
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ**

Γεωργακοπούλου Παρασκευή

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗΣ ΤΗΣ**

Γεωργακοπούλου Παρασκευή, Α.Μ.: ΔΥ/1007

Επιβλέπων: Σαμπράκος Ενάγγελος / Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιώς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**UNIVERSITY of
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM IN GREECE
AND THE NECESSITY OF RECONSTRUCTION**

Georgakopoulou Paraskevi

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα και η αναγκαιότητα ανασυγκρότησης της

Λέξεις – κλειδιά: πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Ελλάδα, υπηρεσίες υγείας, δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οικογενειακός γιατρός

Περίληψη

Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Ελλάδα συμπορεύθηκε διαχρονικά με την πορεία ανάπτυξης του ευρύτερου συστήματος υγείας. Σημαντικά βήματα έλαβαν χώρα, εντούτοις δεν είναι δυνατόν να υποστηριχθεί ότι αποτελεί σήμερα ένα καλά οργανωμένο, δομημένο και αποτελεσματικό υποσύστημα, όπως αυτό νοείται και λειτουργεί σε άλλες χώρες. Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της ΠΦΥ είναι καθοριστικός για την οικονομική αποδοτικότητα γενικότερα του συστήματος υγείας, καθώς και την ικανοποίηση των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση ορίζει την έννοια της υγείας και των υπηρεσιών υγείας και εξετάζει τη σημασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τα συστήματα υγείας σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma-Ata. Παρουσιάζει το οργανωτικό, λειτουργικό και χρηματοδοτικό πλαίσιο της ΠΦΥ σε άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, όπως είναι η Μεγάλη Βρετανία, η Σουηδία, η Γερμανία, η Γαλλία και οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Επίσης, μετά από ποιοτική ανάλυση ντοκουμέντων, άρθρων, επιστημονικών συγγραμμάτων και νομοθετικού πλαισίου παρουσιάζεται η ιστορική εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα κυρίως από την ίδρυση του ΕΣΥ έως σήμερα, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησής της, καθώς και τα σοβαρά προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας αυτός.

Τέλος, η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ένα νέο υπόδειγμα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας που βασίζεται στα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού και στον σφαιρικό προϋπολογισμό, με σκοπό να συμβάλει στον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας, στη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος, στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

The primary health care system in Greece and the necessity of reconstruction

Keywords: primary health care, Greece, health services, primary health care networks, family doctor

Abstract

The development of the primary health care system in Greece has followed diachronically the development line of the general health care system. Very important steps have been made, but it is not possible to endorse that this is a well-organized, structured and effective subsystem, similar to those functioning in other countries. It is generally accepted that the way of organization and management of the primary health care system are determinants of the economic efficiency of the general health care system and citizens' satisfaction too.

This review aims to define health and health services and present the importance of the primary health care regarding the general health system according to the declaration of Alma-Ata. Also, it presents the organizational, operational and financial framework of primary health care in other countries of OECD, such as Great Britain, Sweden, Germany, France and United States of America.

In addition, after a qualitative analysis of documents, articles, scientific publications and legislative framework this review presents the historical development of the primary health care system in Greece from the establishing of NHS until today, the way of organizing, operating and financing and also the serious problems which this sector faces in our country.

Finally, this review presents a new model of integrated health care which is based on the Primary Health Care Networks, on the institution of family doctor and on the global budget, in order to contribute to the rationalization of health expenditure, to ensure the viability of the system, to improve the provided health services and to satisfy the needs of citizens.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη

Abstract

Κατάλογος Πινάκων

Κατάλογος Διαγραμμάτων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

1.1 Εισαγωγή	1
1.2 Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας	2
1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	5
1.4 Ανακεφαλαίωση	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε άλλες χώρες

2.1 Εισαγωγή	15
2.2 Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας	16
2.3 Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας	20
2.4 Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας	24
2.5 Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας	29
2.6 Το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας	36
2.7 Ανακεφαλαίωση	40

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα

3.1 Εισαγωγή	43
3.2 Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας	44
3.3 Το υποσύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ελλάδα	49
3.4 Ιστορική εξέλιξη και νομοθετικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	55
3.5 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το Κράτος	61
3.5.1 Κέντρα Υγείας – Περιφερειακά Ιατρεία	62
3.5.2 Εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ	68

3.6 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς	71
3.6.1 ΙΚΑ και λοιπά ασφαλιστικά ταμεία	72
3.6.2 ΕΟΠΥΥ	75
3.7 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από την Τοπική Αυτοδιοίκηση	82
3.8 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον Ιδιωτικό Τομέα	85
3.9 Τα κυριότερα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	89
3.10 Ανακεφαλαίωση	94
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Το Προτεινόμενο Υπόδειγμα Ολοκληρωμένης Φροντίδας Υγείας	
4.1 Εισαγωγή	95
4.2 Το προτεινόμενο ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	96
4.3 Οργανωτικές και Λειτουργικές παρεμβάσεις	99
4.4 Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού	108
4.5 Χρηματοδοτικές παρεμβάσεις	116
4.5.1 Χρηματοδότηση του προτεινόμενου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	116
4.5.2 Αποζημίωση των Προμηθευτών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	122
4.6 Ανακεφαλαίωση	127
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	129

