



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΑ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ**

**ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ:  
ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ  
ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**Επιβλέπων: Πλατής Χαράλαμπος**

**Σπουδάστρια: Βραχνέλη Αγγελική**

**ΑΘΗΝΑ - 2017**

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΑ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ**

**ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Τίτλος: Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και Σύστημα Υγείας:  
Μεταρρυθμιστικές Προσπάθειες, Προβλήματα και Προοπτικές**

**Σπουδάστρια: Βραχνέλη Αγγελική**

**Επιβλέπων: Πλατής Χαράλαμπος**

**Αθήνα - 2017**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) έχει αναδειχθεί, τις τελευταίες δεκαετίες, σε έννοια - κλειδί για τα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών, καθώς θεωρείται ο κορμός, στον οποίο πρέπει να στηρίζεται κάθε αποτελεσματικό σύστημα υγείας.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται, αρχικά, ο ορισμός των εννοιών της υγείας και των υπηρεσιών υγείας και ακολουθεί συνοπτική παρουσίαση των διαφόρων ειδών των συστημάτων υγείας. Στη συνέχεια, προσεγγίζεται εννοιολογικά το περιεχόμενο του υποσυστήματος της ΠΦΥ, σύμφωνα με την ιστορική Διακήρυξη της Άλμα Άτα, ενώ στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται μνεία στα συστήματα παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ πέντε ευρωπαϊκών χωρών, οι οποίες κρίθηκαν άξιες αναφοράς.

Κατόπιν, η ανάλυση επικεντρώνεται στο ελληνικό υποσύστημα της ΠΦΥ, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί στη χώρα μας τα τελευταία 34 χρόνια, από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη του νομοθετικού πλαισίου της ΠΦΥ, μέχρι την πιο πρόσφατη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του νόμου 4486/2017, ο οποίος στοχεύει στη στρατηγική αναμόρφωση του υποσυστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας. Λόγω του εύρους της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης, κρίθηκε σκόπιμη η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας, μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων, με συγκεκριμένα επιτελικά στελέχη του ΕΣΥ, εμπλεκόμενα είτε στο στάδιο του σχεδιασμού του νόμου, είτε στο στάδιο της υλοποίησης του. Η ανάλυση και ομαδοποίηση των συλλεγέντων δεδομένων αποσκοπούν στην εξεύρεση απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία κινήθηκαν σε τρεις βασικούς άξονες: Πρώτον, στον προσδιορισμό των χρόνιων προβλημάτων της ΠΦΥ που αντιμετωπίζονται επιτυχώς με το νόμο, δεύτερον, στον εντοπισμό πιθανών προβλημάτων στο στάδιο της υλοποίησης του νόμου και τρίτον, στην παρουσίαση τυχόν εναλλακτικών προτάσεων για την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ στην Ελλάδα.

Λέξεις – κλειδιά: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σύστημα Υγείας, Ελλάδα, Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), Οικογενειακός Γιατρός, Σύστημα Παραπομπών

## ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) has been regarded, in the past few decades, as a core concept of the health systems of developed countries.

This thesis aims, initially, to define the concepts of health and health services and then proceeds to describe the different types of health systems. In the next few chapters, the review attempts both a delineation of the concept of PHC, based on the Declaration of Alma Ata, and a presentation of the provision of PHC in five European countries, which were deemed important for various reasons.

Then, this review becomes focused on the Greek PHP system, which has been in operation for the last 34 years, ever since the National Health System (ESY) was instituted. The development of PHC's legislative framework is examined, up to and including the most recent law (Law 4486/2017), which constitutes a radical reform in the provision of PHC services. Due to the large scope of the attempted reform, the process of qualitative content analysis was applied, using data drawn from interviews with selected civil servants, who were involved in drafting the law, or will be involved in its implementation. The analysis and grouping of the collected data attempted to provide answers to the research questions, which covered three topics: a) The existing problems in the Greek PHC system that the recent law aims to remedy, b) The possible obstacles in the implementation of the law, and c) The alternative approaches to the reform of the Greek PHC system.

Key words: Primary Health Care, Health System, Greece, National Health System (ESY), General Practitioner, Gatekeeping

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1.	Εισαγωγή.....	9
1.1.	Εννοιολογική Προσέγγιση της Υγείας.....	9
1.2.	Εννοιολογική Προσέγγιση των Υπηρεσιών Υγείας.....	11
2.	Πολιτική Υγείας και Σύστημα Υγείας .....	13
2.1.	Πολιτική Υγείας.....	13
2.2.	Σύστημα Υγείας .....	13
3.	Είδη συστημάτων υγείας.....	15
3.1.	Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας.....	15
3.2.	Σύστημα Τύπου Bismarck (Σύστημα Κοινωνική Ασφάλισης) .....	16
3.3.	Σύστημα Τύπου Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας) .....	16
3.4.	Μεικτό Σύστημα .....	17
4.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).....	18
4.1.	Εννοιολογική Προσέγγιση και Λειτουργική Αποστολή της ΠΦΥ .....	18
4.2.	Ομάδα Υγείας και Οικογενειακός Γιατρός .....	21
4.4.	Διαχωρισμός Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και ΠΦΥ .....	23
4.4.	Συμπεράσματα .....	23
5.	Η ΠΦΥ σε άλλες χώρες.....	24
5.1.	Μεγάλη Βρετανία.....	24
5.2.	Γερμανία.....	26
5.3.	Ολλανδία .....	28
5.4.	Ελβετία.....	29
5.5.	Νορβηγία.....	31
5.6.	Συμπεράσματα .....	33
6.	Η ΠΦΥ στην Ελλάδα .....	34
6.1.	Επισκόπηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) .....	34
6.2.	Ιστορική Εξέλιξη του Νομοθετικού Πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	35
6.3.	Φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	38
6.4.	Προβλήματα Παροχής Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.....	39
6.5.	Συμπεράσματα .....	41
7.	Ο Νόμος 4486/2017 για τη Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ.....	42
8.	Αξιολόγηση της Μεταρρύθμισης του Ν.4486/2017 .....	47
8.1.	Παράμετροι Ποιοτικής Έρευνας και Ανάλυσης .....	47
8.2.	Αποτελέσματα Ποιοτικής Ανάλυσης .....	49

8.3.Συμπεράσματα .....	56
9. Επίλογος.....	58
10. Βιβλιογραφία.....	59

ΕΣΔΔΑ, Βραχνέλη Αγγελική, ©, 2017 - Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Δήλωση

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν ολικής ή μερικής αντιγραφής».

Αθήνα, 28/10/2017

Υπογραφή

Βραχνέλη Αγγελική

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Δ.Υ.Πε.	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Ν.	Νόμος
Ν.Δ.	Νομοθετικό Διάταγμα
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Πε.Σ.Υ.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
Το.Μ.Υ.	Τοπική Μονάδα Υγείας
Το.Π.Φ.Υ.	Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας



## 1. Εισαγωγή

### 1.1. Εννοιολογική Προσέγγιση της Υγείας

Πριν από την ανάλυση των ζητημάτων που άπτονται της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), η οποία αποτελεί την κεντρική έννοια της παρούσας εργασίας, είναι απαραίτητο να προηγηθεί, ως εισαγωγή, για την ευχερέστερη κατανόηση των ζητημάτων που θα αναπτυχθούν στα επόμενα κεφάλαια, η εννοιολογική προσέγγιση του όρου της υγείας.

Η υγεία θεωρείται ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους κι ευτυχισμένης ζωής. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι είναι μια έννοια απόλυτα συνυφασμένη με την ίδια την ανθρώπινη ύπαρξη. Στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας, η έννοια της υγείας θεωρούνταν από τους περισσότερους πολιτισμούς ολιστικά, σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος του (Σουρτζή, 1998).

Οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι είχαν το δικό τους τρόπο προσέγγισης της υγείας. Για τον Πλάτωνα, υγεία ήταν η κυριαρχία του λογικού μέρους επί του επιθυμητικού μέρους μεταξύ των τριών μερών της ψυχής, ενώ για τον Αριστοτέλη η υγεία μπορεί να θεωρηθεί ως η προϋπόθεση της ικανότητας κάποιου να κινηθεί ή να επιτύχει ένα σκοπό. Όσο πιο υγιής είναι κάποιος, τόσο περισσότερες δυνατότητες και επιλογές έχει (Μαζαράκη, 2012).

Για τη λέξη υγεία έχουν χρησιμοποιηθεί διαχρονικά ποικίλοι ορισμοί. Ένας από τους επικρατέστερους ορισμούς της έννοιας είναι εκείνος που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 1946, σύμφωνα με τον οποίο η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (WHO, 1946).

Ο ορισμός αυτός δέχτηκε έντονη κριτική, με την αιτιολογία ότι δεν έχει λειτουργική αξία και ότι δημιουργεί ασάφεια όσον αφορά στην ανάπτυξη συνεκτικών στρατηγικών υγείας. Επίσης, λόγω της συμπερίληψης της λέξης «πλήρους», θεωρήθηκε ότι δέχεται την υγεία ως μια κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίστηκε ως ουτοπική (Callahan, 1973).

Στα χρόνια που ακολούθησαν, ο ορισμός αυτός συνέχισε να αναθεωρείται και να επαναδιατυπώνεται. Έτσι, στην Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έλαβε χώρα στην Alma-Ata το Σεπτέμβριο του 1978 με πρωτοβουλία του ΠΟΥ, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως εξής: «η υγεία, που είναι μια κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και 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» (WHO, 1978).

Αυτό σημαίνει ότι η κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αντανακλάται όχι μόνο στους κλασικούς δείκτες αρνητικής υγείας, δηλαδή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, αλλά περιλαμβάνει και τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τα ίδια τα άτομα (Κυριόπουλος, 2002). Επίσης, με τον παραπάνω ορισμό η υγεία αναγνωρίζεται ως μία διαρκώς εναλλασσόμενη και εξελισσόμενη διαδικασία ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα, δεδομένου ότι εστιάζει στους σωματικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που καθορίζουν την υγεία.

Όπως προαναφέρθηκε, η υγεία θεωρούνταν από καταβολής κόσμου, σε όλες τις ανθρώπινες κοινωνίες, ως μια έννοια στενά συνυφασμένη με την ίδια την ανθρώπινη ύπαρξη. Όμως, μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, οπότε οι αναπτυσσόμενες χώρες μπήκαν σε τροχιά αναδιοργάνωσης και επούλωσης των πληγών τους, άρχισε να διαμορφώνεται μια συναινετική ιδεολογία για την υγεία ως «αγαθό» και μάλιστα δημόσιο. Αυτή ήταν η αφετηρία της οργάνωσης του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας, η οποία συντελέστηκε μέσω της ανάδειξης του δικαιώματος του κάθε πολίτη να απολαμβάνει αυτό το αγαθό. Σύμφωνα με τη θεώρηση αυτή, κάθε πολίτης μπορεί να κάνει χρήση του αγαθού της υγείας με βάση την ανάγκη του για αυτή και όχι από τον πλούτο που διαθέτει. Βέβαια, στις αρχές τις δεκαετίας του 1960 υποστηρίχθηκε και η αντίθετη άποψη από κάποιους οικονομολόγους (όπως οι Lees, J. και S. Jewkes, S. Wiseman Jr. και άλλοι) και τους οπαδούς της Σχολής του Πανεπιστημίου του Σικάγο. Αυτοί διατύπωσαν την άποψη ότι οι δυνάμεις της αγοράς μπορούν να επιφέρουν μια άριστη και αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας, όπως ακριβώς συμβαίνει με όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά (Μαζαράκη, 2012). Λόγω των συνθηκών που επικρατούσαν εκείνη τη χρονική περίοδο και της άνηθης που γνώριζε ακόμα το

κοινωνικό κράτος, η άποψη αυτή δεν κατάφερε να κυριαρχήσει, τέθηκε όμως για πρώτη φορά στο χώρο της υγείας το μεγάλο δίλημμα, σχετικά με το αν η υγεία πρέπει να χαρακτηριστεί ως «αγαθό» ή ως «εμπόρευμα». Στην πρώτη περίπτωση, το κάθε κράτος θα πρέπει να είναι υπεύθυνο για τη δωρεάν εξασφάλιση του αγαθού της υγείας, με βάση τις πληθυσμιακές ανάγκες, ενώ στη δεύτερη περίπτωση, η υγεία θα πρέπει να πωλείται και να αγοράζεται με βάση τις τιμές που ορίζονται από την αγορά.

## **1.2. Εννοιολογική Προσέγγιση των Υπηρεσιών Υγείας**

Ανεξάρτητα από την απάντηση στο δίλημμα του χαρακτηρισμού της υγείας ως δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό, κρίνεται σκόπιμο σε αυτό το σημείο να γίνει αναφορά στον όρο «υπηρεσίες υγείας». Οι απόψεις για την υγεία οριοθέτησαν μία σειρά κατευθυντήριων δράσεων σχετικά με τη μέριμνα της υγείας. Οι δράσεις αυτές προσδιόρισαν ένα πλαίσιο κανόνων, θεωρητικά και πρακτικά ικανών να εξυπηρετήσουν τον ορισμό της υγείας. Με τον όρο «υπηρεσίες υγείας», περιγράφεται το σύνολο των δράσεων και των κανόνων που αναπτύχθηκαν για τη μέριμνα της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες υγείας αφορούν στο σύνολο των παρεχόμενων ιατρικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών που απολαμβάνει κάθε άτομο καθώς και του μηχανισμού παροχής και διανομής τους. Στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνεται τόσο η έννοια της φροντίδας υγείας, όσο και αυτή της περίθαλψης.

Η φροντίδα υγείας (health care) αποτελεί ευρεία έννοια και αναφέρεται στο σύνολο των πολιτικών, δραστηριοτήτων και παροχών που προσφέρονται σε πάσχοντες, αλλά και σε υγιή άτομα με σκοπό τη διατήρηση και βελτίωση της υγείας τους. Η φροντίδα υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών και παροχών πρόληψης, προαγωγής της υγείας αλλά και θεραπείας και αποκατάστασης.

Η φροντίδα υγείας εκφράζεται με την ασκούμενη πολιτική υγείας και γίνεται πράξη μέσω της νομοθεσίας που υιοθετείται τόσο για την πρόληψη της διάδοσης των κινδύνων για την υγεία, όσο και για την κάλυψη των αναγκών ασθένειας των πολιτών. Η περίθαλψη έχει στενότερη έννοια από τη φροντίδα υγείας και αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας, δηλαδή σε πάσχοντες.

Σε όλα τα συστήματα υγείας, διακρίνονται δύο μορφές περίθαλψης (εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή και νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη) και τρία επίπεδα οργάνωσης (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο) (Θεοδώρου, et al., 2001).

Η εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη περιλαμβάνει τις υπηρεσίες εκείνες, οι οποίες παρέχονται σε ασθενείς που δεν είναι απαραίτητο να εισαχθούν και νοσηλευθούν στο νοσοκομείο προκειμένου να διαγνωστεί και θεραπευτεί το πρόβλημα υγείας τους. Οι υπηρεσίες της εξωνοσοκομειακής ή ανοικτής περίθαλψης συνθέτουν το πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης.

Από την άλλη πλευρά, στο δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο εντάσσονται οι υπηρεσίες που αφορούν στη νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη, η οποία παρέχεται στα νοσοκομεία. Ειδικότερα, το δευτεροβάθμιο επίπεδο συγκροτείται από υπηρεσίες παρεχόμενες στα ιδιωτικά ή δημόσια νοσοκομεία από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων, ενώ το τριτοβάθμιο επίπεδο αποτελείται από υπηρεσίες περίθαλψης που αφορούν στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας (Γεωργακοπούλου, 2014).

## **2. Πολιτική Υγείας και Σύστημα Υγείας**

### **2.1. Πολιτική Υγείας**

Μετά τη σύντομη εισαγωγή στις βασικές έννοιες της υγείας και των υπηρεσιών υγείας, ακολουθεί ο προσδιορισμός δύο ακόμα εννοιών, άρρηκτα συνδεδεμένων με τις δυο προηγούμενες αλλά και μεταξύ τους: Η πρώτη είναι η πολιτική υγείας και η δεύτερη το σύστημα υγείας.

Ως πολιτική υγείας ορίζεται το σύνολο των κανόνων και των μέτρων που ρυθμίζουν σε μια χώρα την παροχή, διανομή και κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η πολιτική υγείας εντάσσεται στις κοινωνικές πολιτικές και αποτελεί τμήμα της ευρύτερης κρατικής πολιτικής, ενώ εξαρτάται τόσο από τις εν γένει πολιτικές δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από άλλες παραμέτρους, όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες κ.ά.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, μια ξεκάθαρη πολιτική υγείας μπορεί να επιτύχει, μεταξύ άλλων, τον σαφή καθορισμό ενός οράματος για το μέλλον, ο οποίος με τη σειρά του βοηθά στην εδραίωση στόχων και σημείων αναφοράς βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα, ενώ παράλληλα χτίζεται η συναίνεση και προωθείται η ενημέρωση των πολιτών (WHO, n.d.).

### **2.2. Σύστημα Υγείας**

Η εφαρμογή της πολιτικής υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και μιας συγκεκριμένης οργάνωσης που θα υλοποιήσει την πολιτική υγείας και θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της. Η συγκεκριμένη δομή και οργάνωση στο χώρο της υγείας είναι το σύστημα υγείας. Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας διαμορφώθηκαν στη βάση συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και αντικατοπτρίζουν ως ένα βαθμό την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται (Χλέτσος, n.d.).

Για την έννοια του συστήματος υγείας έχουν διατυπωθεί διάφοροι ορισμοί. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων

ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας». Κατά τον Roemer σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό».

Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο, 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 (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους: 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 (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα, τα οποία βρίσκονται σε δυναμική αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση:

- α) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την εξέλιξη του, όπου διερευνώνται συνολικά οι αιτιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας.
- β) Την παραγωγή υπηρεσιών υγείας που αποτελείται από το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία με σκοπό την προστασία της υγείας του πληθυσμού.
- γ) Τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας, καθώς είναι αναγκαία η μελέτη και γνώση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας της αύξησης των δαπανών με ραγδαίους ρυθμούς, της ανάπτυξης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και του καταναλωτικού χαρακτήρα του αγαθού της υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

### 3. Είδη συστημάτων υγείας

Με βάση τον τρόπο χρηματοδότησης, οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας διακρίνουμε τέσσερα πρότυπα οργάνωσης: το Φιλελεύθερο Σύστημα (ή Σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης), το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Σύστημα Bismarck), το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Σύστημα Τύπου Beveridge) και το Μεικτό Σύστημα. Παρά τις επιμέρους διαφορές τους, σε όλα τα συστήματα υγείας διακρίνονται δύο μορφές περίθαλψης (ανοικτή ή κλειστή) και τρία επίπεδα οργάνωσης (πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο, τριτοβάθμιο), όπως αναφέρθηκε υπό 1.2..

#### 3.1. Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Το Φιλελεύθερο Σύστημα βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση. Στο σύστημα αυτό, η υγεία θεωρείται εμπόρευμα και όχι κοινωνικό αγαθό. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας κυριαρχεί, καθώς η υγειονομική κάλυψη είναι προσωπική επιλογή του καθενός. Έτσι, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παραμένει ανασφάλιστο, ενώ εμφανίζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες.

Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παραγωγής, οι τιμές των υπηρεσιών υγείας κ.λπ. καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση. Το Φιλελεύθερο Σύστημα εξασφαλίζει στον ασθενή το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του γιατρού και στον γιατρό το δικαίωμα της ελεύθερης εγκατάστασης και του καθορισμού του ύψους της αμοιβής του. Σημαντικότερος εκπρόσωπος του Φιλελεύθερου Συστήματος είναι οι ΗΠΑ, όπου το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών ανήκει στην ιδιωτική πρωτοβουλία ενώ το κράτος παρεμβαίνει και καλύπτει τους φτωχούς και ηλικιωμένους με υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από τα προγράμματα Medicare και Medicaid (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

### **3.2. Σύστημα Τύπου Bismarck (Σύστημα Κοινωνική Ασφάλισης)**

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχτηκε στο πρότυπο του Καγκελαρίου Bismarck, ο οποίος το 1880 θέσπισε στη Γερμανία το πρώτο σύστημα αυτού του είδους. Κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Η φιλοσοφία του συστήματος είναι ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στηρίζεται στη βάση της λογικής της ασφάλισης. Στη Γερμανία έλαβε τη μορφή της ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων, ενώ στη Γαλλία έλαβε τη μορφή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης της υγείας, μέσα από τη δημιουργία διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων (Χλέτσος, n.d.). Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης και τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, αφού η ασφαλιστική κάλυψη είναι υποχρεωτική για το σύνολο 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. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο δημόσιο, είτε σε ιδιώτες. Επίσης, το σύστημα χαρακτηρίζεται από την έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

### **3.3. Σύστημα Τύπου Beveridge (Εθνικό Σύστημα Υγείας)**

Το εθνικό σύστημα υγείας (σύστημα τύπου Beveridge) έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας(National Health System – NHS) της Μ. Βρετανίας. Το σύστημα αυτό αναπτύχθηκε στη βάση των αρχών του Beveridge. Βασική φιλοσοφική ιδέα του εθνικού συστήματος υγείας είναι η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών. Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Χαρακτηριστικά αυτού του συστήματος είναι ο έντονος κρατικός παρεμβατισμός, η πλήρης και καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση που προέρχεται κυρίως από τη φορολογία (αλλά και από ασφαλιστικές εισφορές) και ο ενιαίος σχεδιασμός και προγραμματισμός, με κεντρική στρατηγική και επιμέρους υγειονομικούς στόχους, με βάση τις πραγματικές ανάγκες υγείας του



πληθυσμού (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007). Επίσης, οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν κατά κανόνα στο κράτος.

### **3.4. Μεικτό Σύστημα**

Το μεικτό σύστημα υγείας αποτελεί την ενδιάμεση μορφή του ιδιωτικού (φιλελεύθερου) και του δημόσιου (συστήματα τύπου Beveridge και Bismarck) μοντέλου. Τα συστήματα αυτά, επειδή βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, υπηρετούν την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, η οποία χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα του καθενός και όχι τις ανάγκες υγείας που έχει. Η παρέμβαση του κράτους είναι σημαντική· όχι μόνο παρεμβαίνει σε κεντρικό επίπεδο και καθορίζει τη στρατηγική, αλλά διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και σε επίπεδο οργάνωσης και διοίκησης. Πέραν αυτών έρχεται αρωγός και συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης, διασφαλίζοντας στον πληθυσμό ένα μίνιμουμ υπηρεσιών υγείας. Σε τέτοια συστήματα υπάρχει συνήθως μεγάλη ποικιλία σε ότι αφορά το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υπηρεσιών, τον τρόπο παραγωγής και διανομής τους, τον τρόπο αμοιβής των προμηθευτών κ.λπ. Οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, εντάσσονται σε αυτή την κατηγορία (Μπουρσανίδης, 1991).

#### **4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) είναι η κεντρική έννοια της παρούσας εργασίας. Το κεφάλαιο 4 ξεκινά με την εννοιολογική προσέγγιση της ΠΦΥ και τον προσδιορισμό της λειτουργικής της αποστολής. Έπειτα, αναπτύσσονται δύο από τις βασικές της συνιστώσες (οικογενειακός γιατρός και ομάδα υγείας) και το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με την επισήμανση των διαφορών της ΠΦΥ από τη συγγενή έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

##### **4.1. Εννοιολογική Προσέγγιση και Λειτουργική Αποστολή της ΠΦΥ**

Η ΠΦΥ είχε κατά καιρούς διαφορετικό περιεχόμενο ανάλογα με τις επικρατούσες κοινωνικές αρχές και αξίες, και το δημογραφικό και επιδημιολογικό πρότυπο που καθόριζε τις υγειονομικές ανάγκες. Τη δεκαετία του '70, ο Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία & Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) σύστηνε στα κράτη-μέλη να λάβουν μέτρα για «τη συγκράτηση του κόστους του υγειονομικού τομέα», διότι εκτός από τη γενική οικονομική κρίση, η οποία προκλήθηκε από την πετρελαϊκή κρίση, και τη συνεχή άνοδο των δαπανών υγείας, είχε επιφυλάξεις σχετικά με την επάρκεια και την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού τομέα σε σχέση με το κόστος, αφού η βελτίωση της υγείας των ατόμων ήταν οριακή και οι ανισότητες σε όλα τα επίπεδα παρέμεναν (OECD, 1977).

Την ίδια περίοδο υπήρχε προβληματισμός σχετικά με την κατανόηση και την ορθή χρήση της δαπανηρής ιατρικής τεχνολογίας που αναπτυσσόταν ραγδαία, καθώς και την επίδραση που είχε τελικά στην υγεία των πληθυσμών. Επιπλέον, οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των ίδιων των χρηστών των υγειονομικών υπηρεσιών αυξάνονταν χωρίς να βρίσκουν όμως ανταπόκριση (Κωλέτση - Κουνάρη, 1996)

Μέσα σε αυτό το κλίμα της καθολικής αναγνώρισης της ανεπάρκειας και αναποτελεσματικότητας των υγειονομικών συστημάτων διοργανώθηκε το Σεπτέμβριο του 1978, με πρωτοβουλία του ΠΟΥ, η Διεθνής Συνδιάσκεψη στην Άλμα Άτα του Καζακστάν, όπου προσδιορίστηκε εννοιολογικά η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Health Care) και διατυπώθηκε στην τελική διακήρυξη ότι αποτελεί το μέσο για την υλοποίηση του σκοπού που υιοθετήθηκε («Υγεία για όλους»).

Όπως αναφέρεται στο κείμενο της Διακήρυξης της Άλμα Άτα, «έναν 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 επιτρέψει 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» (WHO, 1978).

Η ΠΦΥ ορίζεται στο άρθρο 6 της Διακήρυξης ως «**βασική φροντίδα** που βασίζεται σε τεκμηριωμένες ιατρικά και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και αξιοποιεί κατάλληλα τη σύγχρονη τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή αποτελεί το **πρώτο επίπεδο επαφής** των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας και παρέχεται με την πλήρη **συμμετοχή** τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο ανάπτυξής της. Η ΠΦΥ αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το **κεντρικό σημείο αναφοράς**, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι πολίτες ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτή απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες **πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης**» (WHO, 1978).

Από τον παραπάνω ορισμό καθίσταται σαφές ότι η ΠΦΥ συνιστά μια έννοια με ευρύτατο περιεχόμενο που συγκροτεί όχι απλώς μια νέα αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια, αλλά κυρίως ένα νέο κοινωνικό ρεύμα για την οικοδόμηση ενός διαφορετικού τρόπου ζωής και μια νέας κουλτούρας υγείας (Μωραΐτης, et al., 1995). Η νέα φιλοσοφία βασίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας, στην ισότητα, στην αλληλεγγύη, στην κοινωνική δικαιοσύνη και στην αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την ΠΦΥ και πιο συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη στη λήψη των αποφάσεων που επηρεάζουν την υγεία.

Το υποσύστημα της ΠΦΥ, ως θεμελιώδης συνιστώσα ανάπτυξης και λειτουργίας του υγειονομικού τομέα, στηρίζεται στη συνεχή και ολοκληρωμένη σύνδεση με τα άλλα

επίπεδα φροντίδας (δευτεροβάθμιο - τριτοβάθμιο), στην ενεργό παρέμβαση του πληθυσμού - στόχου, μέσω της συμμετοχής της κοινότητας, στην καθιέρωση και εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας, στο εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες εντός του υποσυστήματος της ΠΦΥ και στην ορθή αξιοποίηση των τοπικών, εθνικών και άλλων διαθέσιμων πόρων (WHO, 1978).

Η ΠΦΥ απαντά άμεσα στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Μερικές από τις βασικότερες αρχές λειτουργίας της είναι η εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα, της ανεμπόδιστης προσπέλασης όλων των πολιτών στις παρεχόμενες υπηρεσίες με δυνατότητα χρήσης τους όλο το 24ωρο καθ' όλη τη διάρκεια του έτους χωρίς οικονομική επιβάρυνση, της διάθεσης όλων των αναγκαίων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων ώστε να είναι δυνατή η αντιμετώπιση κάθε κοινού προβλήματος υγείας στο τοπικό επίπεδο, αποφεύγοντας έτσι τη μη αναγκαία προσφυγή σε νοσοκομειακή μονάδα (Μωραΐτης, et al., 1995). Η αποφυγή των άσκοπων εισαγωγών στα νοσοκομεία έχει βαρύνουσα σημασία καθώς συμβάλλει καθοριστικά τόσο στη συγκράτηση των δαπανών και τη μείωση του λειτουργικού κόστους του νοσοκομειακού τομέα, όσο και στην ορθολογικότερη κατανομή και στην αποδοτικότερη αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

Συνοπτικά, μπορεί να λεχθεί ότι η λειτουργική αποστολή των μονάδων και υπηρεσιών ΠΦΥ είναι:

- Η διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, καθώς και επαγγελματικών νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηλείας στο σπίτι.
- Η παραπομπή σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, εφόσον τούτο κρίνεται αναγκαίο, καταρχήν στην πρώτη βαθμίδα παραπομπών (πολυϊατρείο ή τοπικό νοσοκομείο), αν το πρόβλημα υγείας που έχει προκύψει μπορεί να λυθεί στο τοπικό επίπεδο.
- Η αποθεραπεία ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
- Η «βραχεία νοσηλεία» για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς λόγους.
- Η ανάπτυξη ιατροπροληπτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων, σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, όπως η διενέργεια εμβολιασμών, ο προσυμπτωματικός έλεγχος, η πρόληψη και καταπολέμηση τοπικών χρόνιων

νοσημάτων, η προσχολική και σχολική υγιεινή, η παρακολούθηση εγκύων και η προετοιμασία του τοκετού, η παροχή συμβουλών σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, η υγιεινή της εργασίας και η αγωγή υγείας.

- Η οδοντιατρική φροντίδα (πρόληψη και θεραπεία).
- Η, σε συνεργασία με τις κατά περίπτωση αρμόδιες ή συναρμόδιες υπηρεσίες, ανάπτυξη προγραμμάτων και δραστηριοτήτων, που σκοπό έχουν την κοινωνική φροντίδα και ειδικότερα την ψυχολογική και κοινωνική συμπαράσταση του ασθενή και της οικογένειάς του ή την ενημέρωση του πληθυσμού και «ειδικών ομάδων» γύρω από θέματα ψυχικής υγιεινής, ενδοοικογενειακών σχέσεων και προϋποθέσεων ομαλής κοινωνικής ζωής, ή τη μελέτη και διάγνωση δυσμενών κοινωνικοοικονομικών καταστάσεων ατόμων και ομάδων πριν δημιουργηθούν σοβαρά προβλήματα υγείας (Μωραΐτης, et al., 1995).

#### 4.2. Ομάδα Υγείας και Οικογενειακός Γιατρός

Σύμφωνα με την παράγραφο 7 του άρθρου 6 της Διακήρυξης της Άλμα Άτα, η Π.Φ.Υ. «στηρίζεται, τόσο σε τοπικό, όσο και σε επίπεδο παραπομπής, σε εργαζόμενους υγείας, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικών λειτουργών, κατάλληλα κοινωνικά και πρακτικά εκπαιδευμένους, προκειμένου να εργάζονται ως **ομάδα υγείας** και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες που εκφράζει η κοινότητα» (WHO, 1978).

Έτσι, μέσω της νέας αντίληψης για την Π.Φ.Υ. επιχειρείται η ανατροπή του ιατροκεντρικού μοντέλου στην αντιμετώπιση της ασθένειας και προωθείται η υιοθέτηση ενός μοντέλου που στηρίζεται στην «ομάδα υγείας» (Μωραΐτης, et al., 1995). Κύριο στοιχείο της ομάδας είναι ο διεπιστημονικός της χαρακτήρας, όπου η συνεργασία των μελών στηρίζεται στη σαφή κατανομή ρόλων και αρμοδιοτήτων έτσι ώστε κάθε επαγγελματίας να συνεισφέρει ανάλογα με τις γνώσεις και τις δεξιότητες του (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996).

Η ομαδική εργασία μπορεί να γίνει κατανοητή ως μία δυναμική διαδικασία των επαγγελματιών υγείας που έχουν διαφορετικό επιστημονικό υπόβαθρο και επαγγελματικές δεξιότητες, συμπληρώνοντας ο ένας τον άλλο. Ωστόσο, μοιράζονται κοινούς στόχους για την υγεία και ενεργούν με συντονισμένες προσπάθειες στο πλαίσιο

της φροντίδας υγείας βασιζόμενοι στην αλληλοεξαρτώμενη συνεργασία, την ανοιχτή επικοινωνία και την από κοινού λήψη αποφάσεων (Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, 2015).

Συντονιστικό ρόλο στην ομάδα υγείας αναλαμβάνει ο **οικογενειακός γιατρός**, καθώς θεωρήθηκε ότι διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στην ΠΦΥ. Ως οικογενειακοί γιατροί έχουν χρησιμοποιηθεί, ανάλογα με τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας, γιατροί χωρίς ειδικότητα, γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, γυναικολόγοι, κλπ. Η σύγχρονη όμως τάση είναι ότι ο ρόλος αυτός ανήκει αποκλειστικά στους γιατρούς γενικής ιατρικής (General Practitioners), με αποτέλεσμα οι όροι γενικός και οικογενειακός γιατρός να είναι πλέον ταυτόσημοι, παρόλο που ο πρώτος αφορά την ιατρική εξειδίκευση και ο δεύτερος τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου (Μωραϊτης, 1996).

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού έχει μεγάλη σημασία στην εκπλήρωση της λειτουργικής αποστολής της ΠΦΥ, καθώς εκτός από το ρόλο του συντονιστή της ομάδας υγείας, επιτελεί και έναν άλλο, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο: μέσα από το σύστημα των παραπομπών, λειτουργεί ως «φύλακας» (gatekeeper), αποκαθιστώντας έτσι την οργανική συνέχεια στην παροχή της περίθαλψης και επιτυγχάνοντας τον περιορισμό των άσκοπων ή πλασματικών επισκέψεων/εισαγωγών στο νοσοκομείο (Μωραϊτης, 2002)

Έτσι, μέσω της δυνατότητας παρακολούθησης της πορείας του ασθενούς και της καθοδήγησης του στο σύστημα εξασφαλίζεται η ορθολογική διαχείριση της ροής των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας και κατ' επέκταση η αποδοτικότερη χρήση των πόρων, επιτυγχάνοντας ταυτόχρονα την αποσυμφόρηση των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων.

Επίσης, ο οικογενειακός γιατρός είναι σημαντικός και για έναν ακόμη λόγο: αποκαθιστά ουσιαστικά τον κοινωνικό χαρακτήρα της ιατρικής. Επαναφέρει την άσκηση της ιατρικής πρακτικής στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής και αποδίδει στην ιατρική πράξη την προσωπική και οικογενειακή της διάσταση, παρέχοντας υπηρεσίες υγείας τη στιγμή που τις χρειάζονται οι άνθρωποι και στο μέρος που ζουν ή/και εργάζονται, εκπληρώνοντας το αίτημα της προσπελασιμότητας. Καλύπτει την ανάγκη του ατόμου αλλά και της οικογένειας να έχουν το δικό τους γιατρό-σύμβουλο που γνωρίζει το ιατρικό ιστορικό και τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει κάθε

μέλος της. Έτσι, οικοδομούνται σχέσεις εμπιστοσύνης και καλής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς, διευκολύνοντας και βελτιώνοντας ποιοτικά τη θεραπευτική διαδικασία ενώ ταυτόχρονα μπορούν να περιοριστούν τα ιατρικά σφάλματα που προκαλούνται από έλλειψη καλής επικοινωνίας (Ανδριώτη, et al., 1996).

