδή, το Υπουργείο Υγείας, καθορίζει την πολιτική υγείας και το χαρακτήρα του συστήματος υγείας που πρέπει να εφαρμοστεί γενικά στη χώρα, προωθεί στη Βουλή τον προϋπολογισμό υγείας και νομοθετεί. Την ευθύνη της οργάνωσης, διοίκησης, χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν τα 21 Περιφερειακά Συμβούλια (county councils). Μεταξύ των Περιφερειών εντοπίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τις στρατηγικές πολιτικές υγείας και ειδικότερα ως προς τις σχέσεις που αναπτύσσονται με ιδιωτικούς οργανισμούς – παρόχους υπηρεσιών (Anell et. al., 2012). Τα περιφερειακά συμβούλια υποδιαιρούνται σε 290 Δήμους (municipalities), οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τις υπηρεσίες πρόνοιας, ιδιαίτερα για τους χρόνιους πάσχοντες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τέλος, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές εκπροσωπούνται από την SALAR, δηλαδή τη Σουηδική Ένωση Τοπικών και Περιφερειακών Αρχών. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων, οι οποίες έχουν κατά κύριο λόγο δημόσια χρηματοδότηση. Η είσοδος στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία σημείων και διαδικασιών που διαφοροποιούνται ανά Περιφέρεια. Κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων. Συνολικά υπάρχουν 1.100 μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εκ των οποίων περίπου το ένα τρίτο είναι ιδιωτικές, ενώ οι υπόλοιπες ανήκουν στο κεντρικό σύστημα και τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες του σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Οι δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή αλλιώς Κέντρα Υγείας είναι στελεχωμένες κυρίως με γενικούς γιατρούς, αλλά σε πολλές περιπτώσεις και με γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπεδικό και ψυχίατρο. Επίσης, υπηρετούν σε αυτά νοσηλεύτριες, μαίες και φυσικοθεραπευτές. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν τόσο τη βασική θεραπευτική φροντίδα, όσο και την πρόληψη. Τα Κέντρα Υγείας αριθμούνται σε 900, διοικούνται από τα Περιφερειακά Συμβούλια και εξυπηρετούν μικρές περιοχές παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε 5.000 - 50.000 κατοίκους. Επίσης, υπάρχουν και Κέντρα προστασίας Μάνας και Παιδιού, στα οποία γίνονται εμβολιασμοί και προληπτικές εξετάσεις.

Παράλληλα με τις δημόσιες τοπικές μονάδες, πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται και από 200 ιδιωτικές μονάδες που υπηρετούν διάφορες ειδικότητες γιατρών με κυρίαρχη αυτή της γενικής ιατρικής και έχουν τη δυνατότητα να παραπέμπουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ιδιώτες πάροχοι αδειοδοτούνται από τα τοπικά συμβούλια και παρέχουν υπηρεσίες κυρίως στις πυκνοκατοικημένες περιοχές και στις μεγάλες πόλεις (Πολύζος Ν., 2012). Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί αποτελούν μόλις το 25% του συνόλου των γιατρών. Παρέχουν συμβουλές, θεραπεία και πρόληψη και κατευθύνουν τον ασθενή στο σύστημα και τον παραπέμπουν για ειδικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς στα νοσοκομεία. Κυρίως όμως το νοσηλευτικό προσωπικό, εκ των οποίων οι περισσότεροι

εργάζονται για τους 290 Δήμους, αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και κρίνει αν θα πρέπει ο ασθενής να επισκεφτεί το γενικό ιατρό ή να παραπεμφθεί σε νοσοκομείο. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις, ειδικά στην περίπτωση των ηλικιωμένων ατόμων. Ο συντονισμός και γενικά η κατεύθυνση του έργου του νοσηλευτικού προσωπικού ανήκει στους γενικούς ιατρούς. Οι ασθενείς επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς των δημόσιων τοπικών μονάδων με ραντεβού. Ωστόσο, οι περισσότερες μονάδες παρέχουν τη δυνατότητα επίσκεψης των ασθενών, σε συγκεκριμένες ώρες χωρίς ραντεβού. Οι ασθενείς έχουν επίσης τη δυνατότητα να απευθυνθούν και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, δεδομένου ότι δεν είναι αναγκαία η παραπομπή από το γενικό τους γιατρό, δηλαδή μπορούν να επιλέξουν την ειδικότητα ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου που επιθυμούν, αλλά όχι το επίπεδο φροντίδας.

Οι πόροι από την κυβέρνηση κατανέμονται στα περιφερειακά συμβούλια μέσα από σφαιρικούς προϋπολογισμούς, τα δε συμβούλια έχουν ξεχωριστούς προϋπολογισμούς για την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή φροντίδα. Σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα παρατηρούμε ότι καλύπτει περίπου το 18% της συνολικής δαπάνης (OECD, 2014).

Τα Περιφερειακά Συμβούλια και οι δήμοι φέρουν σημαντική ευθύνη για τις δαπάνες της υγείας, την κατάρτιση και την παρακολούθηση τήρησης των προϋπολογισμών. Αυτό συμβαίνει στο πλαίσιο των γενικών τους προϋπολογισμών οι οποίοι οφείλουν να είναι ισοσκελισμένοι. Η λειτουργία των δομών που έχουν υπό την ευθύνη τους δε θα πρέπει να υπονομεύει το στόχο των ισοσκελισμένων προϋπολογισμών, ενώ τελούν υπό σημαντικών περιορισμών για τη δυνατότητα που έχουν να θεσπίζουν τοπικούς φόρους. Επίσης, οι ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών συχνά συνάπτουν συμβάσεις με τις Περιφερειακές αρχές ή τους δήμους (ανάλογα με το είδος). Ειδικά, για την ΠΦΥ το σύστημα διασφαλίζει την κάλυψη του κόστους του μέσω της συμμετοχής των χρηστών (Πολύζος Ν., 2012).

Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί και οι γιατροί ειδικοτήτων, που εργάζονται στις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι μισθωτοί και η αποζημίωσή τους είναι μερικώς κατά κεφαλή και μερικώς κατά πράξη, ενώ χρησιμοποιείται παράλληλα και η αποζημίωση με βάση τη χρήση των εγγεγραμμένων δικαιούχων, γιατί από το 2010 και με ευθύνη των Περιφερειακών Αρχών κάθε πολίτης είναι καταγεγραμμένος σε κάποιο από τα δημόσια ή ιδιωτικά κέντρα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Anell et. al., 2012).

Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας

Το Γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, γνωστό και ως μοντέλο Bismarck. Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι το παλαιότερο σύστημα στην Ευρώπη και η Γερμανία θεωρείται η πρώτη χώρα που εισήγαγε σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Ξεκίνησε το 1883 επί καγκελαρίας Bismarck όταν έγινε υποχρεωτική η ασφάλιση υγείας για κάποιες ομάδες εργαζομένων.

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, αλλά και της ανταποδοτικότητας. Για τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία του συστήματος τον κυρίαρχο ρόλο τον έχει η κοινωνική ασφάλιση και τα ταμεία υγείας, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους και η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών. Μέσα από μια πορεία 130 χρόνων το Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα αναπτύχθηκε, διευρύνθηκε, μεταλλάχθηκε, αναμορφώθηκε και μεταρρυθμίστηκε πολλές φορές, και σήμερα θεωρείται ως ένα από τα πλέον ολοκληρωμένα συστήματα υγείας. Είναι προφανές ότι παράγοντες, όπως η εκβιομηχάνιση, η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη, οι οικονομικές κρίσεις, η ανεργία, οι πόλεμοι, τα οργανωμένα και συχνά αντικρουόμενα σύνολα και συμφέροντα και πολλά άλλα έπαιξαν ρόλο και επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την πορεία ανάπτυξής του, καθορίζοντας τα επιμέρους χαρακτηριστικά του (Πολύζος Ν., 2013).

Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για κάθε άτομο που ζει νόμιμα στη Γερμανία. Η ασφάλιση μπορεί να γίνει είτε στα δημόσια ταμεία υγείας, είτε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, είτε σε κάποιο συνδυασμό των δύο. Η δημόσια ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για άτομα που το ακαθάριστο ετήσιο εισόδημά τους είναι κάτω των 50.850 ευρώ, οι οποίοι υπολογίζεται ότι είναι γύρω στο 75% του πληθυσμού. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με εισόδημα μεγαλύτερο των 50.850 ευρώ μπορούν να επιλέξουν και να ασφαλιστούν είτε στο δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είτε σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Σήμερα το δημόσιο σύστημα υγείας καλύπτει περίπου το 90% του συνολικού πληθυσμού, ενώ ένα 10% επιλέγει να ασφαλιστεί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, κυρίως δημόσιοι υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες που εξαιρούνται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά και εργαζόμενοι με πολύ υψηλά εισοδήματα (Πολύζος Ν., 2013).

Οι συνολικές δαπάνες υγείας για τη Γερμανία ανέρχονται στο 11,3% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, (OECD, 2014). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κατά το μεγαλύτερο

ποσοστό από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών (περίπου στο 70%). Κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό η χρηματοδότηση προέρχεται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση (στο 8%) και τις ιδιωτικές δαπάνες μέσω της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (στο 12%). Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες δεν ξεπερνούν το 10% των συνολικών δαπανών.

Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας βασίζεται στην ομόσπονδη δομή της χώρας και της κυβέρνησης. Υπάρχει σε κεντρικό - εθνικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε περιφερειακό επίπεδο οι τοπικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές και οι τοπικές αρχές. Συνεπώς, σε εθνικό επίπεδο υπάρχει το ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, το οποίο έχει την κύρια ευθύνη για τη στρατηγική και τις πολιτικές υγείας που ακολουθεί η χώρα και αποφασίζει λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά δεδομένα της χώρας. Σε περιφερειακό επίπεδο, οι 16 κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων αντιπροσωπεύονται μέσω των τοπικών υπουργείων υγείας, με αρμοδιότητες σε θέματα δημόσιας υγείας, προαγωγής της υγείας, κρατικών νοσοκομείων, επαγγελματιών υγείας, φαρμακείων και φαρμακευτικών προϊόντων. Σε όλα σχεδόν τα κρατίδια υπάρχουν και λειτουργούν Ινστιτούτα και φορείς που στηρίζουν επιστημονικά τις επιμέρους πολιτικές υγείας.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και αντλούν τους πόρους τους μέσα από τις εισφορές των μελών τους. Στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του συστήματος υπήρχαν περισσότερα από 20.000 ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία στη συνέχεια περιορίστηκαν σημαντικά. Στις αρχές του 2004 λειτουργούσαν 292 ταμεία υγείας με 79 εκατ. ασφαλισμένους και 49 ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, ενώ το 2015 τα δημόσια ταμεία μειώθηκαν σε 136 κυρίως λόγω συγχωνεύσεων. Τα ταμεία διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, στα οποία εκπροσωπούνται εργαζόμενοι και εργοδότες, και εκεί τίθενται οι κανονισμοί λειτουργίας τους, εγκρίνεται ο προϋπολογισμός και καθορίζεται το ύψος των εισφορών. Οι εισφορές προς τα ασφαλιστικά ταμεία είναι υποχρεωτικές και το ύψος αυτών διαφέρει από ταμείο σε ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από τους εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Γερμανικού συστήματος υγείας είναι ότι υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτό οφείλεται στο ότι τα τελευταία

200 χρόνια η έρευνα και η υπερεξειδίκευση από τις Ιατρικές Σχόλες, γίνεται αποκλειστικά στα νοσοκομεία, αφήνοντας τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας έξω από αυτά, γι' αυτό και υπάρχει ακόμη και σήμερα σαφής αντιπαλότητα, που φτάνει τα όρια της έχθρας μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών και γιατρών (γενικών και ειδικοτήτων) της εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Πολύζος Ν., 2013).

Στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι γενικοί γιατροί δε λειτουργούν με κάποιο αυστηρό και «σφικτό» gatekeeping σύστημα, όπως ισχύει στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Περίπου το 50% των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία της περιφέρειάς τους, με την προϋπόθεση ότι έχουν τουλάχιστον 3ετή ειδική εκπαίδευση. Οι γενικοί γιατροί, αλλά και αυτοί της ειδικότητας, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μόνοι τους ή ως ομάδα γιατρών (group practice). Οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα τον γενικό - οικογενειακό τους γιατρό και δεν μπορούν να τον αλλάξουν (αφού υποβάλουν την κάρτα υγείας τους) πριν περάσει η οικονομική περίοδος που διανύεται. Η παραπομπή σε ειδικούς γίνεται από τον οικογενειακό γιατρό, ενώ υπάρχει και το δικαίωμα της αυτοπαραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο ή σε άλλον ειδικό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός που εφημερεύει στην περιοχή, είναι διαθέσιμος και για τα επείγοντα περιστατικά. Οι ασθενείς κατά τις αργίες συνήθως χρησιμοποιούν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων που εφημερεύουν. Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί, όπως και οι γιατροί γενικά της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αν και οι αμοιβές είναι κατά πράξη (και έτσι προκαλείται μεγαλύτερη ζήτηση), οι ιατρικές ενώσεις που τις διαπραγματεύονται κάθε χρόνο έχουν περιορισμούς από τα ασφαλιστικά ταμεία να λειτουργήσουν μέσα στα πλαίσια δεδομένου προϋπολογισμού για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έτσι ώστε να διασφαλίζεται ο έλεγχος του κόστους. Αυτή η ιδέα της «ιδιωτικοποίησης» του κόστους της φροντίδας και της μεταφοράς της ευθύνης του κόστους στις πλάτες των ίδιων των προμηθευτών συντελέστηκε σταδιακά από το 1996 έως τις αλλαγές του 2004 και 2007. Η αποζημίωση των γιατρών στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη γίνεται μέσα από μια σύνθετη διαδικασία δύο βημάτων. Πρώτα τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν συνολικά τις ενώσεις των γιατρών της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αυτά στη συνέχεια καλούνται να αποζημιώσουν τους γιατρούς που είναι συνδεδεμένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία. Η συνολική αμοιβή συμφωνείται ύστερα από διαπραγμάτευση και βασίζεται συνήθως σε ένα ποσό κατά κεφαλή ασφαλισμένου, με το οποίο καλύπτονται όλες οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τους «συνδεδεμένους» γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Αυτό το κατά κεφαλή ποσό διαφέρει από ταμείο σε ταμείο και από κρατίδιο σε κρατίδιο. Οι ενώσεις των γιατρών στη συνέχεια αναλαμβάνουν τις αποζημιώσεις των μελών τους με βάση μια

Ενιαία Κλίμακα Αξιών (uniform value scale). Για τον υπολογισμό της πληρωμής, τα ταμεία πρέπει πρώτα να συναθροίσουν όλα τα στοιχεία που έχουν συνολικά και ανά γιατρό, που θα αποτελέσουν τη βάση των υπολογισμών (Πολύζος Ν., 2013).

Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας

Το Σύστημα Υγείας της Γαλλίας αποτελεί ένα από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα του μοντέλου Bismarck, αφού χρηματοδοτείται σχεδόν εξ' ολοκλήρου από την κοινωνική ασφάλιση και τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Κύριο χαρακτηριστικό του αποτελεί η αρμονική συνύπαρξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Το Γαλλικό σύστημα υγείας στηρίζεται σε ένα καθολικό και υποχρεωτικό εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, άμεσα συνδεδεμένο με το επάγγελμα, που χρηματοδοτείται από εργοδότες και εργαζόμενους, και το οποίο υποβοηθάται από την εθελοντική κερδοσκοπική ή μη κερδοσκοπική ασφάλιση. Επίσης, υπάρχει σχεδόν πλήρη ελευθερία των πολιτών να επιλέξουν και να χρησιμοποιήσουν τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας χωρίς ένα υποχρεωτικό σύστημα προσανατολισμού. Από τα τέλη του 19ου αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται στη Γαλλία τα πρώτα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία αφορούσαν αποκλειστικά στην προστασία των εργαζομένων από εργατικά ατυχήματα και την προστασία της μητρότητας. Τις τελευταίες δεκαετίες, η ασφάλιση υγείας άρχισε να επεκτείνεται και να καλύπτει όλο και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. Επομένως, κάθε άτομο που κατοικεί στη Γαλλία (με άδεια παραμονής και κατά τρόπο σταθερό) έχει δικαίωμα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η οποία διατίθεται δωρεάν για τα άτομα που διαθέτουν ισχνούς πόρους.

Η κοινωνική ασφάλιση υγείας παρέχεται μέσα από διαφορετικούς οργανισμούς ανάλογα με το είδος της απασχόλησης: υπάρχει ο Γενικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας για τους μισθωτούς εργαζομένους και τις οικογένειές τους (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries – CNAMTS), ο Αγροτικός Ασφαλιστικός Οργανισμός για τους αγρότες, τους μισθωτούς σε τομείς που συνδέονται με την γεωργία και τις οικογένειές τους (Mutualite Sociale Agricole – MSA) και τέλος οργανισμοί για τους ανεξάρτητους επαγγελματίες (Regime social des independents – RSI), οι οποίοι συνθέτουν μαζί το εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας (National Health Insurance - NHI). Παράλληλα, μικρότερα ταμεία καλύπτουν ειδικές επαγγελματικές κατηγορίες, όπως είναι αυτά των ανθρακωρύχων και των στρατιωτικών. Η ασφαλιστική κάλυψη που παρέχεται από αυτά τα ταμεία μπορεί να συμπληρωθεί από μηκερδοσκοπικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς ή ιδιωτική ασφάλιση (Chevreul K. et. al., 2010).

Το CNAMTS περιλαμβάνει το 87% το νομίμων κατοίκων της Γαλλίας, συμπεριλαμβανομένων των μισθωτών. Το RSI και το MSA καλύπτουν το 5% και το 6% του συνολικού πληθυσμού αντίστοιχα, ενώ το υπόλοιπο 2% καλύπτεται από τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία. Όλα τα ταμεία της ΝΗΙ είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ), πρακτικά όμως είναι «οιωνοί» δημόσια, καθώς εποπτεύονται άμεσα από το αρμόδιο για την κοινωνική ασφάλιση Γαλλικό Υπουργείο. Οι υπηρεσίες που καλύπτουν ποικίλουν από νοσοκομειακή περίθαλψη, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, συνταγογράφηση φαρμάκων και κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, μέχρι – σε μικρότερο βαθμό - φροντίδα όρασης και οδοντιατρική φροντίδα. Γενικά, οι παροχές μεταξύ των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων δε διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό. Από το 2004 και με τη σχετική πράξη μεταρρύθμισης στο ασφαλιστικό σύστημα τα τρία βασικά ταμεία υγείας (CNAMTS, RSI και MSA) συγχωνεύτηκαν, με αποτέλεσμα τη σύσταση της «Εθνικής Ένωσης Ταμείων Ασφάλισης Υγείας» (Union nationale des caisses d'assurance maladie - UNCAM). Η UNCAM έχει γίνει ο μοναδικός αντιπρόσωπος των ασφαλισμένων στις διαπραγματεύσεις με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Η βασική αποστολή της UNCAM είναι να επιτρέπει σε όλους τους ασφαλισμένους και στην οικογένειά τους την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Για να το επιτύχει αυτό, στηρίζεται στις αρχές της αλληλεγγύης, της ελευθερίας και της δημοκρατίας (Chevreul K. et. al., 2010). Επιπροσθέτως, ο ρόλος του κράτους στο σύστημα υγείας είναι σημαντικός. Το κράτος αναλαμβάνει τον κυρίαρχο ρόλο όσον αφορά τη διοίκηση του συστήματος και έχει την ευθύνη για την προστασία όλων των πολιτών, τη δημόσια υγεία, την εξασφάλιση της κοινωνικής προστασίας και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Παρεμβαίνει λοιπόν άμεσα στο σύστημα παραγωγής και χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ασκεί έλεγχο στις σχέσεις φορέων χρηματοδότησης, γιατρών και ασθενών, στο όνομα των υγειονομικών αναγκών και των οικονομικών δυνατοτήτων.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στη Γαλλία για το 2011 ανέρχονται στο 11,6% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου (OECD, 2014).