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.1	Οι 4 αναγκαίες παρεμβάσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΠΟΥ, 2008	12
Πίνακας 2.1	Μέθοδοι αποζημίωσης παρόχων ΠΦΥ στη Γαλλία	34
Πίνακας 2.2	Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία στην Αμερική	37
Πίνακας 2.3	Καλυπτόμενος πληθυσμός ανά κατηγορία κάλυψης στην Αμερική	38
Πίνακας 3.1	Κύριες πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας (σε εκατ. € και % συνολικής δαπάνης υγείας), 1990 – 2004	45
Πίνακας 3.2	Ποσοστιαία κατανομή των Δημοσίων Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα ανά επίπεδο περίθαλψης, 1989-1998	53
Πίνακας 3.3	Ποσοστιαία κατανομή των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα ανά επίπεδο περίθαλψης, 1989-1998	54
Πίνακας 3.4	Δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ (2010)	63
Πίνακας 3.5	Ετήσια κίνηση Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ (2009 – 2011)	66
Πίνακας 3.6	Ετήσια κίνηση Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ για το 2011	68
Πίνακας 3.7	Κατανομή των Νοσοκομείων του ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ (2010)	69
Πίνακας 3.8	Κίνηση εξωτερικών ιατρείων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, 2009 – 2011	70
Πίνακας 3.9	Κατανομή των δομών του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) ανά περιφέρεια, 2013	76
Πίνακας 3.10	Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού προσωπικού του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) ανά ειδικότητα (2013)	78-79
Πίνακας 3.11	Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ανά ΔΥΠΕ (2005)	87

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 2.1	Η διάταξη των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία	21
Διάγραμμα 2.2	Η Δομή του Συστήματος Υγείας της Γερμανίας και οι σχέσεις βασικών «παικτών - εταίρων», 2005	26
Διάγραμμα 2.3	Οι οργανωτικές και χρηματοδοτικές ροές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Γαλλίας	32
Διάγραμμα 3.1	Χρηματοδοτικές ροές και ροές υπηρεσιών υγείας στο ελληνικό σύστημα υγείας	48
Διάγραμμα 3.2	Οργανωτικό και διαχειριστικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα	51
Διάγραμμα 3.3	Σημεία ιατρικής φροντίδας	52
Διάγραμμα 3.4	Κατανομή ιατρικού προσωπικού Κέντρων Υγείας ανά ειδικότητα (2004)	64
Διάγραμμα 3.5	Κατανομή υπόλοιπου υγειονομικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας ανά ειδικότητα (2004)	65
Διάγραμμα 3.6	Κατανομή του όγκου των περιστατικών που εξυπηρετούνται από τα Κέντρα Υγείας	67
Διάγραμμα 4.1	Οργανωτικό πλαίσιο και χρηματοδοτική ροή σύμφωνα με την πρώτη εναλλακτική πρόταση	102
Διάγραμμα 4.2	Οργανωτικό πλαίσιο και χρηματοδοτική ροή σύμφωνα με τη δεύτερη εναλλακτική πρόταση	104
Διάγραμμα 4.3	Οι γενικοί ιατροί και ιατροί με ειδικότητα ως ποσοστό του συνόλου των ιατρών στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008)	111
Διάγραμμα 4.4	Η ροή των χρηστών στο Δίκτυο ΠΦΥ	114
Διάγραμμα 4.5	Δείκτης χρησιμοποίησης υπηρεσιών γενικού ιατρού μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά τη διάρκεια της ζωής τους	121
Διάγραμμα 4.6	Κατά κεφαλή επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς και παθολόγους χρονίως και μη χρονίως πασχόντων ηλικίας 18-65 ετών.	122

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

1.1 Εισαγωγή

Είναι επαρκώς τεκμηριωμένο, ότι οι διακυμάνσεις του οικονομικού περιβάλλοντος που παρατηρούνται περιοδικά στην οικονομική ιστορία ασκούν σημαντική επίδραση, τόσο στην οικονομική όσο και στην κοινωνική ζωή των πολιτών. Η επιδείνωση του οικονομικού κλίματος και η καθίζηση της οικονομίας για μακρές περιόδους, η οποία λαμβάνει τη μορφή κρίσης της πραγματικής οικονομίας και δυσμενούς εξέλιξης των μακροοικονομικών δεικτών, επιφέρει σημαντικές αλλαγές στις κύριες συνιστώσες του κοινωνικού γίνεσθαι και ιδιαίτερα στην υγεία των πολιτών και τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Τη δεκαετία του '70, η γενική οικονομική κρίση η οποία προκλήθηκε από την πετρελαϊκή κρίση, η συνεχή άνοδο των δαπανών υγείας, η ραγδαία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας και η άνιση κατανομή των υπηρεσιών υγείας οδήγησαν στην επικράτηση της ιατροκεντρικής νοσοκομειακής περίθαλψης και γενικότερα στην κρίση των συστημάτων υγείας των αναπτυγμένων χωρών.

Για την αντιμετώπιση της παραπάνω κατάστασης το 1978 συγκαλείται η συνδιάσκεψη της Alma-Ata από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), η οποία αναδεικνύει νέες προοπτικές για την οργάνωση και την ανάπτυξη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και αναδύονται τρεις τάσεις που αφορούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ): α) η μετακίνηση του ενδιαφέροντος από την ασθένεια στην υγεία συνολικά, η οποία διαμορφώνεται από τον οικονομικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό χώρο στον οποίο αναπτύσσεται ο πολίτης, β) η μετατόπιση του κέντρου βάρους από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας στο χρήστη των υπηρεσιών, δηλαδή στον πολίτη που δέχεται αυτές τις υπηρεσίες, γ) η αναβάθμιση του οικογενειακού γιατρού, που ήταν υποβαθμισμένος επιστημονικά και κοινωνικά την προηγούμενη περίοδο.

