



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: «Πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»



**Φοιτητές: Ειρήνη Σκανδάλη
Νικόλαος Μαλλιώτης**

Επιβλέπουσα: Καστανιώτη Αικατερίνη

Καλαμάτα, Νοέμβριος 2016



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

Φοιτητές
Ειρήνη Σκανδάλη
Νικόλαος Μαλλιώτης

Επιβλέπουσα: Καστανιώτη Αικατερίνη
Επίκουρος Καθηγήτρια

Καλαμάτα, Νοέμβριος 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά
την επιβλέπουσα της πτυχιακής μου εργασίας
κυρία Καστανιώτη Αικατερίνη
Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος
Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών
του Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου
για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της
στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.
Επιπρόσθετα, αφιερώνω την πτυχιακή μου εργασία
σε όλους εκείνους που μου συμπαραστάθηκαν
με οποιονδήποτε τρόπο, κατά τη διάρκεια της φοίτησής μου
στο Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει θέμα τη μελέτη της πρόσβασης στις υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον του Εθνικού Συστήματος Υγείας πολλών χωρών έχει στραφεί προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο και αποτελεί το βασικό πυλώνα για την προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η ανίχνευση της αναγκαιότητας και της σημαντικότητας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και η αξιολόγηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες της στη χώρα μας. Η παρούσα πτυχιακή χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), πολιτικές υγείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	iv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	viii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
ΥΓΕΙΑ.....	3
1.1 Η έννοια της υγείας.....	3
1.2 Η υγεία ως «αγαθό» - Οικονομική προσέγγιση.....	4
1.2.1 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό.....	4
1.3 Συστήματα Υγείας	5
1.3.1 Στόχοι των συστημάτων υγείας.....	6
1.3.2 Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας	7
1.3.2.1 Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας.....	7
1.3.2.2 Σύστημα Bismark	8
1.3.2.3 Σύστημα Beveridge – Εθνικό Σύστημα Υγείας	8
1.3.3 Οργανωτική δομή των συστημάτων υγείας.....	9
2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	10
2.1 Η πολιτική της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση	10
2.2 Η πολιτική της Υγείας στην Ελλάδα.....	11
2.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	11
2.4 Βασικές Αρχές για την Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	13
2.5 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τα σύγχρονα συστήματα υγείας.....	13
2.5.1 Μεγάλη Βρετανία.....	14
2.5.2 Σκανδιναβικό μοντέλο	15
2.5.3 Υπόλοιπη Ευρώπη	17
2.5.3.1 Γερμανία	17
2.5.3.2 Γαλλία	18
2.5.3.3 Ιταλία	18
2.5.3.4 Ισπανία.....	19
2.6 Συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση της Π.Φ.Υ. σε χώρες της Ευρώπης.....	20
3ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	22
3.1 Ιστορική εξέλιξη	22

3.2	Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σήμερα	25
3.2.1	Το θεσμικό πλαίσιο	27
3.3	Η ποιότητα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.....	33
3.4	Παρεχόμενες Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	35
3.5	Προβλήματα και αδυναμίες.....	36
3.5.1	Προβλήματα Οργάνωσης και Λειτουργίας.....	37
4ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ		
ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ		38
4.1	Γενική επισκόπηση των Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.....	38
4.2	Οι φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	38
4.2.1	Π.Φ.Υ. παρεχόμενη από το Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	40
4.2.2	Π.Φ.Υ. παρεχόμενη από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης	42
4.2.3	Π.Φ.Υ. παρεχόμενη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση.....	44
4.2.4	Π.Φ.Υ. παρεχόμενη από τον Ιδιωτικό τομέα	45
4.3	Οι μεταρρυθμίσεις την εποχή της οικονομικής κρίσης	45
4.4	Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	47
4.5	Η σημερινή κατάσταση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο		
ΕΡΕΥΝΑ.....		50
5.1	Σκοπός της έρευνας.....	50
5.2	Σχεδιασμός ερωτηματολογίου	50
5.3	Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων	51
5.4	Το δείγμα και η συλλογή των στοιχείων	51
5.5	Τα χαρακτηριστικά του δείγματος.....	51
5.6	Ανάλυση - Περιγραφή των αποτελεσμάτων.....	53
5.6.1	Ραντεβού.....	53
5.6.2	Χώρος και Χρόνος αναμονής στα ιατρεία.....	56
5.6.3	Πρόσβαση ΑμεΑ	58
5.6.4	Συνθήκες χώρου αναμονής	58
5.6.5	Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό	59
5.6.6	Ιατρική συμπεριφορά	60
5.6.7	Ενημέρωση.....	61
5.6.8	Ειδικότητα και λόγος επίσκεψης	61
5.7	Συνολική αξιολόγηση.....	63
5.7.1	Βαθμός αξιολόγησης	63
5.7.2	Θέματα για βελτίωση.....	64
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....		65
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		67
Ελληνική.....		67
Ξενόγλωσση.....		69
Διαδίκτυο.....		69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		70
Η διακήρυξη της ΑΛΜΑ ΑΤΑ για την Υγεία		71

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδας	39
---	----

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση των Δομικών Χαρακτηριστικών των Συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε χώρες της Ευρώπης	20
Πίνακας 2: Φύλο δείγματος.....	51
Πίνακας 3: Ηλικία δείγματος	52
Πίνακας 4: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων	53
Πίνακας 5: Ημέρες αναμονής για ραντεβού.....	54
Πίνακας 6: Λεπτά στην αναμονή για εξέταση	54
Πίνακας 7: Ικανοποίηση από τηλεφωνικό σύστημα για ραντεβού	55
Πίνακας 8: Ικανοποίηση από τη λειτουργία του τηλεφωνικού κέντρου της μονάδας Υγείας	55
Πίνακας 9: Ικανοποίηση από το χρόνο που πέρασε από το ραντεβού μέχρι την ημέρα της εξέτασης.....	56

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Αυτο-αναφερόμενη αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση (δαπάνη, απόσταση, χρόνος) ανά φύλο, 2011	48
Διάγραμμα 2: Φύλο δείγματος	52
Διάγραμμα 3: Ηλικία δείγματος	52
Διάγραμμα 4: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων	53
Διάγραμμα 5: Ικανοποίηση από το χρόνο που πέρασε από το ραντεβού μέχρι την ημέρα της εξέτασης	56
Διάγραμμα 6: Εντοπισμός και επάρκεια χώρου αναμονής	57
Διάγραμμα 7: Ικανοποίηση από το χρόνο αναμονής στο ιατρείο	57
Διάγραμμα 8: Διευκολύνσεις σε ΑμεΑ.....	58
Διάγραμμα 9: Συνθήκες στο χώρο αναμονής.....	59
Διάγραμμα 10: Χρήση γαντιών	59
Διάγραμμα 11: Ευγένεια Προσωπικού	60
Διάγραμμα 12: Ιατρική Συμπεριφορά.....	60
Διάγραμμα 14: Ενημέρωση.....	61
Διάγραμμα 15: Ειδικότητα ιατρού.....	62
Διάγραμμα 16: Λόγος επίσκεψης	62
Διάγραμμα 17: Βαθμός Συνολικής Αξιολόγησης.....	63
Διάγραμμα 18: Θέματα για βελτίωση	64

«Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα
δικαιώματα και οι κυβερνήσεις ιδρύει να
αναλάβουν την ευθύνη για την ύπαρξη των συνθηκών
που θα επιτρέψουν την άσκηση αυτού του
δικαιώματος».

ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΑΛΜΑ ΑΛΤΑ (1978)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αποσταθεροποίηση της οικονομίας, το υφεσιακό περιβάλλον καθώς και οι διάφορες μεταρρυθμίσεις για την επίτευξη του στόχου της δημοσιονομικής προσαρμογής έχουν οδηγήσει την Ελλάδα σε:

1. Μεγάλη μείωση του βιοτικού επιπέδου
2. Αποασφάλιση του πληθυσμού
3. Επιδείνωση των δεικτών υγείας
4. Εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας
5. Όξυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και στις εκβάσεις υγείας
6. Αποδιάρθρωση του συστήματος υγείας
7. Κατάλυση της κοινωνικής συνοχής (Κυριόπουλος, 2014).

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 αποδιάρθρωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και η ιδιωτικοποίησή τους, αποκλείουν την πρόσβαση των οικονομικά αδύνατων που έχουν και τις μεγαλύτερες ανάγκες για φροντίδα υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναδύθηκε τη δεκαετία του 1970, ως η εναλλακτική ρεαλιστική απάντηση στη λειτουργική κρίση του ιατροκεντρικού συστήματος υπηρεσιών υγείας. Η διεθνής αναγνώρισή της, ως η απαραίτητη και ρεαλιστική δομή για τον επανασχεδιασμό και την αναβάθμιση των συστημάτων υγείας, επικυρώνεται το 1978, με τη διακήρυξη της Συνδιάσκεψης της Alma Ata (Αντωνιάδου κ.α., 2015).

Οι κυριότεροι στόχοι της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εκτός από την περίθαλψη και την πρόληψη μέσω συγκεκριμένων θεσμών συμπεριλαμβάνουν την κατ' οίκον νοσηλεία, την αποκατάσταση του ασθενή μετά την ύφεση της οξείας φάσης, την αγωγή και προαγωγή της υγείας και τη δημόσια υγεία. Όμως, ο βασικός στόχος της Π.Φ.Υ. αντικατοπτρίζει τις απόψεις του Ιπποκράτη, ο οποίος υποστήριζε, ότι *«Κάλιον το προλαμβάνειν ή το θεραπεύειν»*, καθώς η έλλειψη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και συνεπώς της πρόληψης, έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των

πληθυσμών και στην οικονομική επιβάρυνση της κοινωνικής ασφάλισης κάθε χώρας (Καδδά κ.α., 2010).

Η εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην υγεία, τα συστήματα υγείας και τους στόχους τους.

Στη συνέχεια στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι βασικές αρχές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η λειτουργία της στα σύγχρονα συστήματα Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα από την έναρξη της εφαρμογής της έως σήμερα, στις παρεχόμενες υπηρεσίες και στην ποιότητά τους.

Στη συνέχεια στο τέταρτο κεφάλαιο, αναλύουμε τους τρόπους και τους φορείς, μέσω των οποίων παρέχονται οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και τους αξιολογούμε.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται και αναλύονται γραφιστικά, τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήσαμε στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας, σε 52 ασθενείς

Τέλος, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και τα αποτελέσματα της συνολικής προσέγγισης της μελέτης που πραγματοποιήσαμε. Το βασικό συμπέρασμα που προκύπτει από τη μελέτη της βιβλιογραφίας που εξετάσαμε είναι ότι οι υπηρεσίες που προσφέρονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα είναι δαιδαλώδεις και κατακερματισμένες με πολλά προβλήματα τόσο στη χρηματοδότηση, όσο και στην στελέχωση των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, κυρίως στις μη αστικές περιοχές. Τελευταία διαφαίνεται πως το Υπουργείο Υγείας εντείνει τις ενέργειες άμεσης υποστήριξης του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσω ενίσχυσης των μονάδων υγείας του ΠΕΔΥ, βελτίωσης της πρόσβασης των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς και μέσω ενθάρρυνσης, επέκτασης και ανάδειξης των προσπαθειών πρόληψης και αγωγής υγείας από το προσωπικό των μονάδων υγείας.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΥΓΕΙΑ

1.1 Η έννοια της υγείας

Η υγεία θεωρείται το σημαντικότερο στοιχείο μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Στην ιστορία της ανθρωπότητας, η έννοια της υγείας στους διάφορους πολιτισμούς ήταν διαφορετική, οι περισσότεροι όμως θεωρούσαν την υγεία σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του (Σουρτζή, 1998).

Σήμερα ο όρος «υγεία» εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Στην πορεία της κοινωνικής και οικονομικής εξέλιξης, εμφανίστηκαν διάφορες εκδοχές, οι οποίες ήταν άμεσα συνδεδεμένες με τις διαφορετικές κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν σε διάφορες περιόδους. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ο οποίος στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946, όρισε την υγεία σαν *«μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας»*.

Στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η υγεία ορίστηκε ως *«η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον»*. Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Οτάβα είναι: *«Να προστίθενται χρόνια στη ζωή, να προστίθεται ζωή στα χρόνια»*. Προκειμένου, με βάση το χάρτη, να πραγματοποιηθεί αυτό είναι απαραίτητο όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε:

- **δημόσια πολιτική:** κατά το σχεδιασμό των πολιτικών, τόσο στην κυβέρνηση όσο και σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες και στη βιομηχανία, οι υπεύθυνοι θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την υγεία κατά το σχεδιασμό των πολιτικών.
- **υγιές περιβάλλον:** η συνεχής βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας,
- **υγιής τρόπο ζωής:** η αύξηση και η οργάνωση της γνώσης για τον τρόπο που οι συνήθειες της ζωής επηρεάζουν την υγεία δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να το επιτύχουν,
- **υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας:** η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την εξασφάλιση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ προαγωγής της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης (Σαρρής, 2001).

1.2 Η υγεία ως «αγαθό» - Οικονομική προσέγγιση

Η σχέση της υγείας - οικονομίας είναι στενή. Η έλλειψη πόρων γεννά την ασθένεια, ενώ ο πλούτος προστατεύει και προάγει την υγεία. Σε παγκόσμιο επίπεδο, υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα την οικονομία κάθε χώρας και στην υγεία του πληθυσμού της. Σύμφωνα με μελέτες, τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Ζιώγα, 2014).

Είναι σαφές ότι η αύξηση του εισοδήματος οδηγεί σε βελτίωση της υγείας, επειδή παρέχει τη δυνατότητα για καλύτερη κατοικία, για ασφαλέστερο και υγιεινότερο περιβάλλον, για επαρκή διατροφή. Το υψηλότερο εισόδημα σημαίνει επίσης περισσότερους πόρους για πρόληψη, περίθαλψη και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες. Αντίστροφα, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός και αυτό συμβάλει στην ανάπτυξη της οικονομίας μιας χώρας (Τούντας, 2000).

1.2.1 Η υγεία ως δημόσιο αγαθό

Σύμφωνα με τον K. Arrow (1963), η υγεία δεν μπορεί να αποτελεί ιδιωτικό αγαθό, αλλά αντίθετα κατατάσσεται στα δημόσια αγαθά .

Συνοπτικά οι απόψεις του Arrow για την υγεία είναι:

- στις υπηρεσίες υγείας δεν ισχύει η αρχή του αποκλεισμού, δηλαδή η παροχή υπηρεσιών σε ένα άτομο δεν αποκλείει κάποιο άλλο από τις ίδιες υπηρεσίες.
- η φύση ορισμένων ασθενειών, δημιουργεί τον κίνδυνο μετάδοσης τους από ένα άτομο σε άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- λόγω του μονοπωλίου της πληροφόρησης του «προϊόντος» της υγείας από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ο καταναλωτής δεν είναι σε θέση να διαπραγματεύεται τις τιμές και να αξιολογεί το «προϊόν».
- σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών αίρεται το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής τόσο σε σχέση με την παραπάνω επισήμανση, όσο και σε περιπτώσεις όπου η ανάγκη επείγουσας ιατρικής βοήθειας στερεί από τα άτομα την άσκηση του δικαιώματος επιλογής.

Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι αρνητικές επιδράσεις της ασθένειας διαχέονται σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο και επειδή στην περίπτωση της υγείας δεν πληρούνται οι αρχές του ανταγωνισμού, το αγαθό «υγεία» δεν μπορεί να θεωρείται εμπόρευμα. Η άποψη

αυτή ενισχύεται και από το ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα, κάτι που καθιστά επιτακτική την ανάγκη για κρατική παρέμβαση. Επιπλέον, επειδή η υγεία ή η ασθένεια επιδρούν σε ολόκληρη την κοινωνία και επηρεάζουν και την διαδικασία της παραγωγής αλλά και την οικονομική ανάπτυξη, η ανάληψη της ευθύνης των υγειονομικών υπηρεσιών από το κράτος αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή μονοπωλιακών τάσεων στην αγορά και φαινομένων αποκλεισμού για τους οικονομικά ασθενέστερους. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό, απαιτείται κρατικός έλεγχος:

- στην κατανομή των πόρων
- στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών
- στην προσφορά των υπηρεσιών
- στο συνολικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής με στόχο την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών (Arrow, 1963).

1.3 Συστήματα Υγείας

Ως σύστημα ορίζεται ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους αλλά και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού (Καλογεροπούλου κ.α., 2007). Σύμφωνα τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύστημα υγείας ορίζεται ως *«οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας»*. Συμπεριλαμβάνουν την πρόληψη, την αντιμετώπιση και τη διαχείριση ασθένειας και την διατήρηση της πνευματικής και φυσικής ευεξίας των ατόμων.

Το σύστημα υγείας αποτελεί: *«σύνολο υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και αλληλεπίδραση με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, που επηρεάζεται από την κοινωνικο-οικονομική και πολιτική δομή μιας χώρας, από την οικολογική υπάρχουσα ισορροπία, από το πολιτισμικό σύστημα που επικρατεί και φυσικά από το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού»* (Πιερράκος, 2008).

Αποτελείται δε από τρία υποσυστήματα:

- το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,

- το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και αγαθών υγείας και
- το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας.

Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2007) το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Χλέτσος, 2011).

1.3.1 Στόχοι των συστημάτων υγείας

Σε μελέτη που πραγματοποίησε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μεταξύ των συστημάτων υγείας των χωρών μελών του, αποτίμησε την απόδοσή τους. Η μεθοδολογία της έρευνας αυτής βασίστηκε στη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο κάθε σύστημα υγείας επιτυγχάνει την εκπλήρωση τριών στόχων, οι οποίοι είναι:

1. Ο σημαντικότερος στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, η οποία πρέπει να αντικατοπτρίζει την υγεία των ατόμων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Ο στόχος αυτός έχει διπλή διάσταση, καθώς αφενός περιλαμβάνει τη βελτίωση του μέσου επίπεδου υγείας όλου του πληθυσμού και αφετέρου την ισότιμη κατανομή της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού, δίνοντας έμφαση στις υγειονομικές ανισότητες.
2. Η ανταπόκριση του συστήματος υγείας απέναντι στις προσδοκίες των πολιτών, οι οποίες αναφέρονται στην καθημερινή επαφή των πολιτών με το σύστημα. Δηλαδή ο σεβασμός και η αξιοπρεπής αντιμετώπιση των ασθενών από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες της υγείας και η ικανοποίηση που αποκομίζουν ως χρήστες των υπηρεσιών αυτών (Murray et al., 2000)
3. Η δίκαιη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και η προστασία των πολιτών έναντι του οικονομικού κινδύνου λόγω έλευσης κάποιας ασθένειας.

1.3.2 Δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας

Η δομή του συστήματος υγείας προσδιορίζεται ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας, γίνονται διακριτά τρία πρότυπα οργάνωσης, τα οποία πέρα από τις όποιες διαφορές τους έχουν ως κοινό στοιχείο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, μέσα σε συνθήκες κοινωνικής δικαιοσύνης και αποτελεσματικότητας. Στη βάση αυτή υπάρχουν τρία υποσυστήματα υγείας.

1. Αν κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία, τότε αναφερόμαστε σ' ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark).
2. Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε αναφερόμαστε σ' ένα εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge).
3. Αν ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, τότε μιλάμε για το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Χλέτσος, 2011).

1.3.2.1 Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Στο σύστημα αυτό το κράτος εστιάζει παρεμβαίνει προσφέροντας τις υπηρεσίες υγείας προς αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν από την αγορά. Ο καταναλωτής για να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να μπορεί να καταβάλλει την τιμή των υπηρεσιών υγείας που έχει διαμορφωθεί στην αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Οι ΗΠΑ αποτελούν τον σημαντικότερο εκπρόσωπο του φιλελεύθερου συστήματος υγείας. Τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι :

- η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών έχοντας υπόψη τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών
- βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο

- το κράτος διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών
- εμφανίζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες
- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς
- εμφανίζεται το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, που έχει ως αποτέλεσμα την προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας (Χλέτσος, 2011)

1.3.2.2 Σύστημα Bismark

Η φιλοσοφία του συστήματος είναι ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καλύπτεται στη βάση της λογικής της ασφάλισης. Κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης – σύστημα τύπου Bismark είναι :

- η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης
- η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού
- η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας
- η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού
- οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος
- έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας (Χλέτσος, 2011)

1.3.2.3 Σύστημα Beveridge – Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Το εθνικό σύστημα υγείας έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας. Τα βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας είναι :

- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία
- η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού
- γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο
- κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από τη φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές (Χλέτσος, 2011)

1.3.3 Οργανωτική δομή των συστημάτων υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας προκειμένου να λειτουργούν αποτελεσματικά, πρέπει να έχουν καλή οργάνωση. Σε όλα τα συστήματα υγείας, διακρίνονται δυο μορφές περίθαλψης και τέσσερα επίπεδα οργάνωσης. Η πρώτη μορφή περίθαλψης χαρακτηρίζεται ως εξωνοσοκομειακή και περιλαμβάνει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες και η δεύτερη μορφή είναι η νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη, στην οποία εντάσσονται το δευτεροβάθμιο, όσο και το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, δηλαδή οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στα νοσοκομεία.

Επίπεδα οργάνωσης:

1. Το πρώτο επίπεδο περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας στο επίπεδο της οικογένειας (αυτοφροντίδα).
2. Στο δεύτερο επίπεδο βρίσκεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), η οποία αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής μεταξύ του πολίτη και του συστήματος υγείας.
3. Στο τρίτο επίπεδο βρίσκεται η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία παρέχεται από Νοσοκομειακές μονάδες, όπου καλύπτονται βασικά προβλήματα υγείας που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.
4. Τέλος, το τέταρτο επίπεδο βρίσκεται η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην οποία αντιμετωπίζονται πολύπλοκα ή εξειδικευμένα προβλήματα υγείας.

Η οργάνωση σε τέσσερα επίπεδα περίθαλψης συναντάται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες και εκφράζει τη σύγχρονη δομή και λειτουργία των συστημάτων υγείας (Βολιτάκη, 2014).