Η **Πρωτοβάθμια Φροντίδα** Υγείας στη Γαλλία παρέχεται κυρίως από αυτοαπασχολούμενους ιατρούς, οδοντίατρους, νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές, που εργάζονται κυρίως στα ιδιωτικά τους ιατρεία και λιγότερο σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας ως μισθωτοί. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες καλύπτουν ολόκληρο το βασικό πακέτο της ΠΦΥ περιλαμβάνοντας επιπλέον βιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις. Σχεδόν το σύνολο των αυτοαπασχολούμενων επαγγελματιών υγείας είναι συμβεβλημένοι με την UNCAM, σύμφωνα με τις εθνικές συλλογικές συμβάσεις που έχουν υπογραφεί από εκπροσώπους καθημίας

ένωσης επαγγελματιών και της UNCAM. Οι γενικές συμβάσεις καθορίζουν σε εθνικό επίπεδο τις σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας με την κοινωνική ασφάλιση αλλά και με τους ασφαλισμένους.

Βάσει των γενικών συμβάσεων, οι ιδιώτες γιατροί αμείβονται στη βάση της κατά πράξης αποζημίωσης που καταβάλλεται άμεσα από τους ασθενείς και οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Εντούτοις, οι ασθενείς οφείλουν να πληρώσουν περίπου το 25% της δαπάνης, εκτός αν καλύπτονται από κάποια μορφή συμπληρωματικής ασφαλιστικής κάλυψης ή επειδή, εξαιτίας της σοβαρότητας της ασθένειάς τους, ανήκουν σε μια από τις κατηγορίες δικαιούμενες απαλλαγής που αφορούν το 10% του ασφαλισμένου πληθυσμού.

Οι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί δεν έχουν τον ρόλο υποχρεωτικού gate-keeper και οι ασθενείς μπορούν να τους παρακάμψουν και να επισκεφθούν απευθείας ειδικούς γιατρούς ή νοσοκομεία, οδηγώντας σε μια κατάσταση όπου τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και οι ειδικοί γιατροί παρέχουν επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επίσης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Γαλλία παρέχεται και από τα περίπου 2000 κέντρα υγείας, καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, που απασχολούν μισθωτούς γιατρούς και παρέχουν υπηρεσίες υγείας κυρίως στο φτωχότερο τμήμα του πληθυσμού. Στον «πληθυσμό προτεραιότητας» (άνεργοι και τα εξαρτώμενα από αυτούς μέλη καθώς και συνταξιούχοι) παρέχονται δωρεάν περιοδικοί υγειονομικοί έλεγχοι. Επίσης, αυτές οι πληθυσμιακές κατηγορίες αποτελούν και τον πληθυσμό-στόχο που επιλέγεται για εκπαίδευση υγείας και εκστρατείες πρόληψης. Οι άποροι μπορούν να απευθυνθούν παράλληλα στο Medical Aid που τους δίνει το δικαίωμα για δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Τέλος, διατίθενται ποικίλα προγράμματα, όπως προστασία της μητέρας και του παιδιού, σχολικές εθνικές υπηρεσίες υγείας κ.τ.λ.

Εν κατακλείδι, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Γαλλία, διαρθρωμένη μέσα σε ένα κλασσικό φιλελεύθερο σύστημα, έχει ως θεμέλιο την ελευθερία επιλογής γιατρού και πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες όσον αφορά τους ασθενείς, την ελευθερία εγκατάστασης και συνταγογράφησης για το ιατρικό σώμα, καθώς και τον θεσμό των συμβάσεων μεταξύ της κοινωνικής ασφάλισης και των ελεύθερων επαγγελματιών γιατρών, με την αμοιβή κατά πράξη να κυριαρχεί.

ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΥΓΕΙΑΣ

Προηγούμενες Εκθέσεις και Προτάσεις : Κριτική Προσέγγιση

Ένας από τους βασικούς στόχους που τέθηκε όταν ιδρύθηκε το ΕΣΥ βάσει του ν. 1397/1983 ήταν η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας αγροτικού και αστικού τύπου, και των Περιφερειακών Ιατρείων. Το πρόγραμμα ανάπτυξης της ΠΦΥ προέβλεπε τη δημιουργία 400 κέντρων υγείας (190 στις μη αστικές περιοχές και 210 στις αστικές περιοχές) και μεγάλο αριθμό περιφερειακών ιατρείων, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές για την κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών.

Βέβαια αν και έγιναν σημαντικά βήματα, η όλη προσπάθεια έμεινε ημιτελής. Δημιουργήθηκαν σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και λειτουργούν έως και σήμερα 201 κέντρα υγείας και 1460 περιφερειακά ιατρεία σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Όμως, οι προβλέψεις του νόμου για την ενιαιοποίηση των μονάδων παροχής ΠΦΥ (άρθρο 16, ν. 1397/1983) και τη δημιουργία των κέντρων υγείας αστικού τύπου δεν υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει ως είχε, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησης με πληθώρα φορέων, διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών.

Έτσι, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιορίζεται σήμερα στην ικανοποίηση στοιχειωδών αναγκών πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέσω των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων και των πολυϊατρείων των ασφαλιστικών ταμείων. Πέραν αυτών τα ασφαλιστικά ταμεία συμβάλλονται με ιδιώτες ιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των ασφαλισμένων τους.

Οι βασικές μνημονιακές υποχρεώσεις της Ελλάδας για την Υγεία ήταν να μειωθούν οι δημόσιες δαπάνες στο 6% το 2012 από 7% το 2009, καθώς και η αύξηση της αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος μέσα από μεταρρυθμίσεις. Ο κυριότερες αλλαγές που επιτευχθήκαν στην Π.Φ.Υ στα χρόνια της κρίσης διακρίνονται σε δυο περιόδους: α) μέχρι την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. το 2011 και β) από το 2012 μέχρι σήμερα, με την ίδρυση του Π.Ε.Δ.Υ. Πιο αναλυτικά, στην πρώτη περίοδο: α) με τον Ν. 3852/2010 του

προγράμματος Καλλικράτη, οι αρμοδιότητες των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας μεταφέρθηκαν από τις Δ.Υ.Π.Ε. στους δήμους και στις περιφέρειες. Μάλιστα προβλέπεται η απόδοση των ανάλογων πόρων για την άσκηση τους, όπως και η μεταφορά των αντίστοιχων υπηρεσιών και οργανικών θέσεων,44 β) με τον Ν. 3868/2010, ΦΕΚ Α' 129, καθιερώθηκε η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων, άρα και των εξωτερικών ιατρείων για την παροχή Π.Φ.Υ,45 γ) με τον Ν. 3892/2010 εισήχθη η ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών για εξετάσεις, στο μέτωπο της αντιμετώπισης της υπερσυνταγογράφηση και υπερπαραγγελίες ιατρικών πράξεων46 και δ) με τον Ν. 3918/2011 συστάθηκε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ με την συγχώνευση των 4 μεγαλύτερων ταμείων (Ι.Κ.Α.,Ο.Γ.Α.,Ο.Α.Ε.Ε.,ΟΠΑΔ), λειτουργώντας ως αγοραστής και πάροχος εξωνοκομειακής φροντίδας. Στη συνέχεια, στη δεύτερη περίοδο: α) με το ΦΕΚ 545/01.03.2012 εφαρμόστηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία και η προώθηση των γενοσήμων με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ να καλύπτει το φθηνότερο φάρμακο και τον ασθενή να πληρώνει την διαφορά αν επιλέξει άλλο,48 β) στο ΦΕΚ Β 3054/2012 συντάχθηκε ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχής Υπηρεσιών (Ε.Κ.Π.Υ) που καθορίζει την οργάνωση, χρηματοδότηση και παροχή των υπηρεσιών, όπως και τις αποζημιώσεις των συμβαλλόμενων,49 γ) με το Ν. 4052/2012 η οργάνωση των υγειονομικών περιφερειών άλλαξε «όνομα», ώστε να ταυτίζονται με τις 7 αποκεντρωμένες Διοικήσεις του προγράμματος Καλλικράτη,50 δ) με το ΦΕΚ 2551 Β/7-10-2013 καθορίστηκε ο τρόπος και η διαδικασία απόδοσης του rebate στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ,51 ε) με το Ν. 4338/2014 ιδρύθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), όπου οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ εντάσσονται στην ευθύνη της υγειονομικής Περιφέρειας,52 στ) με το ΦΕΚ 490 Β/01-04-2015 καταργήθηκε το εισιτήριο 5 € από την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία,53 ζ) με το Ν. 4368/2016 επιτρέπεται η υγειονομική κάλυψη των ανασφάλιστων και των προσφύγων στο Π.Ε.Δ.Υ. Σύμφωνα με μελέτες, οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το σύστημα όσο και στους πολίτες. Η Ελληνική Στατιστική Αρχή αποκαλύπτει την αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης λόγω της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών, «ιδιωτικοποιώντας» ακόμη περισσότερο το σύστημα στην Ελλάδα,24 ενώ φανερώνεται η αύξηση των περιορισμών της πρόσβασης των ατόμων με χαμηλό εισόδημα, ηλικιωμένων, ανασφάλιστων, ανέργων και μειονοτικών ομάδων.21 Η τελευταία έκθεση του ΟΟΣΑ αποτυπώνει την καθολικότητα της κάλυψης στο 79%, αποτέλεσμα που δείχνει ότι η ιεράρχηση της ισότητας και της αποδοτικότητας έχουν παραμεληθεί στο βωμό των περικοπών των δαπανών. Με το Ν. 4368/2016 φαίνεται να διευθετείται η κάλυψη όλων των ευπαθών ομάδων στο Π.Ε.Δ.Υ, όμως είναι ακόμη πολύ νωρίς για να εξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα.

Διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών ασφάλειας του ασθενούς

Ο χώρος της πρόνοιας παρέμενε στην Ελλάδα για αρκετές δεκαετίες ο πιο υποβαθμισμένος τομέας άσκησης κοινωνικής πολιτικής, τόσο από την άποψη μεταφοράς οικονομικών πόρων όσο και από πλευράς προσπαθειών εκσυγχρονισμού και αναδιάρθρωσης των κοινωνικών υπηρεσιών. Η έλλειψη ορθολογικού σχεδιασμού και η απουσία ιεράρχησης προτεραιοτήτων οδήγησαν στην άναρχη και χωρίς συντονισμό ανάπτυξη ενός συστήματος κοινωνικής πρόνοιας έντονου επιδοματικού χαρακτήρα με σοβαρές αλληλεπικαλύψεις υπηρεσιών και αποσπασματική κάλυψη των αναγκών. Έντονα προσανατολισμένο στην κοινωνική παθολογία, το ελληνικό σύστημα των κοινωνικών υπηρεσιών ουσιαστικά αναπαρήγαγε τα ευπαθή άτομα ως κοινωνικό πρόβλημα ενισχύοντας την περιθωριοποίηση και τον αποκλεισμό τους²¹.