Η διακήρυξη της Alma-Ata, επίσης, βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας, και στοχεύει στην ικανοποίηση των αναγκών της κοινότητας, εξασφαλίζοντας προσπελασιμότητα, αποδοτικότητα και συμμετοχή του πληθυσμού. Η ΠΦΥ οριοθετείται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και

ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο και αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.

1.2 Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας

Διαχρονικά για τη λέξη «υγεία» έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Πρώτη απόπειρα για επίτευξη ομοφωνίας επιχειρήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 1946, όπου στο καταστατικό του η υγεία παύει να θεωρείται απλή απουσία της ασθένειας και ορίζεται ως «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Αυτός ο ορισμός δέχτηκε έντονη κριτική στα χρόνια που ακολούθησαν, με την αιτιολογία ότι δέχεται την υγεία ως μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ουτοπική. Κριτική αναμενόμενη από τη στιγμή που η μεταπολεμική, κυρίως, τάση εμπορευματοποίησης και βιομηχανοποίησης της υγείας δεν «επέτρεπε» διαφορετική προσέγγιση και συνεπώς διαφορετικό μοντέλο ανάπτυξης από τους υπόλοιπους τομείς της οικονομίας.

Παρά ταύτα, υπό την πίεση και των κοινωνικών κινημάτων της εποχής, ο ορισμός αυτός συνέχισε να αναθεωρείται και να διορθώνεται στα χρόνια που ακολούθησαν. Έτσι, στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ στην Alma-Ata τον Σεπτέμβριο του 1978, η υγεία ορίστηκε εκ νέου: «.. η υγεία, που είναι μια κατάσταση ολικής, φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθενείας ή αναπηρίας, είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η επίτευξη του κατά το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας είναι σημαντικότερη παγκόσμια επιδίωξη, η πραγμάτωση της οποίας απαιτεί τη δράση πολλών άλλων κοινωνικών και οικονομικών τομέων παράλληλα με τον τομέα της υγείας» (WHO, 1978).

Αυτό σημαίνει ότι η κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αντανακλάται όχι μόνο στους κλασσικούς δείκτες αρνητικής υγείας, δηλαδή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, αλλά περιλαμβάνει και τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τα ίδια τα άτομα.

Ο παραπάνω ορισμός αναγνωρίζει την υγεία ως μία διαρκώς εναλλασσόμενη και εξελισσόμενη διαδικασία, αναφέρεται στην «θετική» και «ολιστική» φύση της υγείας και είναι ανθρωποκεντρικός δεδομένου ότι εστιάζει στους σωματικούς, κοινωνικούς

και περιβαλλοντικούς παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Η «θετική» έννοια της υγείας αντανακλά την κατάσταση κατά την οποία το άτομο καθίσταται ικανό να αποκτήσει έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του και τη ζωή του. Η «ολιστική» αντίληψη για την υγεία προκύπτει από τη δυναμική ισορροπία που πρέπει να υπάρχει μεταξύ εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος προκειμένου το άτομο να ζει δημιουργικά σύμφωνα με τις πεποιθήσεις και τις επιδιώξεις του.

Συνοπτικά, και με βάση τις επίσημες θεωρητικές τοποθετήσεις, η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας περιλαμβάνει τρεις συνιστώσες:

- α) τη βιοϊατρική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,
- β) την ψυχολογική, στην οποία η υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κάποιος τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,
- γ) την κοινωνιολογική, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον εξετάζονται ως βασικοί συντελεστές επιρροής της υγείας.

Οι απόψεις για την υγεία και την αρρώστια 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. Ο όρος που χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει το σύνολο των δράσεων και των κανόνων που αναπτύχθηκαν για τη μέριμνα της υγείας είναι οι «υπηρεσίες υγείας».

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. Ο όρος «υπηρεσίες υγείας» περιλαμβάνει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας, όσο και αυτήν της περίθαλψης.

Συνοπτικά, μπορούμε να πούμε ότι η **φροντίδα υγείας** (health care) αποτελεί μια 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** (treatment) αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός

προβλήματος υγείας. Σε όλα τα συστήματα υγείας μπορούμε να διακρίνουμε δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Επομένως, η περίθαλψη διακρίνεται σε **εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή** και στη **νοσοκομειακή ή κλειστή**. Η 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 (Μωραΐτης, 1996).

Οι υπηρεσίες της εξωνοσοκομειακής ή ανοικτής περίθαλψης συνθέτουν το **πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης**. Ενώ, οι υπηρεσίες που παρέχονται μέσα στα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία από γιατρούς των βασικών ειδικοτήτων συνθέτουν το **δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης**. Οι υπηρεσίες περίθαλψης που αφορούν στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας αποτελούν το **τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης**. Τα τρία αυτά επίπεδα περίθαλψης συγκροτούν τη δομή και λειτουργία των σύγχρονων συστημάτων υγείας. Το κάθε επίπεδο αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο μέγεθος πληθυσμού και αποβλέπει στην προσφορά ορισμένων υπηρεσιών υγείας οι οποίες καλύπτουν συγκεκριμένες υγειονομικές ανάγκες.

Έτσι, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί την πρώτη μορφή επικοινωνίας του πολίτη με το σύστημα υγείας και αποβλέπει στην προσφορά βασικών υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και άλλων κοινωνικών και προληπτικών υπηρεσιών. Κάθε επίπεδο φροντίδας υγείας δεν είναι ανεξάρτητο από τα άλλα δύο αλλά απλώς αποτελεί μία ιδιαίτερη οργανωτική οντότητα. Γίνεται φανερό ότι για την αποδοτική λειτουργία του συνόλου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, απαιτείται συντονισμός, συνεχής επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των επιπέδων υγειονομικής φροντίδας.