#### **4.4. Διαχωρισμός Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης και ΠΦΥ**

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται σκόπιμο να γίνει διαχωρισμός ανάμεσα στην ΠΦΥ και στο πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, το οποίο αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 1.2.

Στο 1.2 διαχωρίστηκε η έννοια της φροντίδας υγείας από την περίθαλψη, αφού η φροντίδα υγείας είναι έννοια ευρύτερη της περίθαλψης. Οπότε, ανάλογη διάκριση πρέπει να γίνει και ανάμεσα στην ΠΦΥ και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς η τελευταία αποτελεί υποσύνολο της πρώτης, αφού η έννοια της ΠΦΥ περιλαμβάνει έννοιες που σχετίζονται με τη δημόσια πολιτική υγείας και την πρόληψη (Πιερράκος, 2008). Ειδικότερα, η ΠΦΥ εκτός από τη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας των πασχόντων, περιλαμβάνει προληπτικά μέτρα τα οποία προλαμβάνουν την επαφή του ατόμου με νοσογόνους παράγοντες ή συντελούν στην άμυνα του οργανισμού (Κυριόπουλος & Φιλαλήθης, 1996). Έτσι, απευθύνεται και στον υγιή πληθυσμό.

Από την άλλη, η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι έννοια στενότερη της Π.Φ.Υ., αφού αφορά στη θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του πληθυσμού χωρίς την εισαγωγή και παραμονή του στο νοσοκομείο. Άρα απευθύνεται αποκλειστικά σε άτομα που νοσούν ή έχουν νοσήσει στο παρελθόν (Πιερράκος, 2008).

#### **4.4. Συμπεράσματα**

Η προηγηθείσα ανάλυση του κεφαλαίου 4 σχετικά με την έννοια, το περιεχόμενο και τη λειτουργική αποστολή της ΠΦΥ, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος ΠΦΥ είναι σε θέση να αποτελέσει ρυθμιστικό μηχανισμό και μοχλό ανασυγκρότησης για το σύνολο του υγειονομικού τομέα, ενισχύοντας την ικανότητα του να εξασφαλίζει την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού. Η Διακήρυξη της Άλμα Άτα συνιστά μία ιστορική αφετηρία για την ΠΦΥ, η οποία παραμένει επίκαιρη, με ιδιαίτερο αξιακό φορτίο για τη βελτίωση της υγείας και τη μείωση των ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας, υπό το πρίσμα της κοινωνικής δικαιοσύνης (Κυριόπουλος, 2016).

## 5. Η ΠΦΥ σε άλλες χώρες

Μετά τη διακήρυξη της Άλμα Άτα, ο ρόλος της ΠΦΥ επαναπροσδιορίστηκε. Η ανάδειξη εννοιών όπως η πρόληψη, η αγωγή υγείας και η ενεργή συμμετοχή του ίδιου του πολίτη και της κοινότητας, ώστε να βελτιώσει ή να διατηρήσει το επίπεδο της υγείας του, έδωσαν σαφή προσανατολισμό στα συστήματα υγείας πολλών χωρών (Μωραΐτης, et al., 1995).

Σε αυτό το κεφάλαιο παρατίθενται ορισμένα βασικά στοιχεία για τα συστήματα υγείας άλλων χωρών, με έμφαση στο υποσύστημα της ΠΦΥ. Οι χώρες που επιλέχθηκαν είναι οι εξής: Μεγάλη Βρετανία, Γερμανία, Ολλανδία, Ελβετία και Νορβηγία. Η Μ. Βρετανία και η Γερμανία επιλέχθηκαν ως οι γνησιότεροι εκπρόσωποι των μοντέλων Beveridge και Bismarck, αντίστοιχα. Οι υπόλοιπες τρεις χώρες επιλέχθηκαν διότι τα συστήματα υγείας τους βρίσκονται την κορυφή της κατάταξης του ανεξάρτητου οργανισμού Health Consumer Powerhouse (HCP) για το 2016.

Η ετήσια έρευνα του HCP αξιολογεί τα εθνικά συστήματα υγείας σε 35 χώρες της Ευρώπης, χρησιμοποιώντας 48 «δείκτες απόδοσης» (π.χ. δικαιώματα ασθενών, πληροφόρηση, προσβασιμότητα, πρόληψη, αποτελέσματα). Βάσει αυτών των δεικτών, η κάθε χώρα συγκεντρώνει μια βαθμολογία, η οποία αντικατοπτρίζει την αποδοτικότητα του συστήματος για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας.

Έτσι, στη λίστα του 2016, η Ολλανδία κατέκτησε την πρώτη θέση με 927 πόντους, ενώ ακολουθούν η Ελβετία και η Νορβηγία, με 904 και 865 πόντους αντίστοιχα. Η Γερμανία και η Μεγάλη Βρετανία βρέθηκαν στην 7η και 15η θέση της κατάταξης, αντίστοιχα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στην ίδια έρευνα, η χώρα μας κατατάχθηκε 28<sup>η</sup> μεταξύ 35 ευρωπαϊκών χωρών, έχοντας συγκεντρώσει 593 πόντους (Health Consumer Powerhouse, 2016).

### 5.1. Μεγάλη Βρετανία

Το Βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός Δημόσιου - Εθνικού Συστήματος Υγείας (National Health Service - NHS), γνωστό και ως μοντέλο Beveridge. Το NHS ιδρύθηκε το 1948 και η ίδρυσή του εκείνη την περίοδο αποτελούσε σημαντικό σταθμό στη οργάνωση του χώρου της υγείας. Ήταν το πρώτο ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας που παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς να



χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, αλλά απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό (Θεοδώρου, et al., 2001).

Το NHS ήταν για πολλές δεκαετίες, και σε κάποιο βαθμό παραμένει και σήμερα, ένα μοντέλο - υπόδειγμα για αρκετά υγειονομικά συστήματα και ενέπνευσε αρκετές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες σε διάφορες χώρες, έστω και αν τα τελευταία χρόνια έχει απολέσει μέρος από την παλιά του αίγλη (Πολύζος, 2013)

Το NHS βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και δωρεάν κάλυψης όλου του πληθυσμού και της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης. Παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματός τους.

Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται πρωτίστως από τη γενική φορολογία (περίπου στο 80%), και δευτερευόντως από την ιδιωτική ασφάλιση (κατά 15%) και τις άμεσες πληρωμές (κατά 5%). Οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Μεγάλη Βρετανία για το 2016 ανήλθαν στο 9,75% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (NHS Confederation, 2017) και είναι οι χαμηλότερες μεταξύ των χωρών που παρουσιάζονται στην παρούσα εργασία.

Πυλώνας του όλου συστήματος είναι η ΠΦΥ, η οποία παρέχεται κυρίως από τους γενικούς - οικογενειακούς γιατρούς (General Practitioners, GP's). Περισσότερο από το 99% του πληθυσμού της χώρας είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα των Γενικών Γιατρών, οι οποίοι παρέχουν 24ωρη πρόσβαση σε ένα εύρος προληπτικών, διαγνωστικών, και θεραπευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες γιατροί, που εργάζονται κατά κανόνα στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice), ενώ ορισμένοι σε ομαδική βάση (group practice). Οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν τον δικό τους γενικό γιατρό, αν και αυτό το δικαίωμα περιορίζεται από γεωγραφικά όρια. Το φαινόμενο να αλλάξει κάποιος το γενικό του γιατρό για λόγο εκτός της αλλαγής κατοικίας είναι σπάνιο. Οι περισσότεροι πολίτες έχουν μια μακροχρόνια σχέση και συνεργασία με τον γενικό τους γιατρό.

Οι γενικοί γιατροί αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, ενώ συγχρόνως ασκούν έλεγχο (gatekeeping) στην πρόσβαση των ασθενών σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και γιατρούς που παρέχονται κατά κανόνα από τα νοσοκομεία (Boyle, 2011)

Ταυτόχρονα, έχουν το προνόμιο να διαχειρίζονται πόρους για την αγορά νοσοκομειακών ή άλλων υπηρεσιών, εκ μέρους του πληθυσμού ευθύνης τους. Επίσης, από τους πόρους αυτούς, οι οποίοι τους διατίθενται από την εκάστοτε υγειονομική αρχή, πρέπει να καλύπτουν και το σύνολο των φαρμακευτικών δαπανών των ασθενών (Μωραΐτης, et al., 1995).

Ο θεσμός του γενικού – οικογενειακού γιατρού αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό και το διακριτό πλεονέκτημα του βρετανικού συστήματος υγείας. Δευτερευόντως, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από άλλους επαγγελματίες, όπως οι νοσηλεύτριες, οι οδοντίατροι, οι φυσιοθεραπευτές, κ.ά. (Γεωργακοπούλου, 2014).

Όπως προαναφέρθηκε, οι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες γιατροί και όχι μισθωτοί υπάλληλοι του NHS. Η αμοιβή τους βασίζεται σε ένα καθορισμένο ποσό ανά ασθενή, για τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα τους. Αυτές οι πληρωμές πρέπει να καλύπτουν το κόστος πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπροσθέτως, υπάρχουν και οι αποζημιώσεις που τους δίνονται για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας κι εξετάσεις από τους ασθενείς. Ειδικές αμοιβές παίρνουν για την συμμετοχή τους σε προγράμματα εθνικού ενδιαφέροντος, όπως είναι οι εξετάσεις ανίχνευσης καρκίνου ή η ανοσοποίηση ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων (Τριανταφύλλου, 2004).

## **5.2. Γερμανία**

Το Γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης που είναι γνωστό και ως μοντέλο Bismarck. Είναι το παλαιότερο σύστημα στην Ευρώπη και η Γερμανία θεωρείται η πρώτη χώρα που εισήγαγε σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ξεκίνησε το 1883 επί καγκελαρίας Bismarck, όταν έγινε υποχρεωτική η ασφάλιση υγείας για κάποιες ομάδες εργαζομένων. Το σύστημα υγείας της Γερμανίας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, αλλά και της ανταποδοτικότητας (Πολύζος, 2013).

Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για κάθε άτομο που ζει νόμιμα στη Γερμανία. Περίπου το 92% του συνολικού πληθυσμού είναι ασφαλισμένο στο Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας, το οποίο είναι ένα εθνικό ασφαλιστικό πρόγραμμα που καλύπτει ένα εύρος βασικών υπηρεσιών υγείας. Το γερμανικό σύστημα βασίζεται σ' έναν κανόνα αυτοδιοίκησης, σύμφωνα με τον οποίο τα ταμεία υγείας, οι γιατροί και τα νοσοκομεία εκπροσωπούνται από νομικά θεσπισμένες συνδικαλιστικές ενώσεις και

διαπραγματεύονται μεταξύ τους για σημαντικά ζητήματα της φροντίδας υγείας. Παρόλα αυτά, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και τα ομόσπονδα κρατίδια θέτουν τους γενικούς κανόνες για την πολιτική της δημόσιας υγείας (Μπουρσανίδης, 1995).

Οι συνολικές δαπάνες υγείας για τη Γερμανία για το 2016 ανέρχονται στο 11,3% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (OECD, 2017). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται πρωτίστως από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών (περίπου στο 70%), και δευτερευόντως από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση (στο 8%) και τις ιδιωτικές δαπάνες μέσω της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (στο 12%). Υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες αυτές δεν ξεπερνούν το 10% των συνολικών δαπανών.

Η ΠΦΥ παρέχεται από ιδιώτες γενικούς γιατρούς που συμβάλλονται με τα ταμεία και ασκούν το έργο τους συνήθως μεμονωμένα, καθώς η συνένωση ιατρείων (group practice) δεν είναι ιδιαίτερα δημοφιλής πρακτική. Οι γενικοί γιατροί δεν λειτουργούν με κάποιο αυστηρό και «σφικτό» gatekeeping σύστημα, όπως ισχύει στο βρετανικό σύστημα υγείας.

Οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα τον γενικό - οικογενειακό τους γιατρό και δεν μπορούν να τον αλλάξουν πριν περάσει η οικονομική περίοδος που διανύεται. Η παραπομπή σε ειδικούς γίνεται από τον οικογενειακό γιατρό, ενώ υπάρχει και το δικαίωμα της αυτοπαραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο ή σε άλλον ειδικό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός που εφημερεύει στην περιοχή, είναι διαθέσιμος και για τα επείγοντα περιστατικά. Οι ασθενείς κατά τις αργίες συνήθως χρησιμοποιούν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων που εφημερεύουν.

Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί, όπως και οι γιατροί γενικά της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αν και οι αμοιβές είναι κατά πράξη (προκαλώντας έτσι μεγαλύτερη ζήτηση), οι ιατρικές ενώσεις που τις διαπραγματεύονται κάθε χρόνο έχουν περιορισμούς από τα ασφαλιστικά ταμεία να λειτουργήσουν μέσα στα πλαίσια δεδομένου προϋπολογισμού για την ΠΦΥ, έτσι ώστε να διασφαλίζεται ο έλεγχος του κόστους (Πολύζος, 2013).

### 5.3. Ολλανδία

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας ανήκει στην κατηγορία της κοινωνικής ασφάλισης (μοντέλο Bismarck), με ισχυρή την παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης.

Πρόκειται για ένα μοναδικό μείγμα δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης από ταμεία ασθενείας και ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς. Επισημαίνεται ο κορπορατιστικός χαρακτήρας της λήψης αποφάσεων και ο κεντρικός προϋπολογιστικός έλεγχος του κράτους πάνω στο σύστημα υγειονομικής ασφάλισης. Οι συνολικές δαπάνες υγείας της Ολλανδίας για το 2016 ανέρχονται στο 10.5% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (OECD, 2017).

Όσον αφορά στην ΠΦΥ, ο γενικός - οικογενειακός γιατρός διαδραματίζει κεντρικό ρόλο. Είναι ο πρώτος επαγγελματίας υγείας που βλέπουν οι ασθενείς όταν έχουν προβλήματα υγείας, και σε περισσότερες από το 90% των περιπτώσεων είναι και ο τελευταίος, δηλ. αυτός που δίνει λύση στο πρόβλημα. Περίπου οι μισοί από τους 7000 οικογενειακούς γιατρούς στην Ολλανδία έχουν ιδιωτικά ιατρεία. Οι υπόλοιποι έχουν ομαδικά ιατρεία (group practices) και ένα μικρό ποσοστό εργάζεται σε κέντρα υγείας. Οι οικογενειακοί γιατροί λειτουργούν ως gatekeepers για την πρόσβαση σε εξειδικευμένους γιατρούς και νοσοκομειακή περίθαλψη. Οι ασθενείς που καλύπτονται από θεσμική ασφάλιση είναι εγγεγραμμένοι με το ταμείο ασφάλισης υγείας τους ως ασθενείς του οικογενειακού γιατρού που έχουν επιλέξει. Μπορούν να αλλάξουν τον οικογενειακό τους γιατρό με την έγκριση του ταμείου τους. Τα θεσμικά ταμεία ασφάλισης αποζημιώνουν τους οικογενειακούς γιατρούς με ετήσιο καθορισμένο ποσό αμοιβής ανά ασθενή. Για τους ιδιωτικά ασφαλισμένους πελάτες τους, οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη (Τριανταφύλλου, 2004).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι υψηλής προτεραιότητας ζήτημα για την Ολλανδία. Συγκεκριμένα στο πεδίο της ΠΦΥ, η διασφάλιση της ποιότητας είναι εντυπωσιακή σε σχέση με άλλες χώρες. Κινητήριοι δύναμη στην ανάπτυξή της ήταν κάποιοι επαγγελματικοί οργανισμοί, όπως ο Ολλανδικός Σύλλογος Γενικών Γιατρών και η Εθνική Ένωση Οικογενειακών Γιατρών, τα Τμήματα Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας σε διάφορα Πανεπιστήμια και το Κέντρο Ποιότητας της Έρευνας Φροντίδας (Center for Quality of Care Research) στα Πανεπιστήμια του Nijmegen και του Maastricht.

Ένας σημαντικός παράγοντας για την διασφάλιση της ποιότητας στην ΠΦΥ είναι η «ερευνητική ανασκόπηση» (peer review). Αυτή είναι μια διαδικασία που γίνεται σε τοπικό επίπεδο και στην οποία κάποιες ομάδες γιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας συναντώνται 6 με 12 φορές το χρόνο, σε κύκλους ποιότητας, υπό την καθοδήγηση ενός εκπαιδευτή, για ν' ανταλλάξουν εμπειρίες και να συζητήσουν προβλήματα που συναντούν. Οι «ερευνητικές επισκέψεις» μιας ημέρας αποτελούν επίσης ένα αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας διασφάλισης της ποιότητας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Ο θεσμός των ερευνητικών επισκέψεων, ο οποίος αναπτύχθηκε από το Κέντρο Ποιότητας της Έρευνας Φροντίδας και την Ένωση Γενικών Γιατρών της Ολλανδίας, εξυπηρετεί, βασικά, την αξιολόγηση της διαχείρισης των ιατρείων και συμμετέχει σε αυτή το 40% των γενικών γιατρών.

Η περιοδική επαναπιστοποίηση των γιατρών έχει, επίσης θεσπιστεί σαν μέτρο διασφάλισης ποιότητας. Από το 1996, οι γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθούν 40 ώρες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης κάθε χρόνο, για μια χρονική περίοδο 5 ετών περίπου και να περάσουν μια εξέταση «ιατρικού ελέγχου» προκειμένου να παρατείνουν την ιατρική τους άδεια εξάσκησης επαγγέλματος. Εάν αποτύχουν να εκπληρώσουν αυτή την υποχρέωση, πρέπει να αποχωρήσουν από την ιατρική κοινότητα και η άδειά τους ακυρώνεται (Τριανταφύλλου, 2004).