Η απουσία συντονισμού των φορέων παροχής υπηρεσιών και η αδυναμία αναπροσαρμογής των προνοιακών δομών στις νέες κοινωνικές συνθήκες που αναδύθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, ουσιαστικά καθήλωσαν το δημόσιο σύστημα σε παρωχημένες και ξεπερασμένες πρακτικές και κυρίως στην εδραίωση ιδρυματικού τύπου κάλυψη των αναγκών που όμως οδηγεί στον στιγματισμό και ενοχοποίηση που συνεπάγεται ο εγκλεισμός συγγενικού προσώπου σε ίδρυμα, περιορίζοντας τις επιλογές για τα άτομα και μεταφέροντας το βάρος της ευθύνης της φροντίδας στην οικογένεια. Τα ιδρύματα αυτά περιορίζονταν στην περίθαλψη και στη στέγαση (πχ Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων – ΘΧΠ, δημόσιοι οίκοι ευγηρίας, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα κ.α) ενώ συνήθως χαρακτηρίζονταν από πολύ χαμηλό επίπεδο ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα ο περιορισμός του ρόλου του κράτους στην παροχή εισοδηματικής στήριξης ευπαθών ομάδων και εξαρτημένων ατόμων σε συνδυασμό με τη διαφορετικότητα των παροχών εξαιτίας της πολλαπλότητας ασφαλιστικών φορέων, συντέλεσε στην αδυναμία άσκησης ενιαίας πολιτικής. Μια αδυναμία που εκφράστηκε με την πανσπερμία νομοθετημάτων και την απουσία εν'ς συνεκτικού και συστηματικού θεσμικού πλαισίου με ιεραρχημένες δράσεις αναφορικά με σαφώς προσδιορισμένες ομάδες – στόχους.

²¹ Στασινοπούλου Ο.(1993): “Αναδιάρθρωση των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Η επικαιρότητα της ανεπίσημης φροντίδας και οι σύγχρονες διαπλοκές» στο Γετίμης, Π – Γράβαρης, Δ.(επιμ.): Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνικής Πολιτική. Η Σύγχρονη Προβληματική, σ.271 – 311, Θεμέλιο, Αθήνα.

Η ουσιαστική ανυπαρξία ρυθμιστικών κανόνων και μηχανισμών συντονισμού στο σύστημα προώθησε την ανεξέλεγκτη δραστηριοποίηση και ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα την υπερσυγκέντρωση των υπηρεσιών στα μεγάλα αστικά κέντρα και την επακόλουθη εμφάνιση γεωγραφικών ανισοτήτων αλλοιώνοντας το δικαίωμα της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών την φροντίδα. Επιπλέον οι ελλείψεις σε ειδικευμένο προσωπικό οι επιπλοκές στην χρηματοδότηση και η καθυστέρηση στην αναγκαία διατομεακή συνεργασία που απαιτεί η αντιμετώπιση των σύγχρονων, σύνθετων κοινωνικών προβλημάτων οδήγησε στη συνεχή υποβάθμιση του συστήματος και σε τελική ανάλυση στην σχεδόν καθολική ανεπάρκειά του.

Η εικόνα αυτή κρίσης και αποδιοργάνωσης επικρατούσε μέχρι και τα τέλη της δεκαετίας του '90, παρά την ύπαρξη ορισμένων θεσμών και δράσεων που κρίνονταν ως επιτυχημένα αλλά αποτελούσαν μεμονωμένες και όχι σφαιρικές ρυθμίσεις για το σύνολο του τομέα της κοινωνικής φροντίδας, όπως για παράδειγμα ο θεσμός των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και η προσπάθειες αποασυλοποίηση των ψυχικά ασθενών.

Η αναγκαιότητα μεταρρύθμισης αναδύθηκε την περίοδο αυτή ως κάτι παραπάνω από κρίσιμη. Η πρώτη ολοκληρωμένη και πολυεπίπεδη θεσμική παρέμβαση στον προνοιακό τομέα της χώρας σημειώθηκε το 1998 με την ψήφιση του Νόμου 2646/98 «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις».

Βασικούς άξονες ανάπτυξης αυτής της προσπάθειας αναδιοργάνωσης του χώρου πρόνοιας, σύμφωνα με την Εισηγητική Έκθεση του νόμου αποτέλεσαν : η δημιουργία ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας που θα προσφέρει κάλυψη σε όλους τους πολίτες, επιβεβαιώνοντας τη δέσμευση του κράτους στην θεμελιώδη υποχρέωση του να παρέχει ισότιμα φροντίδα σε κάθε άτομο που διαμένει μόνιμα στην ελληνική επικράτεια και βρίσκεται σε ανάγκη. Η προνοιακή φροντίδα (κοινωνικές υπηρεσίες, παροχές σε είδος και παροχές σε χρήμα) αποσκοπεί στην πρόληψη, στη διαμόρφωση κουλτούρας κοινωνικής αλληλεγγύης και τη δημιουργία προϋποθέσεων κοινωνικής συμβίωσης, με αρχές κοινωνικής δικαιοσύνης.

Οι υπηρεσίες στοχεύουν στην αντιμετώπιση και αποκατάσταση των συνεπειών που προκαλούνται από κοινωνικά προβλήματα πάγιες ή έκτακτες καταστάσεις σε άτομα και ομάδες, στην εξασφάλιση των απαραίτητων προϋποθέσεων αξιοπρεπούς διαβίωσης για άτομα με ειδικές ανάγκες και την ενίσχυση

δυνατοτήτων για τη συμμετοχή τους στην οικονομική και κοινωνική ζωή, στην ενίσχυση των ατόμων που δεν έχουν δυνατότητα αυτοβοήθειας ώστε να ζουν όσο το δυνατόν πιο αυτόνομα στο οικογενειακό και ευρύτερα κοινωνικό περιβάλλον. Στην παροχή της προνοιακής φροντίδας λαμβάνοντας υπόψιν οι ιδιαίτερες προσωπικές οικογενειακές και κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων.

Ο επιμέρους άξονες του μεταρρυθμιστικού προγράμματος αφορούν την διοικητική αναδιοργάνωση του συστήματος και την αποκέντρωση των υπηρεσιών, την εδραίωση μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης όλων των φορέων παροχής των υπηρεσιών – ιδιωτικών και δημόσιων – την κάλυψη όσων πραγματικά έχουν ανάγκη σε ισότιμη βάση και με ιεραρχημένες προτεραιότητες και ειδικά η στήριξη της οικογένειας. Καθιερώνονται εθνικά προγράμματα κοινωνικής φροντίδας οι υπηρεσίες από πλέον αποκεντρωμένο επίπεδο και ενισχύεται η φροντίδα στο σπίτι καθώς όλοι οι φορείς έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες κατ οίκον.

Η προαγωγή της κοινωνικής αλληλεγγύης και της ανάπτυξης πρωτοβουλιών και δράσεων μέσα από το εθελοντικό κίνημα και τις οργανώσει μη κυβερνητικού χαρακτήρα προσδιορίστηκε ως σημαντικός προσανατολιστικός άξονας της ανασυγκρότησης του συστήματος των κοινωνικών υπηρεσιών. Το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών αναβαθμίζεται και ενισχύεται με ειδικούς κοινωνικούς επιστήμονες ενώ αναπτύσσεται και προωθείται η επιστημονική έρευνα και η εφαρμογή καινοτομικών προγραμμάτων. Για πρώτη φορά εισάγεται η διαβάθμιση των προνοιακών υπηρεσιών σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια κοινωνική φροντίδα.

Αντικείμενο της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας αποτελεί η παροχή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας, η πρόληψη των αναγκών και ο έγκαιρος εντοπισμός προβλημάτων κοινωνικού – οικονομικού αποκλεισμού, κυρίως στο πλαίσιο των Δήμων και Κοινοτήτων. Η δευτεροβάθμια κοινωνική φροντίδα αποσκοπεί στη θεραπεία και αποκατάσταση σωματικής, πνευματικής ψυχικής νόσου ή αναπηρίας αλλά και στην πρόληψη και αποκατάσταση των συνεπειών του αποκλεισμού. Παρέχονται υπηρεσίες φιλοξενίας ή κλειστής φροντίδας, που απαιτεί υψηλή εξειδίκευση ή τεχνολογία, στο πλαίσιο της Κεντρικής Διοίκησης και της Περιφέρειας.

Εξαιρετικά σημαντική είναι η διάταξη (άρθρο 3 παρ.3) που προβλέπει τη δυνατότητα συνεργασίας των φορέων του Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, είτε μεταξύ του είτε με φορείς παροχής Υπηρεσιών Υγείας έτσι ώστε να προωθηθεί η λειτουργία του ως Δίκτυα Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας. Η

συνεργασία και ο συντονισμός της δράσης με τα ασφαλιστικά ταμεία αποσκοπεί στην ανάπτυξη «εσωτερικής αγοράς» υπηρεσιών φροντίδας (άρθρο 9).

Βασικοί στόχοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας *

* Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ: Γεωργακοπούλου Παρασκευή, 2014

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές προτάσεις για την ανάπτυξη και την εύρυθμη λειτουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα²². Επίσης, η διεθνής πρακτική μπορεί να αποτελέσει μια πολύ σοβαρή δεξαμενή ιδεών και προτάσεων, όπως είναι η φιλοσοφία των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (HMOs) στις ΗΠΑ, των Οργανισμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCTs) στη Μεγάλη Βρετανία και του γερμανικού υποδείγματος αποζημίωσης της φροντίδας.