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

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

αξίες - πλην του υγειονομικού.

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

1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* (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 και ο 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 Χ., 1996).

Μέσα σε αυτό το κλίμα της καθολικής αναγνώρισης της ανεπάρκειας και αναποτελεσματικότητας των υγειονομικών συστημάτων διοργανώθηκε το 1978 με πρωτοβουλία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας η Διεθνής Συνδιάσκεψη στην Alma-Ata, όπου προσδιορίστηκε η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία (Primary Health Care) και διατυπώθηκε στην τελική διακήρυξη ότι αποτελεί το μέσο για την υλοποίηση του σκοπού που υιοθετήθηκε, «**Υγεία για όλους το 2000**».

Η στρατηγική «Υγεία για όλους» σημαίνει «οι άνθρωποι να καταλάβουν πως έχουν τη δύναμη να διαμορφώσουν τη ζωή τους ελεύθεροι από το βάρος των ασθενειών που

μπορούν να αποφευχθούν, και ενήμεροι πως η κακή υγεία δεν είναι μοιραία. Επίσης, σημαίνει η υγεία να αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία, και οι άνθρωποι να βρουν καλύτερες μεθόδους πρόληψης και ανακούφισης από την αναπόφευκτη αρρώστια και ανικανότητα, κι αυτό σημαίνει οι πόροι για την υγεία να κατανέμονται ισομερώς και η αναγκαία φροντίδα υγείας με την πλήρη συμμετοχή της κοινότητας να είναι προσιτή στον καθένα» (WHO, 1978).

Το κλειδί για την επίτευξη της παραπάνω στρατηγικής είναι η στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma-Ata, «... η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι 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).

Με βάση τον πιο πάνω ορισμό δημιουργείται μια νέα φιλοσοφία που στηρίζεται στην ολιστική προσέγγιση της υγείας σε πλήρη αντίθεση με τη μέχρι τώρα επικρατούσα μηχανιστική προσέγγιση. Επίσης, στηρίζεται στην ισότητα, στην αλληλεγγύη, στην κοινωνική δικαιοσύνη και στη σφαιρική 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.

Η διασύνδεση της ΠΦΥ με την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη την κατατάσσει αμέσως και στα πιο κατάλληλα μέσα για την ανάκαμψη από την «υγειονομική κρίση» ή «κρίση συστημάτων υγείας», στην οποία οδήγησε το νοσοκομειακό μοντέλο περίθαλψης, όπου η ασθένεια αντιμετωπίζεται μεμονωμένα και περιστασιακά. Στο

μοντέλο αυτό λείπει το κομμάτι της πρόληψης και προαγωγής υγείας, που η ΠΦΥ προσφέρει και που την καθιστά άξονα, γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής παρακολούθηση του ατόμου (Σουλιώτης Κ., 2006).

Βέβαια, η αντίληψη αυτή δεν σημαίνει ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα οδηγεί και σε μείωση των δαπανών υγείας, ούτε σημαίνει εγκατάλειψη του νοσοκομείου ή αλλιώς της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Δεν αποτελεί, σίγουρα, «φθηνή» λύση μόνο για τις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά συνιστά μια διεθνή αναγκαιότητα, αν ληφθούν υπόψη οι περιβαλλοντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των αναπτυγμένων χωρών.

Επομένως, περιληπτικά μπορούμε να πούμε ότι το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ως θεμελιώδης συνιστώσα ανάπτυξης και λειτουργίας του υγειονομικού τομέα, στηρίζεται (WHO, 1978):

α) από τη συνεχή και ολοκληρωμένη σύνδεση με τα άλλα επίπεδα φροντίδας (δευτεροβάθμιο - τριτοβάθμιο),

β) από τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των προγραμμάτων και δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται στα πλαίσια του υποσυστήματος,

γ) από την ενεργό παρέμβαση του πληθυσμού – στόχου, μέσω της συμμετοχής της κοινότητας,

δ) από την επιτυχή διατομεακή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων τομέων,

ε) από την αξιοποίηση της σύγχρονης και κατάλληλης τεχνολογίας,

στ) από την καθιέρωση και εφαρμογή ολοκληρωμένων προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας,

ζ) από το εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες εντός του υποσυστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,

η) από την ορθή αξιοποίηση των τοπικών, εθνικών και άλλων διαθέσιμων πόρων.

Επίσης, οι παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να έχουν το χαρακτήρα της καθολικότητας, δηλαδή να παρέχονται σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από τα κοινωνικά, οικονομικά, θρησκευτικά ή φυλετικά χαρακτηριστικά τους. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες θα πρέπει να είναι εφικτή και να διατίθενται όλο το 24ωρο καθ' όλη τη διάρκεια του έτους και στις αργίες, χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τον πολίτη και ο προσανατολισμός του όλου συστήματος να καλύπτει τις προϋποθέσεις μιας ολιστικής αντίληψης για την προάσπιση της υγείας.

Συνοπτικά, μπορεί να λεχθεί ότι η λειτουργική αποστολή των μονάδων και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας είναι (Μωραΐτης, 2006):

1. Η διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, καθώς και επαγγελματικών νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένης και της νοσηλείας στο σπίτι.