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Η πολιτική της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Με την ιδρυτική συνθήκη της ΕΟΚ (Συνθήκη της Ρώμης) και στη συνέχεια με τη Συνθήκη του Μάαστριχ (1992), τη Συνθήκη του Άμστερνταμ (1999) και τη Συνθήκη της Νίκαιας (2000), σηματοδοτείται μία ολοένα και πιο ουσιαστική προσπάθεια εναρμόνισης των νομοθεσιών και των αγορών των κρατών-μελών στα ζητήματα της υγείας, αλλά και σταδιακής σύγκλισης των επιμέρους εθνικών συστημάτων υγείας. Στο πλαίσιο της προσπάθειας αυτής, θα πρέπει να επισημανθεί ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει δεσμευτεί σε δυο αποκλίνοντα μοντέλα: το ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο, και το μοντέλο του ελεύθερου ανταγωνισμού της εσωτερικής αγοράς. Έτσι, από τη μια ασκείται πίεση στις υπηρεσίες υγείας να προσαρμοστούν στους κανόνες της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς, την ίδια ώρα που οι κυβερνήσεις προσπαθούν να προσαρμόσουν τους κανόνες αυτούς στην παροχή υπηρεσιών με βάση τις αρχές του κοινωνικού μοντέλου (Τούντας, 2008).

Η Κοινωνική Πολιτική στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει επικουρικό χαρακτήρα, καθώς οι εθνικές κυβερνήσεις είναι αρμόδιες για την οργάνωση και την εξασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης. Ο ρόλος της Ε.Ε είναι να συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές:

- βοηθώντας τις κυβερνήσεις της Ε.Ε να επιτυγχάνουν κοινούς στόχους
- δημιουργώντας οικονομίες κλίμακας, μέσω της συγκέντρωσης των πόρων
- βοηθώντας τα κράτη μέλη της Ε.Ε να αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, όπως πανδημίες, χρόνιες ασθένειες ή τις επιπτώσεις του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Η πολιτική υγείας της Ε.Ε, η οποία υλοποιείται μέσω της στρατηγικής για την υγεία, εστιάζει στα εξής:

- πρόληψη, ιδίως μέσω της προαγωγής πιο υγιεινών τρόπων ζωής
- ίσες ευκαιρίες για καλή υγεία και ποιοτική υγειονομική περίθαλψη για όλους (ανεξάρτητα από εισόδημα, φύλο, εθνοτική καταγωγή κ.λπ.)
- αντιμετώπιση σοβαρών απειλών κατά της υγείας που αφορούν περισσότερες από μία χώρες της ΕΕ

- φροντίδα για την υγεία των ηλικιωμένων
- προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών
http://europa.eu/pol/health/index_el.htm

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές, ότι η πολιτική Υγείας αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων και των δράσεων που αναλαμβάνει μια κυβέρνηση στο χώρο της Υγείας, με κριτήριο τις ανάγκες Υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και μέσα, το πολιτικό πλαίσιο και την γενικότερη οικονομική κατάσταση. Είναι σαφές ότι ο βασικός στόχος των Πολιτικών Υγείας, στις αναπτυγμένες χώρες, είναι ο εκσυγχρονισμός των Συστημάτων Υγείας, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και για την υψηλότερη δυνατή ποιότητα (Ρόκα, 2013)

2.2 Η πολιτική της Υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως». Το 1983 με τον Ν. 1397 στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα ορίζονταν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ). Βασικοί στόχοι του ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή, το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας.

Τα τελευταία χρόνια έχουν ληφθεί αρκετά μέτρα, ωστόσο η πολιτική υγείας εξακολουθεί και σήμερα να παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα που αφορούν τη χρηματοδότηση, την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα υπέρ του δέοντος συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας.

2.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως ορίστηκε στην παγκοσμία διάσκεψη της Alma Ata, είναι η βασική φροντίδα υγείας βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδέκτες μεθόδους και τεχνολογία, προσιτή σε όλα τα άτομα και της οικογένειες στην κοινότητα, μέσα από την πλήρη συμμετοχή της και με

κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να καλύψουν, σε κάθε βήμα της ανάπτυξης της, στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και του αυτοπροσδιορισμού. Αποτελεί δε αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Ταυτόχρονα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογενείας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στον τόπο, όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται, και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας (Ρόκα, 2013).

Η διασύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη την κατατάσσει αμέσως και στα πιο κατάλληλα μέσα για την ανάκαμψη από την «υγειονομική κρίση» ή «κρίση συστημάτων υγείας», στην οποία οδήγησε το νοσοκομειακό μοντέλο περίθαλψης, όπου η ασθένεια αντιμετωπίζεται μεμονωμένα και περιστασιακά. Στο μοντέλο αυτό λείπει το κομμάτι της πρόληψης και προαγωγής υγείας, που η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρει και που την καθιστά άξονα, γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής παρακολούθηση του ατόμου (Σουλιώτης, 2006).

Η φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας στηρίζεται σε οκτώ κύριες συνιστώσες:

- Εκπαίδευση πάνω στα κύρια προβλήματα υγείας και στις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους.
- Διαφώτιση σε θέματα διατροφής.
- Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής.
- Εξασφάλιση φροντίδας υγείας της μητέρας και του παιδιού, οικογενειακός προγραμματισμός.
- Πραγματοποίηση εμβολιασμών.
- Πρόληψη και καταπολέμηση τοπικών ενδημικών νοσημάτων.
- Θεραπεία των κοινών νοσημάτων και τραυματισμών.
- Παροχή απαραίτητων φαρμάκων (Σουλιώτης, 2006).

Διάφορες επιστημονικές μελέτες διεθνούς εμβέλειας καταδεικνύουν ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως υλοποιείται στα ιατρεία κέντρων υγείας,

πολυϊατρείων και νοσοκομείων, αποτελεί φίλτρο για τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα, συμβάλλοντας έτσι στον περιορισμό της άσκοπης ζήτησης εξειδικευμένων υπηρεσιών καθώς και της άσκοπης νοσηλείας. Οι δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, βασίζονται επί το πλείστον στο ανθρώπινο δυναμικό και λιγότερο στην υλικοτεχνική υποδομή, η οποία συνήθως είναι η στοιχειώδης, δίνουν τη δυνατότητα της άρσης γεωγραφικών εμποδίων, χρονικών περιορισμών και απαιτήσεων υψηλών δαπανών (Ρόκα, 2013).

2.4 Βασικές Αρχές για την Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί το *θεμέλιο* και το *επίκεντρο* του συστήματος υγείας κάθε χώρας. Ο σχεδιασμός, η χρηματοδότηση, η λειτουργία, η εποπτεία, ο έλεγχος και η αξιολόγησή της ασκείται θεσμικά από την Πολιτεία, στο πλαίσιο της δημόσιας πολιτικής για την υγεία.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι:

- **Ενιαία και συντονισμένη**, διασφαλίζοντας τη λειτουργική διασύνδεση όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ, που λειτουργούν σε μια γεωγραφικά προσδιορισμένη περιοχή, υπό κοινό συντονισμό από έναν μόνον φορέα
- **Ολοκληρωμένη και συνεχής**, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και τη συνέπεια στη φροντίδα υγείας, οι οποίες αναφέρονται στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη συστηματική παρακολούθηση της υγείας, τη θεραπεία της αρρώστιας, τη φυσική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξη
- **Δημόσια**, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας στον πληθυσμό, με ευθύνη της Πολιτείας, στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος υγείας, χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση
- **Κοινωνικά ελεγχόμενη**, με θεσμική κατοχύρωση της συμμετοχής φορέων της κοινότητας, στο σχεδιασμό, τη λειτουργία και την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (Αντωνιάδου κ.α., 2015).

2.5 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τα σύγχρονα συστήματα υγείας

Υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στις χώρες της Ευρώπης σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα βρίσκεται ο οικογενειακός γιατρός, όπου λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες (Λιαρόπουλος, 2007), καθώς είναι αυτός που

κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται. Προσφέρει τις υπηρεσίες του σε συνεχή βάση, σε όλες τις περιπτώσεις, σε όλους τους ασθενείς, όλες τις ώρες, ακόμα και στο σπίτι του ασθενούς οπότεν χρειάζεται και σε ένα συνολικό πλαίσιο που περιλαμβάνει περίθαλψη, αποκατάσταση και υποστήριξη. Πολύ σημαντικό ρόλο στο σύστημα ΠΦΥ παίζουν επίσης οι νοσηλεύτες, οι φαρμακοποιοί, οι φυσιοθεραπευτές, οι μαίες, οι ψυχολόγοι και άλλες ειδικότητες (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

2.5.1 Μεγάλη Βρετανία

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που παρέχεται από το βρετανικό εθνικό σύστημα υγείας (National Health System [NHS]), παρέχεται από ιδιώτες γενικούς ιατρούς, οι οποίοι ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθοδηγώντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης και κατά κανόνα εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ενώ ορισμένοι εξ αυτών σε ομαδική βάση. Έχουν διττό ρόλο, καθώς παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και επί πλέον αγοράζουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας από τα νοσοκομεία, με βάση τα συμβόλαια αποζημίωσης κατά πράξη/υπηρεσία (cost per case). Επιπλέον έχουν υποχρέωση να κρατούν την συνταγογράφηση των φαρμάκων σε προκαθορισμένα προϋπολογιστικά όρια ενώ τους παρέχεται και ένα ποικίλο εύρος οικονομικών κινήτρων για την επίτευξη στόχων που συνδέονται με μια σειρά προληπτικές ιατρικές πράξεις, κυρίως εμβολιασμούς και προσυμπτωματική ανίχνευση ασθενειών (disease-screening tests).

Πάνω από το 99% του πληθυσμού είναι εγγεγραμμένο στις λίστες των ιατρών που παρέχουν 24 ώρες πρόσβαση στις υπηρεσίες. Η επιλογή του γιατρού υπόκειται μόνο σε γεωγραφικούς περιορισμούς.

Το υγειονομικό προσωπικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας συμπληρώνουν γενικές νοσηλεύτριες, επισκέπτριες υγείας, νοσηλεύτριες για μητέρες, παιδιά και ηλικιωμένους, που τους επισκέπτονται στο σπίτι παρέχοντας κυρίως συμβουλευτική στήριξη και ενημέρωση σε θέματα υγείας αλλά και νοσηλευτική φροντίδα σε περιπτώσεις που απαιτείται κατ' οίκον νοσηλεία. Η κοινωνική φροντίδα στην Βρετανία περιορίζεται στην παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας ιδρυματικού χαρακτήρα από μονάδες που ανήκουν στις τοπικές αρχές όπως π.χ. οίκοι ευγηρίας και ιδρύματα για μακροχρόνια πάσχοντες, άτομα με ειδικές ανάγκες και αναπηρίες.

Αυτό που διαπιστώνεται είναι ότι, το βρετανικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας

μετά από πολλές παρεμβάσεις και οργανωτικές αλλαγές και παρά τα πολλά θετικά του σημεία -όπως η επάρκεια και ο έλεγχος της κατανομής του προσωπικού, ο κομβικός ρόλος του γενικού γιατρού, ο έλεγχος της συνταγογραφίας, η παροχή οικονομικών κινήτρων ως μέσο τόνωσης της αποδοτικότητας κ.α - δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ως ολοκληρωμένο σύστημα που παρέχει όλο εκείνο το φάσμα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών που εκπληρώνουν την λειτουργική αποστολή του. Διαγράφοντας μια διαφορετική πορεία κατέληξε, μετά από 25 χρόνια σχεδόν, να ταυτίσει τις προτεραιότητες του με τις αρχές και τους στόχους της Διακήρυξης της Alma - Ata, αποδεικνύοντας για άλλη μια φορά την μεγάλη δύναμη του κειμένου αυτού (Τριανταφύλλου, 2004).

2.5.2 Σκανδιναβικό μοντέλο

Τα συστήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Σκανδιναβικών χωρών - παρά τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας ως προς τη δομή των συστημάτων-, παρουσιάζουν κοινά οργανωτικά και λειτουργικά στοιχεία. Είναι δημόσια συστήματα που χρηματοδοτούνται κατά κύριο λόγο από την φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση, ενώ υπάρχουν και ίδιες πληρωμές που εκφράζονται ως συμμετοχή του χρήστη στο κόστος των υπηρεσιών που ρυθμίζεται διαφορετικά σε κάθε χώρα. Οι ιδιωτικός τομέας συνυπάρχει με το δημόσιο σύστημα αλλά η ανάπτυξη του διαφέρει μεταξύ των χωρών με τον λιγότερο ανεπτυγμένο να βρίσκεται στην Φιλανδία.

Οι Αρχές Τοπικής Αυτοδιοίκησης αναλαμβάνουν να παρέχουν όλο το φάσμα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβανομένων και των υπηρεσιών αποκατάστασης. Σημαντική είναι και η ευθύνη τους για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες των κεντρικών φορέων που έχουν αρμοδιότητα για την εφαρμογή προγραμμάτων σε εθνικό επίπεδο. Τα βασικά οργανωτικά μοντέλα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών είναι κυρίως δύο, αν και διαπιστώνονται κάποιες διαφοροποιήσεις στο εσωτερικό κάθε συστήματος εξαιτίας της αυτονομίας των τοπικών αρχών στην οργάνωση και διαχείριση του.

Στην Σουηδία και την Φιλανδία βασικό δομικό στοιχείο του συστήματος της ΠΦΥ είναι το Κέντρο Υγείας ενώ στην Νορβηγία και την Δανία την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών έχουν αναλάβει γενικοί γιατροί που ασκούν ιδιωτικά το έργο τους, μεμονωμένα ή σε group practice και συμβάλλονται με τις τοπικές αρχές.

Στη Δανία υπάρχει ένα είδος μηχανισμού ελέγχου της κατανομής των γιατρών καθώς πρέπει για την λειτουργία κάθε ιδιωτικού ιατρείου να εγκριθεί ειδική άδεια από τις τοπικές αρχές. Οι υπηρεσίες, που αφορούν μεταξύ άλλων και προληπτικούς ελέγχους αλλά και προγράμματα προαγωγής της υγείας προσφέρονται 24 ώρες και η πρώτη επαφή του ασθενούς με το δημόσιο σύστημα γίνεται μέσω των γενικών γιατρών.

Στη Νορβηγία υπάρχουν διαφορετικοί τύποι γενικών γιατρών που ασκούν το έργο τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo ή group practice) αλλά υπό διαφορετικά καθεστάτα. Ένας αριθμός γιατρών είναι υπάλληλοι των τοπικών αρχών και αποζημιώνονται πάγια με μισθό ενώ υπάρχουν γιατροί που είτε συμβάλλονται με τις τοπικές αρχές λαμβάνοντας ένα είδος επιχορήγησης ταυτόχρονα με την αποζημίωση από την κοινωνική ασφάλιση είτε ασκούν εντελώς ιδιωτικά το έργο τους.

Στη Σουηδία, αν και υπάρχουν αρκετές διαφοροποιήσεις μεταξύ των νομαρχιών, η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται κυρίως μέσω των 950 δημόσιων και των 250 ιδιωτικών -που συμβάλλονται με τις τοπικές αρχές- Κέντρων Υγείας. Η επιλογή του φορέα παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, ιδιωτικού ή δημόσιου, μέσα στα όρια της νομαρχίας είναι ελεύθερη και έτσι τα ΚΥ δεν συνιστούν υποχρεωτικά την πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα.

Τα Κέντρα Υγείας στην Φιλανδία, είναι μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα περίπτωση καθώς η οργάνωση και λειτουργία τους προσεγγίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό το οργανωτικό πρότυπο που αναδύεται μέσα από τις αρχές της Διακήρυξης της Alma-Ata και τους στόχους της Στρατηγικής «Υγεία για Όλους». Προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών μέσα από ένα δίκτυο κτιρίων και μονάδων σε διαφορετικές τοποθεσίες αλλά εντός των ορίων της ίδιας γεωγραφικής περιοχής.

Η οργάνωση της παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας παρουσιάζει στα συστήματα των σκανδιναβικών χωρών μεγάλες ομοιότητες. Σε όλες τις χώρες υπάρχουν παροχές σε όρους επιδοματικής στήριξης αλλά ο κύριος όγκος των υπηρεσιών αφορούν παροχές σε είδος ενώ ισχύει και η συμμετοχή του χρήστη στο κόστος των υπηρεσιών υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Σημαντικούς πόρους απορροφούν τα προγράμματα που αφορούν την φροντίδα των ηλικιωμένων, η οποία παρέχεται από οίκους ευγηρίας - δημόσιους ή ιδιωτικούς που συμβάλλονται με τις τοπικές αρχές και συνδυάζουν την στέγαση με την καθημερινή φροντίδα ενώ υποστηρίζονται για την κάλυψη αναγκών ιατρικής φροντίδας από τα κέντρα υγείας και τους γενικούς γιατρούς ή ειδικά γηριατρικά

τμήματα των νοσοκομείων που παρέχονται κυρίως ιατρική περίθαλψη, μακροχρόνια παρακολούθηση και υπηρεσίες αποκατάστασης / φυσιοθεραπείας.

Η ευρεία ανάπτυξη των κοινωνικών υπηρεσιών στις Σκανδιναβικές χώρες οφείλεται στην αναγνώριση των συνεπειών του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης αλλά και στην ευαισθητοποίηση σε θέματα που άπτονται στην μείωση και αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού (Τριανταφύλλου, 2004).

2.5.3 Υπόλοιπη Ευρώπη

2.5.3.1 Γερμανία

Η Γερμανία αναγνωρίζεται ως η πρώτη χώρα που συγκρότησε εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, ήδη από τα μέσα του 19^{ου} αιώνα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς που συμβάλλονται με τα ταμεία και ασκούν το έργο τους συνήθως μεμονωμένα. Οι γενικοί γιατροί που ασκούν το έργο τους ως οικογενειακοί γιατροί δεν ξεπερνούν το 40% του συνόλου των γιατρών άλλων ειδικοτήτων που ασκούν ιδιωτικά το έργο τους αλλά ούτε αποτελούν την πρώτη επαφή των ασθενών με το σύστημα ή τον μοναδικό δίαυλο επικοινωνίας τους με τα άλλα επίπεδα φροντίδας. Σε αυτό συμβάλλει η ελευθερία που έχουν οι πολίτες στην επιλογή φορέα παροχής υπηρεσιών στο πρωτοβάθμιο επίπεδο. Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν όποιον συμβεβλημένο με το ταμείο τους οικογενειακό γιατρό επιθυμούν και δεν έχουν δικαίωμα να τον αλλάξουν για έναν χρόνο, όμως εξίσου ελεύθερα μπορούν να επισκεφθούν απευθείας οποιονδήποτε άλλο ειδικό γιατρό ή τα τμήματα ανοικτής φροντίδας των νοσοκομείων. Η δεύτερη επιλογή είναι και η συχνότερη.

Οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού παρέχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα και τα ανεπίσημα -οικογενειακά δίκτυα ενώ τα Κρατίδια έχουν την ευθύνη για την παροχή ιδρυματικής φροντίδας και την λειτουργία σχολείων για παιδιά με ειδικές ανάγκες.

Το Γερμανικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν μπορεί να χαρακτηριστεί ούτε ολοκληρωμένο αλλά ούτε και ενιαίο, αν εξεταστεί με κριτήριο την δυνατότητα εκπλήρωσης της λειτουργικής αποστολής που αποδίδεται στα σύγχρονα συστήματα. Αν και είναι ένα σύστημα που θεωρείται επιτυχημένο και μέσα από τις εσωτερικές του διεργασίες διασφαλίζει την αρχή της ελευθερίας επιλογής του χρήστη, ο υποβαθμισμένος

ρόλος των γενικών γιατρών αποτελεί μια σοβαρή αδυναμία που τα τελευταία χρόνια φαίνεται να απασχολεί όλους τους εμπλεκόμενους στην διαδικασία λήψης των αποφάσεων φορείς (Τριανταφύλλου, 2004).

2.5.3.2 Γαλλία

Το Γαλλικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση που καλύπτει το σύνολο των νόμιμων κατοίκων στην Γαλλία. Το 2000 χαρακτηρίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως το «καλύτερο σύστημα στον κόσμο».

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς που ασκούν το έργο τους, μεμονωμένα και συμβάλλονται με τα ταμεία. Οι ασφαλισμένοι έχουν το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του φορέα πρωτοβάθμιας φροντίδας που θα επισκεφθούν. Η ιδιαιτερότητα του συστήματος έγκειται στο γεγονός ότι ο ασφαλισμένος προπληρώνει το σύνολο της αμοιβής του γιατρού που επισκέπτεται και στη συνέχεια αποζημιώνεται για το ποσό αυτό από το ταμείο του..

Η περιγραφή του γαλλικού συστήματος αναδεικνύει σοβαρές αδυναμίες στην εκπλήρωση του λειτουργικού περιεχομένου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι γενικοί γιατροί εγκλωβισμένοι στα αδιέξοδα του συστήματος και στις πρακτικές των σωματείων τους μετατρέπονται από δυνάμει καθοδηγητές σε απλούς παρατηρητές. Ο πλουραλιστικός χαρακτήρας της διοικητικής δομής του συστήματος αλλοιώνεται από τις κρατικές παρεμβάσεις που αντί να επιτυγχάνουν την συναίνεση οδηγούν στην σύγκρουση και στην ρήξη. Η υψηλή συμμετοχή του χρήστη στο κόστος των υπηρεσιών, με την ιδιαιτερότητα της εκ των προτέρων καταβολής του ανάλογου χρηματικού ποσού και η εισαγωγή εισοδηματικών κριτηρίων στην ένταξη σε κοινωνικά προγράμματα οδηγούν μάλλον παρά απομακρύνουν από την ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίες επιτείνονται από την έλλειψη ελέγχου κατανομής του υγειονομικού προσωπικού και την υπερσυγκέντρωση του στα μεγάλα αστικά κέντρα (Τριανταφύλλου, 2004).

2.5.3.3 Ιταλία

Στην Ιταλία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας το 1978, όπου συστήθηκαν με γεωγραφικά κυρίως κριτήρια 659 τοπικοί οργανισμοί που είναι επιφορτισμένοι με το έργο της αξιολόγησης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού

της περιοχής ευθύνης τους και της παροχής όλου του εύρους των διαθέσιμων υπηρεσιών μέσα από ένα πλέγμα φορέων και μονάδων. Παρέχει καθολική κάλυψη στον πληθυσμό και χρηματοδοτείται κυρίως από την φορολογία. Κάθε τοπικός οργανισμός έχει, μεταξύ άλλων και την ευθύνη παροχής των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται κυρίως από γενικούς γιατρούς και παιδίατρος που ασκούν το έργο τους ιδιωτικά και συμβάλλονται με τους τοπικούς οργανισμούς βάσει ενός κυβερνητικά προσδιορισμένου συμβολαίου ενώ αποζημιώνονται σύμφωνα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων πολιτών στην λίστα τους. Η επιλογή του γιατρού είναι ελεύθερη για τους πολίτες. Οι υπηρεσίες είναι δωρεάν την στιγμή της παροχής όμως ποσοστιαία συμμετοχή του χρήστη στο κόστος υπάρχει. Με την μεταρρύθμιση του 1999 δόθηκαν στους γενικούς γιατρούς οικονομικά κίνητρα για την μεγαλύτερη εμπλοκή τους στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας (Τριανταφύλλου, 2004).