Σε κάθε περίπτωση η προσπάθεια ανασυγκρότησης και εκσυγχρονισμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ο βαθμός επιτυχίας της προσπάθειας αυτής πρόκειται να επηρεάσει δραστικά την ποιότητα ζωής των πολιτών και σημαντικά τη δημοσιονομική κατάσταση της χώρας. Βασικός στόχος ενός νέου συστήματος ΠΦΥ θα πρέπει να είναι η συγκράτηση των ασθενών εκτός νοσοκομείου, η μείωση των δαπανών υγείας, η αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας και τέλος, η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

Κατά συνέπεια, σύμφωνα με τις υπάρχουσες συνθήκες και την οικονομική συγκυρία εμφανίζεται πιο επίκαιρη από ποτέ η διακήρυξη της Alma-Ata (WHO,1978), η οποία τρεις δεκαετίες πριν πρότεινε την ανάπτυξη του υγειονομικού τομέα με βάση την πρωτοβάθμια φροντίδα, την προαγωγή της υγείας και την ενίσχυση των πολιτικών δημόσιας υγείας, με προσήλωση στα κριτήρια της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και την "υγεία για όλους" δίνοντας έμφαση στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας, με την κινητοποίηση της κοινοτικής και διατομεακής δράσης και την ανάπτυξη του κοινωνικού κεφαλαίου καθώς και την ενδυνάμωση των μεθόδων αποδοτικής χρήσης των πόρων και εφαρμογής της κατάλληλης τεχνολογίας²³ (Κυριόπουλος Γ. *et. al.*, 2011).

Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται απαραίτητος ο ανασχεδιασμός και η αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η μετάβαση σε ένα νέο υπόδειγμα το οποίο θα διασφαλίζει :

²² Abel-Smith *et. al.*, 1994, Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. *et. al.* 2000, Μωραϊτίης 1996, Πολύζος Ν. 2013, Σουλιώτης Κ. *et. al.* 2013.

²³ Κυριόπουλος, Γ., Μανιαδάκης, Ν. και Στουρνάρας, Γ. (2011). Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας την περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (IOBE), Αθήνα

1. την ελεύθερη και έγκαιρη φροντίδα πρώτης επαφής, όπου ο ιατρός πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, εκτός των περιπτώσεων των επειγόντων περιστατικών,
2. την ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
3. τη συνέχεια της φροντίδας ώστε να παρέχεται διαχρονικά μόνιμη και ομαλή φροντίδα υγείας, ανεξαρτήτως της ύπαρξης ασθένειας,
4. το συντονισμό της φροντίδας για την παροχή κατάλληλης φροντίδας για το σύνολο των αναγκών υγείας των ασθενών,
5. την παροχή πλήρους και ολοκληρωμένης φροντίδας μέσω μιας βασικής ενιαίας αλλά ευρείας δέσμης υπηρεσιών υγείας, με βάση τα ιδιαίτερα κοινωνικά, οικονομικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αναφοράς,
6. την παροχή φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια και γενικότερα την κοινότητα,
7. την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσω της θέσπισης σχετικών κριτηρίων,
8. την ικανοποίηση του πληθυσμού, η οποία και θα προσδιορίσει την επιτυχία της όλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, δεδομένου ότι θα κρίνει καθοριστικά την αποδοχή ή μη του νέου υποδείγματος, γεγονός που αποτελεί και τον κύριο στόχο του όλου σχεδιασμού.

Το νέο υπόδειγμα οφείλει να αναπτυχθεί στη βάση **ολοκληρωμένων δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας** υγείας, τα οποία οργανώνονται σε επίπεδο Καλλικρατικού δήμου, απευθύνονται σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και χρησιμοποιούν την μακρόχρονη εμπειρία και το ιδιαίτερα εκτεταμένο δίκτυο που σχηματίζουν τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ. Το σχήμα αυτό θα υποστηρίζεται και θα λειτουργεί μέσω του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και δύναται να συνδεθεί δια συμβολαίων ο μέγιστος δυνατός αριθμός συμβεβλημένων ιατρών, στον αντίποδα της σημερινής πολιτικής του ΕΟΠΥΥ περιορισμού της προσφοράς, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι δομικές μονοπωλιακές τάσεις.

Το σχήμα αυτό οφείλει να απομακρυνθεί από μεθόδους αναδρομικής χρηματοδότησης και να λειτουργήσει από μεθόδους προοπτικής χρηματοδότησης στη βάση κλειστών - σφαιρικών προϋπολογισμών, δηλαδή οι δαπάνες υγείας θα καθορίζονται ανά Καλλικρατικό δήμο και θα δίνονται οικονομικά κίνητρα ώστε οι επαγγελματίες υγείας (οικογενειακοί γιατροί, γιατροί ειδικότητας, νοσηλευτές, οδοντίατροι, φυσιοθεραπευτές) να συμμετέχουν στο δίκτυο της περιφέρειας και των απομακρυσμένων περιοχών συμμετέχοντας στο τοπικό Δίκτυο.

Επίσης, το νέο υπόδειγμα οφείλει να λειτουργεί υπό τις αρχές και τους κανόνες της (α) ελεύθερης επιλογής του ιατρού από μέρους των καταναλωτών, (β) της ασφαλιστικής κάλυψης για τις υπηρεσίες οι οποίες είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές, (γ) της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης ώστε οι επιβαρύνσεις των χρηστών να είναι ανάλογες του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης, (δ) της αποτροπής καταστροφικών δαπανών για τα νοικοκυριά και (ε) της πλήρους λειτουργίας (365 ημέρες το χρόνο, 24 ώρες την ημέρα) ώστε να ανταποκρίνεται στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας και του μικρού κινδύνου των νοικοκυριών και της κοινότητας²⁴.

Η καινοτομία των δικτύων έγκειται στο γεγονός ότι αποκαθιστούν τη συνέχεια της φροντίδας και εγγυώνται την άμεση πρόσβαση λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης, τα οποία δεν είναι δυνατά με τον κλασικό τρόπο διανομής της ιατρικής φροντίδας. Επιπροσθέτως, προάγουν την ολοκληρωμένη μορφή φροντίδας δεδομένου ότι απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού και εμπεριέχουν εκτός των κλασικών κλινικοεργαστηριακών δραστηριοτήτων και παρεμβάσεις δημόσιας υγείας όπως είναι η πρόληψη, αγωγή και προαγωγή της υγείας ο έλεγχος του περιβάλλοντος και η διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου.

Η υιοθέτηση του υποδείγματος δύναται να κινητοποιήσει την επιθυμητή μεγάλη κλίμακας υποκατάσταση νοσοκομειακών και τεχνολογικών υπηρεσιών με τη συμμετοχή του συνόλου των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και ως εκ τούτου να ανασχέσει το κύμα της ζήτησης προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα και να απαλλάξει τη νοσοκομειακή υποδομή από πρόσθετο βάρος. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να οδηγήσει ταυτοχρόνως στην ανασυγκρότηση και βελτίωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, δεδομένου ότι η προσανατολισμένη επιλογή και τα φράγματα που θέτουν ο οικογενειακός ιατρός και τα δίκτυα αντιστοιχούν στις ανάγκες περίθαλψης.

²⁴ Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ (2013β). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού με έμφαση στην κατάρτιση και στην εκπαίδευση.

Οι υπηρεσίες υγείας, από επιχειρησιακή άποψη, όπως και όλος ο τομέας των υπηρεσιών είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό εντάσεως εργασίας. Το ανθρώπινο δυναμικό λοιπόν είναι καθοριστικός παράγων λειτουργίας του, απορροφώντας 60-70% των δαπανών που διατίθενται²⁵. Η άμεση επαφή εργαζομένων στον τομέα της υγείας με τους ασθενείς ή γενικά τους άλλους πελάτες υπογραμμίζει τη σημαντικότητα του παράγοντα εργαζόμενος και χαρακτηριστικά διοίκησης αυτού. Για την παροχή της υγειονομικής υπηρεσίας δεν απαιτείται μόνο ικανότητα, αλλά υπεύθυνη προσέγγιση και συμπόνια προς τον ασθενή²⁶. Έτσι λοιπόν η αλληλεπίδραση των πελατών και των επαγγελματιών υγείας αποτελεί βασικό συστατικό πρόβλεψης για τις υγειονομικές υπηρεσίες. Η ύπαρξη σε έντονο βαθμό του ανθρώπινου παράγοντα αυξάνει την μεταβλητότητα στη διοίκηση. Κατ'αυτόν τον τρόπο, η αποτελεσματική διοίκηση προσωπικού στις μονάδες υγείας απαιτεί από τους ειδικούς την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την απόδοση των εργαζομένων²⁷.

Είναι απαραίτητη η παρέμβαση της πολιτείας για αναδιοργάνωση και αναβάθμιση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, με την αναδιαμόρφωση των προγραμμάτων προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης των ιατρικών και των νοσηλευτικών σχολών, καθώς και των υπολοίπων σχολών επαγγελματιών υγείας²⁸.

Οι σπουδαστές πρέπει να καταρτίζονται από το προπτυχιακό τους επίπεδο στα θέματα και στις έννοιες της ΠΦΥ, της γενικής προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής, στα θέματα που αφορούν την αγωγή και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην οργάνωση διοίκηση και διαχείριση των υπηρεσιών υγείας²⁹. Ως εκ τούτου προτείνεται :

²⁵ Υπουργείο Υγείας, (1995), Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού, Αθήνα, σελ. 84.

²⁶ Schulz, R. & Johnson, A.L., (1990), Management of Hospitals and Health Services, Strategies Issues and Performance, Mosby 3rd Edition.

²⁷ Shi, L., (2007), Managing Human Resources in Health Care Organizations, Jones and Bartlett Publishers.

²⁸ Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005

²⁹ Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ, 2000 Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο Αθήνα.

- ✓ Οικονομική ενίσχυση των ΑΕΙ και ΤΕΙ ώστε να αναβαθμίσουν τα προγράμματα εκπαίδευσης και να εισάγουν μηχανισμούς ελέγχου της ποιότητας, της εκπαίδευσης και των εκπαιδευτών³⁰.
 - ✓ Ετήσιος σχεδιασμός και καθορισμός των εισακτέων τα ανώτερα και ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα από τα Υπουργεία Υγείας και Παιδείας³¹.
 - ✓ Δημιουργία τμημάτων γενικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλες τις ιατρικές και νοσηλευτικές σχολές αντίστοιχα.
 - ✓ Στήριξη και ενίσχυση όλων των εκπαιδευτικών φορέων που προσανατολίζονται στην κοινωνική και προληπτική ιατρική, στη δημόσια υγεία και στην αγωγή υγείας.
 - ✓ Θέσπιση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, κατάρτισης επιμόρφωσης και ανάδειξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στη γενική και την οικογενειακή ιατρική.
 - ✓ Αναπροσαρμογή και αύξηση των θέσεων της ειδικότητας της γενικής ιατρικής, με αντίστοιχη σταδιακή μείωση των θέσεων για απόκτηση ειδικότητας σε άλλες εργαστηριακές και κλινικές ειδικότητες, με γνώμονα τις πραγματικές ανάγκες στελέχωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα³²
 - ✓ Εκπαίδευση και εξειδίκευση των διοικητικών υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας με σκοπό να διοικούν σύμφωνα με τις σύγχρονες τεχνικές του management, να επιλέγουν, να εμπυχώνουν, να ελέγχουν και να αξιολογούν το προσωπικό, να καταρτίζουν προϋπολογισμούς, να διαχειρίζονται πληροφορίες, να ασκούν δημόσιες σχέσεις κλπ.
 - ✓ Παραγωγή εξειδικευμένων τεχνικών στελεχών με γνώσεις, δεξιότητες και ικανότητες, ώστε να διαχειρίζονται τη σύγχρονη και πολυδιάστατη βιοϊατρική τεχνολογία³³
- Η ανάπτυξη της κουλτούρας management και ενός συστήματος διοίκησης, διαχείρισης και ανάπτυξης ανθρώπινων πόρων σε εθνικό και οργανωτικό επίπεδο θα πρέπει να είναι η βάση των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στον τομέα της υγείας.