2. Η παραπομπή σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, εφόσον τούτο κρίνεται αναγκαίο, στο πρώτο επίπεδο παραπομπών (πολυϊατρείο ή τοπικό νοσοκομείο) αρρώστων, που το πρόβλημά τους μπορεί να αντιμετωπισθεί και να βρει τη λύση του στο τοπικό επίπεδο.

3. Η αποθεραπεία ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.

4. Η «βραχεία νοσηλεία» για διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς λόγους.

5. Η ανάπτυξη ιατροπροληπτικών προγραμμάτων και δραστηριοτήτων, σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, όπως:

- η διενέργεια εμβολιασμών,
- ο προσυμπτωματικός έλεγχος (ομαδικός ή εκλεκτικός),
- 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,
- η αγωγή υγείας.

6. Η οδοντιατρική φροντίδα (πρόληψη και θεραπεία).

7. 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.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται κυρίως από γιατρούς με ειδικότητα γενικής ιατρικής (οικογενειακοί γιατροί), από γιατρούς άλλων ειδικοτήτων και βέβαια από άλλους επαγγελματίες της υγείας, όπως είναι οι οδοντίατροι, οι φυσιοθεραπευτές, οι νοσηλευτές, οι επισκέπτες υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί. Οι γιατροί μπορεί να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, σε

ενισχυμένα κρατικά ιατρεία (αγροτικές περιοχές), σε κρατικά κέντρα υγείας, πολυιατρεία και πολυκλινικές και τέλος στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Θεοδώρου *M. et. al.*, 2001).

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

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

Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, είναι σημαντικός, γιατί επαναφέρει την ιατρική πράξη στα πλαίσια της καθημερινής κοινωνικής ζωής, κοντά στο περιβάλλον του αρρώστου, μέσω της σωστής επικοινωνίας ασθενή - γιατρού. Ακόμα, χρησιμοποιεί τους διαθέσιμους πόρους για το καλύτερο όφελος των ασθενών, αλλά και του συστήματος υγείας, λόγω αποσυμφόρησης των νοσοκομείων.

Ο *Pereira Gray* είχε πει το 1978 ότι οι γενικοί γιατροί είναι οι μόνοι εν ενεργεία κλινικοί που εμπλέκονται σε όλα τα στάδια της υγείας και της αρρώστιας. Επομένως, το έργο που προσφέρει ο γενικός γιατρός περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα μέτρων όπως (*Δημολιάτης Γ., Καλαμπαλίκης Δ., 1996*):

- εκτίμηση παραγόντων κινδύνου,
- προσυμπτωματική ανίχνευση της νόσου,
- πρόληψη και αγωγή υγείας,
- βελτίωση της στάθμης υγείας του πληθυσμού,

- διατήρηση της υγείας,
- θεραπευτική αγωγή,
- κοινωνική μέριμνα,
- αποκατάσταση,
- φροντίδα ασθενών με χρόνιες επαναλαμβανόμενες ή καταληκτικές ασθένειες,
- επαγγελματική ευθύνη απέναντι στην κοινότητα.

Σήμερα, ο οικογενειακός γιατρός παρουσιάζεται στην πράξη σε πολλές παραλλαγές στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του μέσα στα διάφορα συστήματα υγείας. Σε μερικά ο ρόλος του εμφανίζεται ιδιαίτερα ενισχυμένος και πλήρως συνδεδεμένος με το υπόλοιπο σύστημα υγείας, ενώ σε άλλα λειτουργεί απονευρωμένος και αποκομμένος από αυτό (Θεοδώρου Μ. *et. al.*, 2001). Οι παραλλαγές αυτές εντοπίζονται κυρίως:

- α) στη δυνατότητα ή όχι των ασθενών να προσφεύγουν στους γιατρούς ειδικοτήτων χωρίς τη μεσολάβηση του γενικού – οικογενειακού γιατρού,
- β) στον τρόπο αμοιβής τους (με μισθό, κατά πράξη ή κατά κεφαλή),
- γ) στην εργασιακή σχέση γιατρών και ασφαλιστικού φορέα ή ως ελεύθεροι επαγγελματίες,
- δ) στο χώρο παροχής των ιατρικών υπηρεσιών,
- ε) στη δυνατότητα να εργάζονται σε ατομική βάση (*solo practice*) ή ως ομάδα (*group practice*),
- στ) στη δυνατότητα να εξυπηρετούν ένα συγκεκριμένο πληθυσμό που καθορίζεται με λίστα ή με περιοχή ευθύνης ή να είναι «ανοικτοί» σε κάθε επίσκεψη,
- ζ) στο περιεχόμενο και στην ευρύτητα των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών.

Η «μετά Alma - Ata» εποχή

Έχοντας τη Διακήρυξη της Alma-Ata ως πλαίσιο, αναπτύχθηκαν προγράμματα δράσης και τέθηκαν στόχοι, προωθήθηκαν υποστηρικτικές στρατηγικές και χαράχθηκαν κατευθυντήριες γραμμές, τόσο σε παγκόσμιο επίπεδο όσο και σε τοπικό, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε κράτους. Από εκεί και πέρα η κάθε κοινότητα ανέλαβε πρωτοβουλίες για την πραγματοποίηση των στόχων της ΠΦΥ σύμφωνα με τις δικές της ανάγκες, δυνατότητες και ιδιαιτερότητες (Κωλέτση - Κουνάρη Χ., 1996).