#### **5.4. Ελβετία**

Το ελβετικό σύστημα υγείας είναι ένα τροποποιημένο μοντέλο του συστήματος Bismarck. Διαφέρει αρκετά από τα συστήματα των άλλων ευρωπαϊκών χωρών καθώς η κοινωνική συνιστώσα έχει πολύ μικρή συμμετοχή στη χρηματοδότηση. Τα ισχυρά στοιχεία ανταγωνισμού αποτελούν άλλο ένα σημείο διαφοροποίησης. Επίσης, με δαπάνες που ανέρχονται στο 12.4% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ για το 2016 (OECD, 2017), η Ελβετία έχει το υψηλότερο κόστος υγείας ανάμεσα στις πέντε εξεταζόμενες χώρες της παρούσας εργασίας.

Όλοι οι κάτοικοι της χώρας πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στο κοινωνικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας. Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας αγοράζεται ατομικά και παρέχεται από 100 περίπου μη κερδοσκοπικά ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία εποπτεύονται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Οι ασφαλιστικοί φορείς πρέπει να δέχονται όλους όσους

υποβάλλουν αίτηση κάλυψης, αν και ο κάθε φορέας μπορεί να χρεώνει διαφορετικά ποσά εισφορών (Rice, 2006).

Όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς είναι υποχρεωμένοι να προσφέρουν το ίδιο πακέτο παροχών, το οποίο παρέχει βασική κάλυψη για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες, εκτός της οδοντιατρικής φροντίδας, χωρίς χρονικό ή ανώτατο οικονομικό όριο. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, αυτές είναι υπηρεσίες που παρέχονται από γιατρούς ή νοσοκομεία. Ο κατάλογος των βασικών υπηρεσιών περιλαμβάνει επίσης προληπτική ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και εναλλακτική ιατρική.

Οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι πληρώνουν τα ασφάλιστρά τους, χωρίς να συνεισφέρουν οι εργοδότες τους. Τα ποσά που δίνουν δεν σχετίζονται με την προσωπική τους κατάσταση, αλλά ακολουθούν τον κανόνα της ισότητας των συνεισφορών για όλους τους ενήλικες ενός ασφαλιστικού ταμείου σε μια ορισμένη περιοχή.

Όσον αφορά στην ΠΦΥ, οι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε συνεργασία με άλλα βοηθητικά ιατρικά επαγγέλματα, ενώ οι ασφαλισμένοι έχουν την ελεύθερη επιλογή του γενικού τους γιατρού (Τριανταφύλλου, 2004).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν αναπτύξει προγράμματα που περιορίζουν την ελεύθερη επιλογή των προμηθευτών υπηρεσιών, προσφέροντας ως αντιστάθμισμα χαμηλότερες ασφαλιστικές εισφορές σε όσους ασφαλισμένους παραιτηθούν από το δικαίωμα να επιλέγουν οι ίδιοι το γιατρό τους. Απώτερος στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η μείωση των κινήτρων αντι-οικονομικής συμπεριφοράς από την πλευρά των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, αλλά και από την πλευρά των καταναλωτών. Το σημαντικότερο από τα εν λόγω προγράμματα είναι αυτά της διοίκησης της φροντίδας υγείας (managed care plans), τα οποία χρησιμοποιούν τον οικογενειακό γιατρό ως gatekeeper για τις παραπομπές των ασθενών σε πιο εξειδικευμένη φροντίδα.

Ένα παράδειγμα προγράμματος διοίκησης φροντίδας υγείας, είναι το μοντέλο εργαζομένων σε Health Maintenance Organizations (HMOs). Οι HMOs είναι ομάδες που συνήθως προσλαμβάνουν γενικούς γιατρούς και ειδικευμένους γιατρούς, καθώς και βοηθητικό ιατρικό προσωπικό, όπως νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές κ.α., με σκοπό να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους εγγεγραμμένους πολίτες.

Το μοντέλο εργαζομένων ΗΜΟs είναι μια αυστηρή μορφή διευθυνόμενης φροντίδας υγείας. Πρόκειται για ομάδες ιατρικών που χρηματοδοτούνται με καθορισμένες αμοιβές ανά ασθενή και δεν χρεώνουν ξεχωριστά για κάθε υπηρεσία που προσφέρουν. Μ' αυτόν τον τρόπο εξαλείφονται τα κίνητρα για αυξημένο αριθμό ιατρικών πράξεων. Οι ΗΜΟs προσφέρουν υπηρεσίες ΠΦΥ και συμπράττουν με έναν επιλεγμένο κύκλο εξωτερικών ειδικών γιατρών και νοσοκομείων για πιο εξειδικευμένη φροντίδα. Ως «θυρωροί» του συστήματος υγείας οι ΗΜΟs είναι οι πρώτοι πάροχοι που δέχονται τους ασφαλισμένους με προβλήματα υγείας και σ' αντάλλαγμα οι τελευταίοι έχουν επιστροφή του 20% των ασφαλιστικών εισφορών τους.

Μέχρι τώρα, τέτοιου είδους σχέδια δεν είχαν μεγάλη επίδραση στο σύστημα της Ελβετίας, γιατί δεν προσφέρονται σ' όλα τα καντόνια ή από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία (Τριανταφύλλου, 2004).

### **5.5. Νορβηγία**

Στη Νορβηγία, όπως και στις υπόλοιπες σκανδιναβικές χώρες, η υγεία θεωρείται κοινωνικό αγαθό, ενώ η ισότητα των πολιτών στην παροχή των φροντίδων, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους θέση, αποτελεί βασική αρχή ανάπτυξης του συστήματος υγείας. Το νορβηγικό σύστημα υγείας είναι δημόσιο σύστημα που χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από τη φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση (κατά 85%), ενώ υπάρχουν και οι ίδιες πληρωμές που εκφράζονται ως συμμετοχή του χρήστη στο κόστος των υπηρεσιών (κατά 15%) (European Observatory on Health Systems And Policies, 2017). Οι συνολικές δαπάνες υγείας για το 2016 ανέρχονται στο 10.5% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, όπως και στην Ολλανδία (OECD, 2017).

Κομβική έννοια στην ανάπτυξη του νορβηγικού συστήματος είναι αυτή της αποκέντρωσης σε όρους διοίκησης, σε επίπεδο παροχής και διαχείρισης των υπηρεσιών, ενώ έχει αποκεντρωθεί σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό και η ευθύνη χρηματοδότησης τους. Υπάρχουν τρία επίπεδα διοίκησης: το κεντρικό, το οποίο έχει κυρίως σχεδιαστικό – επιτελικό ρόλο στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής υγείας και κατάρτισης κατευθυντήριων οδηγιών, το περιφερειακό και το τοπικό. Τα δύο τελευταία έχουν την πλήρη ευθύνη παροχής των υπηρεσιών ΠΦΥ, ενώ έχουν και αυξημένες αρμοδιότητες που σχετίζονται με την κατανομή των πόρων και την οικονομική διαχείριση των υπηρεσιών.

Έτσι, οι αρχές Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι επιφορτισμένες με την παροχή όλου του φάσματος 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 αρμοδιότητας τους, σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες των κεντρικών φορέων που έχουν αρμοδιότητα για την εφαρμογή των προγραμμάτων σε εθνικό επίπεδο (Τσεκούρα, 2003).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι τοπικές αρχές έχουν τη διακριτική ευχέρεια να επιλέγουν εκείνο το μοντέλο οργάνωσης υπηρεσιών που εξυπηρετεί με τον πιο κατάλληλο τρόπο τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όχι μόνο μπορούν να επιβάλλουν ξεχωριστούς φόρους για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού, αλλά μπορούν να επιλέξουν το αν θα απασχολούν υγειονομικό προσωπικό αμειβόμενο με μισθό ή θα συνάπτουν συμβόλαια με ιδιωτικούς φορείς για την παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Ο θεσμός του οικογενειακού – γενικού γιατρού συναντάται και στο νορβηγικό μοντέλο. Συγκεκριμένα, οι γενικοί γιατροί ασκούν το έργο τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία (μεμονωμένα ή σε group practice), αλλά υπό διαφορετικά καθεστάτα: Ένας αριθμός γιατρών είναι υπάλληλοι των τοπικών αρχών και αποζημιώνονται πάγια με μισθό, ενώ άλλοι ασκούν εντελώς ιδιωτικά το έργο τους. Όμως, στην πλειοψηφία τους(71%), είναι ιδιώτες που συμβάλλονται με τις τοπικές αρχές λαμβάνοντας ένα είδος επιχορήγησης (ταυτόχρονα με την αποζημίωση από την κοινωνική ασφάλιση).

Από το 2001, σε μια προσπάθεια τόνωσης της αποτελεσματικότητας των γενικών γιατρών και απλοποίησης της οργανωτικής δομής του συστήματος, εφαρμόζεται σε εθνικό επίπεδο, το σύστημα της λίστας των επίσημα εγγεγραμμένων πολιτών (Regular GP Scheme), κατά το βρετανικό πρότυπο. Το 99% των ασθενών και το 97% των γενικών γιατρών συμμετέχουν στο Regular GP Scheme. Οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να δέχονται κατά προτεραιότητα τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι στη λίστα τους. Ο αριθμός των εγγεγραμμένων ανά γιατρό κυμαίνεται από 1.200 έως 1.500 άτομα (European Observatory on Health Systems And Policies, 2017).

Οι γενικοί γιατροί δρουν ως gatekeepers στην πρόσβαση των ασθενών σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας (δηλαδή στα νοσοκομεία ή σε ιδιώτες ειδικευμένους γιατρούς). Επίσης, στις αρμοδιότητες τους περιλαμβάνονται η διάγνωση και η θεραπεία



κοινών προβλημάτων υγείας, η συνταγογράφηση και η παραπομπή των ασθενών σε φυσικοθεραπευτές, χειροπράκτες και γηροκομεία.

Το μεγάλο πρόβλημα στη Νορβηγία είναι η άνιση κατανομή των γιατρών και νοσοκόμων, ειδικά στις απομακρυσμένες περιοχές. Σύμφωνα με μία έρευνα του 2010, το ποσοστό των ατόμων που χρειάστηκε να περιμένουν 2 έως 5 ημέρες μέχρι να αποκτήσουν πρόσβαση σε γενικό γιατρό, ήταν μεγαλύτερο στη Νορβηγία από ότι στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες (European Observatory on Health Systems And Policies, 2017).

## **5.6. Συμπεράσματα**

Παρά τις επιμέρους διαφορές και ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας και του τρόπου παροχής της ΠΦΥ στις χώρες που αποτέλεσαν αντικείμενο της παραπάνω παρουσίασης, προκύπτει ξεκάθαρα το εξής συμπέρασμα: Ο θεσμός του γενικού – οικογενειακού γιατρού βρίσκεται στο επίκεντρο της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και στις πέντε χώρες που εξετάστηκαν, ενώ ο ρόλος του γενικού γιατρού ως gatekeeper στην πρόσβαση των ασθενών σε εξειδικευμένους γιατρούς και νοσοκομεία είναι λιγότερο ή περισσότερο ενισχυμένος, ανάλογα με τη χώρα.

Αξιοσημείωτη είναι η προσήλωση της Ολλανδίας στο στόχο της διασφάλισης της ποιότητας στην ΠΦΥ, μέσω διάφορων διαδικασιών, όπως οι «ερευνητικές επισκέψεις», η «ερευνητική ανασκόπηση» και η περιοδική επαναπιστοποίηση των γιατρών. Η διασφάλιση της ποιότητας ίσως εξηγεί εν μέρει το πώς η Ολλανδία έχει καταφέρει να συγκαταλέγεται κάθε χρόνο, από το 2005 που ξεκίνησε η δημοσίευση της λίστας του Health Consumer Powerhouse, στις πρώτες τρεις θέσεις της κατάταξης των 35 χωρών (Health Consumer Powerhouse, 2016).

Επίσης, ένα άλλο κοινό σημείο μεταξύ των χωρών που εξετάστηκαν, είναι το γεγονός ότι η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ προσανατολίζεται κυρίως στη διάγνωση και στη θεραπεία και όχι τόσο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Έτσι, μπορεί να διατυπωθεί η άποψη ότι, κρίνοντας από τις πέντε αυτές χώρες, οι σύγχρονες δυτικές κοινωνίες δεν ανταποκρίθηκαν πλήρως στο αίτημα της δημιουργίας ολοκληρωμένων συστημάτων ΠΦΥ και της ενσωμάτωσης της νέας φιλοσοφίας για την υγεία, κατά τις επιταγές της Διακήρυξης της Άλμα Άτα.

## **6. Η ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Αντικείμενο του παρόντος κεφαλαίου αποτελεί η ιστορική εξέλιξη και το νομοθετικό πλαίσιο της ΠΦΥ στη χώρα μας, από τη σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), μέχρι τη θέσπιση του ν.4486/2017, ο οποίος αποτελεί την πιο πρόσφατη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο πεδίο της ΠΦΥ.

Το κεφάλαιο ξεκινά με μια συνοπτική επισκόπηση του ΕΣΥ, ενώ ακολουθεί η παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης της νομικής κατοχύρωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Στη συνέχεια, γίνεται μνεία στο υφιστάμενο δίκτυο της ΠΦΥ, δηλαδή στους φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και το κεφάλαιο ολοκληρώνεται με μια σύντομη παρουσίαση των προβλημάτων που χαρακτηρίζουν την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας.

### **6.1. Επισκόπηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)**

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, καθώς συνδυάζει στοιχεία τόσο του μοντέλου Beveridge (σύστημα κοινωνικής ασφάλισης) όσο και του μοντέλου Bismarck (εθνικό σύστημα υγείας). Εκτός από τη συνύπαρξη των δύο παραπάνω προτύπων από την πλευρά του δημόσιου τομέα, στο ελληνικό σύστημα υπάρχει και μια μεγάλου εύρους ιδιωτική αγορά υγείας, τόσο από την πλευρά της παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και από την πλευρά της χρηματοδότησης.

Συνεπώς, η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα προέρχεται από τρεις πηγές: την κοινωνική ασφάλιση (περίπου 31.5%), τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας (περίπου 29%) και τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών - καταναλωτών, οι οποίες κυμαίνονται στο 37.5%. Υπάρχει ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες δεν ξεπερνούν το 2% των συνολικών δαπανών (European Observatory on Health Systems And Policies, 2017). Για το 2016, οι συνολικές δαπάνες υγείας, ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, ανήλθαν στο 8.2% (OECD, 2017).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, στη βάση των αρχών της ισότητας και της αποτελεσματικότητας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν: η ισότιμη παροχή και

χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα, ενώ οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε υγειονομικές περιφέρειες (Δ.Υ.Πε.) (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας και παρέχει πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα. Οι ιατροί που απασχολούνται στο ΕΣΥ είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν τα καθήκοντά τους σε ιδιωτικό ιατρείο.

## **6.2. Ιστορική Εξέλιξη του Νομοθετικού Πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Μέχρι το 1983 και την ίδρυση του ΕΣΥ, η ΠΦΥ θεσμοθετήθηκε αποσπασματικά. Σημαντικότερα νομοθετήματα της περιόδου πριν τη σύσταση του ΕΣΥ είναι το Ν.Δ.2592/1953 και ο Ν.3487/1955 που άφησαν ως παρακαταθήκη την ύπαρξη των κέντρων υγείας σε αγροτικές περιοχές και την ύπαρξη του αγροτικού γιατρού. (The Press Project, 2016)

Η πρώτη συγκροτημένη παρέμβαση για την ενιαία ανάπτυξη του υποσυστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε με το Ν.1397/1983 («Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας»), ο οποίος αναμφίβολα αποτέλεσε τη σημαντικότερη τομή στο ελληνικό σύστημα υγείας μεταπολεμικά. Ουσιαστικά, με το νόμο αυτό επιχειρήθηκε η εγκαθίδρυση και ανάπτυξη στην Ελλάδα του κράτους πρόνοιας, μια προσπάθεια που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες είχε ήδη ξεκινήσει πολλά χρόνια πριν (Σωτηριάδου, et al., 2011). Μεταξύ άλλων, ο Ν.1397/1983 στόχευε για πρώτη φορά στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος ΠΦΥ, με έμφαση στην αγωγή και προαγωγή της υγείας .

Κεντρικό θεσμό για την υλοποίηση των στόχων της ΠΦΥ αποτέλεσαν τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία. Τα Κέντρα Υγείας θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική,

χρηματοδοτική και λειτουργική διασύνδεση με αυτά. Ο νόμος προέβλεπε τη δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας και μεγάλου αριθμού Περιφερειακών Ιατρείων, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές, για την κάλυψη των αναγκών όλων των πολιτών και την εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων μεταξύ αστικών κέντρων και περιφέρειας. Επίσης, στον ίδιο νόμο εισήχθη ο θεσμός του οικογενειακού - γενικού γιατρού ως το βασικό προσωπικό για τη στελέχωση των κέντρων υγείας, χωρίς όμως να ιδρυθεί νέα ειδικότητα με βάση τα διεθνή δεδομένα.

Ακολούθησε ο Ν.2071/1992 για τον «Εκσυγχρονισμό και την Οργάνωση του συστήματος υγείας» μέσω του οποίου επιχειρήθηκε αλλαγή της φιλοσοφίας του συστήματος, με την εμφάνιση δειγμάτων νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας. Ειδικότερα, περιορίστηκε η ευθύνη του κράτους στο χώρο της υγείας, προωθήθηκαν ρυθμίσεις ίδρυσης ιδιωτικών ιατρείων, κινητών μονάδων, διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων, διευρύνθηκε η έννοια της ΠΦΥ, ενώ εισήχθη για πρώτη φορά ο θεσμός της νοσηλείας στο σπίτι. Επίσης, τα Κέντρα Υγείας απεξαρτήθηκαν διοικητικά και οικονομικά από τα Νοσοκομεία και υπήχθησαν στις Νομαρχίες (Σωτηριάδου, et al., 2011).