2.5.3.4 Ισπανία

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ισπανίας εδραιώθηκε μέσα από τις συνταγματικές ρυθμίσεις του 1978 ενώ συγκροτήθηκε με τον Γενικό Νόμο Υγείας το 1986. Είναι ένα σύστημα που παρέχει σχεδόν καθολική κάλυψη του πληθυσμού και σήμερα βασική πηγή χρηματοδότησης αποτελεί η γενική φορολογία.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από δύο δίκτυα που συνυπάρχουν: ένα δημόσιο ολοκληρωμένο σύστημα με δικές του εγκαταστάσεις και προσωπικό καθώς οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε αυτό προσλαμβάνονται με διαδικασίες εξετάσεων και πληρώνονται με μισθό και το παλαιότερο σύστημα που βασίζεται σε γενικούς γιατρούς που ασκούν το έργο τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία που λειτουργούν για κάποιες ώρες την ημέρα και αποζημιώνονται βάσει των εγγεγραμμένων πολιτών στην λίστα τους .

Οι γενικοί γιατροί αποτελούν την πρώτη επαφή του ασθενούς με το σύστημα και αποτελούν τον μηχανισμό αξιολόγησης και παραπομπής κάθε περίπτωσης, όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο, στα υπόλοιπα επίπεδα περίθαλψης. Η επιλογή του γιατρού είναι ελεύθερη για τους πολίτες ενώ από το 1993 μπορούν να επιλέγουν γιατρούς και από άλλες περιφέρειες με την προϋπόθεση να δεχτεί ο γιατρός τον νέο ασθενή στην λίστα του. Όλοι οι γενικοί γιατροί έχουν υποχρέωση να εκτελούν κατ' οίκον επισκέψεις (τριανταφύλλου, 2004).

2.6 Συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση της Π.Φ.Υ. σε χώρες της Ευρώπης

Πίνακας 1: Συγκριτική παρουσίαση και αξιολόγηση των Δομικών Χαρακτηριστικών των Συστημάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε χώρες της Ευρώπης

Χώρες Δομικά στοιχεία	Δανία	Μεγάλη Βρετανία	Φινλανδία	Ελβετία	Ολλανδία	Γερμανία
Ρόλος Κεντρικής Κυβέρνησης	Περιορισμένος, συμβουλευτικός	Πολύ ισχυρός	Σχετικά αποκεντρωμένο σύστημα, οι Δήμοι κι οι πολίτες έχουν πολιτικό έλεγχο	Ελεγκτικός	Σχεδιασμός, χρηματοδότηση, οργάνωση και δομές, εγκρίνει προγράμματα υγείας	Ρυθμιστικός, κανονιστικός, θέτει το γενικό πλαίσιο
Βαθμός αποκέντρωσης	Σχεδόν πλήρης αποκέντρωση	Κανένας βαθμός αποκέντρωσης.	Μεγάλος βαθμός, κατανέμονται στους Δήμους τα ποσά που προσφέρει το Κράτος	Γενικός κανόνας η ελεύθερη αγορά	Αρκετά ψηλός, σε επίπεδο Ταμείων	Πολύ μεγάλος βαθμός αποκέντρωσης, σε όλα τα επίπεδα.
Χρηματοδότηση	Φορολογία-Τοπική και εθνική	Κρατική Φορολογία	Κρατική Φορολογία	Κράτος-Ταμεία-Πολίτες	Κοινωνική ασφάλιση -ταμεία	Κοινωνική ασφάλιση - ταμεία
Πλήρης κάλυψη πληθυσμού	Ναι όλοι	Ναι όλοι	Ναι όλοι	Ναι όλοι	Όχι όλοι, το 65%	Ναι σχεδόν όλοι, 90% στο GKV
Κατάλογος αναγκών που καλύπτονται	Πλήρης κάλυψη βασικών αναγκών	Ευρύς κατάλογος και προληπτική δράση	Πλήρης κατάλογος βασικών αναγκών	Όλες οι ανάγκες καλύπτονται χωρίς χρονικό ή οικονομικό όριο	Πλήρης κάλυψη βασικών αναγκών	Πάρα πολύ περιεκτικός κατάλογος σε σχέση με τις άλλες χώρες
Διαπραγματεύσεις Μεταξύ φορέων	Ετήσιες διαπραγματεύσεις-έλεγχος του κόστους	Μέσω κεντρικής Διοίκησης	Καθόλου διαπραγματεύσεις	Ενώσεις γιατρών των Καντονιών και Οργανώσεων Ταμείων υγείας	Ταμεία με γιατρούς και νοσοκομεία, ιδιωτικά συμφωνητικά	Ταμεία, γιατροί και νοσοκομεία διαπραγματεύονται μέσω των ενώσεων τους
Στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού	Λίγος ανταγωνισμός μεταξύ των νοσοκομείων	Πολύ λίγα	Καθόλου ανταγωνισμός	Ναι, ισχυρό στοιχείο η ελευθερία ίδρυσης νέων ιατρείων	Ναι, σε επίπεδο προσφοράς υπηρεσιών υγείας - πολύ <i>ισχυρό</i> στοιχείο	Μεταξύ των Ταμείων ως προς τις υπηρεσίες προς τον πελάτη
Ιδιωτική ασφάλιση υγείας	Μικρή έκταση, μονοπώλιο της banmark, κυρίως συμπληρωματικά συμβόλαια	Το 15% του πληθυσμού έχει συμπληρωματική ασφάλιση	Σχεδόν ανύπαρκτη	Συμπληρωματική ασφάλιση για οδοντιατρική φροντίδα	Το 1/3 του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση	Το 9% του πληθυσμού, δηλ. οι υψηλόμισθοι, οι αυτοαπασχολούμενοι και οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν συμπληρωματική ασφάλιση
Εισφορές πολιτών στα ταμεία	Δύο κατηγορίες ασφάλισης, η πρώτη πιο δημοφιλής	National Insurance Fund	Ναι, στο εσωτερικό του φορολογικού συστήματος υπάρχει το NSSI	Μόνο οι εργαζόμενοι. Ισότητα εισφορών	Ανάλογα με το εισόδημά τους, εργοδότες κι εργαζόμενοι	50% εργοδότης και 50% εργαζόμενος
Συνεισφορά ασθενών στο κόστος out-of-pocket	17% των δαπανών της υγείας από τους πολίτες που έχουν ασφάλιση 2	Καμία σχεδόν συνεισφορά, μόνο σε εξειδικευμένες περιπτώσεις	25%, αλλά μετά τα παίρνουν πίσω	Τα πρώτα 230 φρ. Κάθε χρόνο και το 10% επιπλέον	Νοσηλεία σε νοσοκομεία, ιδίως γιατροί, φάρμακα, φυσιοθεραπείες, με ανώτατο όριο	Πολύ μικρή, ελάχιστη
Βαθμός ελευθερίας επιλογής γιατρού	Ανάλογα με το πρόγραμμα ασφάλισης	Ναι με γεωγραφικά κριτήρια	Πολύ μικρή ελευθερία	Ναι, όλοι οι γιατροί επιλέγονται ελεύθερα	Μπορούν να αλλάξουν το γιατρό που έχουν επιλέξει	Ναι, ελευθερία επιλογής και των εξειδικευμένων γιατρών
Ελευθερία πρόσβασης σε νοσοκομείο επιλογής	Ναι, από το 1993	Όχι, μόνο μέσω των Γενικών Γιατρών	Μόνο στα Κέντρα Υγείας, 270 σ' όλη τη χώρα	Ναι, ελεύθερη πρόσβαση	Όχι, gatekeeping	Ναι, ελεύθερη πρόσβαση
Ικανοποίηση ασθενών	Πολύ ψηλή	Πολύ χαμηλή	Ψηλή	Μέτρια	Ικανοποιημένοι 75%	Ψηλή
Χρόνος αναμονής	Απ' ικανοποιητικοί χρόνοι.	Τεράστιος, πολύ μεγάλες λίστες αναμονής	Πολύ μικρός, 3 μέρες	Πολύ μικρός	Μεγάλος, ειδικά για ειδικότητες	Πολύ μικρός

Χώρες Δομικά στοιχεία	Δανία	Μεγάλη Βρετανία	Φινλανδία	Ελβετία	Ολλανδία	Γερμανία
Δικαιώματα ασθενών -Νομική κάλυψη	Ναι, προβλέπονται από το νόμο 1992,1998.	1991, Patient Charter, όχι πολύ αναπτυγμένα δικαιώματα.	Πολύ καλή νομική προστασία, Medical Ombudsman	Ναι, περιγράφονται από το νόμο αλλά δεν έχουν εφαρμοστεί πλήρως ακόμα	Ναι, υποδειγματική προστασία, ενώσεις ασθενών με ισχυρή φωνή	Όχι σαφή διατυπωμένα σε ενιαίο κώδικα. Δύσκολο να αποδειχθεί η υπαιτιότητα σε δικαστήριο
Γενικοί γιατροί ιδιώτες	Ναι, είναι gatekeepers	Ναι, πολύ ισχυρός θεσμός	Όχι, υπηρετούν στα Κέντρα Υγείας	Ναι	Ναι, είναι gatekeepers	Ναι, είναι αυτοαπασχολούμενοι
Χώρες Δομικά στοιχεία	Δανία	Μεγάλη Βρετανία	Φινλανδία	Ελβετία	Ολλανδία	Γερμανία
Αποζημίωση του Γενικού γιατρού	Fee-f or-patient, Και fee-for-service	Ποσό ανά ασθενή που είναι εγγεγραμμένος στα μητρώα του GP	Μισθός, fee- for- service, συνεισφορά ασθενών, δημοτική επιχορήγηση	fee-far-Service μόνο	Αμοιβή ανά ασθενή που έχει ασφαλιστεί	Μισθός και fee-for- service, με προϋπολογισμό που κατανέμεται
Ομάδες γενικών γιατρών	Ναι, σύγχρονη τάση	Ναι, οι PGRs,	Δεν υπάρχουν καθόλου	HMO και δίκτυα	Ναι, οι μισοί περίπου έχουν ομαδικά ιατρεία	Όχι, με νέες ρυθμίσεις.....
Μείωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών προς όφελος της Πρωτοβάθμιας φροντίδας	Ναι, σύγχρονη τάση	Ναι, με έμφαση στις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας	Ναι, outpatient clinics	Όχι, καθόλου. Μεγάλος αριθμός κρεβατιών	Ναι, σύγχρονη τάση	Όχι, οι δύο τομείς λειτουργούν ανεξάρτητα μεταξύ τους
Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	Χαμηλές δαπάνες και μειώνονται συνεχώς, 8%.	Πάρα πολύ χαμηλές, 6.8%	Χαμηλές δαπάνες 7.4%	Πολύ ψηλές δαπάνες, 10%.	Σχετικά χαμηλές 8.5%	Πάρα πολύ ψηλές δαπάνες, 10.7%
Διασφάλιση ποιότητας	Ναι, Εθνική στρατηγική για τη Διασφάλιση 1993	Ναι, το «Νέο ΝΗΣ», Commission For Health Improvement.	Μικρή εφαρμογή οδηγιών	Μεμονωμένες περιπτώσεις, LORAS Project	Ναι, πολύ εντυπωσιακή	Ναι, πολλές δράσεις

Πηγή: www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/12/669.pdf

3.1 Ιστορική εξέλιξη

Η ιστορική διαδρομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι συνυφασμένη με τις γενικότερες μεταρρυθμίσεις της πολιτικής υγείας στη χώρα μας. Η διακήρυξη της Alma-Ata το Σεπτέμβριο του 1978, ήταν το καθοριστικό βήμα για την εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς αναφέρεται για πρώτη φορά η έννοιά της σε ένα νέο πλαίσιο προγραμματισμού των υγειονομικών αναγκών μέσα στο οποίο εντάσσονται η υγειονομική, η κοινωνική, η κοινοτική και η οικονομική διάσταση (Σωτηριάδου κ.α., 2011).

Στην Ελλάδα μέχρι το τέλος της δεκαετίας του '40 όποιες προσπάθειες έγιναν προς την Πρωτοβάθμια περίθαλψη είχαν σαν σημείο αναφοράς την εκκλησία και τις φιλανθρωπικές πράξεις. Η δραστηριότητα του κράτους περιοριζόταν κυρίως σε ενέργειες για την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων και επιδημιών.

Την πρώτη ουσιαστική προσπάθεια αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας και συγκρότησης ενός ενιαίου συστήματος φροντίδας υγείας αποτελεί το Νομοθετικό Διάταγμα 2592 του 1953 «Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως». Το Διάταγμα αυτό που έχει χαρακτηριστεί ως μια αναξιοποίητη ευκαιρία για την υγειονομική οργάνωση της χώρας καθώς εμπεριέχει διατάξεις που μπορούν να χαρακτηριστούν πρωτοποριακές για την εποχή τους, παρότι εγκρίθηκε ομόφωνα από την Βουλή, δεν εφαρμόστηκε ποτέ έτσι όπως είχε ψηφιστεί (ΕΟΠΥΥ, 2013).

Στο τέλος της δεκαετίας του 1970 με το νομοσχέδιο «Μέτρα προστασίας της Υγείας» επιχειρήθηκε η δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος υγείας, έχοντας ως στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών της Ελλάδας, την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον οικογενειακό ιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού ιατρού, τη σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο δεν έγινε ποτέ νόμος του κράτους λόγω της πίεσης που ασκήθηκε κυρίως από τα πολιτικά κόμματα και δευτερευόντως από τους ιατρούς. Έτσι έως το τέλος της δεκαετίας του '70 δεν υπάρχει στην Ελλάδα ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Κατά την περίοδο αυτή πρωτοβάθμια φροντίδα παρείχαν τα ιδιωτικά ιατρεία, τα πολυιατρεία ασφαλιστικών

οργανισμών και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Ευμορφίδου, 2013).

Από τα μεγαλύτερα προβλήματα που έπρεπε να επιλυθούν ήταν η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού και η σημαντικά υποβαθμισμένη υλικοτεχνική υποδομή. Οι ανάγκες σε ιατρούς καλύπτονταν από ένα συνεχώς διακινούμενο προσωπικό με τη θέσπιση της υποχρεωτικής άσκησης της ιατρικής, σε υπηρεσίες της υπαίθρου για τους νέους γιατρούς.

Στις αστικές περιοχές η κατάσταση ήταν βελτιωμένη καθώς οι ανάγκες των ασφαλισμένων καλύπτονταν από τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών ή από ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία.

Με την ψήφιση του Ν.1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας προβλέπεται η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τη σύσταση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων, καθώς και το ρόλο του οικογενειακού γιατρού. Σύμφωνα με τον νόμο αυτό ο σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι:

1. Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους αλλά και σε όσους διαμένουν προσωρινά σε αυτή
2. Η νοσηλεία και παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο
3. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, έως την διακομιδή των ασθενών στο νοσοκομείο
4. Η διακομιδή με ασθενοφόρο ή οποιοδήποτε άλλο μέσα στο Κέντρο Υγείας ή το νοσοκομείο
5. Η οδοντιατρική περίθαλψη
6. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
7. Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
8. Η ιατρική της εργασίας
9. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής
10. Η ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
11. Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας
12. Η παροχή κοινωνικής φροντίδας
13. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή

(www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf)

Το σχέδιο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας προέβλεπε την δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας -190 στις μη αστικές περιοχές και 210 στις αστικές- σε τρεις φάσεις με άμεση προτεραιότητα την έναρξη του προγράμματος σε μη αστικές-αγροτικές περιοχές, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν τα τεράστια προβλήματα της υγειονομικής κάλυψης των αναγκών του συγκεκριμένου πληθυσμού και να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες μεταξύ αστικών κέντρων και περιφέρειας. Η δεύτερη φάση προέβλεπε την ανάπτυξη των δομών στα αστικά κέντρα χωρίς να συμπεριλαμβάνονται η Αθήνα και η Θεσσαλονίκη, που εντάχθηκαν στην τρίτη φάση του προγράμματος. Με τις εναλλαγές όμως στην κυβέρνηση την εποχή εκείνη, υπήρξε απουσία σταθερού προσανατολισμού της εθνικής πολιτικής της υγείας και έτσι η αποτελεσματικότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας ήταν ανεπιτυχής.

Στη συνέχεια, με το Ν.2071/92 διευρύνεται η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με τη λειτουργία κινητών μονάδων, υγειονομικών σταθμών και την κατ' οίκον νοσηλεία. Παρόλα αυτά η αποδιοργάνωση και οι παθογένειες ήταν εμφανείς. Τα κυριότερα προβλήματα ήταν:

- μη ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων σε ένα πλαίσιο συνεχώς διογκούμενου κόστους λειτουργίας και αύξησης των δαπανών
- μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή και την πρόσβαση των υπηρεσιών καθώς και του ιατρικού και λοιπού προσωπικού
- πολυκερματισμός της χρηματοδότησης και της διεύθυνσης του συντονισμού του συστήματος
- έντονα φαινόμενα παραοικονομίας
- ανεπαρκής διοίκηση-διαχείριση που οδηγεί στον περιορισμό της ευελιξίας στο προσωπικό, τους προϋπολογισμούς και τις τιμές
- έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας με απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και με ταυτόχρονα φαινόμενα υδροκεφαλισμού του νοσοκομειακού τομέα στον οποίο και σημειώνονται τεράστια δημοσιονομικά ελλείμματα

Λίγο αργότερα ο Ν. 2519/97 προσπαθεί να αναβαθμίσει την πρωτοβάθμια φροντίδα στις αγροτικές περιοχές με την ανάπτυξη των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα οποία δημιουργούνται ύστερα από σύμβαση μεταξύ δύο ή περισσότερων φορέων

Π.Φ.Υ. Ευμορφίδου, 2013).

Τέλος, ο Ν.3235/04 εισάγει σημαντικές αλλαγές στην Π.Φ.Υ.:

- Λειτουργία Κέντρων Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Τομεοποίηση του συστήματος Π.Φ.Υ με το θεσμό του οικογενειακού και του προσωπικού γιατρού.
- Εισαγωγή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του ασθενή (Νικολοπούλου, 2004).

3.2 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα σήμερα

Η εικόνα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην χώρα μας, δεν ανταποκρίνεται στους στόχους και τα πρότυπα που έχει θέσει η διεθνής κοινότητα, εμφανίζει δε μια ενδογενή παθογένεια, η οποία δεν την καθιστά σχεδόν ικανή να ανταποκριθεί στις ανάγκες της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας. Η παθογένεια, αυτή εντοπίζεται γενικότερα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, που βρίσκεται σε μια κρίσιμη καμπή της ιστορικής του πορείας με δεδομένη την οικονομική κρίση και σαφώς θα πρέπει να επαναπροσδιορίσει και να εκσυγχρονίσει τα συστατικά των δομικών του στοιχείων.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο το υποσύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η achίλλειος πτέρνα του υγειονομικού τομέα της χώρας και παρά τις προσπάθειες βελτίωσης των τελευταίων χρόνων, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παραμένουν προσκολλημένες σε οργανωτικά και λειτουργικά σχήματα που δεν ανταποκρίνονται πια στις σύγχρονες συνθήκες (Μωραΐτης,1996-Μωραΐτης,2000). Χαρακτηριστικό στοιχείο της δυσλειτουργικότητας της παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών είναι η ύπαρξη πολλαπλών φορέων που συνθέτουν ουσιαστικά τρία βασικά υποσυστήματα κάλυψης των αναγκών, τα οποία συνυπάρχουν και λειτουργούν χωρίς καμία ουσιαστική διασύνδεση, ανεξάρτητα το ένα από το άλλο (Θεοδώρου,2000). Πρόκειται για τις υπηρεσίες που παρέχονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, από την κοινωνική ασφάλιση, είτε έμμεσα είτε άμεσα όπως στην περίπτωση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) και από τον ιδιωτικό τομέα. Η ύπαρξη πολλών φορέων παροχής υπηρεσιών, οδηγούν την πρωτοβάθμια φροντίδα στον πολυκερματισμό. Έτσι έχουν αποδυναμωθεί ουσιαστικά οι δυνατότητες ανάπτυξης μηχανισμών αποτελεσματικού συντονισμού και ελέγχου και μέσα από την αδυναμία συνολικής διαχείρισης του συστήματος η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παραμένει αναποτελεσματική στην κάλυψη των αναγκών και στην αποδοτική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

Το ότι δεν έχουμε καταφέρει να δημιουργήσουμε ένα συνεκτικό, πειθαρχημένο, αξιόπιστο και αποτελεσματικό σύστημα πρωτοβάθμιων υπηρεσιών οφείλεται κυρίως στην αδυναμία της πολιτικής εξουσίας να απαγκιστρωθεί από αντιλήψεις και πρακτικές που συνδέονται με πελατειακού τύπου μικροκομματικά συμφέροντα (Θεοδώρου, 2000). Η εθνική πολιτική υγείας αναφορικά με την ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από ασυνέπεια και ασυνέχεια. Ασυνέπεια εξαιτίας της επαναλαμβανόμενης διακήρυξης για την πρόθεση στήριξης και βελτίωσης των δομικών συστατικών του συστήματος και ασυνέχεια που πηγάζει από ατελέσφορες, αποσπασματικές, νομοθετικού χαρακτήρα και προσχηματικής φύσης ρυθμίσεις.

Η αποτυχία της πολιτείας να προβεί στις αναγκαίες τομές που απαιτούνται για την ενιαία και ολοκληρωμένη ανάπτυξη ενός σύγχρονου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, ενισχύει τον νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος υγείας της χώρας μας που εξακολουθεί να απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των υγειονομικών πόρων.

Η επισκόπηση της ιστορικής εξέλιξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην χώρα μας αναδεικνύει τις παλινδρομήσεις της εθνικής πολιτικής για την ΠΦΥ και αποδεικνύει ότι η ανάπτυξη της, κατά έναν ενιαίο και ολοκληρωμένο τρόπο, είναι ζήτημα πολιτικής και κουλτούρας (Ευμορφίδου, 2013).