³⁰ Κυριόπουλος Γ 1995 Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα. Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Θεμέλιο, Αθήνα.

³¹ Ανδριώτη Δ 1994 Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Κλάδο, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

³² Μωραΐτης Ε. κ.α 1995 Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Αθήνα.

³³ Ανδριώτη 1998 Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, Εξάντας, Αθήνα

ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ

Οργανωτικές και Λειτουργικές παρεμβάσεις

Η επίτευξη της αποτελεσματικότητας του δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας απαιτεί την επιπλέον διοικητική και περιφερειακή οργάνωση τους με κριτήριο τη βελτίωση της παραγωγικής και κατανομητικής αποδοτικότητας, δεδομένων των περιορισμένων διαθέσιμων οικονομικών, ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων.

Ως εκ τούτου τα δίκτυα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οφείλουν να αναδιαταχθούν με κριτήριο το μέγεθος και τις ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς, την ευχερή πρόσβαση και το κόστος χρόνου των πολιτών και να προβούν σε ισότιμη κατανομή και μεταφορά ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων, ώστε να διασφαλίζεται η προσπέλαση των χρηστών και η παραγωγική λειτουργία των τοπικών δικτύων παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013α). Στο πλαίσιο αυτό αίρονται φαινόμενα ανεπάρκειας ή σπατάλης δυναμικού και οι ανθρώπινοι τεχνολογικοί πόροι κατανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και τη ζήτηση αντίστοιχων υπηρεσιών.

Ειδικότερα, η παρατήρηση της γεωγραφικής και πληθυσμιακής κατανομής των υφιστάμενων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (κέντρα υγείας και πολυϊατρεία ΕΟΠΥΥ) αναδεικνύει την ανάγκη ενός **σχεδίου ενοποίησης και ανασυγκρότησης των δομών** (Μωραΐτης 1996, Πολύζος Ν. 2013, Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ 2013β, Σουλιώτης *et. al.* 2013). Είναι μια επιλογή που έπρεπε να έχει υλοποιηθεί εδώ και πολλά χρόνια, αφού είχε ήδη προβλεφθεί από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ (ν. 1397/1983) και αργότερα από τους ν. 2519/1997 και ν. 3235/2004.

Έπειτα από τη συνένωση των κλάδων υγείας των Ασφαλιστικών Οργανισμών στον ΕΟΠΥΥ, το τοπίο στην ΠΦΥ διαμορφώθηκε με την παράλληλη λειτουργία δύο διαφορετικών δημόσιων υποσυστημάτων που απευθύνονται στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού: ένα υποσύστημα του ΕΣΥ (με τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά-αγροτικά ιατρεία) και ένα του ΕΟΠΥΥ (με τα πολυιατρεία και τις μονάδες υγείας του πρώην ΙΚΑ), καθώς και έναν αριθμό συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτών ιατρών και ιδιωτικών διαγνωστικών εργαστηρίων. Οι δομές αυτές λειτουργούν, παράλληλα, αλληλοεπικαλυπτόμενες, χωρίς οργανική και διοικητική διασύνδεση, με υψηλό κόστος και αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα. Επίσης, οι δημόσιες δομές ΠΦΥ ακολουθούν

διαφορετικό υπόδειγμα διοικητικής οργάνωσης, δηλαδή τα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας και υπάγονται απ' ευθείας στη διοίκηση του Οργανισμού, ενώ τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ υπάγονται στα νοσοκομεία αναφοράς, με αποτέλεσμα να είναι θολό το πλαίσιο της οικονομικής τους διαχείρισης, του ανθρώπινου δυναμικού, κλπ (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).

Η λειτουργική, οργανική, διοικητική ενοποίησή τους επιτρέπει την ορθολογικότερη αξιοποίηση υποδομών και επιστημονικού προσωπικού, τη συνένωση δυνάμεων και δυνατοτήτων, οικονομίες κλίμακος, αποδοτικότερη λειτουργία και την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών. Επομένως, τα πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να μετατραπούν σε Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου. Η σημερινή κατάσταση υποδεικνύει με προφανή τρόπο τη σκοπιμότητα και τον ορθολογισμό της διαμόρφωσης ενός ενιαίου, δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα. Με την ενοποίηση των υφιστάμενων δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι επακόλουθο ότι μπορεί να επέλθει η μείωση τους όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, η διατήρηση τους ή και η δημιουργία νέων.

Υπό το πρίσμα αυτό η αναδιοργάνωση και η χωροθέτηση των δομών επιτυγχάνεται λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους, όπως α) τον χρόνο πρόσβασης των πολιτών, β) το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης, γ) την πυκνότητα του πληθυσμού ευθύνης, δ) δείκτες προσφοράς, ζήτησης και ανάγκης, ε) την απόσταση της γεωγραφικής ενότητας που καλύπτουν από το πλησιέστερο αστικό κέντρο, στ) την απόσταση από την πλησιέστερη δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, η) την τάση μετακίνησης πληθυσμού για την εξυπηρέτηση των λοιπών αναγκών τους, θ) την εποχιακή μεταβολή του πληθυσμού ευθύνης, ι) το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό, ια) τη γεωγραφική μορφολογία της κάθε περιοχής και ιβ) τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013α). Παράλληλα με την ενοποίηση και αναδιοργάνωση των υποδομών, θα πρέπει να γίνει η υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία ΕΣΥ, μονάδες ΠΦΥ ΕΟΠΥΥ) σε ένα φορέα, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, τη λειτουργία και τη χρηματοδότησή τους. Στο σχεδιασμό του νέου συστήματος θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι δομές του ιδιωτικού τομέα που έχουν συμβληθεί με την κοινωνική ασφάλιση.

Πρώτη εναλλακτική πρόταση: η βασική αντίληψη εστιάζεται στη δημιουργία ενός οργανισμού παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο οποίος θα αποτελεί διακριτή

δομή, υπό τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ κατά τα πρότυπα των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας των ΗΠΑ (Τομέας Οικονομικών της Υγείας – ΕΣΔΥ, 2013β). Η προσέγγιση η οποία προτείνεται είναι η αλλαγή της δομής της αγοράς πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας η οποία διαμορφώνεται από την παρουσία του ΕΟΠΥΥ δια μέσου της απομάκρυνσης από το εγχείρημα του μονοπωλίου και την μετακίνηση προς τη συγκρότηση ενός συμβολαιακού διμερούς μονοπωλίου μεταξύ του οργανισμού και του συνόλου των προμηθευτών πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας (πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, συμβεβλημένοι γιατροί) μέσω συμβολαίων και προγραμματικών συμβάσεων, δια των οποίων διασφαλίζεται ο εσωτερικός ανταγωνισμός στο πλαίσιο των κλειστών/ σφαιρικών προϋπολογισμών ανάλογα με τον εκάστοτε πληθυσμό αναφοράς.

Μια παρόμοια πρόταση είχε διατυπωθεί και παλιότερα, πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, όταν ο κλάδος ασθενείας και τα πολυϊατρεία ανήκαν ακόμα στο ΙΚΑ. Είχε προταθεί η δημιουργία ενός ανεξαρτήτου Οργανισμού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος θα μπορούσε να συγκροτηθεί από το «μετασχηματισμό» του κλάδου ασθενείας του ΙΚΑ και την ανάληψη της ευθύνης οργάνωσης και συντονισμού της λειτουργίας του νέου συστήματος, βασιζόμενος στα αρχικά στάδια λειτουργίας του στην υπάρχουσα υποδομή, σε ανθρώπινο δυναμικό, χώρους και εξοπλισμό. Στον Οργανισμό θα έπρεπε να περιέλθουν και οι πρωτοβάθμιες δομές του ΕΣΥ (κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία) με τις κτιριακές εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και το κάθε κατηγορίας προσωπικό που ήδη υπηρετούσε σε αυτές (Μωραΐτης, 1996).

Δεύτερη εναλλακτική πρόταση: Ο ρόλος του φορέα, στον οποίο θα υπαχθούν οι δημόσιες δομές της ΠΦΥ, θα μπορούσε να ανατεθεί στο ΕΣΥ και συγκεκριμένα στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), όπως άλλωστε προέβλεπε και ο ν. 3235/2004 για την ΠΦΥ, ο οποίος όμως δεν υλοποιήθηκε. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή ο ΕΟΠΥΥ παραμένει ως ασφαλιστής (δημόσιο μονοψώνιο) και μεταφέρονται οι υπηρεσίες του ως προμηθευτή στις Υγειονομικές Περιφέρειες, μαζί με το σύνολο των δομών, του ανθρώπινου δυναμικού και του εξοπλισμού που διαθέτει σήμερα. Η πρόταση αυτή αποσκοπεί στη δημιουργία ενός δημόσιου μονοπωλίου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας που συνυπάρχει με το αντίστοιχο μονοψώνιο από την πλευρά της ασφάλισης (Σουλιώτης Κ. *et. al.* 2013, Πολύζος Ν. 2013). Με άλλα λόγια, ο ΕΟΠΥΥ μετατρέπεται σε έναν γιγάντιο αμιγώς ασφαλιστικό οργανισμό - "εταιρεία" με "μετόχους" τα ασφαλιστικά ταμεία και το ελληνικό δημόσιο, "πελάτες" όλους τους ασφαλισμένους και "αντισυμβαλλόμενους" όλους τους παρόχους - δημόσιους και ιδιωτικούς - υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως αποκλειστικού διαχειριστή

του συνόλου των δημόσιων πόρων για την υγεία, συνίσταται στην πλήρη κάλυψη του συνόλου των ασφαλισμένων με την υιοθέτηση ενός βασικού πακέτου παρεχομένων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων.