Έπειτα, στο Ν.2519/1997 για την «Ανάπτυξη και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» προβλέφθηκε η διαμόρφωση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΔΠΦΥ). Στο πλαίσιο των ΔΠΦΥ, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα Πολυϊατρεία των Ασφαλιστικών Οργανισμών θα λειτουργούσαν υπό ένα ενιαίο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Όμως, ο νόμος παρέμεινε ανεφάρμοστος (Σωτηριάδου, et al., 2011).

Επόμενος σταθμός στην ιστορική εξέλιξη της ΠΦΥ στη χώρα μας είναι ο Ν.2889/2001 για τη «Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», ο οποίος εισήγαγε νέες δυνατότητες στο σύστημα υγείας και σε ένα βαθμό στην ΠΦΥ, στο ΕΣΥ και κατ' επέκταση στα Κέντρα Υγείας. Ο εν λόγω νόμος εισήγαγε την έννοια της περιφερειακής συγκρότησης του συστήματος υγείας, μέσω του θεσμού των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.). Έτσι, η χώρα διαιρέθηκε σε 17 υγειονομικές περιφέρειες και τα Κέντρα Υγείας (όπως επίσης και τα νοσοκομεία) υπήχθησαν ως ανεξάρτητες διοικητικές και κλινικές ομάδες στο Πε.Σ.Υ. κάθε περιφέρειας.

Έπειτα, ψηφίστηκε ο Ν.3235/2004 για την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ο οποίος εισήγαγε τη λειτουργία Κέντρων Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), την τομεοποίηση του συστήματος ΠΦΥ με το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και του προσωπικού νοσηλευτή, τον ενιαίο έλεγχο των μονάδων ΠΦΥ και την εφαρμογή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του ασθενή. Επίσης, ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση νέων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης. Αν και θεωρητικά ο Ν.3235/2004 κάλυπτε επαρκώς το σκοπό, την έννοια και το περιεχόμενο της Π.Φ.Υ, δεν εφαρμόστηκε ποτέ.

Το 2005, με την ψήφιση του Ν.3329/2005 για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», τα Πε.Σ.Υ. αντικαταστάθηκαν από τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) και το 2007, με το νόμο 3527/2007 για την «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ο αριθμός τους από δεκαεπτά μειώθηκε σε επτά.

Στη συνέχεια, ο νόμος 3918/2011 για τις «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» αναμφισβήτητα αποτέλεσε ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα για την ΠΦΥ, με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Υπό τον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των μεγαλύτερων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) της χώρας, με δυνατότητα για ένταξη των κλάδων υγείας και των υπολοίπων ΟΚΑ. Στους κύριους σκοπούς του ΕΟΠΥΥ περιλαμβάνεται, εκτός από την κάλυψη με υπηρεσίες υγείας των ασφαλισμένων των ενταχθέντων ΟΚΑ, ο λειτουργικός συντονισμός μεταξύ των φορέων που συντονίζουν το δίκτυο της ΠΦΥ. Στο δίκτυο αυτό συμμετέχουν οι αντίστοιχες μονάδες του ΕΟΠΥΥ, οι μονάδες του ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία), οι μονάδες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ), οι μονάδες ΝΠΔΔ/ ΝΠΙΔ και οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες ιατροί (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Έπειτα, με το Ν.4238/2014 για το «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις», δημιουργήθηκε στο ΕΣΥ το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Σύμφωνα με αυτό τον νόμο, τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία καθώς και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε.,

αποτελώντας εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους. Ακόμα, στον Ν.4238/2014 έγινε, όπως και σε προγενέστερους νόμους, ειδική μνεία στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού, ενώ εισήχθη για πρώτη φορά η έννοια του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.)

Σκόπιμο είναι να αναφερθεί στο σημείο αυτό και ο Ν.4368/2016, με τον οποίο προστέθηκαν στους δικαιούχους της υγειονομικής κάλυψης οι ανασφάλιστες και ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Έτσι, οι ανασφάλιστοι έχουν πλέον ελεύθερη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας, συμπεριλαμβανομένων φυσικά και των μονάδων ΠΦΥ.

Η πιο πρόσφατη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο πεδίο της ΠΦΥ ήρθε με το Ν.4486/2017 για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», ο οποίος θα αναλυθεί σε επόμενο κεφάλαιο.

### **6.3. Φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Μετά τη συνοπτική παρουσίαση της ιστορικής εξέλιξης και της νομικής κατοχύρωσης της ΠΦΥ στην Ελλάδα, κρίνεται σκόπιμο να γίνει περιγραφική αναφορά στο υφιστάμενο δίκτυο ΠΦΥ, δηλαδή στους φορείς παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ.

Η ΠΦΥ στη χώρα μας αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας. Από την πλευρά της οργάνωσης, η ΠΦΥ παρέχεται από ένα μείγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων οι οποίες έχουν κατά κύριο λόγο δημόσια χρηματοδότηση, ενώ η είσοδος στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία σημείων και διαδικασιών.

Συγκεκριμένα, η ΠΦΥ, μέχρι την ψήφιση του Ν.4486/2017, ο οποίος εισήγαγε ορισμένες αλλαγές, παρεχόταν από:

α) Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), μέσω των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων, των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων, των Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων, των Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων, καθώς και των Μονάδων Υγείας του ΠΕΔΥ (πρώην Μονάδες Υγείας ΕΟΠΥΥ), οι οποίες, όπως προαναφέρθηκε, έχουν ενταχθεί οργανικά στο ΕΣΥ από το 2014.

β) την Τοπική Αυτοδιοίκηση, μέσω των Δημοτικών Ιατρείων και των υπηρεσιών προνοίας, όπως είναι τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

γ) Τον Ιδιωτικό Τομέα, ο οποίος περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς, συμβεβλημένους και μη με τον ΕΟΠΥΥ, καθώς και συμβεβλημένα και μη ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια.

#### **6.4. Προβλήματα Παροχής Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα**

Γίνεται, επομένως, εύκολα αντιληπτό ότι το επίπεδο των φορέων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από πολυδιάσπαση και κατακερματισμό. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι συγκεκριμένες δομές παροχής ΠΦΥ που είχαν προβλεφθεί να δημιουργηθούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ (Κέντρα Υγείας αστικού τύπου) δεν αναπτύχθηκαν επαρκώς. Οι λίγες προσπάθειες που έγιναν, ειδικά στην περιοχή ευθύνης της 1<sup>η</sup> Δ.Υ.Πε. Αττικής, χαρακτηρίζονται ως ημιτελείς και μη επαρκείς για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού.

Συνεπώς, η ΠΦΥ στις μεγάλες πόλεις προσφέρεται κυρίως μέσω των δομών των ασφαλιστικών ταμείων ή των ιδιωτικών δομών. Αυτό δεν ισχύει για τις περιοχές εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων, όπου αναπτύχθηκαν Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ, ενώ τα αντίστοιχα Περιφερειακά Ιατρεία συμπληρώνουν τις δομές ΠΦΥ. Πρόκειται δηλαδή για ένα δίκτυο, το οποίο έχει αναπτυχθεί με γεωγραφικές και όχι μόνο ιδιαιτερότητες (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Εκτός από τον προαναφερόμενο κατακερματισμό, η ανάπτυξη της ΠΦΥ στην πράξη χαρακτηρίστηκε από έλλειψη συντονισμού και σειρά λειτουργικών προβλημάτων που σχετίζονται τόσο με τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού όσο και με την υλικοτεχνική υποστήριξη. Συνέπεια ήταν η αναποτελεσματικότητα και η αποτυχία στην ουσιαστική ενσωμάτωση και λειτουργική διασύνδεση με το ευρύτερο σύστημα υγείας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Σε επίπεδο νομοθεσίας, αρκετοί νόμοι έχουν προσπαθήσει να εισάγουν το θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Στην πράξη όμως, η μη εφαρμογή του θεσμού και η έλλειψη ενός συστήματος παραπομπών, έχουν ως αποτέλεσμα την περιττή, ανεξέλεγκτη και χωρίς περιορισμό περιπλάνηση του χρήστη - ασθενή στα διάφορα επίπεδα του

συστήματος υγείας, κατάσταση η οποία έχει ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει συνέχεια και παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας.

Το πρόβλημα της ασυνέχειας στη φροντίδα υγείας εντείνεται και από τη μη τήρηση με συστηματικό τρόπο ατομικών ιατρικών ιστορικών για ενιαία χρήση από τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας, ενώ επιπλέον δεν υπάρχει σύστημα διακίνησης ιατρικών πληροφοριών για τους ασθενείς, τόσο μεταξύ των μονάδων υγείας, όσο και εντός της αυτής μονάδας, μεταξύ δύο διαδοχικών επισκέψεων (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Τέλος, επισημαίνεται ότι ο όλος προσανατολισμός του ελληνικού συστήματος υγείας είναι ιατροκεντρικός και νοσοκομειοκεντρικός και στοχεύει στην αντιμετώπιση της αρρώστιας και όχι στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, θέτοντας έτσι σε δεύτερη μοίρα την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος της δραστηριότητας των Κέντρων Υγείας και των Μονάδων Υγείας του ΠΕΔΥ περιορίζεται στη συνταγογράφηση, την περίθαλψη, ή την παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία ή στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, και απουσιάζουν δραστηριότητες με στόχο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού (Γεωργακοπούλου, 2014). Η ελλειμματική ανάπτυξη των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, είχε ως αποτέλεσμα ένα πολύ μεγάλο κομμάτι της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας να κατευθυνθεί προς την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια φροντίδα, επιβαρύνοντας σε μεγάλο βαθμό τα δημόσια νοσοκομεία. Μια ακόμη συνέπεια της δυσλειτουργίας των δημόσιων δομών ΠΦΥ είναι η υπέρμετρη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα μας, η οποία δικαιολογεί το μεγάλο ύψος των ιδιωτικών δαπανών υγείας, οι οποίες κυμαίνονται στο 37.5% των συνολικών δαπανών υγείας (European Observatory on Health Systems And Policies, 2017) Έτσι, η χώρα μας βρίσκεται διαχρονικά στις πρώτες θέσεις μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ με τις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

Λόγω των παραπάνω παθογενειών, το σύστημα της ΠΦΥ χαρακτηρίζεται από χαμηλή παραγωγικότητα και αναποτελεσματικότητα, με υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση. Οι ασθενείς από την άλλη πλευρά αντιμετωπίζουν το σύστημα υγείας με μεγάλη δυσπιστία και δυσαρέσκεια.



## 6.5. Συμπεράσματα

Η ιστορική διαδρομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι συνυφασμένη με τις γενικότερες μεταρρυθμίσεις της πολιτικής υγείας στη χώρα μας, μεταρρυθμίσεις ωστόσο που θυμίζουν το μύθο του Σίσυφου, αφού τίποτα δεν φαίνεται να ολοκληρώνεται (Polyzos, et al., 2008).

Παρόλο που ουδέποτε αμφισβητήθηκε ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας, παρόλο που κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια προέβλεπε φιλόδοξες ρυθμίσεις για την ΠΦΥ και παρόλο που κάθε υπουργός υγείας υποτίθεται ότι έθετε ως προτεραιότητα την ανάπτυξη ενός λειτουργικού συστήματος ΠΦΥ, η πραγματικότητα είναι ότι η ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι μια έννοια παρεξηγημένη, ταλαιπωρημένη και διαστρεβλωμένη (Μπένος, 2000). Οι όποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έγιναν έμειναν ημιτελείς και δε βελτίωσαν στο ελάχιστο την κατάσταση, ούτε σε όρους ποιότητας, ούτε σε όρους αποτελεσματικότητας, ισότητας και πρόσβασης. Όμως, η ψήφιση του Ν.4486/2017 έδωσε νέα πνοή και κατεύθυνση για την ΠΦΥ στην Ελλάδα, μέσω της στρατηγικής μεταρρύθμισης και αναμόρφωσης του υποσυστήματος της ΠΦΥ, την οποία επαγγέλλεται.

## 7. Ο Νόμος 4486/2017 για τη Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ

Με το Νόμο 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017) για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», επιχειρείται η εκ βάθρων ανασυγκρότηση της δημόσιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε ένα ανθρωποκεντρικό μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας με πυρήνα τον λήπτη υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, βασικοί πυλώνες της μεταρρύθμισης είναι η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών της ΠΦΥ, η διασφάλιση του δικαιώματος του πληθυσμού σε δωρεάν, καθολική, ισότιμη και χωρίς διακρίσεις πρόσβαση στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, η διαφανής και δημοκρατική διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνηση της ΠΦΥ, η οικονομική προστασία του πληθυσμού αναφορικά με τις δαπάνες υγείας, ο κοινωνικός έλεγχος και η λογοδοσία των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και η διασφάλιση της προάσπισης των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας. Με το νόμο διευρύνεται ο «δημόσιος χώρος» στην Υγεία και προδιαγράφεται ο επικουρικός και συμπληρωματικός ρόλος του ιδιωτικού τομέα, όπου οι δημόσιες δομές δεν επαρκούν (Αιτιολογική Έκθεση Ν.4486/2017, 2017).

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου, ως ΠΦΥ νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του ΕΣΥ, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής.

Μία από τις μεγαλύτερες καινοτομίες του νόμου συνίσταται στη νέα δομή του συστήματος παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, το οποίο αναπτύσσεται πλέον σε δύο επίπεδα:

α) Στο πρώτο επίπεδο, που αποτελεί το σημείο εισόδου των ατόμων στο ΕΣΥ, παρέχονται υπηρεσίες ΠΦΥ από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.), τα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΠΙ), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (ΕΠΙ) και τα Τοπικά Ιατρεία (ΤΙ). Το επίπεδο αυτό περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας των μονάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς και τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ επαγγελματίες υγείας.

Ειδικότερα ως προς τις Το.Μ.Υ., αυτές είναι νέες αποκεντρωμένες δομές, περιφερειακές των Κέντρων Υγείας, οι οποίες λειτουργούν στη βάση εγγεγραμμένου πληθυσμού αναφοράς και στελεχώνονται από διεπιστημονική ομάδα υγείας που περιλαμβάνει οικογενειακό γιατρό, νοσηλεύτη, επισκέπτη υγείας, κοινωνικό λειτουργό και διοικητικό προσωπικό. Μέσω της ομάδας υγείας, προωθείται η διεπιστημονική διαχείριση της υγείας του πληθυσμού, ήτοι διαχείριση που απαιτεί γνώσεις και δεξιότητες ευρύτερου φάσματος (όπως δημόσιας υγείας, βιοψυχοκοινωνικού πλαισίου και οικογενειακού προγραμματισμού) και δεν βασίζεται αποκλειστικά στην ιατρική επιστήμη αλλά στην επιστημονική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας της ομάδας.

Οι Το.Μ.Υ. συνιστούν μονάδες οικογενειακής ιατρικής με έμφαση στην προληπτική ιατρική, στη δημόσια υγεία, στους εμβολιασμούς, στη διαχείριση των χρόνιων ασθενών, στην κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία, στη συνεχή και ολιστική φροντίδα του πολίτη. Αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ αλλά ταυτόχρονα αναπτύσσουν εξωστρεφείς και κοινοτικού χαρακτήρα παρεμβάσεις (εμβολιασμοί σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, δράσεις ενημέρωσης για τον γενικό πληθυσμό, τακτικές επισκέψεις σε σχολεία, ΚΑΠΗ, χώρους εργασίας).

Κάθε Το.Μ.Υ. θα έχει στην ευθύνη της πληθυσμό 10.000 - 12.000 κατοίκων, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις (νησιά, ορεινοί πληθυσμοί) ο πληθυσμός ευθύνης τους μπορεί να είναι μεγαλύτερος ή μικρότερος από 10 - 12.000 κατοίκους. Το προσωπικό που θα στελεχώσει τις ομάδες υγείας των Το.Μ.Υ. θα υπογράψει σύμβαση ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου για δύο έτη με δυνατότητα ανανέωσης για ακόμη δύο έτη. Σε πρώτη φάση, σχεδιάζεται η ανάπτυξη 239 Το.Μ.Υ. σε 65 αστικές περιοχές ενώ η χρηματοδότηση του προγράμματος έχει εξασφαλιστεί τουλάχιστον μέχρι το 2020, μέσω πόρων του ΕΣΠΑ.

β) Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας και τις Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ. Οι τελευταίες μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας, αφού όπως προβλέπεται στο Ν.4486/2017, η ονομασία ΠΕΔΥ καταργείται.

Στο πλαίσιο του νέου συστήματος επαναπροσδιορίζεται το περιεχόμενο του Τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.), ο οποίος είχε εισαχθεί με το Ν.4238/2014. Κατά το άρθρο 4 του νόμου, ο Το.Π.Φ.Υ πλέον θα περιλαμβάνει όλες τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ

παρόχους υπηρεσιών ΠΦΥ και τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ φαρμακεία. Επιπλέον, προβλέπεται ότι σε κάθε δήμο θα αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα ΠΦΥ.