Στο περιβάλλον αυτό, ως σημαντική αδυναμία του συστήματος αναδεικνύεται η «εκκρεμότητα» της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ, η οποία έχει αναλυθεί ενδελεχώς στο σχετικό επιστημονικό –και όχι μόνο– διάλογο. Πολύ περισσότερο, τη στιγμή που η πρόσφατη μεταρρύθμιση με τη συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ διαμόρφωσε νέα δεδομένα τα οποία καθιστούν αναγκαία την ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος ΠΦΥ στη χώρα. Πλήθος μελετών, άλλωστε, έχουν καταδείξει ότι, ειδικά στα αστικά κέντρα, η απουσία ενός ενιαίου, οργανωμένου, συστήματος έχει ως αποτέλεσμα η κάλυψη των αναγκών των πολιτών να γίνεται αποσπασματικά, καθώς:

- η άμεση πρόσβαση στην φροντίδα είναι συνήθως εξειδικευμένη,
- δεν υπάρχει ολιστική προσέγγιση για τους ασθενείς και συνέχεια στη φροντίδα υγείας,
- δεν υπάρχει προσανατολισμός του ασθενή στο σύστημα υγείας και συντονισμός στην παροχή των υπηρεσιών υγείας,

- υπάρχουν σαφείς και αυξανόμενες ανισότητες στον τομέα της υγείας, που αφορούν στην κατάσταση της υγείας, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά έχουν απομακρύνει το υπο-σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα από βασικές αρχές και στόχους που έχουν τεθεί τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όσο και από άλλους επιστημονικούς φορείς.

Πιο συγκεκριμένα, τα περισσότερα προβλήματα στην ΠΦΥ αλλά και στο σύνολο του συστήματος υγείας εντοπίζονται στους ακόλουθους τομείς:

- στη διακυβέρνηση, με την υγειονομική περίθαλψη να είναι κατακερματισμένη σε πολλά σημεία, τόσο στην χρηματοδότηση όσο και στην παροχή,
- στο ύψος των ιδιωτικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των «κάτω από το τραπέζι πληρωμών», που οδηγεί σε ένα οπισθοδρομικό σύστημα με μεγάλες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες,
- στα φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών και υπερβολικής κατανάλωσης, ιδίως των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και των διαγνωστικών διαδικασιών, στην ανισοκατανομή του υγειονομικού δυναμικού, με πολλούς ειδικούς γιατρούς και λίγους γενικούς/οικογενειακούς γιατρούς,
- στην ισχυρή παραδοσιακά νοσοκομειακή και εξειδικευμένη περίθαλψη,
- στην έλλειψη συνέχειας στη χάραξη πολιτικής και στην εφαρμογή των πολιτικών (Σουλιώτης κ.α., 2013).

3.2.1 Το θεσμικό πλαίσιο

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ

Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις

Κεφάλαιο Πρώτο

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές

1. Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες

είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία.

2. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δημιουργείται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.
3. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος.
4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:
 - i. Αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.
 - ii. Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.
 - iii. Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για τον πολίτη και την ιατρική πράξη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας.
 - iv. Ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών, σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.
5. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:
 - i. Όλες τις σχετικές υπηρεσίες με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση - που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο.
 - ii. την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα.
 - iii. Την παροχή πρώτων βοηθειών.
 - iv. την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.
 - v. την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.
 - vi. την τακτική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
 - vii. τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, και φροντίδας στο σπίτι.
 - viii. τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας - παιδιού.
 - ix. την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.

- x. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- xi. την πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική.
- xii. την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Άρθρο 2

Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.

1. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ..
2. Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.
3. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των Φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ, τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό.
4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής, και εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται.

Άρθρο 3

Κέντρα Υγείας

1. Για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας των Δ.Υ.Πε. απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε..
2. Για την έγκριση σκοπιμότητας λαμβάνονται υπόψη ιδίως η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα, η γειτνίαση με υφιστάμενες Μονάδες Υγείας, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, η προσβασιμότητα των πολιτών και οι συγκοινωνιακές συνθήκες.

3. Η έδρα κάθε Κέντρου Υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής.
4. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας σχεδιάζεται και αποφασίζεται από την Δ.Υ.Πε. και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται ιδίως με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, την ύπαρξη άλλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες.
5. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε.. Οι Δ.Υ.Πε. διαιρούνται σε τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι οποίοι ταυτίζονται με τους τομείς ψυχικής υγείας (Το.Ψ.Υ.) ως προς την περιοχή ευθύνης τους. Ο αριθμός των τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κάθε Δ.Υ.Πε. καθορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.ΣΥ.Πε. από τις Δ.Υ.Πε..
6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του ΚΕΣΥΠΠΕ εκδίδεται ενιαίος Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των λοιπών δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία λειτουργίας των υπηρεσιών τους, η στελέχωση κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.
7. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών εκδίδονται οι Οργανισμοί των Κέντρων Υγείας, κατόπιν εισηγήσεων των οικείων Δ.Υ.ΠΕ. και απόφαση του ΚΕ.ΣΥ.Πε.. Με τον Οργανισμό καθορίζονται οι θέσεις του προσωπικού κατά κατηγορία και ειδικότητα, οι οργανικές Μονάδες και οι αρμοδιότητες καθεμίας, το περιεχόμενο και η διαδικασία τήρησης προσωπικού φακέλου ασθενών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.
8. Τα Κέντρα Υγείας δύναται να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα.

Άρθρο 4

Οικογενειακός Ιατρός

1. Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται και από οικογενειακούς ιατρούς στα ιατρεία τους και κατ' οίκον.
2. Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Π.Φ.Υ.. Ειδικότερα:
 - i. Αναλαμβάνει τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των εμβολιασμών, καθώς και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης.
 - ii. Συμβουλεύει, υποστηρίζει, προσανατολίζει και καθοδηγεί υπεύθυνα τον ασθενή και την οικογένεια μέσα στο σύστημα υγείας,
 - iii. Επιμελείται της παραπομπής των χρηστών στα άλλα επίπεδα περίθαλψης. Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες οφείλουν να ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές με βάση τα διεθνή πρότυπα.
3. Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.
4. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό από το σύνολο των οικογενειακών ιατρών της οικείας Δ.Υ.Πε.. Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός ιατρός. Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως οικογενειακός Ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους. Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.
5. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ιατρό, ο αναγκαίος αριθμός των οικογενειακών ιατρών ανά Δ.Υ.Πε., ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους, η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενο τους, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

6. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών καθορίζονται τα ζητήματα που διέπουν έννομες σχέσεις των οικογενειακών ιατρών με τις Δ.Υ.Πε. και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Άρθρο 5

Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ.

1. Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούν ο οικογενειακός ιατρός και ιατροί άλλων ειδικοτήτων, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως οι μαίες, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, και το λοιπό υγειονομικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό.
2. Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Π.Φ.Υ. έχουν διακριτούς ρόλους στην όλη διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας και πρέπει να αποδεικνύεται ότι είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε να είναι σε θέση να εργαστούν σε επίπεδο κοινότητας.

Άρθρο 6

Σχεδιασμός, Ανάπτυξη και Αξιολόγηση Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στις Δ.Υ.Πε.

- 1) Στις αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως αυτές ρυθμίζονται στο άρθρο 4 του ν.3329/2005 (Α'81) προστίθενται τα ακόλουθα: 'ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη του δικτύου της Π.Φ.Υ. καθώς και η κατάρτιση στρατηγικού σχεδίου δράσης για την Π.Φ.Υ. σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης της ΔΥΠΕ'.

Στο Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας της ως άνω Διεύθυνσης, προστίθενται τα ακόλουθα:

“Η αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ του ΠΕΔΥ βάση κριτηρίων ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Έργο του είναι η συλλογή και επεξεργασία, όλων των εκθέσεων και αναφορών για τις Μονάδες ΠΦΥ και η τελική αξιολόγηση των Μονάδων αυτών συνοδευόμενη από προτάσεις για τη βελτίωσή τους. Η αξιολόγηση βασίζεται σε πρωτόκολλα και δελτία βέλτιστης πρακτικής που δημοσιεύονται με απόφαση

του Υπουργού Υγείας και αφορούν σε κριτήρια ποιότητας, αποτελεσματικότητας, επίτευξης στόχων και ασφάλειας των παρεχομένων υπηρεσιών στις Μονάδες ΠΦΥ του ΠΕΔΥ”.

Άρθρο 7

Μεταβατική Διάταξη

Όπου στις διατάξεις του παρόντος Κεφαλαίου γίνεται μνεία σε Κέντρο Υγείας διαλαμβάνονται και οι Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας, οι οποίες σύμφωνα με τον παρόντα νόμο μεταφέρονται ως μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις Δ.Υ.Πε..

3.3 Η ποιότητα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003).

Οι βασικές αρχές για την ποιότητα είναι:

- 1) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και ως εκ τούτου οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν τον χαρακτήρα της καθολικότητας, η πρόσβαση σε αυτές να είναι εφικτή χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τον πολίτη και ο προσανατολισμός του όλου συστήματος να καλύπτει τις προϋποθέσεις μιας ολιστικής αντίληψης για την προάσπιση της υγείας.
- 2) Στο επίκεντρο του σχεδιασμού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (πρέπει να) βρίσκεται ο πολίτης στου οποίου τις ανάγκες το σύστημα υγείας πρέπει να προσαρμόζεται διαρκώς, κάτω από την πίεση των οικονομικών και κοινωνικών μεταβολών.
- 3) Το σύστημα ΠΦΥ θα πρέπει να διέπεται από τους κανόνες:
 - της ελεύθερης επιλογής από πλευράς πολιτών
 - της αποδοτικής χρήσης των πόρων
 - της αποζημίωσης των προμηθευτών σύμφωνα με το παραγόμενο έργο
 - της ασφαλιστικής κάλυψης για τις υπηρεσίες που είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές

- της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης, ώστε οι επιβαρύνσεις των χρηστών να είναι ανάλογες του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης (Σουλιώτης κ.α., 2013).

Με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά, διάφορες ευρωπαϊκές μελέτες που αξιολογούν τα βασικά χαρακτηριστικά 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 χωρίς την κατάλληλη μελέτη και στρατηγική προετοιμασία, με αποτέλεσμα να συγχέεται η ουσιαστική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, που παρέχεται από τον οικογενειακό γιατρό και την Ομάδα Υγείας, με την λεγόμενη Περιπατητική Φροντίδα, τις υπηρεσίες υγείας δηλαδή από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Με τον τρόπο αυτόν δεν υπάρχει ουσιαστικό πρώτο σημείο επαφής στο σύστημα, ιδιαίτερα στο αστικό περιβάλλον. Όταν ο άνθρωπος νοσεί είναι «ελεύθερος» να επιλέξει ανάμεσα

1. στους συμβασιούχους με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες γιατρούς των άλλων ειδικοτήτων
2. ανάμεσα στις μονάδες ΠΕΔΥ και
3. ακόμα και στην δευτεροβάθμια, δηλαδή τα εξωτερικά ιατρεία και τα ΤΕΠ (Αντωνιάδου κ.α., 2015).

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

- η αύξηση της προκλητής ζήτησης
- ο ανταγωνισμός των ιδιωτών γιατρών στον χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όχι πάντα προς όφελος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας
- οι πλεονάζουσες συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς ειδικοτήτων
- η κατασπατάληση των δημόσιων πόρων, μέσα από επισκέψεις και εξετάσεις, που κάποιες φορές δεν είναι απαραίτητες
- η ασυνέπεια και ασυνέχεια στην φροντίδα
- η μη ολοκληρωμένη και αποσπασματική παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

- η μειωμένη ασφάλεια του ασθενούς
- η δημιουργία κουλτούρας καταναλωτισμού στον χώρο της υγείας
- 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. (Αντωνιάδου, κ.α., 2015)

3.4 Παρεχόμενες Υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η δέσμη παρεχόμενων υπηρεσιών περιλαμβάνει:

- 1) Διάγνωση και πρωτοβάθμια περίθαλψη, που παρέχεται τόσο από τους γενικούς οικογενειακούς γιατρούς, όσο και από τους γιατρούς ειδικοτήτων, ανάλογα με την περίπτωση.
- 2) Παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Η διαδικασία αυτή αφορά εξειδικευμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που παρέχονται από τα συμβεβλημένα νοσοκομεία.
- 3) Εμβολιασμούς οι οποίοι πραγματοποιούνται με τη συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών της υγείας.
- 4) Αγωγή και προαγωγή της υγείας, στις δράσεις των οποίων εμπλέκεται το σύνολο της ομάδας επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ΠΦΥ.
- 5) Διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου, που επιτελείται κυρίως από το γενικό οικογενειακό γιατρό.
- 6) Προσυμπτωματικό και προληπτικό έλεγχο (screening) που αφορά στον έλεγχο ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού με σκοπό την έγκαιρη και προσυμπτωματική διάγνωση καταστάσεων ή νοσημάτων που επιλέγεται με βάση την μαρτυρία και τις αποδείξεις. (π.χ. Pap-test).
- 7) Κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα που αφορά στην παροχή περίθαλψης σε άτομα που δεν μπορούν να μεταβούν στο ιατρείο ή το Κέντρο Υγείας (ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρίες κλπ).
- 8) Κάλυψη αναγκών σε 24ωρη βάση έτσι ώστε εκτός των συνήθων ιατρικών υπηρεσιών, ο χρήστης να μπορεί να λαμβάνει ιατρικές υπηρεσίες και εκτός ωραρίου κανονικής λειτουργίας.

- 9) Τηλεφωνική και συμβουλευτική υπηρεσία που αφορά στην παροχή ιατρικών συμβουλών και οδηγιών από τηλεφώνου.
- 10) Υπηρεσία προσυνεννόησης που αποσκοπεί στη βελτίωση της εξυπηρέτησης των χρηστών και του περιορισμού δραστικά του χρόνου αναμονής στα ιατρεία.
- 11) Γραφείο πληροφοριών που στελεχώνεται από διοικητικό προσωπικό και ο ρόλος του εστιάζεται στην παροχή πληροφοριών προς τους χρήστες κατά την προσέλευσή τους και στη συλλογή παραπόνων και υποδείξεων ή απόψεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 12) Συμβουλευτικές υπηρεσίες μητέρας-παιδιού σχετικές με την εγκυμοσύνη, τον ανώδυνο τοκετό, την πρώτη μεταγεννητική περίοδο, βρεφικούς εμβολιασμούς κλπ.
- 13) Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας που απαιτούν κυρίως τη δραστηριοποίηση των κοινωνικών λειτουργών, αλλά συμμετέχει και το νοσηλευτικό και κατά περίπτωση το ιατρικό προσωπικό για τη φυσική και ιατρική αποκατάσταση των χρηστών και τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης (www.isch.gr/files/pfyfinal020206.doc).

3.5 Προβλήματα και αδυναμίες

Τα κύρια προβλήματα Οργάνωσης και λειτουργίας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα είναι:

- Ανακολουθία μεταξύ νομοθετικών ρυθμίσεων και πρακτικής εφαρμογής τους
- Η μη διερεύνηση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και η ως εκ τούτου ανάπτυξη άτακτων ή περιττών υπηρεσιών
- Η έλλειψη μηχανισμού αξιολόγησης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας
- Η αδυναμία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αστικές περιοχές
- Περιορισμός της συνέχειας στη φροντίδα λόγω έλλειψης συστήματος παραπομπών
- Ελλιπής στελέχωση των Κέντρων Υγείας με ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό

- Περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες με αποτέλεσμα την επιβάρυνση των νοσοκομείων ή προσφυγή σε ιδιώτες ιατρούς
- Μη προσδιορισμός του επιστημονικού πλαισίου εντός του οποίου θα κινηθούν οι διάφοροι επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στο σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- Οι κατ' οίκον επισκέψεις και η φροντίδα ασθενών με χρόνια νοσήματα που είναι περιορισμένοι στο σπίτι είναι αποσπασματική και πραγματοποιείται από ανεκπαίδευτο νοσηλευτικό προσωπικό
- Οι εμβολιασμοί διενεργούνται αποσπασματικά χωρίς συστηματική εκτίμηση του ποσοστού κάλυψης του πληθυσμού (Καμπουρά, χ.χ)

3.5.1 Προβλήματα Οργάνωσης και Λειτουργίας

Σε οργανωτικό επίπεδο, η ΠΦΥ παρουσιάζει έντονες αδυναμίες όπως:

- η ατελής και αποσπασματική διασύνδεση των φορέων ΠΦΥ μεταξύ τους αλλά και με τις υπόλοιπες δομές του συστήματος,
- ο κατακερματισμός της χρηματοδοτικής διαδικασίας
- η ανακολουθία στη διάθεση των πόρων σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού
- η ανισοκατανομή του προσωπικού στις μονάδες υγείας ανά τη χώρα
- η αδυναμία συντονισμού των περιστατικών
- η απουσία οικογενειακών γιατρών/γιατρών αναφοράς

Ενώ και στο λειτουργικό κομμάτι παρουσιάζονται αδυναμίες, όπως:

- η συγκέντρωση ή η έλλειψη δομών σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές
- η απουσία κατάρτισης και εκπαίδευσης του προσωπικού στελέχωσης των μονάδων ΠΦΥ για το ρόλο της ΠΦΥ στο σύστημα υγείας
- η απουσία σχεδιασμού, οργάνωσης, ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού
- η αδυναμία διαθεσιμότητας των δομών στο χρόνο που ζητούνται (ΕΟΠΠΥ, 2013)

4.1 Γενική επισκόπηση των Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εκφράζεται με ένα πυραμιδικό μοντέλο, στη βάση του οποίου βρίσκεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στο δεύτερο επίπεδο βρίσκεται η νοσοκομειακή περίθαλψη και το τρίτο επίπεδο προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες, π.χ. τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Το μοντέλο αυτό θα πρέπει να ακολουθείται αφενός από την αντίστοιχη δομή του προσωπικού ώστε σε όλες τις βαθμίδες να μην υπάρχει ούτε πλεόνασμα ούτε έλλειμμα, και αφετέρου από τη ροή των ασθενών. Με τον τρόπο αυτό δεν υπάρχει συμφόρηση του συστήματος, και όλοι οι πόροι χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά.

Στην Ελλάδα όμως δεν υπάρχει συντονισμός και συνεργασία μεταξύ του ιατρικού προσωπικού που απαρτίζει τα επίπεδα της ιατρικής φροντίδας, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση του κόστους, σε αναποτελεσματικότητα του συστήματος και ταλαιπωρία του ασθενή. (Ιωαννίδη κ.α., 1999).

4.2 Οι φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί στο πλαίσιο τεσσάρων βασικών δομών (Τούντας κ.ά., 2008):

1. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ), μέσω:
 - των Κέντρων Υγείας, των περιφερειακών ιατρείων, των πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων και των ειδικών περιφερειακών ιατρείων, για τις αγροτικές περιοχές και των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα. Χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και σε μικρότερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία.
 - των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και των απογευματινών ιατρείων, καθώς και
 - το ΕΚΑΒ. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

2. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, μέσω των πολυϊατρείων που διαθέτουν και των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών, όπως ιατρείων, εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων. Οι δαπάνες στην περίπτωση αυτή καλύπτονται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.
3. Την τοπική αυτοδιοίκηση με τα δημοτικά ιατρεία και τις διάφορες προνοιακές υπηρεσίες. Χρηματοδοτούνται από δημοτικούς φόρους και από τον κρατικό προϋπολογισμό
4. Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους και μη με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση.

Στον ευρύτερο χώρο της ΠΦΥ ανήκουν και άλλες δομές όπως είναι το ΕΚΑΒ το οποίο παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα και οι διάφορες μονάδες κοινωνικής πρόνοιας όπως π.χ. το «Βοήθεια στο Σπίτι» (Σωτηριάδου κ.α., 2011).



Εικόνα 1: Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδας

Διαχωρίζοντας τις περιοχές σε αστικές και μη αστικές, το Δίκτυο Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνει:

Στις μη αστικές περιοχές

- 201 Κέντρα Υγείας
- 1.422 Περιφερειακά Ιατρεία
- Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων
- Ιδιωτικούς Ιατρούς (Οικονομίδου κ.α., 2010)

Στις αστικές περιοχές από:

- Τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων στα οποία συμπεριλαμβάνονται και αυτά των Στρατιωτικών νοσοκομείων και εκείνων που δεν είναι ενταγμένα στο ΕΣΥ π.χ. τα νοσοκομεία του ΙΚΑ και τα Πανεπιστημιακά.
- Τα Υγειονομικά Κέντρα των Διευθύνσεων Υγιεινής, τα Δημοτικά Ιατρεία που ιδρύονται με πρωτοβουλία και ευθύνη των Δήμων για την εξυπηρέτηση των αναγκών των δημοτών, ιδιωτικούς γιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια.
- Τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών που στην πλειοψηφία τους καλύπτουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων τους μέσω συμβάσεων με τον ιδιωτικό τομέα,
- Τους Σταθμούς Άμεσης Βοήθειας του ΙΚΑ που λειτουργούν σε 24ώρη βάση και παρέχουν ιατρική φροντίδα στους ασφαλισμένους σε έκτακτες και επείγουσες καταστάσεις.

4.2.1 Π.Φ.Υ. παρεχόμενη από το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας παρέχεται κυρίως από ένα δίκτυο κέντρων υγείας, στελεχωμένων με πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων, καθώς επίσης και με νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς. Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλλει μεταξύ των κέντρων υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς τους. Στόχος τους, σύμφωνα με τον ιδρυτικό τους νόμο Ν.1397/83, είναι να αυξήσουν την πρόσβαση του αγροτικού πληθυσμού στην Π.Φ.Υ., καθώς παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες σε εικοσιτετράωρη βάση.

Τα τελευταία χρόνια, εκτός των αγροτικών κέντρων υγείας, συστάθηκαν και Κέντρα Υγείας αστικού τύπου. Εκτός από αυτά, λειτουργούν πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, περιφερειακά ιατρεία, αλλά και ειδικά περιφερειακά ιατρεία, στα οποία υπηρετούν κυρίως απόφοιτοι ιατρικών σχολών που μετά τη λήψη του πτυχίου τους είναι υποχρεωμένοι να ασκήσουν ιατρική σε αγροτικές περιοχές (Γ.Γ.Υ.Υ.Κ.Α., 2011).