Υπό το πρίσμα αυτό, προτείνεται να εστιάσει το ενδιαφέρον του στη συγκέντρωση των πόρων και στην καλύτερη δυνατή χρήση αυτών με περαιτέρω διαπραγμάτευση με την πλευρά της προσφοράς, στη θέσπιση προδιαγραφών ποιότητας και αποτελεσμάτων στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και στη σύνδεση αυτών με το σύστημα αποζημίωσης, καθώς επίσης και στην ανάπτυξη ενός συστήματος αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βασική αρμοδιότητα του ΕΟΠΥΥ είναι η σύναψη συμβάσεων με όλες τις ιδιωτικές δομές, καθώς και η διαχείριση του συνόλου των δημόσιων πόρων για τον τομέα της υγείας (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).

Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας

Με σημείο αναφοράς την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, προτείνεται να ξεκινήσει άμεσα η συγκρότηση μιας ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, η οποία θα διασυνδέεται με τον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς. Η σχετική πρωτοβουλία πρέπει να αναληφθεί από κοινού από τον ΕΟΠΥΥ και τις μονάδες ΠΦΥ.

Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιοδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (ν. 3235/2004, άρθρο 9). Η τήρηση του ιατρικού φακέλου αναμένεται να συμβάλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, αλλά κυρίως στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας, εκτός από τον ιατρικό φάκελο, μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας (ν. 3235/2004, άρθρο 9). Επομένως, η υλοποίηση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας κρίνεται απαραίτητη για την παροχή βελτιστοποιημένων υπηρεσιών προς τους πολίτες, τη μείωση του κόστους περίθαλψης και τη βελτίωση της διοικητικής πληροφόρησης των συντελεστών παρόχων, με απώτερο στόχο την μετάβαση σε πλήρως *paperless* περιβάλλον δημόσιας υγείας. Άρα, τα θετικά για τον ασφαλισμένο χρησιμοποιώντας την ηλεκτρονική κάρτα υγείας είναι η εύκολη πρόσβαση, η ταχύτητα, η διασφάλιση της προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και η αναλυτική πληροφόρηση. Τα πλεονεκτήματα για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας είναι η αμεσότητα, η ακρίβεια στοιχείων και η γρήγορη πρόσβαση στο ιστορικό ασθενούς. Ενώ, για τον ασφαλιστικό

φορέα είναι η άμεση ταυτοποίηση ασφαλισμένου, η εξάλειψη φαινομένων απάτης, η ορθολογική διαχείριση των προϋπολογισμών, η μείωση διπλών εξετάσεων και γενικότερα η παρακολούθηση της χρήσης των υπηρεσιών, η αξιολόγηση και ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Για να επιτευχθούν όλα τα παραπάνω θα πρέπει σε κάθε Κέντρο Υγείας και γενικότερα σε κάθε **δομή της ΠΦΥ να εγκατασταθεί πλήρης τεχνολογική υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση των στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όλων των κατοίκων που υπάγονται σε αυτό.** Αντίστοιχη υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιατρεία των ιδιωτών οικογενειακών ή και προσωπικών ιατρών, που έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού

Αναλύοντας την Ευρωπαϊκή εμπειρία και πρακτική στον πυρήνα της ΠΦΥ βρίσκεται σε αρκετές περιπτώσεις ο οικογενειακός ιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν 30 χρόνια περίπου και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).

Ο οικογενειακός γιατρός θεωρήθηκε ως ο γιατρός που έχει τον πρωταρχικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ως οικογενειακοί γιατροί έχουν χρησιμοποιηθεί, ανάλογα με τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας, γιατροί χωρίς ειδικότητα, γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, γυναικολόγοι, κλπ. Η σύγχρονη όμως τάση είναι ότι ο ρόλος αυτός ανήκει αποκλειστικά στους γιατρούς γενικής ιατρικής (general practitioners), με αποτέλεσμα οι όροι γενικός και οικογενειακός γιατρός να είναι πλέον ταυτόσημοι, παρόλο που ο πρώτος αφορά την ιατρική εξειδίκευση και ο δεύτερος τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου .

Επομένως, σύμφωνα με την British Medical Association (BMA) ο γενικός - οικογενειακός γιατρός «... είναι πτυχιούχος της ιατρικής που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, σε οικογένειες και στον πληθυσμό ευθύνης, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια». Αποδέχεται την υπευθυνότητα μιας αρχικής απόφασης για κάθε πρόβλημα που του παρουσιάζει ο ασθενής του και συνεργάζεται με ειδικούς όταν το θεωρεί αναγκαίο. Η διάγνωσή του συγκροτείται με κριτήρια οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά (Royal College of General Practitioners, 1969).

Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, είναι σημαντικός, γιατί επαναφέρει την ιατρική πράξη στα πλαίσια της καθημερινής κοινωνικής ζωής, κοντά στο περιβάλλον του αρρώστου, μέσω της σωστής επικοινωνίας ασθενή - γιατρού. Ακόμα, χρησιμοποιεί τους διαθέσιμους πόρους για το καλύτερο όφελος των ασθενών, αλλά και του συστήματος υγείας, λόγω αποσυμφόρησης των νοσοκομείων. Στην Ελλάδα, ο θεσμός του γενικού - οικογενειακού ιατρού εφαρμόζεται μερικώς στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων από τη δεκαετία του '60 και στην πρόσφατη περίοδο, επίσης μερικώς, στα Κέντρα Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αν και οι σχετικές ενδείξεις και έρευνες γνώμης δείχνουν την ευρεία αποδοχή του θεσμού μεταξύ των γιατρών αλλά και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, εν τούτοις το εγχείρημα δεν είχε την αναμενόμενη επιτυχία εξαιτίας κυρίως της έλλειψης πολιτικής υποστήριξης (Κυριόπουλος Γ., 1996).

Τη δεκαετία του '80 με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας επιχειρήθηκε η προώθηση μιας φιλόδοξης εθνικής στρατηγικής για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η πολιτική αυτή, παρά το γεγονός ότι συνοδεύτηκε από σημαντικές επενδύσεις στην υποδομή, όπως είναι η ανέγερση Κέντρων Υγείας μη αστικού τύπου, και την τεχνολογία, είχε σοβαρά ελλείμματα στις πολιτικές ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικότερα στην εκπαίδευση και κατάρτιση των γενικών γιατρών και των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος Γ., 1996). Ειδικότερα, ο θεσμός του γενικού - οικογενειακού γιατρού εισάγεται για πρώτη φορά ως έννοια με το ν. 1397/83 για την ίδρυση του ΕΣΥ (άρθρ. 17,18). Το γεγονός, όμως, ότι δε δημιουργήθηκε νέα ειδικότητα, σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια, οδήγησε στη δυνατότητα υποκατάστασης του οικογενειακού γιατρού από παθολόγο, παιδίατρο ή γενικό γιατρό. Δυο κύρια χαρακτηριστικά του νόμου ήταν η ελεύθερη επιλογή του γιατρού από τον πολίτη και το ανώτατο όριο ασθενών ανά γιατρό. Ο θεσμός, όμως, αυτός δεν τέθηκε ποτέ σε εφαρμογή στα αστικά κέντρα, όπου δεν λειτούργησαν κέντρα υγείας, ενώ στις αγροτικές περιοχές ο γενικός γιατρός είναι ουσιαστικά ο οικογενειακός γιατρός.

Στην έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994, ο οικογενειακός ιατρός προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, συμβεβλημένος με την υγειονομική περιφέρεια, που εκτός από την κατά κεφαλή αμοιβή μπορεί να διαχειρίζεται και προϋπολογισμούς. Αργότερα, με το ν. 2519/97 και τη δημιουργία των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΑΠΦΥ) στις αστικές και ημιαστικές περιοχές (άρθρ. 32) δίνεται η δυνατότητα στον οικογενειακό γιατρό να παραπέμψει τους ασθενείς

του σε άλλους φορείς του δικτύου και, ίσως, αυτό υποδηλώνει ένα πρώτο βήμα για τη λειτουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας.

Τέλος, στο ν. 3235/04 (άρθρο 7: οικογενειακός και προσωπικός ιατρός) προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, ιατρός του ΕΣΥ ή ιατρός ασφαλιστικών ταμείων και να αμείβεται σύμφωνα με την κατά κεφαλή αποζημίωση. Παρ' όλες τις νομοθετικές προσπάθειες, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν έχει λειτουργήσει στην πράξη.

Η απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και ενός συστήματος παραπομπής των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αντικατοπτρίζεται στο χαμηλό ποσοστό των γενικών ιατρών που δραστηριοποιούνται στη χώρα. Είναι προφανές ότι οι υφιστάμενοι γενικοί ιατροί δεν επαρκούν τόσο αριθμητικά, όσο και ποιοτικά για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Ενδεικτικά, το 1994 στην Ελλάδα υπήρχαν μόλις 560 ιατροί γενικής ιατρικής (Abel-Smith *et. al.*, 1994), ενώ σήμερα υπολογίζονται γύρω στους 2.500 ιατρούς. Η διεθνής εμπειρία υποδεικνύει ότι κάθε οικογενειακός ιατρός πρέπει να αντιστοιχεί σε 1.800 με 2.000 κατοίκους, εκτός ίσως από περιπτώσεις αραιοκατοικημένων ημιαστικών και αγροτικών περιοχών, οπότε ο καλυπτόμενος πληθυσμός που θα αντιστοιχεί σε κάθε ιατρό μπορεί να είναι μικρότερο. Κάθε πολίτης θα έχει τη δυνατότητα επιλογής του οικογενειακού γιατρού από έναν κατάλογο των αντίστοιχων ιατρών που εργάζονται στην περιοχή του. Επίσης, θα έχει το δικαίωμα να αλλάξει τον ιατρό του μέσα στην ίδια χρονιά, αν δεν είναι ικανοποιημένος από τις προσφερόμενες υπηρεσίες (Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. *et. al.* 2000). Ο οικογενειακός ιατρός ασκεί την ιατρική είτε στο ιδιωτικό του ιατρείο, είτε σε κέντρο υγείας, είτε συμπράττει με άλλους οικογενειακούς ιατρούς δημιουργώντας Κέντρα Οικογενειακών Ιατρών (group practice), τα οποία μπορεί και να εφημερεύουν.