Επίσης, ο Ν.4486/2017 επανεισάγει τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού, αφού, όπως προαναφέρθηκε, στις ομάδες υγείας των Το.Μ.Υ. περιλαμβάνεται οικογενειακός γιατρός. Σύμφωνα με το άρθρο 6, ο οικογενειακός γιατρός παρέχει ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στο άτομο, στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας, με σκοπό την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να είναι είτε γιατρός κλάδου ιατρών ΕΣΥ που υπηρετεί στις δημόσιες μονάδες ΠΦΥ, είτε γιατρός που παρέχει υπηρεσίες στο πλαίσιο λειτουργίας των Τοπικών Ομάδων Υγείας του άρθρου 106 του Ν.4461/2017 («Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας»), είτε ιδιώτης γιατρός συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης. Γίνεται, επίσης, σαφής προσδιορισμός των ιατρικών ειδικοτήτων που συνδέονται με την ιδιότητα του οικογενειακού γιατρού, οι οποίες είναι γενικής ιατρικής ή παθολογίας για τον ενήλικο πληθυσμό και παιδιατρικής για τον παιδικό πληθυσμό, ενώ αναφέρεται και ο ενδεδειγμένος εγγεγραμμένος πληθυσμός ευθύνης των οικογενειακών γιατρών (1 ιατρός ανά 2.250 ενήλικες και 1 παιδίατρος ανά 1.500 παιδιά).

Ένα άλλο σημαντικό κομμάτι του νομοσχεδίου, στο πλαίσιο της συμπληρωματικότητας του ιδιωτικού τομέα, αφορά το νέο πλαίσιο συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με τους ιδιώτες γιατρούς, όπως αυτό προδιαγράφεται στο άρθρο 11 του νόμου. Οι συμβάσεις αυτές θα χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά σε περιοχές, όπου είτε δεν αναπτύσσονται Το.Μ.Υ., είτε ο αριθμός των Το.Μ.Υ. δεν επαρκεί για την καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Συνεπώς, οι γενικοί γιατροί, παθολόγοι και παιδίατροι που θα λειτουργούν ως οικογενειακοί γιατροί, θα εγγράφουν πληθυσμό ευθύνης και θα αμείβονται βάσει του αριθμού των εγγεγραμμένων. Για τις υπόλοιπες ειδικότητες προβλέπεται η "αγορά" (δέσμευση) χρόνου στα ιατρεία τους, ώστε σε ένα συγκεκριμένο καθημερινό ωράριο να δέχονται ασθενείς δωρεάν.

Εκτός από την έννοια της εγγραφής του πληθυσμού σε οικογενειακό γιατρό, ο Ν.4486/2017 καθιερώνει στο άρθρο 19 διαδικασία παραπομπής, ως απαραίτητη προϋπόθεση της πρόσβασης στα Κέντρα Υγείας και τις δημόσιες μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας (με εξαίρεση τα έκτακτα και τα επείγοντα

περιστατικά). Έτσι, ο οικογενειακός γιατρός καθίσταται υπεύθυνος για την παραπομπή του ασθενή στα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας και για την εν γένει «πλοήγηση» του πολίτη στο σύστημα. Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου, η καθιέρωση της διαδικασίας παραπομπών αποσκοπεί στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, αφού ένας μεγάλος όγκος περιστατικών που φθάνει σήμερα στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, αναμένεται να αντιμετωπίζεται πολύ νωρίτερα, από τις δομές της ΠΦΥ.

Τα προεκτεθέντα σημεία του νόμου (Το.Μ.Υ., ομάδα υγείας, οικογενειακός γιατρός, σύστημα παραπομπών) κρίνονται ως τα πλέον σημαντικά, καθώς αποτελούν τον πυρήνα της επιχειρούμενης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας της ΠΦΥ. Όμως, στο Ν.4486/2017 προβλέπεται πληθώρα καινοτομιών, εκτός από τις προαναφερόμενες. Ακολουθεί σύντομη αναφορά στις σημαντικότερες εξ αυτών:

- Καθιερώνεται ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ), στον οποίο καταχωρούνται, με ευθύνη των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας, όλες οι πληροφορίες που προκύπτουν από εξέταση ή επίσκεψη και είναι αναγκαίες για την παρακολούθηση, τη θεραπεία, τη νοσηλεία και την αποκατάσταση του ατόμου. (Άρθρο 21)
- Συγκροτείται και λειτουργεί, σε κάθε οδοντιατρείο Κέντρου Υγείας, Οδοντιατρική Ομάδα που θα ελέγχει τη στοματική υγεία του πληθυσμού ευθύνης. Έτσι, κατοχυρώνεται η δημόσια οδοντιατρική φροντίδα στην ΠΦΥ. (Άρθρο 10)
- Αναβαθμίζεται η μαιευτική φροντίδα στο ΕΣΥ και αναδεικνύεται ο συμβουλευτικός και υποστηρικτικός ρόλος των μαιών στην πρόληψη του γυναικολογικού καρκίνου, στην κύηση και στον τοκετό. Παρέχεται πλέον στις μαιές η δυνατότητα συνταγογράφησης τεστ Παπανικολάου και διαγνωστικών εξετάσεων κύησης. (Άρθρο 12)
- Αξιοποιούνται οι επισκέπτες υγείας με σκοπό την προαγωγή της υγείας του ατόμου, της οικογένειας, της κοινότητας και του σχολικού πληθυσμού και την πραγματοποίηση δράσεων και παρεμβάσεων στην κοινότητα για θέματα ΠΦΥ. (Άρθρο 13)
- Συγκροτούνται δίκτυα από επαγγελματίες υγείας, όπως μαιές και επισκέπτες υγείας που υπηρετούν σε δημόσιες δομές ΠΦΥ. Τα εν λόγω δίκτυα παρέχουν τη δυνατότητα εξωστρεφούς δράσης αυτού του ανθρώπινου δυναμικού στην

κοινότητα και με εμβέλεια ευρύτερη της δομής στην οποία υπηρετούν. (Άρθρα 12 και 13)

- Εισάγεται η έννοια της δημόσιας λογοδοσίας και του κοινωνικού ελέγχου των μονάδων ΠΦΥ. Ο κοινωνικός έλεγχος επιτυγχάνεται μέσω του εντοπισμού προβλημάτων μη εύρυθμης λειτουργίας ή περιπτώσεων κακοδιοίκησης, λαμβάνοντας υπόψη αφενός τη γνώμη των πολιτών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αφετέρου τη διατύπωση προτάσεων για την καλύτερη λειτουργία τους. Ο κοινωνικός έλεγχος διενεργείται με έρευνες, ηλεκτρονικές και μη, με τις οποίες οι πολίτες αξιολογούν τις υπηρεσίες τις οποίες έλαβαν, αλλά και μέσω της καθιερούμενης διαδικασίας Ακρόασης Κοινωνικών Φορέων και Πολιτών. (Άρθρο 20)
- Προβλέπεται η ίδρυση και λειτουργία Κέντρων Ειδικής Φροντίδας (ΚΕΦ), ως αποκεντρωμένων μονάδων των Δ.Υ.Πε., τα οποία παρέχουν εξειδικευμένες υπηρεσίες φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης σε πληθυσμό ευθύνης ενός ή περισσότερων Το.Π.Φ.Υ.. Ως ενδεικτικές μορφές των ΚΦΕ, αναφέρονται τα οδοντιατρικά, οδοντοπροσθητικά και παιδοδοντιατρικά κέντρα, τα κέντρα φυσικοθεραπείας και τα κέντρα ειδικής αγωγής. (Άρθρο 9)
- Προβλέπεται η ίδρυση και λειτουργία Κεντρικών Διαγνωστικών Εργαστηρίων (ΚΔΕ), ως αποκεντρωμένων μονάδων των Δ.Υ.Πε., τα οποία παρέχουν διαγνωστικές υπηρεσίες εργαστηριακής και απεικονιστικής ιατρικής στις διασυνδεδεμένες με αυτά μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Η εν λόγω ρύθμιση αποσκοπεί στο να αναβαθμιστεί ο εργαστηριακός τομέας της ΠΦΥ, να δύναται να καλύψει περισσότερες ανάγκες των πολιτών και, τελικά, να γίνει περισσότερο ανταγωνιστικός προς τα επιχειρηματικά συμφέροντα στο χώρο της εργαστηριακής διάγνωσης. (Άρθρο 8)

## 8. Αξιολόγηση της Μεταρρύθμισης του Ν.4486/2017

### 8.1. Παράμετροι Ποιοτικής Έρευνας και Ανάλυσης

Ο Ν.4486/2017 αποτελεί μια ιδιαίτερα ρηξικέλευθη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του υποσυστήματος της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Μέσω του νόμου επιχειρείται η στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος υπηρεσιών ΠΦΥ, η οποία έχει ως απώτερο στόχο τη στήριξη και αναβάθμιση του ίδιου του ΕΣΥ. Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας, κρίθηκε σκόπιμη η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας και ανάλυσης, η οποία αποσκοπεί στην αξιολόγηση της επιχειρούμενης μεταρρύθμισης στο πεδίο της ΠΦΥ. Κεντρικό ρόλο σε κάθε ποιοτική έρευνα κατέχει ο προσδιορισμός των ερευνητικών ερωτημάτων, με τα οποία εξειδικεύεται η γενική θεματική περιοχή της έρευνας. Τα ερευνητικά ερωτήματα χρειάζεται να είναι ανοιχτά και να προσανατολίζονται σε μια γενική κατεύθυνση και όχι σε συγκεκριμένες απαντήσεις. Αποσκοπούν σε λεπτομερείς περιγραφές ή και εξηγήσεις και επιτρέπουν τη σύλληψη απρόσμενων πτυχών του υπό διερεύνηση φαινομένου (Ισαρη & Πούρκος, 2015). Έτσι, για τους σκοπούς της παρούσας, επιλέχθηκαν οι ακόλουθες τρεις ερωτήσεις:

1. Ποια χρόνια προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας και συγκεκριμένα της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, αντιμετωπίζονται επιτυχώς με το Ν.4486/2017;
2. Ποια προβλήματα αναμένεται να ανακύψουν στο στάδιο της εφαρμογής και υλοποίησης του νόμου, σε επιχειρησιακό επίπεδο;
3. Πώς θα μπορούσε ο συγκεκριμένος νόμος να ήταν πιο αποτελεσματικός ως προς το σκοπό του, ο οποίος έγκειται στη ριζική αναμόρφωση της ΠΦΥ στη χώρα μας;

Ο σκοπός της έρευνας συνίσταται στην εξεύρεση απαντήσεων στα ανωτέρω ερωτήματα, ώστε να καταστεί δυνατή η αξιολόγηση της επιχειρούμενης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, τόσο στο θεωρητικό επίπεδο της σύλληψης και του σχεδιασμού του νόμου, όσο και στο πρακτικό επίπεδο της εφαρμογής και της υλοποίησης του.

Για την εξεύρεση των απαιτούμενων απαντήσεων, προκρίθηκε η συλλογή στοιχείων, μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων (ανοιχτού τύπου) με συγκεκριμένα επιτελικά και επιχειρησιακά στελέχη του ΕΣΥ.

Σε πρώτο επίπεδο επιλέχθηκαν στελέχη του Υπουργείου Υγείας, ώστε να εκπροσωπείται στο δείγμα το σκέλος του σχεδιασμού του νόμου. Συγκεκριμένα, στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν δύο συνεργάτες του Αναπληρωτή Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, η Προϊσταμένη της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Υγείας και Πρόληψης, καθώς και οι Προϊστάμενοι του Τμήματος Δημόσιων Μονάδων Πρωτοβάθμιας και του Τμήματος Αγωγής Υγείας και Πρόληψης, τα οποία υπάγονται στην ανωτέρω Διεύθυνση.

Σε δεύτερο επίπεδο, αναζητήθηκε η άποψη στελεχών των Δ.Υ.Πε., οι οποίες αποτελούν την αμέσως επόμενη διοικητική βαθμίδα μετά το Υπουργείο (top-down προσέγγιση) και καλούνται να αναλάβουν επιτελικό ρόλο στην υλοποίηση του νόμου. Συγκεκριμένα, η 1η Δ.Υ.Πε. Αττικής εκπροσωπείται στο δείγμα μέσω της Προϊσταμένης της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ενώ η 2η Δ.Υ.Πε. μέσω της Προϊσταμένης της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και μέσω του Προϊστάμενου του Τμήματος Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας.

Τέλος, κρίθηκε σκόπιμο να συμπεριληφθεί στο δείγμα ο Γενικός Γραμματέας της Ελληνικής Εταιρείας Γενικής Ιατρικής (ΕΛΕΓΕΙΑ), λόγω της βαρύνουσας σημασίας που αποκτά ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού με το Ν.4486/2017.

Σε θεωρητικό επίπεδο, όσον αφορά στην επιλογή του δείγματος, εφαρμόστηκε η στρατηγική της δειγματοληψίας σκοπιμότητας (purposeful sampling), μέσω της ενεργητικής και σκόπιμης επιλογής ενός δείγματος, του οποίου τα μέλη κρίθηκε ότι εξυπηρετούν με τον καλύτερο τρόπο τους σκοπούς και τα ερωτήματα της παρούσας έρευνας. Δηλαδή, το επιλεγέν δείγμα, απαρτιζόμενο από επιτελικά και υπηρεσιακά στελέχη του συστήματος υγείας, κρίθηκε ως το πλέον κατάλληλο να προσφέρει επαρκείς και κατάλληλες πληροφορίες για το αντικείμενο της παρούσας έρευνας, δηλαδή το Ν.4486/2017. Σε συνδυασμό με τη σκόπιμη δειγματοληψία, χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας (convenience sampling), η οποία εντάσσεται στην ευρύτερη κατηγορία της σκόπιμης δειγματοληψίας. Επιλέχθηκαν δηλαδή περιπτώσεις, επειδή ήταν άμεσα διαθέσιμες και η πρόσβαση σε αυτές ήταν εύκολη.



Τέλος, μια άλλη στρατηγική που ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία της σκόπιμης δειγματοληψίας και χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι αυτή της θεωρητικής δειγματοληψίας (theoretical sampling). Πρόκειται για μια δειγματοληπτική διαδικασία η οποία εξυπηρετεί τη λογική της ανακάλυψης και την παραγωγή νέων ιδεών. Στα αρχικά στάδια της συγκεκριμένης προσέγγισης, ο ερευνητικός σχεδιασμός είναι πιο ευέλικτος, ανοιχτός και καθοδηγούμενος από τα ερευνητικά ερωτήματα, αποσκοπώντας στον εντοπισμό του φαινομένου και των διαστάσεών του. Στη συνέχεια τα δεδομένα συλλέγονται παράλληλα με την ανάλυση, καθώς η θεωρητική δειγματοληψία στοχεύει στο να αναζητήσει περιπτώσεις που θα επιτρέψουν είτε την αποσαφήνιση και την ενίσχυση των διαμορφούμενων θεωρητικών κατηγοριών είτε τη διαφοροποίηση τους και την ανάδειξη νέων όψεων του υπό διερεύνηση φαινομένου (Ισαρη & Πούρκος, 2015).

Τέλος, πρέπει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι για τον προσδιορισμό του μεγέθους του δείγματος λήφθηκε υπόψη τόσο ο σκοπός και τα ερωτήματα της έρευνας όσο και πρακτικοί παράγοντες, ιδίως ο χρόνος, καθώς το στενό χρονικό περιθώριο για την εκπόνηση της παρούσας εργασίας θα καθιστούσε εξαιρετικά δύσκολη τη διαχείριση ενός μεγαλύτερου δείγματος.

## **8.2. Αποτελέσματα Ποιοτικής Ανάλυσης**

Στο κεφάλαιο αυτό, επιχειρείται η ποιοτική ανάλυση των απαντήσεων των ερωτηθέντων, μέσω της ομαδοποίησης των συνηθέστερων από αυτές, αλλά και της παράθεσης κάποιων χαρακτηριστικών ή/και αντιθέτων απόψεων.

***1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα: Ποια χρόνια προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας και συγκεκριμένα της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, αντιμετωπίζονται επιτυχώς με το Ν.4486/2017;***

Όσον αφορά στην πρώτη τεθείσα ερώτηση, σχετικά με τα προβλήματα στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα που αντιμετωπίζονται επιτυχώς με το Ν.4486/2017, οι απαντήσεις κινήθηκαν στους παρακάτω βασικούς άξονες. Καταρχάς, ο νόμος φαίνεται να αντιμετωπίζει τα διαχρονικά προβλήματα της γεωγραφικής διασποράς των δομών,

της πολυδιάσπασης και του κατακερματισμού του συστήματος της ΠΦΥ. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της εξαγγελθείσας λειτουργίας ενός Κέντρου Υγείας σε κάθε δήμο και μίας Το.Μ.Υ. σε κάθε δημοτική ενότητα, καθώς και μέσω της ενοποίησης των Μονάδων Υγείας του ΠΕΔΥ με τα Κέντρα Υγείας και της κατάργησης της ονομασίας ΠΕΔΥ. Επιχειρείται δηλαδή μια ενοποίηση των δημόσιων δομών της ΠΦΥ, η οποία, αν επιτύχει, θα ακολουθηθεί από την ομογενοποίηση και την αναβάθμιση του ΕΣΥ εν γένει, αφού η ΠΦΥ είναι ο κορμός του συστήματος. Επιπλέον, η μεταρρύθμιση αποσκοπεί στην αποσυμφόρηση των δομών της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας, μέσω της αντιμετώπισης ενός μεγάλου όγκου περιστατικών που φθάνει σήμερα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων πολύ νωρίτερα, από τις δομές της ΠΦΥ.

Δεύτερον, θετική ήταν η αποτίμηση του κεντρικού ρόλου που θα διαδραματίζει ο οικογενειακός γιατρός στο νέο μοντέλο ΠΦΥ, ενώ θετικά αξιολογήθηκε τόσο η καθιέρωση της εγγραφής του πληθυσμού στον οικογενειακό γιατρό όσο και το εισαγόμενο σύστημα των παραπομπών. Ο οικογενειακός γιατρός θα αποτελέσει σημαντικό σημείο αναφοράς για το υποσύστημα της ΠΦΥ και για την καθοδήγηση του ασθενούς μέσα στο υποσύστημα αυτό. Η εισαγωγή των παραπάνω θεσμών και διαδικασιών (οικογενειακός γιατρός, εγγεγραμμένος πληθυσμός ευθύνης, σύστημα παραπομπών) είναι ένα βήμα προς την αναδιοργάνωση της ΠΦΥ στη σωστή κατεύθυνση, αφού αν λειτουργήσουν σωστά αναμένεται να έχουν μια σειρά θετικών αποτελεσμάτων (π.χ. εδραίωση μεγαλύτερης υπευθυνότητας του γιατρού απέναντι στους ασθενείς του, καλύτερη επικοινωνία γιατρού – ασθενή, εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα, πλοήγηση του ασθενούς στο σύστημα).