Κάθε Κέντρο Υγείας διαθέτει εξεταστικούς χώρους, μονάδα βραχείας νοσηλείας, βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, σπητικό χειρουργείο, οδοντιατρείο και ασθενοφόρο. Η υποδομή αυτή συμβάλλει στην παροχή ενός εκτεταμένου εύρους υπηρεσιών, όπου συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη, η προαγωγή υγείας, η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, η παροχή πρώτων βοηθειών, η διακομιδή ασθενών, η διάγνωση, η θεραπεία, η οδοντιατρική περίθαλψη, η συνταγογράφηση και παροχή φαρμάκων, η αποκατάσταση, η επιδημιολογική έρευνα και η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού. (Ι.Ν.Ε. ΓΣΕΕ, 2012).

Εμφάνισαν όμως σοβαρά προβλήματα σε σχέση με την ανεπαρκή κάλυψη των προβλεπόμενων θέσεων στελέχωσης, τη χρηματοδότηση και την οργάνωσή τους, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αποδοτικότητας και της λειτουργικής τους ικανότητας, καθώς η κάλυψη των οργανικών θέσεων, τόσο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και του διοικητικού δεν ξεπερνάει το 50% στις μη αστικές περιοχές, το 70% σε περιοχές που βρίσκονται κοντά σε αστικές περιοχές, ενώ μόλις το 30% σε απομακρυσμένες περιοχές (Θεοδώρου κ.ά., 2005). Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια η κίνηση των Κέντρων Υγείας δείχνει να έχει αυξηθεί. Το 2010 ο αριθμός των ασθενών που επισκέφτηκαν τα Κέντρα Υγείας αυξήθηκε κατά 4% σε σχέση με το 2009 (από 6.066.800 σε 6.305.459 εξετασθέντες), ενώ για το διάστημα Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2011 η αύξηση σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα του 2010 ήταν 21% (από 4.730.993 σε 5.702.890 εξετασθέντες) (Γ. Γ. Υ. Υ.Κ. Α., 2011). Το γεγονός αυτό δείχνει τη σημασία της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας για την κάλυψη των αναγκών των μη αστικών περιοχών.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) παρέχουν επίσης τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Καλύπτουν όλες τις ειδικότητες και αποτελούν σημαντικό πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις αστικές περιοχές. Με το Ν. 2889/2001, ιδρύθηκαν τα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, η λειτουργία των οποίων επεκτάθηκε το 2010. Σε αυτά, οι πανεπιστημιακοί και οι νοσοκομειακοί ιατροί ασκούν ιδιωτικό έργο, στη βάση προγραμματισμένων

ραντεβού και αμειβόμενοι κατά πράξη, σε προκαθορισμένες τιμές που πλησιάζουν τον μέσο όρο της αγοράς.

Επιπλέον το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), το οποίο συστάθηκε και λειτουργεί από το 1989, παρέχει δωρεάν άμεση βοήθεια και επείγουσα ιατρική φροντίδα στους πολίτες, καθώς και μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με ιδιόκτητα μέσα, όπως ασθενοφόρα, κινητές μονάδες, μοτοσικλέτες, αεροπορικά μέσα. Σε ετήσια βάση, εξυπηρετεί περίπου πάνω από 500.000 ασθενείς.

Προκειμένου να πετύχει τους στόχους του, το ΕΚΑΒ διαθέτει μέσα άμεσης επέμβασης και διακομιδής πασχόντων, όπως:

- κατάλληλα εξοπλισμένα ασθενοφόρα που στελεχώνονται με δύο διασώστες,
- κινητές μονάδες επείγουσας ιατρικής που έχουν ειδικό εξοπλισμό και στελεχώνονται με δύο διασώστες και έναν ιατρό εκπαιδευμένο στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική,
- μοτοσικλέτες άμεσης επέμβασης οι οποίες έχουν ειδικό εξοπλισμό και στελεχώνονται με ένα διασώστη και έναν ιατρό εκπαιδευμένο στην επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική
- 3 ελικόπτερα τα οποία έχουν παραχωρηθεί στην πολεμική αεροπορία για επιχειρησιακή εκμετάλλευση στις αεροδιακομιδές επειγόντων περιστατικών από το ΕΚΑΒ.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990, το ΕΚΑΒ αντιμετώπιζε πολλά προβλήματα που σχετίζονταν με ελλείψεις στην υλικοτεχνική του υποδομή και το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Θεοδώρου, 1994). Η διοργάνωση από την Ελλάδα των Ολυμπιακών Αγώνων το 2004 ήταν ένας παράγοντας ο οποίος συνέβαλε στον εκσυγχρονισμό του ΕΚΑΒ σε σχέση με τη μέχρι τότε υφιστάμενη κατάσταση. Όμως, μετά τους Ολυμπιακούς Αγώνες δεν έγινε καμία άλλη προσπάθεια ανανέωσης του στόλου του ΕΚΑΒ, με αποτέλεσμα αυτός να χαρακτηρίζεται σήμερα γερασμένος. Εκτός αυτού, η έλλειψη ιατρικού δυναμικού έχει ως αποτέλεσμα κινούμενες μονάδες, όπως οι μοτοσικλέτες, να παραμένουν αχρησιμοποίητες (Ι.Ν.Ε. ΓΣΕΕ, 2012).

4.2.2 Π.Φ.Υ. παρεχόμενη από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης

Τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης παίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

(Ι.Κ.Α.) είναι το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο, το οποίο καλύπτει πάνω από το 50% του πληθυσμού της χώρας, παρέχοντας περίθαλψη κυρίως στους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και στα μέλη των οικογενειών τους. Διαθέτει πολυϊατρεία και ειδικές υγειονομικές μονάδες, διαγνωστικά κέντρα, κέντρα παιδοψυχικής υγιεινής και κέντρα προληπτικής ιατρικής. Οι μονάδες αυτές είναι στελεχωμένες με 8.280 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και 3.573 νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό δυναμικό (ΙΚΑ, 2011). Παρέχει στους δικαιούχους του ένα ευρύ φάσμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως γενική ιατρική φροντίδα για τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους, προαγωγή υγείας, παιδική φροντίδα, οδοντιατρικές υπηρεσίες, γυναικολογικές εξετάσεις, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, ιατρική της εργασίας, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς, συνταγογράφηση φαρμάκων, επιδημιολογική έρευνα και κοινωνική φροντίδα.

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) παρέχει υγειονομική περίθαλψη στους αγρότες, καλύπτοντας περίπου το 20% του ελληνικού πληθυσμού. Δεν έχει δικές του μονάδες υγείας, αλλά οι δικαιούχοι του περίθαλψης μπορούν να επισκέπτονται τα αγροτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων ή των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και τους ιδιώτες ιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό.

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε το 2007, ασφαλίζει τους αυτοαπασχολούμενους, τους επαγγελματίες, τους βιοτέχνες, τους εμπόρους και τους αυτοκινητιστές και προήλθε από την ενοποίηση των καταργηθέντων ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Με το Ν. 3655/2008 για τη διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στον ΟΑΕΕ εντάχθηκαν ο κλάδος κύριας ασφάλισης του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και οι κατά κύρια ασφάλιση ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ). Παρέχει στους ασφαλισμένους του ιατρικές υπηρεσίες από συμβεβλημένους ιατρούς ειδικοτήτων, καθώς και μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις σε συμβεβλημένα εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα (Ι.Ν.Ε. ΓΣΕΕ, 2012).

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο υγείας στη χώρα. Παρέχει κάλυψη για ιατρική φροντίδα στους δικαιούχους, μέσω συμβάσεων με ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, ιδιωτικά

διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, φυσιοθεραπευτές, οπτικούς και φαρμακεία (Σουλιώτης, 2010).

4.2.3 Π.Φ.Υ. παρεχόμενη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση

Τα τελευταία χρόνια, αρκετοί δήμοι έχουν αναπτύξει τοπικές μονάδες παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Συνήθως πρόκειται για ιατρεία των οποίων η λειτουργία ξεκινά σε εθελοντική βάση με κάποιες από τις βασικές ειδικότητες, όπως παθολόγο, καρδιολόγο, παιδίατρο, γυναικολόγο, οφθαλμίατρο, και στην πορεία μέσω των δημοτικών επιχειρήσεων προσλαμβάνεται υγειονομικό προσωπικό και αγοράζεται ο αναγκαίος εξοπλισμός. Τα ιατρεία αυτά λειτουργούν ορισμένες μέρες και ώρες της εβδομάδας και παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας περιπτώσεων που δεν είναι αναγκαία η νοσηλεία, συνταγογράφησης, μετανοσοκομειακής φροντίδας, αποκατάστασης, παρακολούθησης χρονίως πασχόντων και κοινωνική φροντίδα, δωρεάν για τους δημότες. Κυρίως καλύπτουν τις ανάγκες των οικονομικά ασθενέστερων, των μεταναστών και των ανασφάλιστων, δηλαδή πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε άλλες δομές υγείας.

Οι δήμοι επιπλέον, παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και μέσω άλλων θεσμών κοινωνικής προστασίας, όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι πάνω από το 80% των ΚΑΠΗ της χώρας εκτελούν δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως η μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου και οι εμβολιασμοί, έλεγχοι χοληστερίνης και καρδιογραφήματα., προγράμματα φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας. Επιπλέον σε αρκετά ΚΑΠΗ έχει αναπτυχθεί το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι». Το εύρος και η έκταση εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών ποικίλλει μεταξύ των ΚΑΠΗ ανάλογα με τον αριθμό των μελών τους, τον αριθμό και τη σύνθεση του προσωπικού τους και τους διατιθέμενους οικονομικούς πόρους (I.N.E., 2012).

Μια σχετικά πρόσφατη δραστηριότητα ορισμένων δήμων είναι η λειτουργία κοινωνικών φαρμακείων. Το 2008 λειτούργησε το πρώτο κοινωνικό φαρμακείο του Δήμου Αθηναίων με τη συνεργασία του Ιδρύματος Αστέγων και των Δημοτικών Ιατρείων του Δήμου Αθηναίων, του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής και της ΜΚΟ «Φαρμακοποιοί του Κόσμου». Σκοπός του φαρμακείου είναι η δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων ατόμων που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας

4.2.4 Π.Φ.Υ. παρεχόμενη από τον Ιδιωτικό τομέα

Στην Ελλάδα, λειτουργούν πάνω από 25.000 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια και περίπου πάνω από 400 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Τα περισσότερα από αυτά παρέχουν υψηλής τεχνολογίας υπηρεσίες και βρίσκονται κυρίως στα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Τα ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και παρέχουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους τους. Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια αυξάνεται η δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και υπηρεσιών για ηλικιωμένους. Πριν από την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι πάνω από 5 εκατ. περιπτώσεις ασθενών απευθύνονταν ετησίως στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος κατέγραφε ετήσια κέρδη της τάξης των 154 εκατ. ευρώ (ICAP, 2006).

Η μειωμένη ικανοποίηση εκ μέρους του πληθυσμού από τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τα διαρθρωτικά και οργανωτικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας και ο μεγάλος αριθμός ιατρών οδήγησαν στην αύξηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται από το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών υγείας και από το μεγάλο μέγεθος της παραοικονομίας στον υγειονομικό τομέα (I.N.E., 2012).

4.3 Οι μεταρρυθμίσεις την εποχή της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση και οι εφαρμοζόμενες μνημονιακές πολιτικές στον ελληνικό κοινωνικό σχηματισμό είχαν απολήξεις στο χώρο της υγείας:

- Η ενοποίηση των πολυιατρείων του ΙΚΑ και των υπόλοιπων ασφαλιστικών φορέων υπό τον φορέα του ΕΟΠΥΥ, μετέπειτα ΠΕΔΥ, με το προσωπικό να βρίσκεται σε καθεστώς μόνιμης απασχόλησης
- Η θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με βάση τη δραστική ουσία (και όχι την εμπορική ονομασία), την υποχρεωτική αναγραφή ασθενειών με βάση το σύστημα ICD-10
- Τη δυνατότητα χρήσης γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων με ταυτόχρονη αύξηση της συμμετοχής του ασφαλισμένου επί της αγοράς του σκευάσματος σε περίπτωση επιλογής του πρωτοτύπου.

- Η θεσμοθέτηση του clawback (επιστροφή) και του rebate (έκπτωση), δηλαδή η, με αναδρομική ισχύ από το 1991, επιστροφή δαπανών που υπερέβαιναν ένα όριο με ταυτόχρονη οριζόντια περικοπή επί της αμοιβής των δαπανών.

Το σύνολο των παραπάνω μεταρρυθμίσεων επιχειρούν να απαντήσουν μόνο με οικονομικά κριτήρια και όχι με λειτουργικά, δηλαδή όχι με μια ολοκληρωμένη πρόταση για τη λειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η εφαρμογή των μέτρων clawback/rebate έγινε με αναδρομική ισχύ και χωρίς να υπολογιστούν οι ιδιαιτερότητες γεωγραφικών χώρων και ειδικοτήτων που αναγκαζόταν λόγω έλλειψης προσωπικού να υπερβούν τα όρια (Χιόνη, 2013). Η χρήση γενόσημων πραγματοποιήθηκε χωρίς την συντεταγμένη ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και κυρίως χωρίς την ύπαρξη αξιόπιστων κριτηρίων πιστοποίησης των σκευασμάτων (Καθημερινή, 2015). Η μορφή και η λειτουργία της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δε διευκόλυνε ουσιαστικά τον πολίτη αφού δεν είχε ουσιαστικό δικαίωμα επιλογής και μάλιστα επιβαρυνόταν για αυτό. Η δυνατότητα επιπλέον του γιατρού να αναφέρει προαιρετικά την εμπορική ονομασία, μάλλον δε βοήθησε να περιοριστεί ο ρόλος των φαρμακευτικών εταιριών.

Όσον αφορά την περίπτωση ΕΟΠΥΥ/ΠΕΔΥ ακολουθεί τη λογική της μετονομασίας άνευ ουσίας των προηγούμενων αλλαγών, χωρίς την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού ή πολιτικής πρόληψης. Την ίδια στιγμή δεν προέκυψε εξορθολογισμός των οικονομικών καθώς η σχέση που αναπτύχθηκε στην πληρωμή και αποπληρωμή των δαπανών από τους χρήστες, τους συμβεβλημένους και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς δημιούργησε σύγχυση και επιπλέον επιβαρύνσεις (Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Γ., 2001). Το κομβικό στοιχείο είναι η επιβάρυνση με τον ένα ή άλλο τρόπο, είτε των επαγγελματιών υγείας (ΙΣΑ, 2014) είτε των πολιτών, με την ταυτόχρονη έλλειψη δημόσιων υποδομών, γεγονός που εξηγεί την εμφάνιση δομών αλληλεγγύης σε όλη τη χώρα: η μείωση των πόρων στην περίοδο μετά το 2010 έχει εντείνει την ανισορροπία μεταξύ προσφοράς/ ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η οποία επιτείνεται και εξαιτίας της μείωσης της ιδιωτικής δαπάνης. (Κυριόπουλος, 2013).

Μετά την αναφορά σε όλες τις περιόδους λειτουργίας της ΠΦΥ, τόσο εντός όσο και εκτός οικονομικής κρίσης, παρατηρούμε ότι τα προβλήματα όχι μόνο παραμένουν αλλά διευρύνονται: η ανισότητα στη γεωγραφική κατανομή των δομών, η δυσχέρεια πρόσβασης στους οικονομικά ασθενέστερους, η έλλειψη οργανωμένης βάσης δεδομένων και πολιτικής πρόληψης χαρακτηρίζουν το ΕΣΥ έως σήμερα <https://www.thepressproject.gr/article/94755>

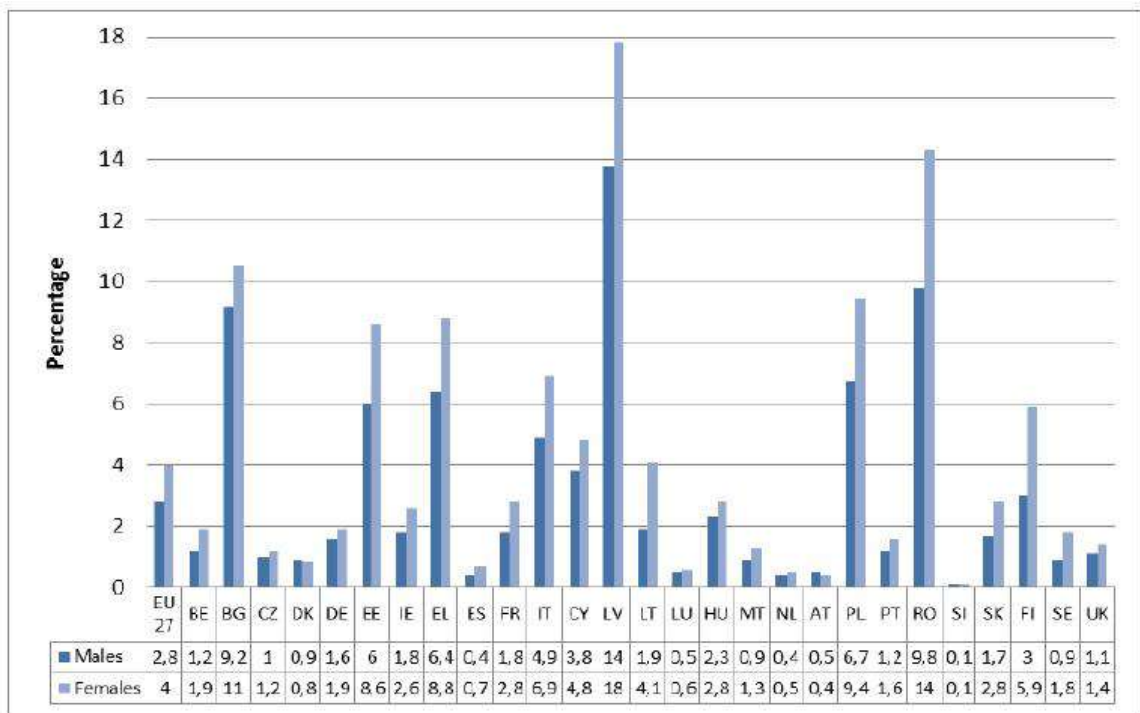
4.4 Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Με βάση όλα τα στοιχεία που προαναφέρθηκαν, είναι γεγονός ότι υπάρχει μία χαρακτηριστική ανακολουθία μεταξύ της μεταρρυθμιστικής νομοθεσίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και της πρακτικής της εφαρμογής. Τα Κέντρα Υγείας δεν αναπτύχθηκαν καθόλου στις αστικές περιοχές, αλλά και στις αγροτικές περιοχές, στην ιατρική περίθαλψη και την οδοντιατρική φροντίδα. Δεν εφαρμόστηκαν, επίσης προγράμματα στήριξης του θεσμού της Π.Φ.Υ.

Μεγαλύτερα προβλήματα δημιουργεί και η έλλειψη προσωπικού, που σε συνδυασμό με την έλλειψη συστήματος παραπομπών οδηγούν σε αναποτελεσματικότητα. Γενικότερα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις αστικές περιοχές είναι κατακερματισμένη και δεν υπάρχει διασύνδεση των φορέων, ούτε μεταξύ τους, ούτε με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Επιπλέον, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν εφαρμόστηκε. Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής, αν και καθιερώθηκε το 1960, παραμένει χαμηλού κύρους. Το αποτέλεσμα είναι η έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και η απασχόληση του υπάρχοντος κυρίως στη συνταγογράφηση και όχι στην πρόληψη (Σουλιώτης, 2006).

Επιστημονικά ευρήματα και οι καταγραφές καταδεικνύουν την αναγκαιότητα μιας παρέμβασης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας καθώς σημειώνουν την αντίφαση πως, παρά τον ιατρικό πληθωρισμό που διακρίνει το ελληνικό σύστημα υγείας, η χώρα βρίσκεται στην πέμπτη θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσον αφορά στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των πολιτών για ιατρική επίσκεψη (Διάγραμμα 1) (Σουλιώτης κ.α., 2013).



Διάγραμμα 1: Αυτο-αναφερόμενη αδυναμία κάλυψης ανάγκης για ιατρική εξέταση λόγω περιορισμών στην πρόσβαση (δαπάνη, απόσταση, χρόνος) ανά φύλο, 2011

Πηγή: European Commission: Report on health inequalities in the European Union, September 2013.

4.5 Η σημερινή κατάσταση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

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 ανυπέρβλητων 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. 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 αποδιάρθρωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και η ιδιωτικοποίησή τους, αποκλείουν την πρόσβαση των οικονομικά αδύνατων που έχουν και τις μεγαλύτερες ανάγκες για φροντίδα υγείας (Αντωνιάδου κ.α., 2015).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΕΡΕΥΝΑ

5.1 Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να καταγραφεί η στάση και οι αντιλήψεις των πολιτών του Δήμου Καλαμάτας σχετικά με την ικανοποίησή τους κατά την επίσκεψή τους στις μονάδες υγείας της πόλης. Για το λόγο αυτό πήραμε ένα αξιόπιστο ερωτηματολόγιο (Παράρτημα) σχεδιασμένο έτσι ώστε να ταιριάζει με τη φύση ενός ακαδημαϊκού ιδρύματος.

Στη συνέχεια θα παρουσιάσουμε τη μελέτη που έγινε, τη μεθοδολογία που ακολουθήσαμε, και την ανάλυση των στοιχείων. Ο στόχος της έρευνας είναι να αναλύσουμε και να παρουσιάσουμε τα ευρήματα, αλλά και να διαπιστώσουμε εάν οι ερωτώμενοι πολίτες, είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των μονάδων υγείας.

5.2 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα) αποτελείται από 32 διερευνητικές ερωτήσεις, 3 συμπληρωματικές ερωτήσεις προσωπικού χαρακτήρα, 2 ερωτήσεις που αφορούν το λόγο και την ειδικότητα του ιατρού που επισκέφθηκαν καθώς και 2 ερωτήσεις συνολικής αξιολόγησης.

Στην αρχή του ερωτηματολογίου γίνεται μια εισαγωγή που περιλαμβάνει το σκοπό της έρευνας και εξηγείται το πώς θα χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που θα συλλέξουμε. Στη συνέχεια περιλαμβάνονται 32 ερωτήσεις κλειστού τύπου στις οποίες ο ερωτώμενος επιλέγει μια απάντηση, ανάμεσα στις εναλλακτικές που του προσφέρονται και χωρίζονται ως εξής: 5 ερωτήσεις που αφορούν τα ραντεβού, που αφορούν τα ραντεβού, 3 ερωτήσεις που αφορούν το χώρο και το χρόνο αναμονής, 2 ερωτήσεις που αφορούν τα άτομα με αναπηρία, 6 ερωτήσεις που αφορούν το χώρο της μονάδας υγείας, 4 ερωτήσεις που αφορούν το προσωπικό της μονάδας υγείας, 9 ερωτήσεις που αφορούν την ιατρική και νοσηλευτική συμπεριφορά και 3 ερωτήσεις που αφορούν την ενημέρωση. Στη συνέχεια τοποθετήθηκαν οι ερωτήσεις που αφορούν το φύλο, την ηλικία, και το μορφωτικό επίπεδο των πολιτών καθώς και ο λόγος της επίσκεψης στη μονάδα υγείας. Τέλος ζητούμε από τους ερωτηθέντες, να αξιολογήσουν συνολικά τη μονάδα υγείας που επισκέφθηκαν επιλέγοντας ταυτόχρονα τα σημαντικότερα θέματα που κατά τη γνώμη τους χρήζουν βελτίωσης.