Όμως, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επανέρχεται το 2008 δημοσιεύοντας την Παγκόσμια Έκθεση για την υγεία με τίτλο «Τώρα όσο ποτέ άλλοτε» (WHO, 2008). Υποστηρίζει σε αυτή του την έκθεση για ακόμη μια φορά ότι η αναγέννηση των

συστημάτων υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από την αναγέννηση της ΠΦΥ. Η επαναφορά της ΠΦΥ στο προσκήνιο του διαλόγου για την πολιτική της υγείας δεν είναι αυτονόητη, ούτε τυχαία. Στα 30 χρόνια που μεσολάβησαν, η ΠΦΥ παρερμηνεύθηκε, περιορίστηκε στους στόχους και στην εμβέλεια της, κατακερματίστηκε ή αγνοήθηκε πλήρως (Φιλαλήθης Αν., 2008).

Επίσης, αυτά τα 30 χρόνια που πέρασαν, είναι μια εποχή που χαρακτηρίζεται από έντονα οικονομικά και κοινωνικά αδιέξοδα, αύξηση του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού, τεχνολογική εξέλιξη, μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας και αυξημένες προσδοκίες των πολιτών για ιατρική φροντίδα και περίθαλψη. Λίγοι θα διαφωνούσαν ότι τα συστήματα υγείας πρέπει να ανταποκρίνονται καλύτερα και πιο γρήγορα στις προκλήσεις ενός μεταβαλλόμενου περιβάλλοντος. Αφού σήμερα είναι πλέον σαφές ότι αφήνονται στην τύχη τους, δεν κατευθύνονται προς τους στόχους της υγείας για όλους μέσω της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως δηλώνεται στη Διακήρυξη της Άλμα - Άτα. Δεν γίνεται να επιμένουμε στο υπάρχον νοσοκομειοκεντρικό μοντέλο, αποσπασματικής, πολυδιασπασμένης και σπάταλης φροντίδας, αφημένης στις ανεξέλεγκτες δυνάμεις της αγοράς.

Επομένως, αναγκαίες κρίνονται οι παρακάτω παρεμβάσεις (WHO, 2008):

- Καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού για να βελτιωθεί η ισότητα στην υγεία,
- Ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας,
- Δημόσιες πολιτικές που προάγουν και προστατεύουν την υγεία των κοινοτήτων,
- Συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την υλοποίηση τους με την ΠΦΥ στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας.

Πίνακας 1.1

Οι 4 αναγκαίες παρεμβάσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον ΠΟΥ, 2008

Figure 1 The PHC reforms necessary to refocus health systems towards health for all



Πηγή: WHO, 2008

Με τις παραπάνω παρεμβάσεις πρόκειται να δοθεί μια αποτελεσματική απάντηση στις παρούσες προκλήσεις για την υγεία, στις αξίες της ισότητας, της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης που οδηγούν την μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

1.4 Ανακεφαλαίωση

Οι υπηρεσίες υγείας και η φροντίδα υγείας υπάρχουν για να καλύπτουν τις ανάγκες υγείας κάθε κοινωνίας. Οι κοινωνίες όμως αλλάζουν και μαζί τους αλλάζουν οι ανάγκες υγείας και οι προσδοκίες του πληθυσμού για φροντίδα και περίθαλψη. Είναι δε φυσικό, αυτές οι αλλαγές να παρασύρουν προς νέους προσανατολισμούς και τα συστήματα υγείας, που έτσι και αλλιώς συνεχώς εξελίσσονται, υποχρεωμένα από ευρύτερες

διεργασίες, όπως είναι η ανάπτυξη της οικονομίας και της τεχνολογίας. Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το οποίο επισήμανε ο ΠΟΥ το 1978 μέσω της Διακήρυξης της Alma-Ata και συνεχίζει μέχρι και σήμερα να μας το υπενθυμίζει.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συνιστά το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και ως εκ τούτου οι παρεχόμενες υπηρεσίες θα πρέπει να έχουν τον χαρακτήρα της καθολικότητας, η πρόσβαση σε αυτές να είναι εφικτή χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τον πολίτη και ο προσανατολισμός του όλου συστήματος να καλύπτει τις προϋποθέσεις μίας ολιστικής αντίληψης για την προάσπιση της υγείας. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται κυρίως από τους γενικούς - οικογενειακούς γιατρούς, σε συνεργασία με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ

2.1 Εισαγωγή

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

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

Έτσι, αναλύονται δύο συστήματα υγείας, που κυρίως χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και αντλούν τα βασικά τους χαρακτηριστικά από το μοντέλο Beveridge (Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία), δύο συστήματα υγείας που χρηματοδοτούνται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, μέσω των ασφαλιστικών ταμείων υγείας και βασίζονται στο μοντέλο Bismarck (Γερμανία, Γαλλία), και το Αμερικάνικο σύστημα που αντιπροσωπεύει το φιλελεύθερο μοντέλο με έντονα τα στοιχεία της αγοράς και του ανταγωνισμού.

Συγκεκριμένα, το Αμερικάνικο σύστημα υγείας μπορεί να μην ενδείκνυται για κάθε χώρα και πολύ περισσότερο για την Ελλάδα, και να είναι ένα σύστημα προς αποφυγή για τους λόγους που θα δούμε παρακάτω στη σύντομη παρουσίαση, χρησιμοποιεί όμως ενδιαφέροντα στοιχεία και τεχνικές αλλά και ενεργητικά κίνητρα ελέγχου της υπερκατανάλωσης υπηρεσιών και του κόστους, έστω κι αν σε επίπεδο χώρας είναι κατά πολύ το πλέον δαπανηρό σύστημα υγείας στον πλανήτη. Οι πολιτικές αυτές ελέγχου που ασκούνται στην Αμερική θα μπορούσαν να αποτελέσουν πηγή έμπνευσης για τα Ευρωπαϊκά εθνικά συστήματα υγείας, κάτι που ήδη γίνεται με τις μεταρρυθμίσεις που επιχειρούνται τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη.