Όμως, πρέπει να αναφερθεί ότι σημαντικό μέρος του δείγματος (το ένα τρίτο) επιφυλάχθηκε να απαντήσει στην πρώτη ερώτηση, με την αιτιολογία ότι εφόσον ο νόμος δεν έχει εφαρμοστεί ακόμα, είναι αδύνατη η τοποθέτηση επί των προβλημάτων που επιλύει επιτυχώς.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί η άποψη δύο εκ των ερωτηθέντων, οι οποίοι αποτίμησαν θετικά την ανάδειξη και τη συμμετοχή και άλλων επαγγελματιών υγείας, εκτός των γιατρών, στην παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ, καθώς έτσι υποχωρεί η ιατροκεντρικότητα του συστήματος και εισάγεται η έννοια της διεπιστημονικής συνεργασίας.

***2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα: Ποια προβλήματα αναμένεται να ανακύψουν στο στάδιο της εφαρμογής και υλοποίησης του νόμου, σε επιχειρησιακό επίπεδο;***

Όσον αφορά στο δεύτερο ερώτημα, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων χαρακτηρίστηκαν από εξαιρετική ομοιογένεια, κινούμενες σε δύο βασικούς άξονες. Πρώτον, θεώρησαν ότι το σημαντικότερο πρόβλημα ως προς την εφαρμογή του νέου νόμου είναι η δυσκολία στελέχωσης των δημιουργούμενων δομών, δηλαδή των Το.Μ.Υ., από οικογενειακούς γιατρούς. Σύμφωνα με τους ερωτηθέντες, οι γιατροί δεν ενδιαφέρονται να στελεχώσουν τις νέες δομές, για διάφορους λόγους. Ένας από αυτούς είναι ότι αμφιβάλλουν για τη μακροήμερευση του θεσμού των Το.Μ.Υ, λόγω της έλλειψης βέβαιης χρηματοδότησης. Σημειώνεται ότι το 2020 λήγει η χρηματοδότηση του προγράμματος ανάπτυξης των Το.Μ.Υ. από το ΕΣΠΑ και το πρόγραμμα θα πρέπει να χρηματοδοτηθεί εξ ολοκλήρου από εθνικούς πόρους. Επίσης, το εργασιακό καθεστώς τους είναι αβέβαιο, καθώς θα ενταχθούν σε δημόσιες δομές χωρίς δημοσιouπαλληλική μονιμότητα και μόνο προσωρινά (για δύο έτη, με δυνατότητα ανανέωσης για ακόμη δύο έτη μέχρι τη λήξη του προγράμματος το 2020) με ταυτόχρονη αποστέρηση του δικαιώματος άσκησης ιδιωτικής ιατρικής (αφού προσλαμβάνονται με σύμβαση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης).

Ένα ακόμα σημαντικό αίτιο της διστακτικότητας των γιατρών είναι το ύψος των αποδοχών, τις οποίες δε θεωρούν ικανοποιητικές. Επιπροσθέτως, το πρόβλημα εντείνεται όσον αφορά στις νησιωτικές περιοχές της χώρας, για τις οποίες οι γιατροί δεν εκδηλώνουν διαχρονικά ενδιαφέρον, ακόμα και για την πρόσληψη σε μόνιμες θέσεις του ΕΣΥ. Η νησιωτικότητα αποτελεί σημαντικό αντικίνητρο, λόγω της απομόνωσης του γιατρού από την επιστημονική κοινότητα και του συνακόλουθου αρνητικού επηρεασμού της επαγγελματικής του εξέλιξης. Όπως παρατήρησε μέρος του δείγματος, κίνητρο ένταξης στις Το.Μ.Υ. υπάρχει κυρίως για νέους ιατρούς, που είναι άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι και δεύτερον, για γιατρούς οι οποίοι βρίσκονται λίγα έτη πριν τη συνταξιοδότηση και επιθυμούν, για διάφορους λόγους, να κλείσουν το ιδιωτικό τους ιατρείο.

Όσον αφορά στην πολιτική υποκίνησης, η οποία ακολουθήθηκε από το Υπουργείο Υγείας για να προσελκύσει το ενδιαφέρον των γιατρών, πρέπει να αναφερθεί ότι η αμοιβή των γιατρών που θα στελεχώσουν τις νέες δομές αντιστοιχεί στην αμοιβή των Επιμελητών Α' του ΕΣΥ. Επιπλέον, για τους γιατρούς που θα στελεχώσουν τις Το.Μ.Υ.,

προβλέπεται αυξημένη μοριοδότηση για την μόνιμη ένταξη στο ΕΣΥ μετά τη λήξη του τετραετούς προγράμματος το 2020.

Ο δεύτερος βασικός άξονας, γύρω από τον οποίο κινήθηκαν οι απαντήσεις όλων των ερωτηθέντων, αφορά στη δυσκολία αλλαγής της κουλτούρας και της νοοτροπίας των Ελλήνων ληπτών υπηρεσιών υγείας, για τους οποίους οι έννοιες του οικογενειακού γιατρού, της ομάδας υγείας και του συστήματος των παραπομπών είναι εν πολλοίς άγνωστες. Συγκεκριμένα, οι Έλληνες χρήστες υπηρεσιών ΠΦΥ αναμένεται να μην αποδεχτούν, τουλάχιστον σε αρχικό επίπεδο, τους προαναφερθέντες βασικούς πυλώνες της μεταρρύθμισης. Το πρόβλημα αναμένεται να είναι εντονότερο στους ηλικιωμένους ή/και στους κατοίκους της επαρχίας (ιδίως των νησιών και των απομακρυσμένων περιοχών της ηπειρωτικής Ελλάδας). Όπως συμβαίνει με όλες τις μεταρρυθμίσεις, έτσι και στη συγκεκριμένη περίπτωση είναι απαραίτητο να περάσει ένα εύλογο χρονικό διάστημα, ώστε γινόμενοι οι πολίτες κοινωνοί του νέου συστήματος, να πειστούν για τη χρησιμότητα του και να φτάσουν στο σημείο να θεωρούν την εγγραφή τους στον οικογενειακό γιατρό ως κάτι αυτονόητο.

Ένα σημαντικό βήμα στην κατεύθυνση της σταδιακής προσαρμογής του πληθυσμού στην επιχειρούμενη μεταρρύθμιση, έχει ήδη γίνει, αφού το σύστημα των παραπομπών (gatekeeping) που εισάγεται με το Ν.486/2017, δεν είναι αυστηρό (όπως π.χ. στην Αγγλία), αλλά χαλαρό, καθώς το σύστημα θα εφαρμοστεί πλήρως από τα τέλη του 2018 (άρθρο 19, παρ.6). Αυτή η επιλογή του νομοθέτη βρήκε σύμφωνους τους ερωτηθέντες, ακριβώς για να εξασφαλιστεί η σταδιακή μετάβαση στο νέο σύστημα.

Όμως, το άρθρο 19 και συγκεκριμένα η παράγραφος 5 φαίνεται να εμπεριέχει ένα προβληματικό σημείο, σύμφωνα με στέλεχος του Υπουργείου Υγείας, αφού όπως εξέθεσε, δεν έχει ξεκαθαριστεί ακόμα αν η εφαρμογή του συστήματος των παραπομπών θα αφορά μόνο στις Το.Μ.Υ. ή αν θα επεκταθεί και στα Κέντρα Υγείας. Αν υποθεθεί ότι ο θεσμός επεκτείνεται και στα Κέντρα Υγείας, θα πρέπει οι γενικοί ιατροί, οι παθολόγοι και οι παιδίατροι, οι οποίοι στελεχώνουν σήμερα τις δομές αυτές, να «χριστούν» οικογενειακοί γιατροί, γεγονός που θα προκαλέσει αντιδράσεις.

Ένα ακόμη αξιοσημείωτο πρόβλημα εφαρμογής του νόμου, το οποίο αναφέρθηκε από στέλεχος του Υπουργείου, εντοπίζεται στην έλλειψη κουλτούρας συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που θα στελεχώσουν τις ομάδες υγείας. Επίσης, στα καθήκοντα των οικογενειακών γιατρών περιλαμβάνονται εξωστρεφείς παρεμβάσεις

κοινοτικού χαρακτήρα, διαχείριση χρόνιων ασθενών, κατ' οίκον επισκέψεις κ.λπ., όμως η έλλειψη κουλτούρας κοινωνικής ιατρικής από τη μεριά τους θα δυσχεράνει την αποτελεσματική διεκπεραίωση των καθηκόντων τους. Τέλος, όσον αφορά τη δυνατότητα ανάπτυξης 239 δομών Το.Μ.Υ. μέχρι το 2020, σε πρακτικό επίπεδο, οι απόψεις ποίκιλλαν: Κάποιοι εξέφρασαν σοβαρές αμφιβολίες για την επιτυχία του εγχειρήματος, κυρίως λόγω έλλειψης κτιρίων για τη στέγαση των νέων δομών, καθιστώντας απολύτως απαραίτητη τη συνεργασία των δήμων με το Υπουργείο, ενώ άλλοι θεώρησαν ότι αφού έχει εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση του προγράμματος από το ΕΣΠΑ, η εξεύρεση κτιρίων δε θα αποτελέσει ιδιαίτερο πρόβλημα. Πρέπει να σημειωθεί στο σημείο αυτό ότι μέχρι στιγμής, για τη στέγαση των Το.Μ.Υ. έχουν εξασφαλιστεί περίπου 70 κτίρια, μέσω συνεργασίας με τους Δήμους (Αυτοδιοίκηση, 2017).

***3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα: Πώς θα μπορούσε ο συγκεκριμένος νόμος να ήταν πιο αποτελεσματικός ως προς το σκοπό του, ο οποίος έγκειται στη στρατηγική αναμόρφωση του συστήματος ΠΦΥ στη χώρα μας;***

Οι απαντήσεις του δείγματος στο τρίτο ερώτημα χαρακτηρίστηκαν από χαμηλή ομοιογένεια, καθώς οι απόψεις των ερωτηθέντων χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με την ιδιότητα του καθενός.

Τα στελέχη της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Υγείας και Πρόληψης του Υπουργείου Υγείας εξέφρασαν το «παράπονο» ότι η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου δεν έλαβε αρκούντως υπόψη τις απόψεις των υπηρεσιακών στελεχών κατά το σχεδιασμό του νόμου, με αποτέλεσμα να μην ενσωματωθούν στο τελικό κείμενο διατάξεις που θα επέλυαν διαχρονικά προβλήματα, τα οποία δυσχεραίνουν την υλοποίηση του νόμου. Παρατήρησαν επίσης, ότι για τη ρύθμιση μεγάλου αριθμού θεμάτων απαιτείται η έκδοση υπουργικών αποφάσεων, επιλογή που θα έπρεπε να είχε αποφευχθεί, από άποψη καλής νομοθέτησης. Επίσης, ο νόμος εμπλέκει πολλά επίπεδα οργάνωσης και διοίκησης, δημιουργώντας κίνδυνο επικάλυψης αρμοδιοτήτων. Για παράδειγμα, συνιστάται η Επιτροπή Σχεδιασμού και Συντονισμού ΠΦΥ στο Υπουργείο Υγείας (άρθρο 15), ο Περιφερειακός Συντονιστής Το.Π.Φ.Υ. (άρθρο 17), η τριμελής Διοικούσα Επιτροπή ανά Το.Π.Φ.Υ. (άρθρο 16) και ο Συντονιστής Οδοντίατρος Υγειονομικής Περιφέρειας (άρθρο 18). Οι θεσμοί αυτοί πρέπει να συνυπάρξουν με υφιστάμενες δομές, όπως είναι π.χ. οι επιστημονικοί υπεύθυνοι των Κέντρων Υγείας

και το Επιστημονικό Συμβούλιο ΠΦΥ σε κάθε Δ.Υ.Πε.. Έτσι, έχουμε πολλά επίπεδα αποφάσεων, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία ως προς το συντονισμό των αρμοδιοτήτων των εμπλεκόμενων φορέων. Θα έπρεπε οπότε, να είχε ακολουθηθεί ένα απλούστερο οργανωτικό και διοικητικό σχήμα.

Από την άλλη πλευρά, οι συνεργάτες του Αναπληρωτή Γραμματέα δεν σχολίασαν τη συγκεκριμένη ερώτηση, καθώς θεωρούν το νόμο πλήρως λειτουργικό και αποτελεσματικό έτσι όπως διαμορφώθηκε και ισχύει. Χαρακτηριστική είναι και η άποψη ενός υπηρεσιακού στελέχους των Δ.Υ.Πε., σύμφωνα με την οποία, για την πραγμάτωση του σκοπού του νόμου (δηλαδή της στρατηγικής αναμόρφωσης της ΠΦΥ) θα έπρεπε να είχαν αξιοποιηθεί οι υπάρχουσες δομές. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη άποψη, αντί για την ανάπτυξη νέων δομών, θα έπρεπε να είχε επιλεγεί η καλύτερη οργάνωση των υφιστάμενων δημόσιων δομών παροχής ΠΦΥ, μέσω της ενίσχυσης και της ορθής κατανομής του προσωπικού τους ή μέσω της συνένωσης κοντινών, μικρότερων μονάδων που υπολειτουργούν (λόγω έλλειψης προσωπικού και εξοπλισμού) σε μία μεγαλύτερη, η οποία να είναι ικανή να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς της.

Όμως, η απάντηση που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον είναι εκείνη του Γενικού Γραμματέα της ΕΛΕΓΕΙΑΣ, ο οποίος, θεώρησε ότι για την επίτευξη της στρατηγικής μεταρρύθμισης της ΠΦΥ θα έπρεπε, αντί για την ίδρυση νέων δομών, να αξιοποιηθούν οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιδιώτες γιατροί. Συγκεκριμένα, παραμένει ασαφές το πλαίσιο του νέου τύπου συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ με τους συμβεβλημένους οικογενειακούς γιατρούς (για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού όπου οι δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ δεν επαρκούν - άρθρο 11) και η αποζημίωση τους (κατά κεφαλήν για το σύνολο του πληθυσμού ευθύνης τους) αναμένεται να είναι χαμηλότερη από τις αντίστοιχες μηνιαίες απολαβές των οικογενειακών γιατρών που θα στελεχώσουν τις Το.Μ.Υ.. Όμως, ο Γενικός Γραμματέας εξέφρασε την άποψη ότι η αποζημίωση πρέπει να είναι ικανοποιητική, διαφορετικά οι ιδιώτες γιατροί θα απορρίψουν μαζικά τις συμβάσεις με τον ΕΟΠΥΥ, ως αναντίστοιχες με το έργο που παράγουν. Ως προς την εξεύρεση πόρων για τις αποζημιώσεις, είχε προταθεί από την ΕΛΕΓΕΙΑ, στο στάδιο του σχεδιασμού του νόμου, η αποδοτικότερη κατανομή των πόρων που δαπανά ο ΕΟΠΥΥ, ιδίως με τη μεταφορά στην ΠΦΥ τμήματος των πόρων που σπαταλούνται αλόγιστα στον φαρμακοτεχνολογικό τομέα (απεικονιστικές - εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα). Επίσης, μια άλλη λύση που

προτάθηκε ήταν η εισαγωγή συμμετοχής των πολιτών στη δαπάνη για οικογενειακό γιατρό, από 0 έως 25 ευρώ ανά έτος, ανάλογη του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογη των αναγκών υγείας. Έτσι, η αποζημίωση που θα λάμβαναν από τον ΕΟΠΠΥ σε συνδυασμό με τη συμμετοχή των εγγεγραμμένων πολιτών, θα συνιστούσαν αξιοπρεπή αμοιβή και ισχυρό δέλεαρ για τους γιατρούς.

Επίσης, πρέπει να τονιστεί ότι η ΕΛΕΓΕΙΑ διαφωνεί με τη δημιουργία των Το.Μ.Υ., θεωρώντας ως σωστότερη επιλογή για την αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας, την εκμετάλλευση του εκτεταμένου δικτύου ιδιωτών γιατρών, το οποίο στην Αττική είναι το πυκνότερο στον κόσμο ανά πληθυσμό, με αντιστοιχία 6,5 γιατρών ανά 1000 κατοίκους. Οπότε, αντί για την ανάπτυξη των Το.Μ.Υ., έπρεπε να είχε επιδιωχθεί η αξιοποίηση του δικτύου αυτού.