5.3 Μέθοδος ανάλυσης δεδομένων

Στην έρευνά μας αφού συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια και συγκεντρώσαμε τα στοιχεία, στη συνέχεια χρησιμοποιήσαμε το excel για την ανάλυση των δεδομένων μας. Αρχικά, εφαρμόσαμε τη μέθοδο Ανάλυσης Συχνοτήτων (Frequencies) σε όλο το ερωτηματολόγιο. Σκοπός ήταν να περιγράψουμε το δείγμα μας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνά μας. Σύμφωνα με τους στόχους της έρευνας χρησιμοποιήσαμε την Ανάλυση Συχνοτήτων για να ερμηνεύσουμε τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτώμενοι.

5.4 Το δείγμα και η συλλογή των στοιχείων

Η έρευνα διενεργήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας. Για τη συλλογή των πληροφοριών, το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους ασθενείς το διάστημα 30/6/2016 έως 15/7/2016.

Τα ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν ήταν 52 συνολικά, και για το λόγο αυτό το αποτέλεσμα δεν μπορεί να χαρακτηριστεί αντιπροσωπευτικό, αλλά απλά ενδεικτικό

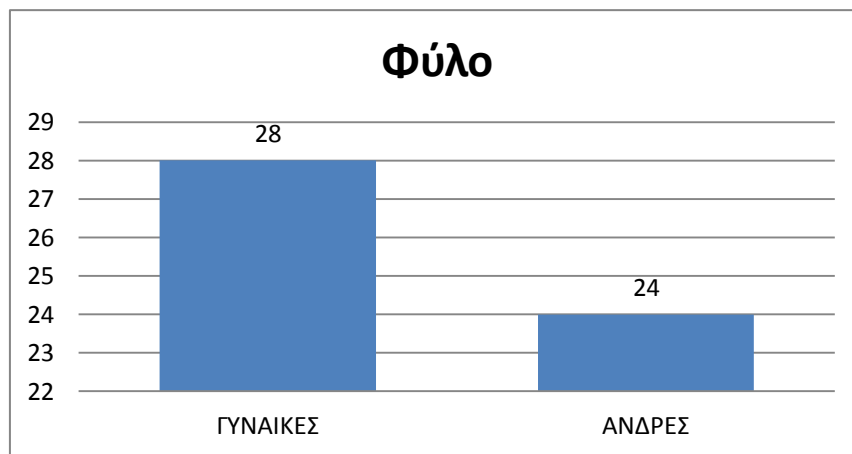
Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία, με μοναδικό κριτήριο την επιθυμία των ασθενών να συμμετάσχουν στην έρευνά μας.

5.5 Τα χαρακτηριστικά του δείγματος

Από τους 52 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, οι 24 ήταν άνδρες σε ποσοστό 46% και οι 28 ήταν γυναίκες σε ποσοστό 54%. (Πίνακας 1 & Διάγραμμα 2.

Πίνακας 2: Φύλο δείγματος

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις %	Σωρευτικό ποσοστό %
Άνδρας	24	46,0	46,0
Γυναίκα	28	54,0	100,0
Σύνολο	52	100,0	

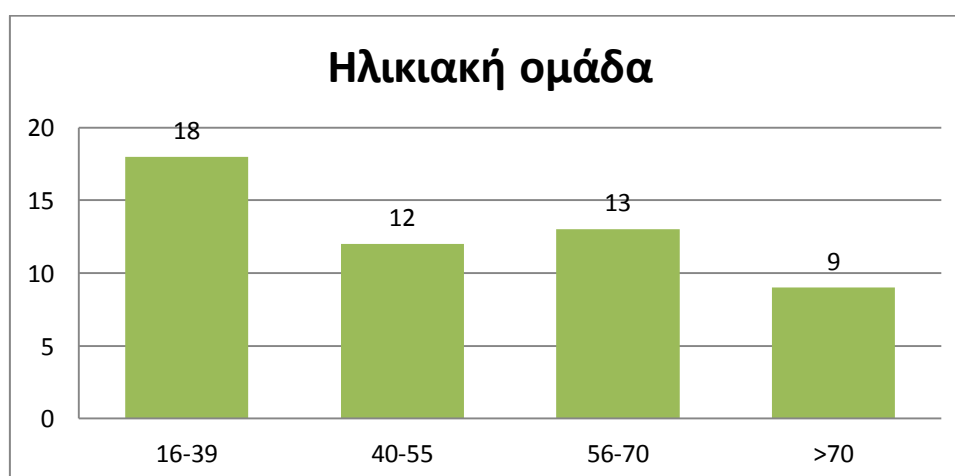


Διάγραμμα 2: Φύλο δείγματος

Όσον αφορά την ηλικία, 18 άτομα είναι ηλικίας 16-39 ετών σε ποσοστό επί του συνόλου 35%, 12 άτομα είναι ηλικίας 40-55 ετών, ποσοστό 23%, 13 άτομα είναι ηλικίας 56-70 ετών σε ποσοστό 25% και 8 άτομα είναι ηλικίας >70 ετών ποσοστό 17%. (Πίνακας 2 & Διάγραμμα 3).

Πίνακας 3: Ηλικία δείγματος

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις %	Σωρευτικό ποσοστό %
16-39 ετών	18	35,0	35,0
40-55 ετών	12	23,0	58,0
56-70 ετών	13	25,0	83,0
70+ ετών	8	17,0	100,0
Total	52	100,0	

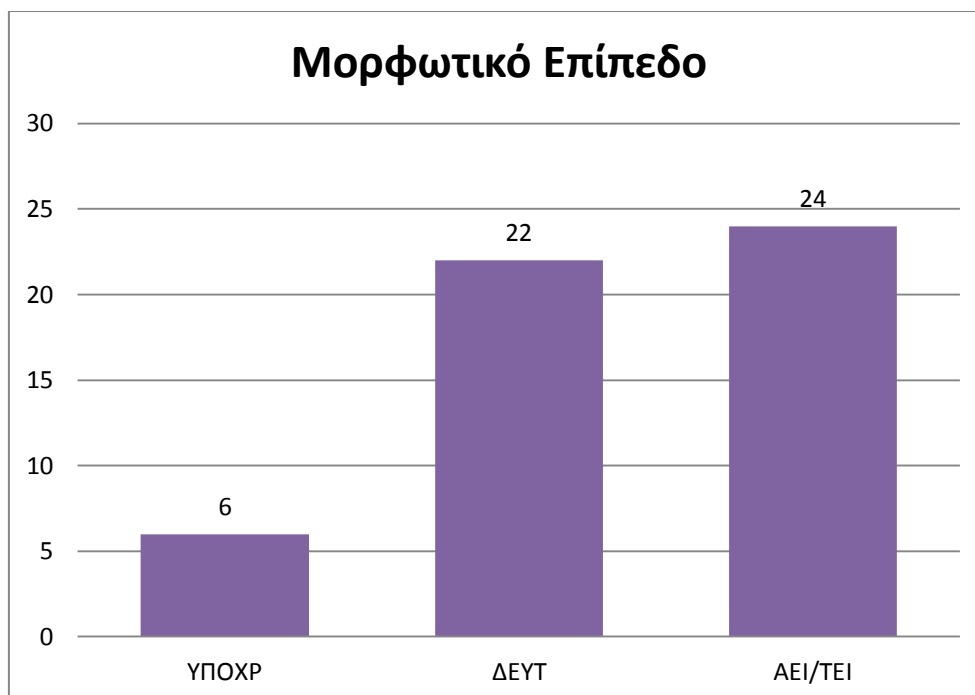


Διάγραμμα 3: Ηλικία δείγματος

Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, 6 άτομα είναι υποχρεωτικής εκπαίδευσης σε ποσοστό 12%, 22 άτομα είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε ποσοστό 42% και 24 άτομα είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ σε ποσοστό 46%, (Πίνακας 3 & Διάγραμμα 4)

Πίνακας 4: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις %	Σωρευτικό ποσοστό %
Υποχρεωτικής εκπαίδευσης	6	12,0	12,0
Απόφοιτος Δευτεροβάθμιας	22	42,0	54,0
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	24	46,0	100,0
Total	52	100	



Διάγραμμα 4: Μορφωτικό επίπεδο ερωτηθέντων

5.6 Ανάλυση - Περιγραφή των αποτελεσμάτων

5.6.1 Ραντεβού

Στην ερώτηση «Πόσες ημέρες περιμένατε για ραντεβού», οι 20 από τους ερωτώμενους σε ποσοστό 38% απάντησαν ότι περίμεναν πάνω από 30 ημέρες. Το 25%

περίμενε 8-14 ημέρες, το 23% περίμενε 15-30 ημέρες και μόλις το 4% έκλεισε ραντεβού από 0-3 ημέρες (Πίνακας 4).

Πίνακας 5: Ημέρες αναμονής για ραντεβού

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις %	Σωρευτικό ποσοστό %
0-3 ημέρες	2	4,0	4,0
4-7 ημέρες	5	10,0	14,0
8-14 ημέρες	13	25,0	39,0
15-30 ημέρες	12	23,0	62,0
>30 ημέρες	20	38,0	100,0
Total	52	100,0	

Στην ερώτηση «Πόσα λεπτά περιμένετε στην αναμονή για εξετάσεις», το 50% των ερωτώμενων δηλαδή 26 άτομα δήλωσαν ότι περίμεναν από 6-10 λεπτά, το 25% περίμενε από 10-15 λεπτά και το υπόλοιπο 25% δήλωσε ότι περίμενε από 16-30 λεπτά. Κανείς δεν δήλωσε ότι περίμενε από 0-5 λεπτά, αλλά και πάνω από 30 λεπτά (Πίνακας 5).

Πίνακας 6: Λεπτά στην αναμονή για εξέταση

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις %	Σωρευτικό ποσοστό %
0-5 λεπτά	0	0,0	0,0
6-10 λεπτά	26	50,0	50,0
10-15 λεπτά	13	25,0	75,0
16-30 λεπτά	13	25,0	100,0
>30 λεπτά	0	0,0	100,0
Total	52	100,0	

Στην ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από το τηλεφωνικό σύστημα για ραντεβού», 25 άτομα σε ποσοστό απάντησαν ότι είναι λίγο ικανοποιημένοι, 14 άτομα σε ποσοστό 27% ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι, 13 άτομα σε ποσοστό 25% είναι αρκετά ικανοποιημένοι, ενώ κανείς δεν απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος ή πολύ ικανοποιημένος (Πίνακας 6).

Πίνακας 7: Ικανοποίηση από τηλεφωνικό σύστημα για ραντεβού

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις %	Σωρευτικό ποσοστό %
Καθόλου	0	0,0	0,0
Λίγο	25	48,0	48,0
Μέτρια	14	27,0	75,0
Αρκετά	13	25,0	100,0
Πολύ	0	0,0	100,0
Total	52	100,0	

Στην ερώτηση «Το τηλεφωνικό κέντρο της Μονάδας Υγείας λειτουργεί ικανοποιητικά», το 50% των ερωτηθέντων απάντησε ότι λειτουργεί μέτρια, το 38% ότι λειτουργεί αρκετά ικανοποιητικά, το 12% ότι δεν λειτουργεί καθόλου ικανοποιητικά, ενώ κανείς δεν θεωρεί ότι λειτουργεί λίγο ή πολύ ικανοποιητικά (Πίνακας 7).

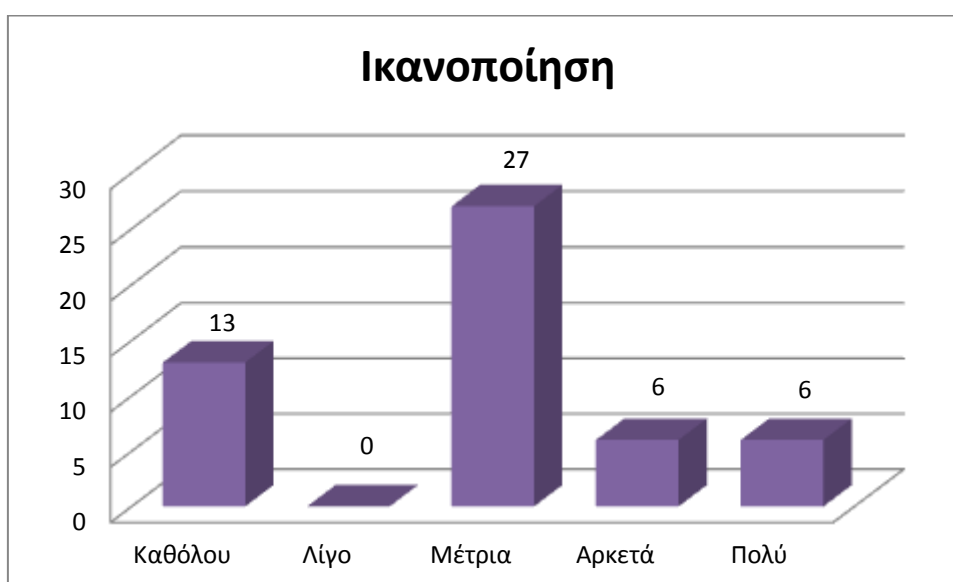
Πίνακας 8: Ικανοποίηση από τη λειτουργία του τηλεφωνικού κέντρου της μονάδας Υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις %	Σωρευτικό ποσοστό %
Καθόλου	6	12,0	12,0
Λίγο	0	0,0	12,0
Μέτρια	26	50,0	62,0
Αρκετά	20	38,0	100,0
Πολύ	0	0,0	100,0
Total	52	100,0	

Στην ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από το χρόνο που πέρασε από την ώρα που κλείσατε το ραντεβού μέχρι την ημέρα της εξέτασης», η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 52% απάντησε ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι, 12% είναι αρκετά ικανοποιημένοι, επίσης 12% είναι πολύ ικανοποιημένοι, ενώ το 24% δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι (Πίνακας 8 και Διάγραμμα 5)

Πίνακας 9: Ικανοποίηση από το χρόνο που πέρασε από το ραντεβού μέχρι την ημέρα της εξέτασης

	Συχνότητα	Ποσοστό επί τοις %	Σωρευτικό ποσοστό %
Καθόλου	13	24,0	24,0
Λίγο	0	0,0	24,0
Μέτρια	27	52,0	76,0
Αρκετά	6	12,0	88,0
Πολύ	6	12,0	100,0
Total	52	100,0	

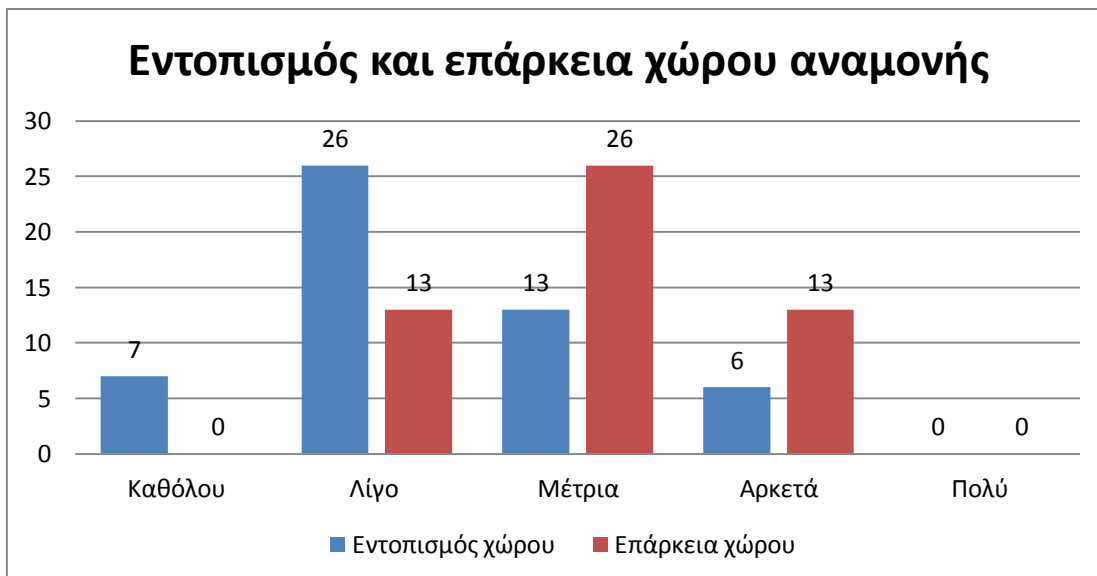


Διάγραμμα 5: Ικανοποίηση από το χρόνο που πέρασε από το ραντεβού μέχρι την ημέρα της εξέτασης

5.6.2 Χώρος και Χρόνος αναμονής στα ιατρεία

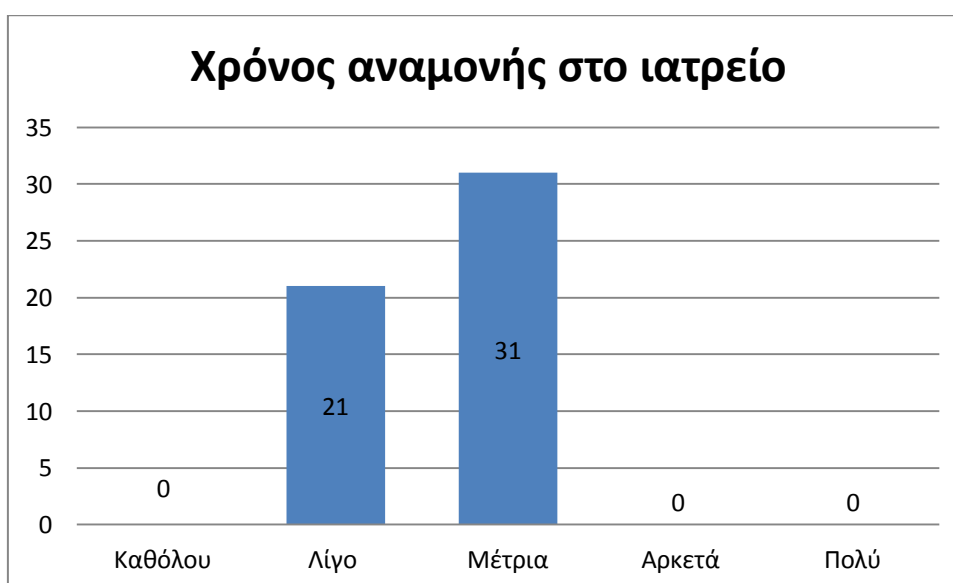
Στην ερώτηση «Είναι εύκολος ο εντοπισμός του χώρου επισκέψεως; Υπάρχουν πινακίδες ή πληροφορίες για τον προσανατολισμό των ασθενών;» 26 άτομα σε ποσοστό 50% απάντησαν ότι είναι λίγο εύκολος, 13 άτομα σε ποσοστό 25% απάντησαν ότι μέτρια, 7 άτομα σε ποσοστό 13% ότι δεν είναι καθόλου εύκολος και 6 άτομα ότι είναι αρκετά εύκολος. Κανένας δεν απάντησε ότι είναι πολύ εύκολος.

Στην ερώτηση «Είναι επαρκής ο χώρος και τα καθίσματα για την εξυπηρέτηση των προσερχομένων», το 50% απάντησε ότι είναι μέτρια επαρκής, και από 25% απάντησαν ότι είναι λίγο και αρκετά επαρκής. Κανείς δεν απάντησε ότι είναι πολύ επαρκής (Διάγραμμα 6)



Διάγραμμα 6: Εντοπισμός και επάρκεια χώρου αναμονής

Όσον αφορά την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από το χρόνο παραμονής στα ιατρεία», το 60% των ερωτηθέντων είναι μέτρια ικανοποιημένοι και το 40% λίγο ικανοποιημένοι (Διάγραμμα 7).

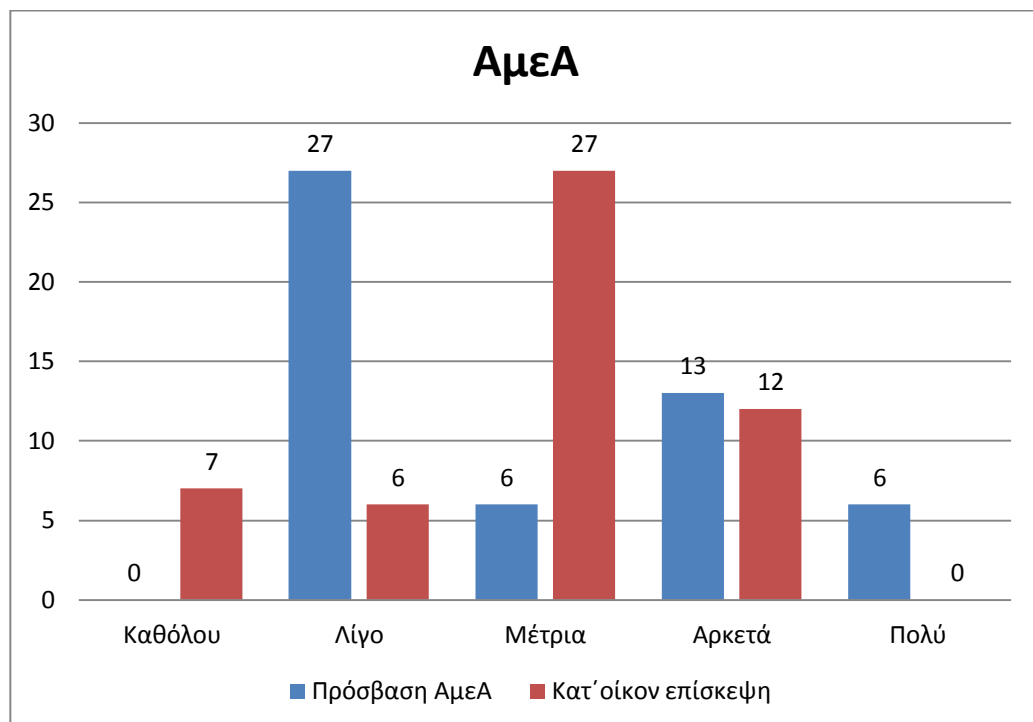


Διάγραμμα 7: Ικανοποίηση από το χρόνο αναμονής στο ιατρείο

5.6.3 Πρόσβαση ΑμεΑ

Στην ερώτηση «Είναι εύκολη η πρόσβαση και η εξυπηρέτηση ΑμεΑ;» η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 52% απάντησε λίγο, ενώ το 25% απάντησε πολύ και το 12% μέτρια.