2.2 Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας

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

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της καθολικής και δωρεάν κάλυψης όλου του πληθυσμού και της έντονης κρατικής δράσης και παρέμβασης. Παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, δηλαδή σε περίπου 52.000.000 άτομα, ανεξάρτητα από την επαγγελματική τους κατάσταση και το ύψος του εισοδήματός τους. Οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Μεγάλη Βρετανία για το 2011 ανέρχονται στο 9,4% ως ποσοστό επί του ΑΕΠ (OECD, 2013). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται πρωτίστως από τη γενική φορολογία (περίπου στο 80%), και δευτερευόντως από τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές κατά 15% και τις ιδιωτικές πληρωμές κατά 5%.

Το NHS διοικείται και χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο θέτει τις πολιτικές υγείας, τις κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες που πρέπει να εφαρμοστούν. Υπάρχουν επίσης και οι 10 Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities – RHAs), που αποτελούν «προέκταση» του Υπουργείου Υγείας στην περιφέρεια και είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities – DHAs), οι οποίες αποτελούν την τρίτη στη σειρά οργανωτική βαθμίδα του συστήματος. Οι Υγειονομικές Επαρχίες ανέρχονται σε 151, εξυπηρετούν κατά μέσο όρο 350.000 άτομα η καθεμία και είναι υπεύθυνες για όλο το φάσμα των παρεχόμενων φροντίδων στο γεωγραφικό τομέα ευθύνης τους (Θεοδώρου Μ. *et. al.*, 2001).

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από τους οικογενειακούς ιατρούς (General Practitioners – GPs), συνήθως αυτοαπασχολούμενους στα δικά τους ιατρεία ή απασχολούμενους σε άλλες δομές ΠΦΥ, και από τα νοσοκομεία τα οποία είναι στελεχωμένα από γιατρούς ειδικοτήτων και αμείβονται με μισθό. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι περιορισμένος και λειτουργεί συμπληρωματικά προς το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Προσφέρει τη δυνατότητα επιλογής γιατρού, άνεση και πολυτέλεια και αποφυγή ουρών αναμονής. Η συνεργασία NHS και ιδιωτικού τομέα μπορεί να επιτευχθεί ακόμα και για την ίδια περίπτωση παροχής φροντίδας. Οι αμοιβές στον ιδιωτικό τομέα ακολουθούν τον κανόνα της αμοιβής κατά πράξη.

Η μεταρρύθμιση της δεκαετίας του '90

Το NHS λειτούργησε αδιαλείπτως για μισό αιώνα με πολύ καλά αποτελέσματα και με συγκριτικά χαμηλή χρηματοδότηση, εμφάνισε όμως σημάδια κόπωσης, με μεγάλες λίστες αναμονής, απουσία ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, σύγχρονων μηχανισμών και εργαλείων αποτελεσματικής διοίκησης, ενεργητικών κινήτρων και ελλιπή χρηματοδότηση που δημιουργούσε επιπλέον δυσκολίες και προβλήματα.

Το 1991 ξεκινάει η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έχοντας επηρεαστεί σημαντικά από τη συνολική πολιτική στροφή της Μ. Βρετανίας προς τον φιλελευθερισμό, αφού εκείνη την περίοδο κυβερνούσε το συντηρητικό κόμμα με πρωθυπουργό τη Margaret Thatcher. Επιχειρήθηκε η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας, με σκοπό να βελτιωθεί η αποδοτικότητα των πόρων που απορροφούσε.

Η βάση της μεταρρύθμισης ήταν ο διαχωρισμός των αγοραστών υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας. Οι προμηθευτές του συστήματος υγείας είναι τα νοσοκομεία και οι γενικοί – οικογενειακοί ιατροί. Μεταξύ των προμηθευτών και των αγοραστών συνάπτονται συμβόλαια με βάση την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και τις τιμές. Τα νοσοκομεία έχουν μεταβληθεί σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς και λειτουργούν με βάση τους κανόνες της αγοράς, δηλαδή προσλαμβάνουν το προσωπικό που επιθυμούν, καθορίζουν τους μισθούς, τιμολογούν τις υπηρεσίες τους και ανταγωνίζονται το ένα το άλλο.

Η δεύτερη σημαντική αλλαγή που έφερε η μεταρρύθμιση του 1991 ήταν η εκχώρηση προϋπολογισμών στους γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς (GP fundholders) για την αγορά φαρμάκων, ειδικών ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών, για λογαριασμό

των ασθενών και κατά συνέπεια μεταφέρθηκε το κέντρο βάρους των αποφάσεων από τους νοσοκομειακούς στους οικογενειακούς γιατρούς.

Έπειτα, το 1997 ξεκίνησε ένα άλλο κύμα μεταρρυθμίσεων που άλλαξε και πάλι τη δομή του βρετανικού συστήματος υγείας. Στις σημαντικότερες αλλαγές περιλαμβάνεται η αντικατάσταση των Υγειονομικών Περιφερειών με τις Διευθύνσεις Υγείας (Strategic Health Authorities – SHAs), με αρμοδιότητες τη διασφάλιση της ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών υγείας στην περιοχή ευθύνης της κάθε μιας από αυτές. Επίσης, σε τοπικό επίπεδο αντικαταστάθηκαν και οι Υγειονομικές Επαρχίες με τα Primary Care Trusts (PCTs).