Σύμφωνα με την ΕΛΕΓΕΙΑ, ως το πιο άμεσα υλοποιήσιμο μοντέλο για τα δεδομένα της Ελλάδας, προκρίνεται αυτό της Ιταλίας, όπου τα τελευταία χρόνια δόθηκαν οικονομικά κίνητρα σε ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς, ώστε να συνενωθούν σε group practices. Ο πολίτης επιλέγει ελεύθερα τον οικογενειακό του γιατρό, μέχρι να συμπληρωθεί ο μέγιστος αριθμός εγγεγραμμένων ανά γιατρό. Έτσι και στην Ελλάδα, θα μπορούσαν να δοθούν οικονομικά κίνητρα για τη συνένωση των γιατρών σε group practices (π.χ. η αποζημίωση του ΕΟΠΥΥ ανά εγγεγραμμένο να είναι μεγαλύτερη για όσους γιατρούς συνενώνονται σε group practice). Η ελευθερία επιλογής του γιατρού θα είχε ως αποτέλεσμα τη διασφάλιση της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών, αφού ο γιατρός θα είχε συμφέρον να κρατά ικανοποιημένο τον πολίτη, για να παραμείνει εγγεγραμμένος σε αυτόν και να συνεχίσει να λαμβάνει την αποζημίωση του ΕΟΠΥΥ. Αυτό δεν εξασφαλίζεται μέσω της υποχρεωτικής εγγραφής του πληθυσμού στις Το.Μ.Υ., όπου ο γιατρός θα είναι μισθωτός και δεν θα έχει ισχυρό κίνητρο για συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, θα μπορούσε να τεθεί ως ρήτρα στο συμβόλαιο του ΕΟΠΠΥ με το γιατρό, η υποχρέωση του τελευταίου να απασχολεί στο ιατρείο του το κατάλληλο προσωπικό (νοσηλεύτες, γραμματειακή υποστήριξη κ.λπ.), για την εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ υψηλής στάθμης.

### 8.3. Συμπεράσματα

Από την παραπάνω ανάλυση, εξάγονται ενδιαφέροντα συμπεράσματα για τη μεταρρυθμιστική προσπάθεια στο υποσύστημα της ΠΦΥ, την οποία εισάγει ο Ν.4486/2017. Αν και ο νόμος βρίσκεται στα αρχικά βήματα της υλοποίησής του, γεγονός που δεν επιτρέπει την διεξοδική αξιολόγησή του, ανάλογα με τα αποτελέσματά του, μπορούν να διατυπωθούν, σε πρωταρχικό επίπεδο, ορισμένες παρατηρήσεις, σχετικές με τις απαντήσεις του δείγματος στα τρία ερευνητικά ερωτήματα. Καταρχάς, το δείγμα συμφωνεί, στο σύνολο του, με το πνεύμα του νόμου, καθώς το σύνολο των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ στη χώρα μας σήμερα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα, είναι αποδυναμωμένη, ανοργάνωτη και δεν λειτουργεί σωστά. Η μεταρρύθμιση κρίνεται απαραίτητη, αν και οι απόψεις του δείγματος σχετικά με το περιεχόμενο αυτής διαφέρουν σημαντικά ανάλογα με την ιδιότητα των ερωτηθέντων. Για παράδειγμα, ο εκπρόσωπος της ΕΛΕΓΕΙΑΣ τοποθετήθηκε διαφορετικά από τους υπόλοιπους, απορρίπτοντας εξ ολοκλήρου έναν από τους βασικούς πυλώνες της μεταρρύθμισης, δηλαδή την ίδρυση των Το.Μ.Υ. και προτείνοντας να βασιστεί το σύστημα στους υπάρχοντες ιδιώτες γιατρούς. Περαιτέρω, η στροφή στην οικογενειακή ιατρική, η οποία αποτελεί έναν ακόμα βασικό άξονα του Ν.4486/2017, αποτιμάται θετικά από το σύνολο των ερωτηθέντων, καθώς ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού απολαμβάνει σχεδόν καθολικής αποδοχής από τα συστήματα υγείας όλων των αναπτυγμένων χωρών εδώ και δεκαετίες, ιδιαίτερα μετά τη Διακήρυξη της Άλμα Άτα. Η μεγάλη πρόκληση για το Ν.4486/2017 φαίνεται να είναι η αποδοχή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, καθώς και των διαδικασιών με τις οποίες αυτός συνδέεται (υποχρεωτική εγγραφή πληθυσμού στον οικογενειακό γιατρό και σύστημα παραπομπών), από τους Έλληνες λήπτες υπηρεσιών υγείας. Η σταδιακή εφαρμογή των διαδικασιών αυτών (π.χ. το σύστημα των παραπομπών θα εφαρμοστεί πλήρως από τα τέλη του 2018), κρίνεται απολύτως απαραίτητη για την ομαλή προσαρμογή των ληπτών υπηρεσιών υγείας, αλλά και των ίδιων των επαγγελματιών υγείας, στο νέο μοντέλο της ΠΦΥ. Η άλλη μεγάλη πρόκληση του νόμου είναι η προσέλκυση του ενδιαφέροντος των γιατρών για τη στελέχωση των Το.Μ.Υ., τις οποίες εκείνοι αντιμετωπίζουν επιφυλακτικά. Τα κίνητρα που δόθηκαν (π.χ. αποδοχές επιμελητή Α') δεν αποδείχθηκαν ικανά να προσελκύσουν τους γιατρούς, καθώς το ενδιαφέρον για την πλήρωση των θέσεων που προκηρύχθηκαν δεν ήταν το αναμενόμενο. Ειδικότερα, στην προκήρυξη του Υπουργείου Υγείας για τη στελέχωση των Το.Μ.Υ. ανταποκρίθηκαν



583 γιατροί για 1.200 θέσεις, ενώ, αντίθετα, στους λοιπούς επαγγελματίες υγείας (νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας κ.α.) παρατηρήθηκε ιδιαίτερα υψηλός αριθμός αιτήσεων. Εφόσον δεν καλύφθηκαν όλες οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού, το Υπουργείο Υγείας αναμένεται να επανέλθει πριν το τέλος του έτους με νέα προκήρυξη.

Σε κάθε περίπτωση, οι νέοι γιατροί είναι μέχρι στιγμής πιο δεκτικοί στη στελέχωση των νέων δομών. Οι νέοι αυτοί επιστήμονες θα προσδώσουν μια νέα πνοή στη μεταρρυθμιστική προσπάθεια και είναι πιθανό να ενστερνιστούν τη νέα φιλοσοφία της ΠΦΥ (ολιστική και συνεχής φροντίδα, εξωστρέφεια στην κοινότητα, συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας στο πλαίσιο της ομάδας υγείας) και να τη μεταλαμπαδεύσουν στη συνέχεια στους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Σε γενικές γραμμές, παρά τα πιθανά προβλήματα υλοποίησης του και τους τρόπους με τους οποίους θα μπορούσε να είναι πιο αποτελεσματικός, ο Ν.4486/2017 είναι, ρηξικέλευθος, τουλάχιστον σε επίπεδο διατάξεων, ενώ συντάσσεται σε μεγάλο βαθμό με τις αρχές της Διακήρυξης της Άλμα Άτα, όπως αυτές αναλύθηκαν στο κεφάλαιο 4. Συνεπώς, μένει να αποδειχθεί στην πράξη, εάν και σε ποιο βαθμό ο νόμος θα επιτύχει τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ, την οποία επαγγέλλεται.

## 9. Επίλογος

Ανεξαρτήτως από την ενδεχόμενη επιτυχία ή αποτυχία του Ν.4486/2017, κρίνεται σκόπιμο η παρούσα εργασία να κλείσει με την εξής παρατήρηση: Το κρίσιμο στοιχείο που λείπει από την ΠΦΥ στην Ελλάδα δεν είναι το πολιτικό όραμα, αλλά η θεσμική συνέχεια. Από το 1983 και μετά, οι νόμοι που αφορούσαν στην ΠΦΥ περιελάμβαναν, τουλάχιστον σε επίπεδο διακηρύξεων, την παραδοχή ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας. Στην πράξη, όμως, η ΠΦΥ αποτέλεσε διαχρονικά μια παραμελημένη έννοια, αναπτυσσόμενη στη σκιά του ιατροκεντρικού και νοσοκομειοκεντρικού συστήματος υγείας της Ελλάδας. Μια εξήγηση γι' αυτό το φαινόμενο είναι το γεγονός ότι κάθε κυβέρνηση που αναλαμβάνει την εξουσία αντιμετωπίζει διαφορετικά το θέμα της ΠΦΥ. Έτσι, σε κάθε αλλαγή πολιτικής ανατρέπονται τα υφιστάμενα δεδομένα και οι προσπάθειες για την αναμόρφωση της ΠΦΥ ξεκινούν εκ του μηδενός. Δυστυχώς, η έλλειψη θεσμικής μνήμης αποτελεί διαχρονικό χαρακτηριστικό της δημόσιας διοίκησης στην Ελλάδα και ο κλάδος της υγείας δε θα μπορούσε να μείνει ανεπηρέαστος. Όμως, οι συνεχείς αλλαγές πολιτικής και η διακοπή της συνέχειας στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα της ΠΦΥ οδηγούν σε αδιέξοδο, το οποίο πρέπει να λάβει τέλος. Οπότε, απαιτείται οι πολιτικές δυνάμεις να καταλήξουν σε μία εθνική στρατηγική για την ΠΦΥ, η οποία να συμφωνηθεί για μακρύ χρονικό διάστημα. Μέσω της διασφάλισης της διοικητικής συνέχειας και της θεσμικής μνήμης, η ΠΦΥ θα μπορέσει να εκπληρώσει το ρόλο της, ως κορμός του όλου συστήματος υγείας, ενώ παράλληλα θα συσσωρευτεί πολύτιμη εμπειρία, αντί για ένα σύνολο ασύνδετων μεταξύ τους μεταρρυθμιστικών προσπαθειών, διευκολύνοντας έτσι και τη σφυρηλάτηση ορθών συμπεριφορών και νοοτροπιών στους λήπτες υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτή την οπτική, η επίτευξη του σκοπού του Ν.4486/2017 αποκτά βαρύνουσα σημασία, αφού σε περίπτωση επιτυχημένης εφαρμογής του, η μεταρρύθμιση που εισάγεται με αυτόν έχει πιθανότητες να γίνει αποδεκτή από όλες τις πολιτικές δυνάμεις, τουλάχιστον για τα επόμενα χρόνια. Έτσι, ο Ν.4486/2017 θα μπορούσε να αποτελέσει, εκτός των άλλων, το πρώτο «λιθαράκι» για την εξασφάλιση της απαραίτητης θεσμικής συνέχειας στην ΠΦΥ.

## 10. Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Boyle, S., 2011. *Health Systems in Transition. United Kingdom (England) Health System Review. Vol 13, No 1*. s.l.:European Observatory on Health Systems and Policies.
2. Callahan, D., 1973. The WHO definition of "health". *The Hastings Center Studies*, 1(3), pp. 77-87.
3. Health Consumer Powerhouse, 2016. *Euro Health Consumer Index 2016*, s.l.: Health Consumer Powerhouse.
4. OECD, 1977. *Public expenditure on Health*, Paris: OECD.
5. Polyzos, N., Economou, C. & Zilidis, C., 2008. National Health Policy in Greece: Regulations or Reforms? The Sisyphus Myth. *European Research Studies*, XI(3), pp. 91-118.
6. Rice, T., 2006. *Τα Οικονομικά της Υγείας σε Επανεξέταση [Μετάφραση από την Αγγλική Έκδοση]*. s.l.:Κριτική.

### Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Ανδριώτη, Δ., Γεωργούση, Ε. & Κυριόπουλος, Γ., 1996. Ο γενικός γιατρός στην Ελλάδα και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Συγκλίσεις και διαφοροποιήσεις. Στο: Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήτης, επιμ. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο, pp. 99-117.
2. Βραχάτης, Δ. & Παπαδόπουλος, Α., 2012. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), pp. 10-17.
3. Γεωργακοπούλου, Π., 2014. *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και η αναγκαιότητα ανασυγκρότησής της. [Μεταπτυχιακή Εργασία]*. Πειραιάς: s.n.
4. Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ. & Σούλης, Σ., 2001. *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: Παπαζήσης.
5. Ίσαρη, Φ. & Πούρκος, Μ., 2015. *Ποιοτική μεθοδολογία έρευνας: Εφαρμογές στην Ψυχολογία και στην Εκπαίδευση [Ηλεκτρονικό Βιβλίο]*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
6. Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.

7. Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου, Α., 2015. *Εφαρμογές Καλών Πρακτικών Ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*. s.l.:Ηλεκτρονικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα.
8. Κυριόπουλος, Γ., 2016. Η επικαιρότητα της Διακήρυξης της Alma Ata για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. *Χρόνος* #37.
9. Κυριόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ., 1996. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας Στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο.
10. Κωλέτση - Κουνάρη, Χ., 1996. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Οδοντιατρική. Στο: Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήθης, επιμ. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο.
11. Λιαρόπουλος, Λ., 2007. *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Αθήνα: Βήτα.
12. Μαζαράκη, Η., 2012. Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό. *Αχαϊκή Ιατρική*, 4.
13. Μπένος, Α., 2000. Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας. *Ιατρικά Θέματα*, τεύχος 16.
14. Μπουρσανίδης, Χ., 1991. *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: s.n.
15. Μπουρσανίδης, Χ., 1995. Το Κορπορατιστικό μοντέλο κοινωνικής διοίκησης. Μια προσπάθεια θεωρητικής θεμελίωσης και σκιαγράφησης του συστήματος υγείας και της πολιτικής υγείας στη Γερμανία. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Τεύχος 4, pp. 31-58.
16. Μωραΐτης, Ε., 1996. Μια ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα. Στο: Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήθης, επιμ. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο, pp. 173-206.
17. Μωραΐτης, Ε., 2002. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα πλαίσια της πολιτικής «Υγεία για όλους το 2000»: Αρχές και δεσμεύσεις, ασυνέπεια λόγων και έργων. Στο: Γ. Δημολιάτης, Γ. Κυριόπουλος, Δ. Λάγγας & Τ. Φιλαλήθης, επιμ. *Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Θεμέλιο, pp. 183-210.
18. Μωραΐτης, Ε. και συν., 1995. *Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής*, Αθήνα: ΥΥΠΚΑ.
19. Πιερράκος, Γ., 2008. *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία*. s.l.:Παπαζήσης.
20. Πολύζος, Ν., 2013. *Μελέτη οργάνωσης - χρηματοδότησης μονάδων ΠΦΥ που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*. Κομοτηνή- Αθήνα: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.

21. Σουρτζή, Π., 1998. Στο: *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. s.l.:s.n., pp. 179-185.
22. Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π., 2011. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Κατάσταση και Προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 3, Τεύχος 4*, pp. 140-148.
23. Τριανταφύλλου, Μ., 2004. *Συστήματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο [Τελική Εργασία]*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.
24. Τσεκούρα, Α., 2003. *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τα Δίκτυα Κοινωνικής Φροντίδας [Τελική Εργασία]*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης .
25. Υφαντόπουλος, Γ., 2003. *Τα Οικονομικά της Υγείας. Θεωρία και Πολιτική*. Αθήνα: Τυπωθήτω
26. Χλέτσος, Μ., n.d. *Κεφάλαιο Δεύτερο: Η Δομή του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα. Διαφαινόμενες τάσεις και προοπτικές [Πανεπιστημιακές Σημειώσεις]*. s.l.:s.n.

#### **Επίσημες Βάσεις Δεδομένων**

1. European Observatory on Health Systems And Policies, 2017. *The Health Systems and Policy Monitor*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.hspm.org/countries/norway08012014/countrypage.aspx>  
[Πρόσβαση 14 10 2017].
2. European Observatory on Health Systems And Policies, 2017. *The Health Systems and Policy Monitor*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.hspm.org/countries/greece09062014/countrypage.aspx>  
[Πρόσβαση 16 10 2017].
3. NHS Confederation, 2017. *NHS Confederation*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.nhsconfed.org/resources/key-statistics-on-the-nhs>  
[Πρόσβαση 13 10 2017].
4. OECD, 2017. *Health expenditure and financing*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>  
[Πρόσβαση 13 10 2017].
5. WHO, 1946. *who.int*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>  
[Πρόσβαση 6 10 2017].

6. WHO, 1978. *who.int*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)  
[Πρόσβαση 6 10 2017].
7. WHO, n.d. *who.int*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: [http://www.who.int/topics/health\\_policy/en/](http://www.who.int/topics/health_policy/en/)  
[Πρόσβαση 7 10 2017].

### Ηλεκτρονικές Πηγές

1. Αιτιολογική Έκθεση Ν.4486/2017, 2017. *hellenicparliament.gr*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-aebdc768f4f7/10151258.pdf>  
[Πρόσβαση 20 10 2017].
2. Αυτοδιοίκηση, 2017. *Τι αλλάζει στην πρωτοβάθμια υγεία με τις ΤΟΜΥ*.  
[Ηλεκτρονικό]  
Available at: <http://www.aftodioikisi.gr/uncategorized/ti-allazei-stin-protovathmia-igeia-tis-tomi/>  
[Πρόσβαση 20 10 2017].
3. Κυριόπουλος, Γ., 2002. *esdy.edu.gr*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: [http://www.esdy.edu.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/Meleti.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/Meleti.pdf)  
[Πρόσβαση 6 10 2017].
4. The Press Project, 2016. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η Επαγγελία της Αδύνατης Μεταρρύθμισης*. [Ηλεκτρονικό]  
Available at: <https://www.thepressproject.gr/article/94755/Protobathmia-Frontida-Ugeias-I-epaggelia-tis-adunatis-metarruthmisis-stin-Ellada>  
[Πρόσβαση 15 10 2017].

### Ελληνική Νομοθεσία

1. Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143Α/07-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
2. Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123Α/15-07-1992) «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας»
3. Νόμος 2194/1994 (ΦΕΚ 34Α/16-03-1994) «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις»
4. Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165Α/21-08-1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»

5. Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37Α/02-03-2001) «Βελτίωση και το Εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις»
6. Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53Α/18-02-2004) « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»
7. Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81Α/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
8. Νόμος 3527/2007 (ΦΕΚ 25Α/09-02-2007) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»
9. Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31Α/12-03-2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»
10. Ν.4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/17-2-2014) για το «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις»
11. Ν.4368/2016 (ΦΕΚ 21/Α/21-2-2016) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»
12. Νόμος 4486/2017 (ΦΕΚ 115/Α/7-8-2017) για τη «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»



Ε.Π.  
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ  
ΔΗΜΟΣΙΟΥ  
ΤΟΜΕΑ**  
ΥΠΟΧΡΩΣΗ



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (ΕΣΔΔΑ)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

[www.ekdd.gr](http://www.ekdd.gr)