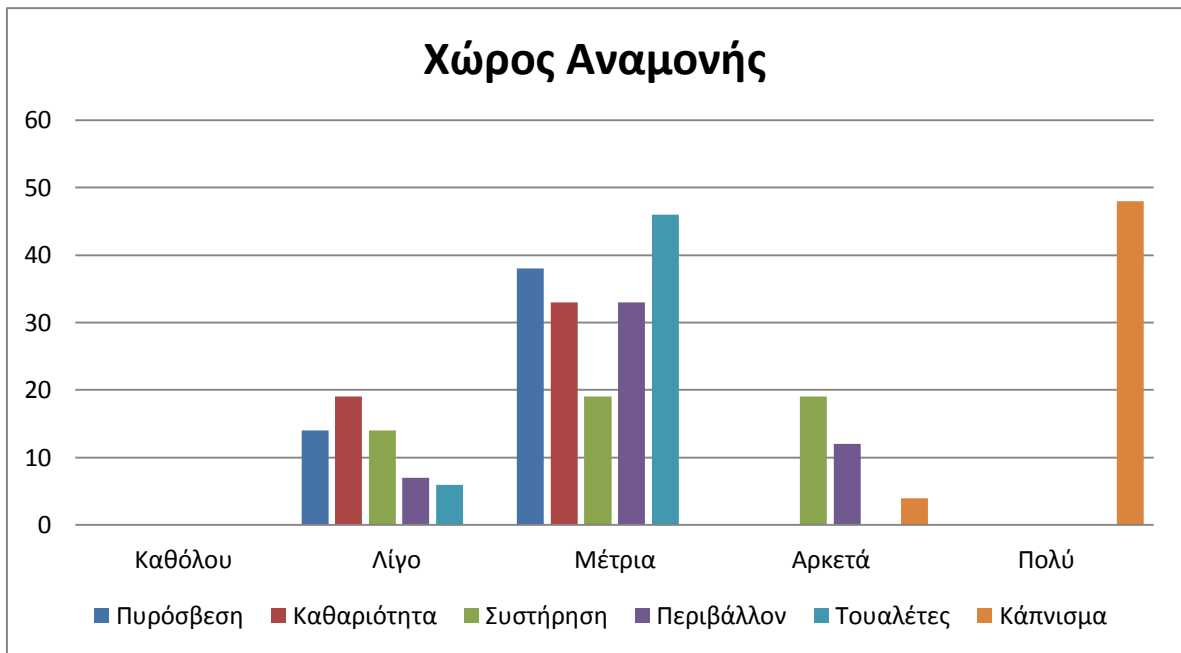
Στην ερώτηση «Είναι εύκολο να πραγματοποιηθούν δωρεάν κατ' οίκον επίσκεψη από το προσωπικό υγείας για ασθενείς με αδυναμία πρόσβασης στα ιατρεία», το 52% απάντησε μέτρια, το 25% απάντησε αρκετά, ενώ 13% απάντησε καθόλου και 12% λίγο.



Διάγραμμα 8: Διευκολύνσεις σε ΑμεΑ

5.6.4 Συνθήκες χώρου αναμονής

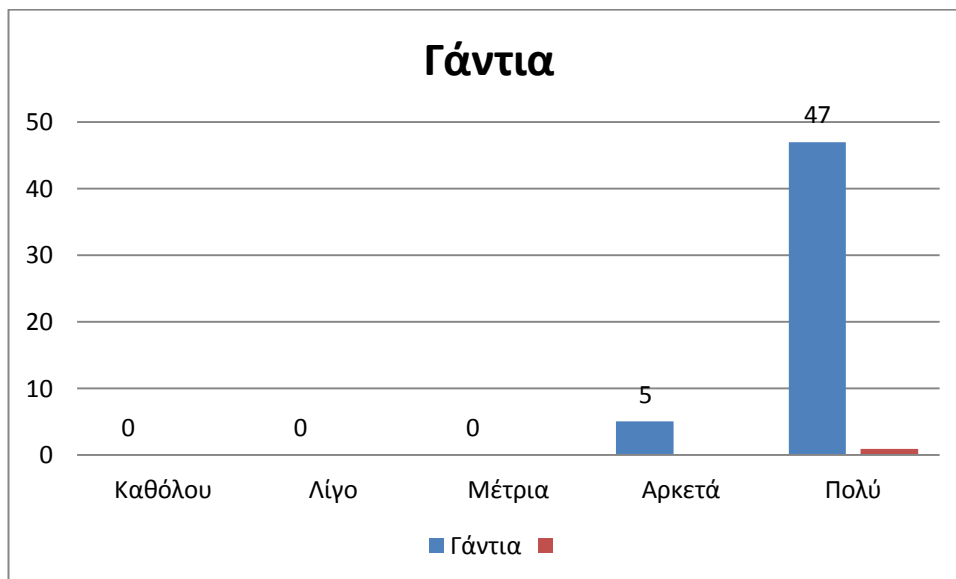
Όσον αφορά τις συνθήκες που επικρατούν στους χώρους αναμονής, οι ερωτηθέντες στην πλειοψηφία τους είναι μέτρια ικανοποιημένοι για τα μέτρα πυρόσβεσης, το περιβάλλον, την καθαριότητα που επικρατεί στο χώρο αλλά και στις τουαλέτες. Για το κάπνισμα στους χώρους είναι πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 92%, ενώ κανείς δεν απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένος σε καμιά από τις ερωτήσεις.



Διάγραμμα 9: Συνθήκες στο χώρο αναμονής

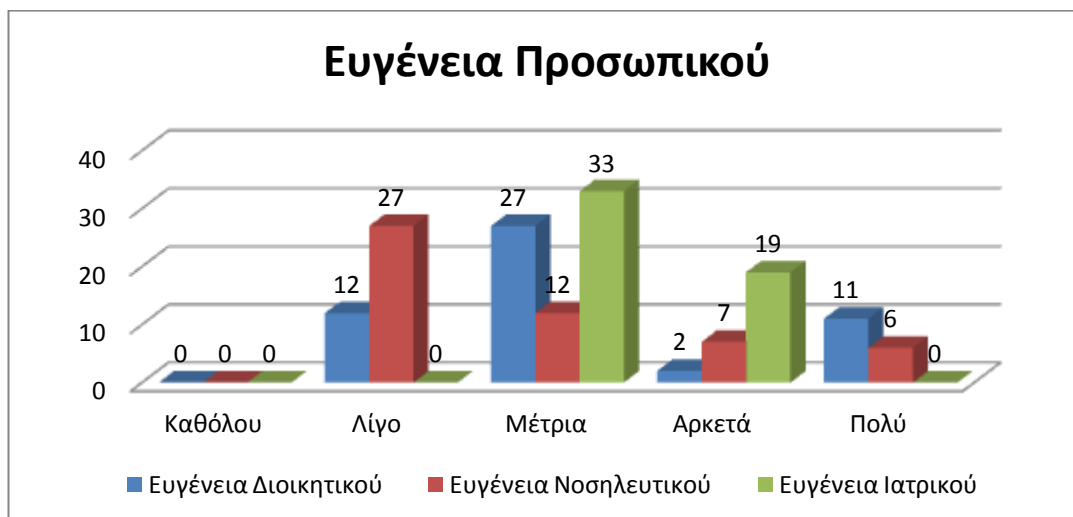
5.6.5 Ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό

Στην ερώτηση «Χρησιμοποιούνται γάντια σε κάθε επαφή του προσωπικού με σωματικά υγρά (π.χ. αιματοληψία)», η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι πολύ ικανοποιημένοι σε ποσοστό 90%, ενώ το υπόλοιπο 10% είναι αρκετά ικανοποιημένοι.



Διάγραμμα 10: Χρήση γαντιών

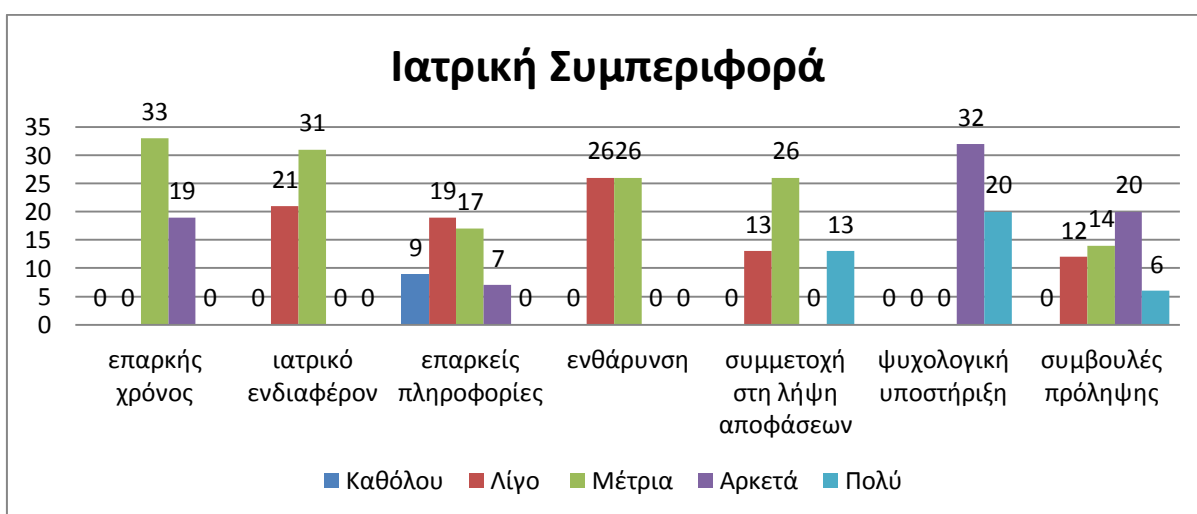
Όσον αφορά την ευγένεια που επιδεικνύει το προσωπικό προς τους ασθενείς, η πλειοψηφία είναι μέτρια ικανοποιημένη από το ιατρικό και διοικητικό προσωπικό, ενώ είναι λίγο ικανοποιημένη από το νοσηλευτικό προσωπικό



Διάγραμμα 11: Ευγένεια Προσωπικού

5.6.6 Ιατρική συμπεριφορά

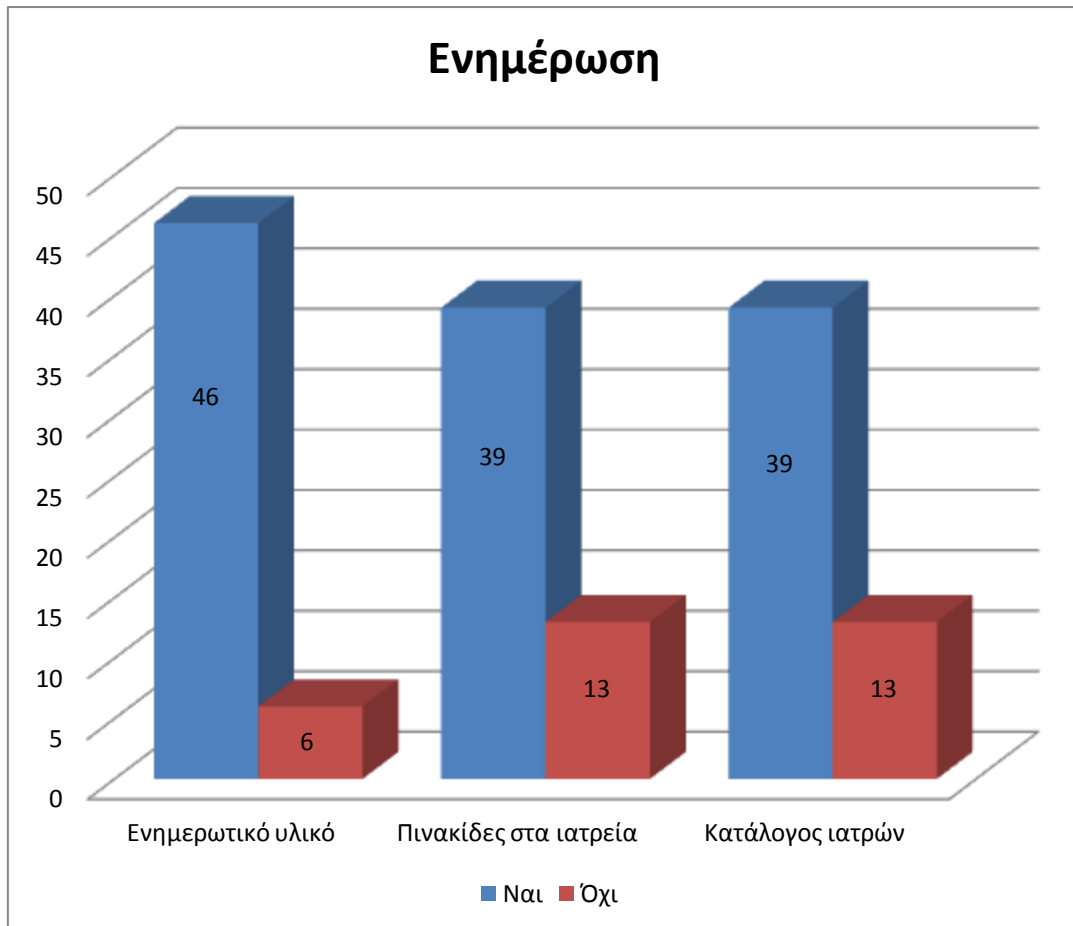
Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούσαν την ιατρική συμπεριφορά. Οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους, θεωρούν ότι δεν είναι επαρκής ο χρόνος που έχει στη διάθεσή του ο γιατρός για την εξέτασή τους. Είναι μέτρια ικανοποιημένοι από το ενδιαφέρον των ιατρών και διχασμένοι όσον αφορά τις ιατρικές πληροφορίες που λαμβάνουν. Είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την ψυχολογική στήριξη που τους παρέχεται



Διάγραμμα 12: Ιατρική Συμπεριφορά

5.6.7 Ενημέρωση

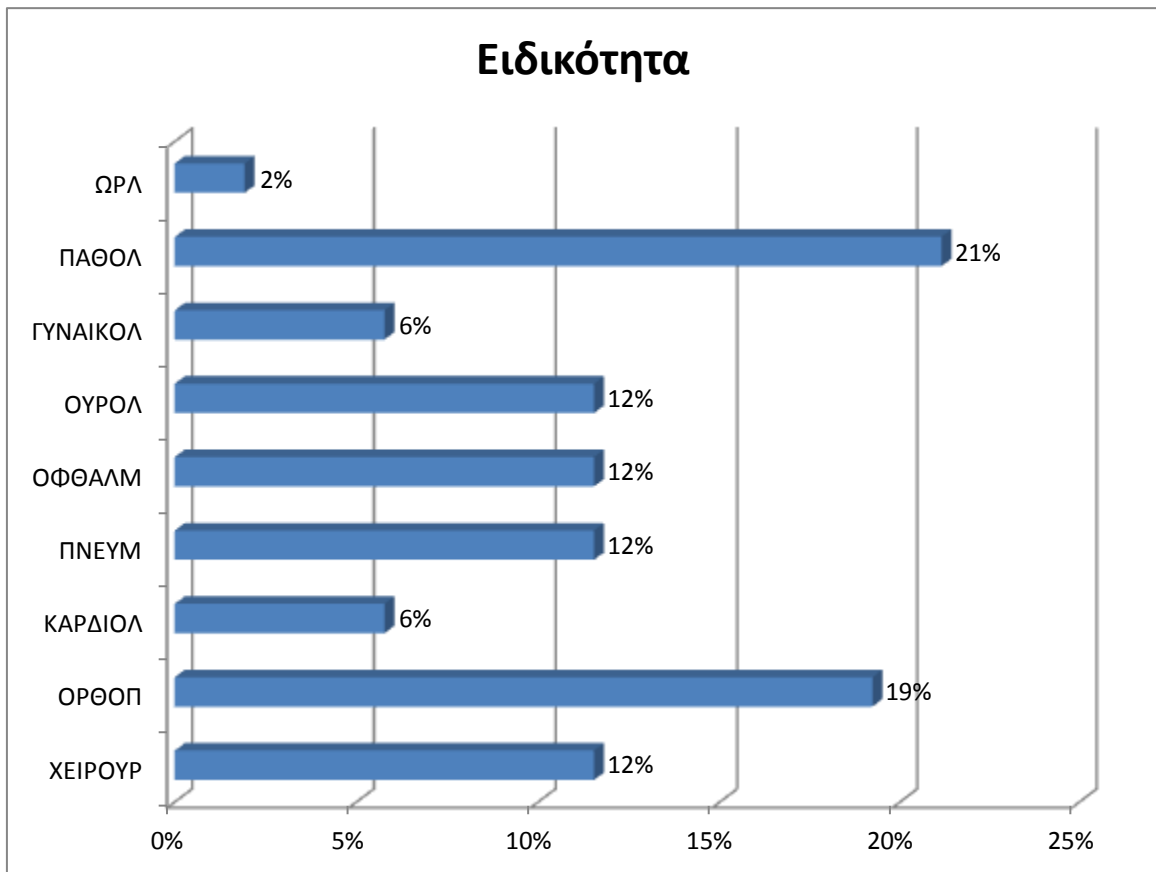
Στην ερώτηση αν έλαβαν από το ιατρικό προσωπικό ενημερωτικό υλικό για την πάθησή τους, οι ερωτώμενοι απάντησαν στην πλειοψηφία τους «ναι». Θεωρούν επίσης ότι οι πινακίδες στα ιατρεία είναι κατατοπιστικές και ότι υπάρχει ενημερωμένος κατάλογος των ιατρών της περιοχής τους (Διάγραμμα 14).



Διάγραμμα 13: Ενημέρωση

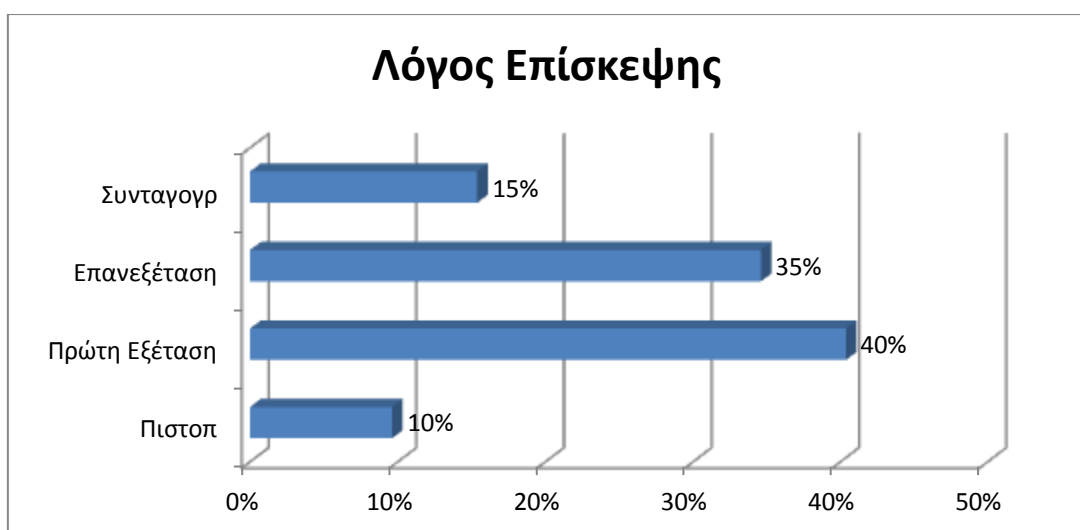
5.6.8 Ειδικότητα και λόγος επίσκεψης

Οι ασθενείς που ερωτήθηκαν, σε ποσοστό 21%, βρίσκονταν εκεί προκειμένου να επισκεφθούν παθολόγο, ποσοστό 19% ορθοπεδικό, από 12% ουρολόγο, οφθαλμίατρο, πνευμονολόγο και χειρουργό και τέλος από 6% γυναικολόγο και καρδιολόγο (Διάγραμμα 15)



Διάγραμμα 14: Ειδικότητα ιατρού

Το 40% των ασθενών θα έκανε την πρώτη εξέταση για την πάθηση που είχε, το 35% βρισκόταν στο ιατρείο για να επανεξεταστεί, το 15% προκειμένου ο ιατρός να του συνταγογραφήσει φάρμακα ή εξετάσεις και το 10% για πιστοποιητικά υγείας (Διάγραμμα 16).



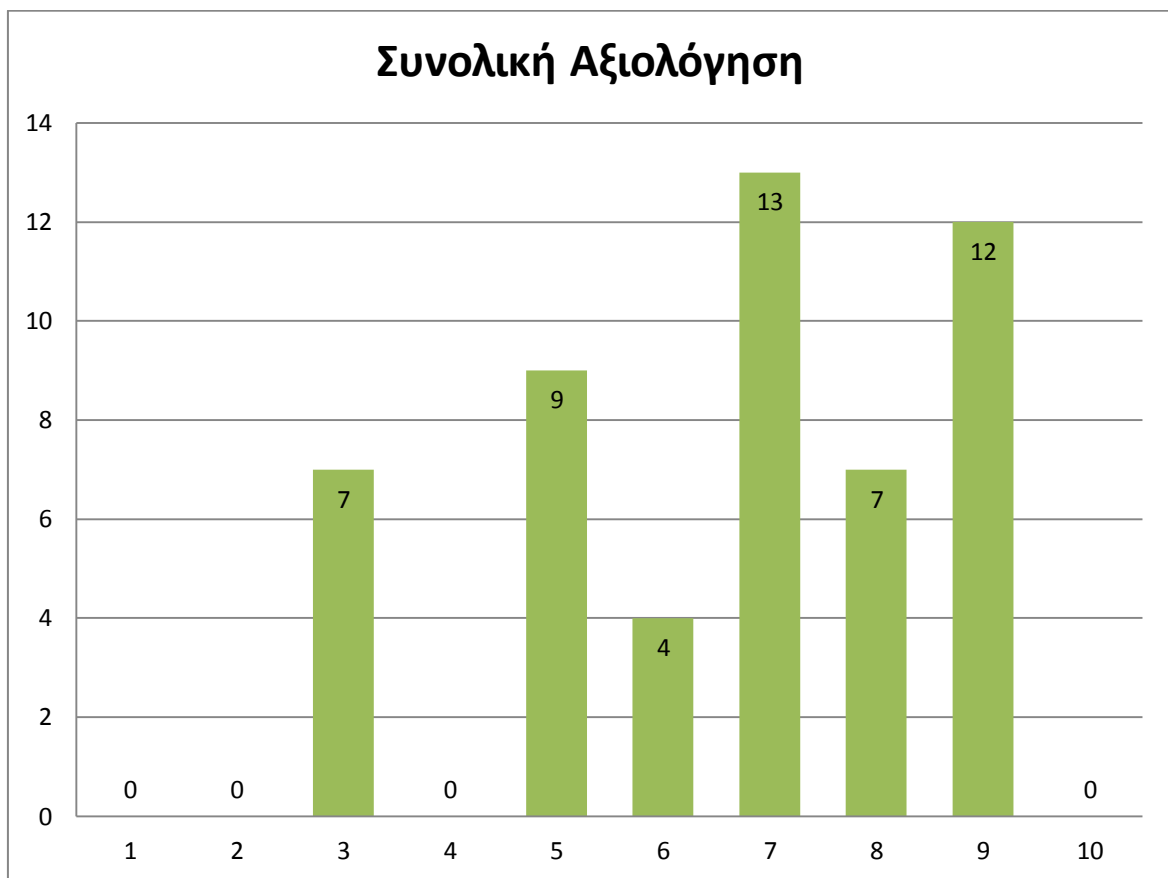
Διάγραμμα 15: Λόγος επίσκεψης

5.7 Συνολική αξιολόγηση

5.7.1 Βαθμός αξιολόγησης

Ζητήθηκε από τους ασθενείς να αξιολογήσουν συνολικά την εμπειρία τους από την επίσκεψή τους στο χώρο με άριστα το 10. Τα αποτελέσματα εμφανίζονται στο παρακάτω διάγραμμα 17. Ο μέσος όρος της αξιολόγησης είναι 5,2 βαθμοί.