Ο οικογενειακός ιατρός θα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, καθοδηγώντας τον για τις περαιτέρω κινήσεις του μέσα στο δίκτυο. Με άλλα λόγια, αν αυτός ο γιατρός κρίνει ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει πλήρως το πρόβλημα του ασθενή του, τον παραπέμπει σε ένα κέντρο υγείας ή νοσοκομείο, όπου υπάρχουν οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων. Οι γιατροί αυτοί, αφού εξετάσουν τον άρρωστο και του δώσουν την ενδεδειγμένη θεραπεία, είναι υποχρεωμένοι να ενημερώσουν εγγράφως τον γιατρό που τους τον παρέπεμψε, δηλαδή η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται μέσω της αντίστροφης παραπομπής. Έτσι, ο πολίτης εξυπηρετείται υπεύθυνα, ασφαλέστερα και επιστημονικά σωστά.

Επομένως, ως ιδιαίτερα σημαντική αναδεικνύεται στο νέο υπόδειγμα η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών με ιατρούς που διαχειρίζονται εξειδικευμένα προβλήματα υγείας, όπου μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών θα καταστεί εφικτή η υποστήριξη των ασθενών κυρίως με χρόνιες παθήσεις στον τόπο διαμονής τους, από τους οικογενειακούς γιατρούς (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).

Ωστόσο, ο χρήστης θα είναι ελεύθερος να επισκέπτεται ειδικούς ιατρούς χωρίς παραπεμπτικό από τον οικογενειακό ιατρό. Επίσης, εάν ο γιατρός της ΠΦΥ, ο λεγόμενος οικογενειακός γιατρός, κρίνει ότι χρειάζονται εξετάσεις που γίνονται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, συμβεβλημένα με το ΕΣΥ, μπορεί να τον παραπέμψει σε αυτά, προκειμένου να επισπευσθούν τα ραντεβού και να μην υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής - όταν φυσικά δεν μπορούν τα ραντεβού αυτά να εξυπηρετηθούν εγκαίρως από τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία.

Ο οικογενειακός ιατρός θα έχει την ευθύνη τήρησης και ενημέρωσης του ατομικού ιατρικού φακέλου των πολιτών που είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλογο ευθύνης του. Ο φάκελος θα πρέπει να ενημερώνεται για κάθε μετακίνηση του χρήστη μέσα στο σύστημα υγείας. Επίσης, η ενημέρωση θα αφορά τα ιατρικά αποτελέσματα που σχετίζονται με αυτές τις κινήσεις. Η σωστή τήρηση του ιατρικού φακέλου αποτελεί κρίσιμο θέμα, αφού έτσι θα υπάρχει καταχώρηση δεδομένων που αφορούν το ιατρικό ιστορικό του πολίτη, πληροφόρηση για το είδος των υπηρεσιών που έχουν προσφερθεί σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ενώ θα διευκολύνεται και η τήρηση των αναγκαίων στατιστικών στοιχείων (Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. *et. al.*, 2000).

Εκτός από τη διάγνωση και θεραπεία, καθώς και τη διαχείριση της ροής του πολίτη στο σύστημα υγείας, οι βασικές αρμοδιότητές του περιλαμβάνουν τον ατομικό και προσυμπτωματικό έλεγχο, την άσκηση προληπτικής ιατρικής, την αγωγή και προαγωγή υγείας, καθώς και την κατ' οίκον φροντίδα (Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. *et. al.*, 2000).

Ιδιαίτερο ρόλο παροχής υπηρεσιών φροντίδας θα αναλάβουν οι οικογενειακοί γιατροί στην παροχή υπηρεσιών για χρονίως πάσχοντες, καθώς οι ανάγκες των πολιτών στη συντριπτική τους πλειοψηφία οφείλονται σε χρόνια νοσήματα, των οποίων η φροντίδα και η πρόληψη μπορεί να παρακολουθείται από τις υπηρεσίες ΠΦΥ με αποτελεσματικότητα, αλλά και αποδοτικότητα ως προς τη χρήση των οικονομικών πόρων, με τη δημιουργία ειδικών Προγραμμάτων Διαχείρισης Χρονίων Ασθενειών ή ακόμη και με την ανάπτυξη Μονάδων Αντιμετώπισης Χρονίων Παθήσεων (Πολύζος Ν., 2013).

Συνεπώς, τα οφέλη από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού είναι το χαμηλότερο κόστος, η χρήση ιατρικής τεχνολογίας χαμηλού κόστους και η άσκηση ελέγχου στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και εξειδικευμένων γιατρών ή νοσοκομείων, ελέγχοντας τις ροές των ασθενών προς τους παρόχους - διανομείς των υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο και τις συνολικές δαπάνες για την υγεία.

Η καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού θα λειτουργήσει σαν φίλτρο στην εισαγωγή των ασθενών στα νοσοκομεία και θα αποτρέψει τις «προσυνεννοημένες» εισαγωγές και τις άδηλες συναλλαγές νοσοκομειακών γιατρών και ασθενών. Με την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και την ανακατανομή των κλινών, τα ράντσα θα εξαφανιστούν και η παραοικονομία θα μειωθεί δραστικά. Με άλλα λόγια, στον οικογενειακό γιατρό θα πρέπει να του ανατεθεί ο κυρίαρχος ρόλος του συντονιστή, διανεμητή και διαχειριστή των υπηρεσιών και των πόρων της υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ¹ World Health Organization. Preamble to the constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946. WHO, Geneva, Switzerland, 1948
- ¹ United Nations. *Universal Declaration of Human Rights*. General Assembly of the United Nations, Paris, France, 1948
- ¹ Commission of the European Communities. *White Paper – Together for health: A strategic approach for the EU 2008–2013*. EU, Brussels, 2007:1–11
- ² Stiglitz JE. A new capitalist order (chapter 7). In: Stiglitz JE (ed) *Freefall: America, free markets, and the sinking of the world economy*. 1st ed. W.W. Norton & Co., New York, 2010:xxx:361
- ³ Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2009, 48:37–49
- ⁴ International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron* 1978, 32:428–430
- ⁵ Walt G, Vaughan P. Primary health care: What does it mean? *Trop Doct* 1982, 12:99–100
- ⁶ Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet* 2008, 372:865–866
- ⁷ International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. *WHO Chron* 1978, 32:428–430
- ⁸ Brown, L., Oliver-Baxter, J. & Bywood P. (2013). International trends and initiatives in primary health care. *PHCRIS Research Roundup*, Issue 3.
- ⁹ Valentijn, P.P., Vrijhoef, H., Ruwaard, D., Boesveld, I., Arends, R.Y. & Bruijnzeels, M.A. (2015). Towards an international taxonomy of integrated primary care: a Delphi consensus approach. *BMC Family Practice*, 16, p. 64. doi: 10.1186/s12875-0158-0278-x
- ¹⁰ Delnoij, D., Klazinga, N. & Glasgow, I.K. (2002). Integrated Care in an International Perspective. *International Journal of Integrated Care* [serial online].
- ¹¹ Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N., Souliotis, K. & Kyriopoulos, I. (2009). Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *International Journal of Integrated Care*. ISSN 1568-4156.
- ¹² Lionis, C. & Petelos, E. (2015). The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model? In O' Donohue, W. and Maragakis, A. (Eds.), *Integrated Primary and Behavioral Care*. Springer.

- ¹³ Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα
- ¹⁴ Πολύζος, Ν. (2013). Μελέτη οργάνωσης – χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Κομοτηνή – Αθήνα
- ¹⁵ Polyzos, N., Economou, C. and Zilidis, C. (2008). National Health Policy in Greece: Regulations or Reforms? The Sisyphus Myth, *European Research Studies*, XI(3):91- 118.
- ¹⁶ Abel-Smith, B., Calltorp, J., Dixon, M., Dunning, Ad., Evans, R., Holland and W., Jarman B. (1994). Έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομώνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, Φαρμέτρικα, Αθήνα
- ¹⁷ Abel-Smith *et. al.*, 1994, Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. *et. al.* 2000, Μωραϊτης 1996, Πολύζος Ν. 2013, Σουλιώτης Κ. *et. al.* 2013.
- ¹⁸ Κυριόπουλος, Γ., Μανιαδάκης, Ν. και Στουρνάρας, Γ. (2011). Δαπάνες Υγείας και Πολιτικές Υγείας την περίοδο του Μνημονίου στην Ελλάδα, Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ), Αθήνα
- ¹⁹ Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ (2013β). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως «πύλη εισόδου» των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- ²⁰ Μωραϊτης, Ευάγγελος (2006). Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά
- ²¹ Στασινοπούλου Ο.(1993): “Αναδιάρθρωση των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Η επικαιρότητα της ανεπίσημης φροντίδας και οι σύγχρονες διαπλοκές» στο Γετίμης, Π – Γράβαρης, Δ.(επιμ.): Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνικής Πολιτική. Η Σύγχρονη Προβληματική, σ.271 – 311, Θεμέλιο, Αθήνα.
- ²² Υπουργείο Υγείας, (1995), Μελέτη-Πρόταση για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού, Αθήνα, σελ. 84.
- ²³ Schulz, R. & Johnson, **Al.**, (1990), *Management of Hospitals and Health Services, Strategies Issues and Performance*, Mosby 3rd Edition.
- ²⁴ **Shi, L.**, (2007), *Managing Human Resources in Health Care Organizations*, Jones and Bartlett Publishers.
- ²⁵ Κοντιάδης και Σουλιώτης 2005
- ²⁶ Γεωργούση Ε, Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ, 2000 Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο Αθήνα.
- ²⁷ Κυριόπουλος Γ 1995 Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα. Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Θεμέλιο, Αθήνα.

²⁸ Ανδριώτη Δ 1994 Οι Ανθρώπινοι Πόροι στον Υγειονομικό Κλάδο, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα

²⁹ Μωραΐτης Ε. κ.α 1995 Μελέτη για την Οργάνωση και Λειτουργία Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Αθήνα.

³⁰ Ανδριώτη 1998 Τα επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, Εξάντας, Αθήνα

31 Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal Volume 15, Issue 4 (October – December 2016)

SPECIAL ARTICLE **Primary health care in Greece and in Western Europe during the years of economic crisis** Petrelis Matthaios¹, Domeyer Philip-Richard²