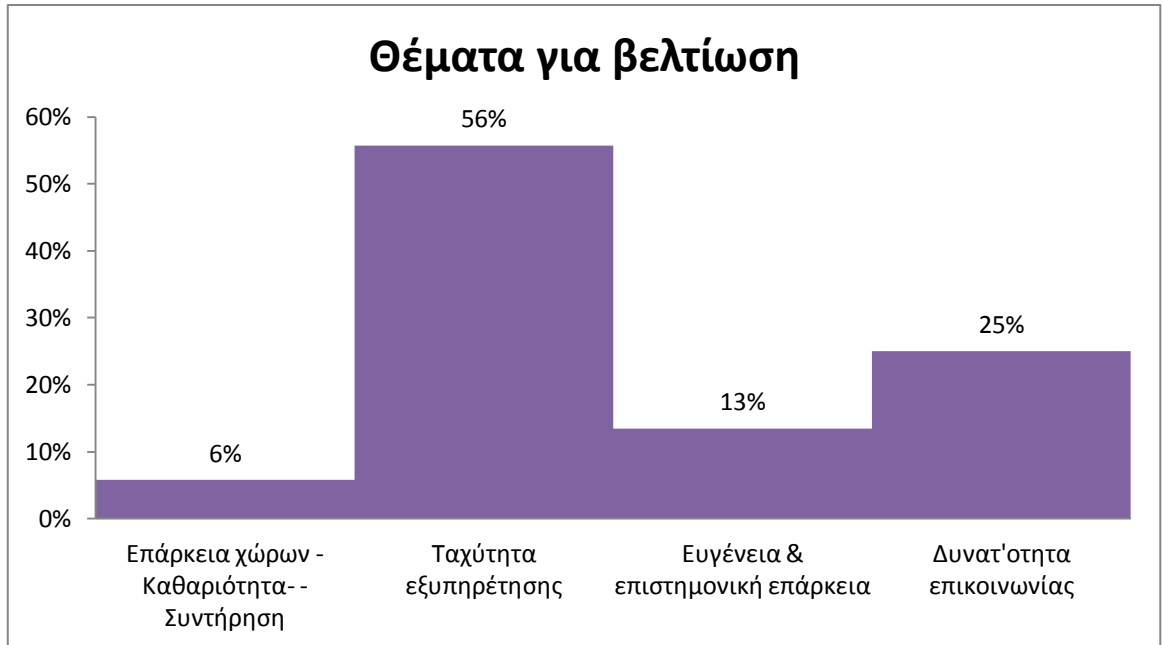
Είναι φανερό, ότι οι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τη συνολική εμπειρία τους στο χώρο.



Διάγραμμα 16: Βαθμός Συνολικής Αξιολόγησης

5.7.2 Θέματα για βελτίωση

Τέλος όσον αφορά τα θέματα που πρέπει να βελτιωθούν προκειμένου η κατάσταση στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους σε ποσοστό 56%, θεωρούν ότι το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η ταχύτητα εξυπηρέτησης.



Διάγραμμα 17: Θέματα για βελτίωση

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα τελευταία χρόνια έχουν ληφθεί αρκετά μέτρα, ωστόσο η πολιτική υγείας εξακολουθεί να παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα που αφορούν τη χρηματοδότηση, την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας, τα πολλά ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, προβλήματα στην εσωτερική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων και ένα τεράστιο συγκεντρωτικό σύστημα διοίκησης και ελέγχου από το Υπουργείο Υγείας.

Αυτό έχει σοβαρές επιπτώσεις και στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίες είναι δαιδαλώδεις και κατακερματισμένες, με τεράστια προβλήματα υποχρηματοδότησης και υποστελέχωσης, αλλά κυρίως και πάνω απ' όλα, τη λογική της διαχείρισης της αρρώστιας και όχι της υγείας.

Με βάση τη βιβλιογραφία που εξετάσαμε, αλλά και την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, προκύπτει ότι τα προβλήματα είναι πολλά με βασικότερο εκείνο της ταχύτητας της εξυπηρέτησης. Η εκτεταμένη ανθρωπιστική κρίση, η διευρυνόμενη κοινωνική και οικονομική ανισότητα και κατ' επέκταση, οι αναπάντητες ανάγκες για φροντίδα υγείας του πληθυσμού ανάγουν σε απόλυτη προτεραιότητα τη λήψη άμεσων μέτρων. Σύμφωνα με το πόρισμα της ομάδας εργασίας για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, τα μέτρα πρέπει να είναι τα παρακάτω:

- Παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, χωρίς προαπαιτούμενη ασφαλιστική κάλυψη, σε όλους τους διαμένοντες στην χώρα
- Δημιουργία του Χάρτη Υγείας, με όλους τους διαθέσιμους πόρους (δημόσιους, δημοτικούς, κοινωνικούς)
- Δημιουργία Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας, ενιαίου για όλες τις υπηρεσίες του ΕΣΥ
- Συγκρότηση Ομάδων Εργασίας ΠΦΥ, με σκοπό την μελέτη, τον σχεδιασμό, την στήριξη και την αξιολόγηση της εφαρμογής μέτρων βελτίωσης
- Συνεργασία με εθελοντικές δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας (κοινωνικά ιατρεία, δομές αλληλεγγύης, κ.α.)
- Διαρκή ενημέρωση του πληθυσμού για το Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ και την χρήση του
- Συνεχιζόμενη αγωγή υγείας και εκπαίδευσή του πληθυσμού για τα χρόνια νοσήματα και την αυτοφροντίδα τους
- Στελέχωση

- Αξιοποίηση όλων των εργαζόμενων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο ΠΕΔΥ και τα Νοσοκομεία
- Αξιοποίηση όλων των εργαζόμενων στις δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (λειτουργική διασύνδεση)
- Προσλήψεις για κάλυψη απαραίτητων κενών θέσεων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης
- Σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών και αδυναμίας κάλυψης απαραίτητων κενών θέσεων, προκηρύσσονται θέσεις με συμβάσεις απασχόλησης ορισμένου χρόνου
- Άμεση ανάπτυξη και στελέχωση Μονάδων Φροντίδας Υγείας Γειτονιάς, με γιατρούς γενικής ιατρικής, κατά προτεραιότητα (ή με παθολόγους), με παιδίατρους, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς, μαίες και διοικητική υποστήριξη.
- Επανατοποθέτηση των εργαζόμενων, από τα Κέντρα Υγείας στα Περιφερειακά Ιατρεία
- Άμεση κάλυψη επείγουσών αναγκών, με προσλήψεις, με βάση τις ανάγκες σε επίπεδο ΥΠΕ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αντωνιάδου Ι., Κούτης Α., Λιονής Χ., Μυλωνέρος Θ., Παναγιωτόπουλο; Τ., Μπένος Α. (2015). «Βασικές αρχές, θέσεις και προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα» Υ.Υ.Κ.Α. <http://www.docmed.gr>
2. Βολιτάκη Σ. (2014). «Η ανάθεση υπηρεσιών από τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε εξωτερικούς φορείς τη χρονική περίοδο 2010-2013». Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Πειραιάς. http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/8490/Volitaki_Stiliani.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Γιανασμίδης Α., Τσιαούση Μ. (2011). «Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980-2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Τεύχος 29.
4. Ε.Ο.Π.Π.Υ. (2013). «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ο ρόλος του ΕΟΠΠΥ. 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση». Αθήνα. <http://www.moh.gov.gr/articles/news/1967-protash-proedroy-eopyy-gia-th-metarrythmish-sthn-prwtobathmia-frontida-ygeias?fdl=6114>.
5. Ευμορφίδου Π. (2013). «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Κριτική της εξέλιξης και οι προκλήσεις του μέλλοντος». http://www.special-edition.gr/pdf_dioik_enim/pdf_de_50/evmorfidou.pdf
6. Ζιώγα Μ.Α., (2014). «Ποιότητα στο χώρο της Υγείας». Διπλωματική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Πειραιώς. Πειραιάς. <http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/6561/DY1211.pdf?sequence=1>
7. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (ΙΝ.Ε.). (2012). «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας» <http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/04/files/report7.pdf>
8. Καδδά Ο., Μαρβάκη Α., Τζαβάρας Α., Μαζγάλα Κ., Παληός Θ., Κόνιας Ν., Ανδρουλάκη Ζ. (2010). «Οι ανάγκες των πολιτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα». Περιοδικό Το Βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 9^{ος}, Τεύχος 1^ο Ιαν-Μάρ 2010. Αθήνα. http://www.vima-asklapiou.gr/volumes/2010/VOLUME%2001_10/VA_OP_1_09_01_10.pdf

9. Καμπουρά Π. (χ.χ.). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα».
<http://docplayer.gr/757793-Protovathmia-frontida-ygeias-stin-ellada.html>
10. Κυριόπουλος Γ. (2013). «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως προϋπόθεση ανασυγκρότησης του υγειονομικού τομέα». Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Τομέας Οικονομικών της Υγείας. Κέρκυρα.
http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/
11. Νικολοπούλου Α. (2004), «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα». Διπλωματική. Εργασία, ΕΑΠ, Πάτρα, σ. 46-51
12. Πιερράκος Γ. (2008). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τοπική κοινωνία». Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
13. Πράπα Π., Φακή Μ. (χ.χ.). «Θεωρητική προσέγγιση της έννοιας “υγεία”».
http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_51/11.pdf
14. Ρόκα Β. (2013). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: η Ευκαιρία» των Συστημάτων Υγείας σε Καιρό Οικονομικής Κρίσης». Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης. <http://journal-ene.gr/?p=2032>
15. Σαρρής Μ., (2001), «Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής». Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
16. Σουλιώτης Κ. (2006). «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας». Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
17. Σουλιώτης Κ., Θηραίος Ε., Καϊτελίδου Δ., Παπαδακάκη Μ., Τσαντίλας Π., Τσιρώνη Μ., Ψαλτοπούλου Θ. (2013). «Βασικά σημεία πρότασης για τη Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Επιστημονική Επιτροπή. Αθήνα.
<http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/porisma.pdf>
18. Σουρτζή Π., (1998). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». 10(4): 179-185.
19. Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. (2011). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές». Περιοδικό Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. Τόμος 3. Τεύχος 4, 140-148.
<http://www.inhealthcare.gr/download/el/article/protovathmia-frontida-ugeias-stin-ellada-katastasi-kai-prooptikes4f025f.pdf>
20. Τούντας Γ.(2000). «Κοινωνία και Υγεία». Εκδόσεις Οδυσσέας Νέα Υγεία. Αθήνα
21. Τούντας Ι. (2008). «Η Πολιτική Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Από την Εναρμόνιση στη Σύγκλιση» <http://www.neaygeia.gr/page.asp?p=788>

22. Τριανταφύλλου Μ. (2004). «Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο». Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. Αθήνα.
http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/15/12/669.pdf
23. Τσιομλεξή Δ. (χ.χ.) «Σύγχρονες πολιτικές Υγείας». Σημειώσεις μαθήματος. ΤΕΙ Πάτρας. Πάτρα
<http://eclass.teipat.gr/eclass/modules/document/index.php?course=649145&download=/53172522y2s9.ppt>.
24. Υπουργείο Υγείας και Ομάδα Δράσης για την Ελλάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. (2013). «Σχέδιο Δράσης για ένα καθολικό, ενιαίο, ολοκληρωμένο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Αθήνα
25. Χλέτσος Μ. (2011). «Οικονομικά της υγείας». Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα.
26. Χλέτσος Μ. (2011). «Η δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και πολιτικές» στο *Οικονομία και Κοινωνία*. Κύκλος Διαλέξεων. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Τμήμα Οικονομικών Επιστημών. Ιωάννινα.
http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/eisagogikes_enies_politiki_igias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf

Ξενογλώσση

1. Arrow K., (1963). «Uncertainty and thw welfare economics of medicare». The American economic review 53ː941-973
2. Murray C., Frenk J., (2000), «A WHO framework for health system performance assessment», (Evidence and Information for Policy World Organization),
<http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf>,

Διαδίκτυο

1. http://europa.eu/pol/health/index_el.htm
2. www.mednet.gr/eeeea/pdf/law-1397-1983.pdf
3. www.isch.gr/files/pfyfinal020206.doc

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η διακήρυξη της ΑΛΜΑ ΑΤΑ για την Υγεία

Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), στις 12 Σεπτεμβρίου του 1978, εκφράζοντας την ανάγκη για ανάληψη άμεσης δράσης από όλες τις κυβερνήσεις, τους εργαζομένους σε υπηρεσίες υγείας και ανάπτυξης και την παγκόσμια κοινότητα, για την προστασία και προαγωγή της υγείας όλων των ανθρώπων, διατύπωσε την ακόλουθη Διακήρυξη:

Διακήρυξη

I

Η Διάσκεψη επισημαίνει για μιαν ακόμη φορά την ισχυρή πεποίθησή της ότι η Υγεία (η οποία ορίζεται ως κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλά ως απουσία νόσου ή αναπηρίας) αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ότι η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί έναν πολύ σημαντικό παγκόσμιο στόχο του οποίου η πραγματοποίηση προϋποθέτει τη συμβολή πολλών άλλων οικονομικών και κοινωνικών τομέων, πέραν του τομέα υγείας.

II

Η υπάρχουσα τεράστια ανισότητα στο επίπεδο υγείας -ιδιαίτερα μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, αλλά και σε καθεμία ξεχωριστά- είναι, αφενός μεν, πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτη, αφετέρου δε, κοινού ενδιαφέροντος για όλες τις χώρες.

III

Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βασισμένη σε μια Νέα Διεθνή Οικονομική Τάξη είναι βασικής σημασίας για την ολοκληρωμένη επίτευξη υγείας για όλους και τη μείωση του χάσματος μεταξύ του επιπέδου υγείας των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών. Η προώθηση και προστασία της ανθρώπινης υγείας είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και συμβάλλει στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την επικράτηση της παγκόσμιας ειρήνης.

IV

Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα, αλλά και καθήκον να συμμετέχουν, ατομικά και συλλογικά, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της φροντίδας υγείας τους.

V

Οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους η οποία μπορεί να εκπληρωθεί μόνο με την εφαρμογή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Ένας από τους κύριους κοινωνικούς στόχους κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών και ολόκληρης της παγκόσμιας κοινότητας, στις ερχόμενες δεκαετίες, πρέπει να είναι η επίτευξη μέχρι το έτος 2000 ενός επιπέδου υγείας για όλους τους ανθρώπους παγκόσμια, που θα τους επιτρέπει να διάγουν έναν κοινωνικά και οικονομικά παραγωγικό βίο. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί το κλειδί για την επίτευξη αυτού του στόχου ως μέρος μιας ανάπτυξης στο πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης.

VI

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασική υγειονομική μέριμνα, η οποία στηρίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι προσβάσιμη από το σύνολο των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και τους παρέχεται σε διαδραστική μορφή και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί ανεξαρτήτως σταδίου ανάπτυξης και μέσα σε πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. προσδιορίζεται ως αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μίας χώρας, του οποίου αποτελεί κεντρική λειτουργία και κύριο στόχο, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, φέρνοντας την υγειονομική φροντίδα όσο το δυνατόν κοντύτερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται. Με τον τρόπο αυτό συνιστά το πρώτο στάδιο μιας αλληλουχίας υπηρεσιών υγείας

VII

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1. αντανακλά τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικοπολιτιστικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας και των κοινοτήτων της και αναπτύσσεται βάσει αυτών. Στηρίζεται, δε, στην εφαρμογή σχετικών αποτελεσμάτων που προκύπτουν από έρευνες κοινωνικών, βιοϊατρικών, και υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και την εμπειρία της δημόσιας υγείας.
2. εστιάζει στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας, παρέχοντας ανάλογες υπηρεσίες προαγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

3. περιλαμβάνει κατ' ελάχιστον: εκπαίδευση που αφορά τα κύρια προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους· διασφάλιση επαρκούς σίτισης και προαγωγή σωστής διατροφής· επαρκή παροχή ασφαλούς πόσιμου νερού και αποχέτευσης· μητρική και παιδική φροντίδα υγείας, περιλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού· ανοσοποίηση έναντι των κυρίων μεταδοτικών λοιμώξεων· πρόληψη και έλεγχο τοπικών ενδημικών νόσων· κατάλληλη αντιμετώπιση συνήθων νοσημάτων και τραυμάτων· προμήθεια βασικών φαρμάκων.
4. εμπλέκει, πέραν του τομέα της υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης και σε όλες τις μορφές τους· συγκεκριμένα: γεωργία, κτηνοτροφία, βιομηχανία, εκπαίδευση, στέγαση, δημόσια έργα, επικοινωνίες κ.ά. και απαιτεί τη συνεργασία όλων αυτών των παραγόντων.
5. αξιώνει και προάγει τη μέγιστη κοινοτική και ατομική αυτοδυναμία και συμμετοχή στο σχεδιασμό, την οργάνωση, την εφαρμογή και τον έλεγχο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αξιοποιώντας πλήρως τοπικές, εθνικές και άλλες διαθέσιμες πηγές· και με αυτό το στόχο αναπτύσσει, μέσω της κατάλληλης εκπαίδευσης, την ικανότητα της κοινότητας να συμμετέχει.
6. πρέπει να στηρίζεται σε ενιαίες, λειτουργικές και αλληλοεξαρτώμενες υπηρεσίες παραπομπής οδηγώντας σε σταδιακή βελτίωση μιας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας για όλους και δίνοντας προτεραιότητα σε αυτούς με τη μεγαλύτερη ανάγκη.
7. στηρίζεται, τόσο σε τοπικό, όσο και σε επίπεδο παραπομπής, σε εργαζόμενους υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικών λειτουργών, όπως επίσης και πρακτικών θεραπευτών εφόσον χρειάζεται, κατάλληλα κοινωνικά και πρακτικά εκπαιδευμένους, προκειμένου να εργάζονται ως ομάδα υγείας και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες που εκφράζει η κοινότητα.

VIII

Όλες οι κυβερνήσεις πρέπει να διαμορφώσουν εθνικές πολιτικές, στρατηγικές και σχέδια δράσης προκειμένου να προωθήσουν και να στηρίξουν την Π.Φ.Υ. ως τμήμα ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας και σε συντονισμό με άλλους τομείς. Για το σκοπό αυτό, είναι απαραίτητο να εκφραστεί σαφής πολιτική βούληση, να επιστρατευτούν κρατικοί πόροι και να γίνει ορθολογική χρήση των διαθέσιμων εξωτερικών πόρων.

ΙΧ

Όλες οι χώρες πρέπει να συμπράξουν με πνεύμα συνεργασίας και προσφοράς προκειμένου να εξασφαλίσουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για όλους από τη στιγμή που η επίτευξη αυτού του στόχου για μία χώρα αφορά και ωφελεί άμεσα κάθε άλλη χώρα. Σε αυτό το πλαίσιο, η κοινή έκθεση του W.H.O. και της UNICEF για την Π.Φ.Υ. συνιστά μια σταθερή βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη και τη λειτουργία της σε παγκόσμιο επίπεδο.

Χ

Ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για όλους τους ανθρώπους μέχρι το έτος 2000 μπορεί να επιτευχθεί με την πληρέστερη και καλύτερη χρήση των παγκόσμιων πόρων, ένα σημαντικό μέρος των οποίων διατίθεται αυτή τη στιγμή σε εξοπλισμούς και στρατιωτικές συγκρούσεις. Μια γνήσια πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης, ύφεσης και αφοπλισμού δύναται και οφείλει να απελευθερώσει επιπλέον πόρους οι οποίοι μπορούν να αφιερωθούν σε ειρηνικούς σκοπούς και πιο συγκεκριμένα στην ταχύτερη κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη από την οποία η Π.Φ.Υ., ως ουσιώδες τμήμα της, οφείλει να διεκδικήσει το κατάλληλο μέρος. Η Διεθνής Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καλεί για επείγουσα και αποτελεσματική εθνική και διεθνή δράση, προκειμένου να αναπτυχθεί και να εφαρμοστεί πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλον τον κόσμο και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες σε ένα πνεύμα τεχνικής συνεργασίας και σε συμφωνία με μια νέα διεθνή οικονομική τάξη. Παροτρύνει τις κυβερνήσεις, τον WHO, τη UNICEF και άλλους διεθνείς οργανισμούς, καθώς επίσης διμερείς και πολυμερείς οργανισμούς, Μ.Κ.Ο., οικονομικούς οργανισμούς, εργαζομένους υγείας και όλη την παγκόσμια κοινότητα να στηρίξουν μια εθνική και διεθνή δέσμευση για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να παράσχουν αυξημένη τεχνική και οικονομική στήριξη σε αυτή, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η διάσκεψη καλεί όλους τους προαναφερθέντες να συνεργαστούν στην εισαγωγή, ανάπτυξη και διατήρηση της Π.Φ.Υ. σε συμφωνία με το πνεύμα και το περιεχόμενο της Διακήρυξης.