Τα Primary Care Trusts συντονίζουν και διασφαλίζουν την παροχή φροντίδας υγείας συμβαλλόμενα με παρόχους και ο αριθμός τους σε κάθε περιοχή εξαρτάται από το μέγεθος και την πυκνότητα του πληθυσμού, την προϋπάρχουσα διοικητική διαίρεση, κ.λπ. Τα PCTs επιβλέπονται από τις SHAs και λογοδοτούν κατευθείαν στον Υπουργό Υγείας. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει το 80% του προϋπολογισμού υγείας κατευθείαν στα PCTs, τα οποία στη συνέχεια αγοράζουν υπηρεσίες υγείας μέσω συμβολαίων από τους διάφορους προμηθευτές στο πλαίσιο του NHS, αλλά και από άλλους προμηθευτές του ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα (Boyle Sean, 2011).

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πυλώνας του όλου συστήματος είναι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και παρέχεται κυρίως από τους γενικούς – οικογενειακούς γιατρούς (General Practitioners, GP's), οι οποίοι και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας, ενώ συγχρόνως έχουν και ρόλο ελέγχου της πρόσβασης (gatekeeping) σε άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες και γιατρούς που παρέχονται κατά κανόνα από τα νοσοκομεία (Boyle Sean, 2011). Μπορούμε να πούμε ότι ο θεσμός του γενικού – οικογενειακού γιατρού αποτελεί αναπόσπαστο χαρακτηριστικό και το διακριτό πλεονέκτημα του βρετανικού συστήματος υγείας. Δευτερευόντως, η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από άλλους επαγγελματίες, όπως οι νοσηλεύτριες, οι οδοντίατροι, οι φυσιοθεραπευτές, κ.ά.

Η ευθύνη και ο συντονισμός για την παροχή ΠΦΥ ανήκει στους Οργανισμούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Trusts, PCTs). Η συγκεκριμένη δομή μεριμνά για τη διασφάλιση πρόσβασης σε κατάλληλη φροντίδα για τον πληθυσμό που είναι εγγεγραμμένος σ' αυτό. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από τις διαδικασίες σχεδιασμού και

σύναψης συμβολαίων με τους διαφορετικούς επαγγελματίες και τους διαφορετικούς οργανισμούς υγείας. Επίσης, τα PCTs επιβλέπουν τον τρόπο υπολογισμού της αμοιβής των επαγγελματιών υγείας που προκύπτει μέσω ενός συνδυασμού παραμέτρων, όπως το δημογραφικό προφίλ πληθυσμού, τα κοινωνικά στρώματα στην περιοχή, αν είναι απομονωμένη ή όχι η περιοχή, ή την επιθυμία νυκτερινής απασχόλησης του ιδίου του γιατρού.

Η ΠΦΥ χρηματοδοτείται και παρέχεται πρωτίστως από το NHS, μιας και οι αμοιβές των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης προέρχονται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Υπάρχει όμως και ένα μικρό μέρος που χρηματοδοτείται από την ιδιωτική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές και παρέχεται από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι γενικοί - οικογενειακοί ιατροί παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας στους εγγεγραμμένους ασθενείς, και τους παραπέμπουν όταν το κρίνουν αναγκαίο σε ένα νοσοκομείο ή κλινική του NHS, για ραντεβού με ειδικευμένο γιατρό ή για εισαγωγή. Έχει εκτιμηθεί ότι το 75% των επισκέψεων στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα γίνεται στους γενικούς γιατρούς, οι οποίοι το 2009 αριθμούσαν σε 40.269, εκ των οποίων το 46% ήταν γυναίκες (Boyle Sean, 2011). Σε κάθε γενικό γιατρό αντιστοιχούν κατά μέσο όρο περί τους 1.500 ασθενείς.

Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί δεν είναι μισθωτοί υπάλληλοι, αλλά ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με τα Primary Care Trusts, τα οποία ως δομή παρουσιάζουν ποικιλία. Υπάρχουν κάποια που αποτελούνται από συμβεβλημένους γιατρούς, άλλα έχουν τους δικούς τους γιατρούς και άλλα είναι συμβεβλημένα με δομές του ιδιωτικού τομέα. Τα PCTs είναι εκείνα που διατηρούν και τις λίστες με γιατρούς της περιοχής που έχουν το δικαίωμα να παρέχουν υπηρεσίες υγείας στο πλαίσιο του NHS.

Αμείβονται από τα Primary Care Trusts με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών, και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Για νυκτερινές επισκέψεις σε σπίτια ασθενών πληρώνονται με σύστημα αμοιβής κατά πράξη.

Τέλος, οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί εργάζονται είτε στα ιδιωτικά ιατρεία τους είτε σε ιδιωτικά ομαδικά γενικά ιατρεία (Group Practices) στα οποία συστεγάζεται ομάδα ιατρών, τα οποία λειτουργούν ως μικρές επιχειρήσεις και στελεχώνονται από ειδικευμένες νοσηλεύτριες (το 2009 ήταν 22.000 περίπου), διοικητικό προσωπικό

υποστήριξης, και ένα part-time διοικητή. Η επιλογή του γενικού γιατρού από τους ασθενείς είναι κατά κανόνα ελεύθερη για τις αστικές περιοχές, ενώ υπάρχει σχετικά περιορισμένη επιλογή για τις αγροτικές περιοχές.

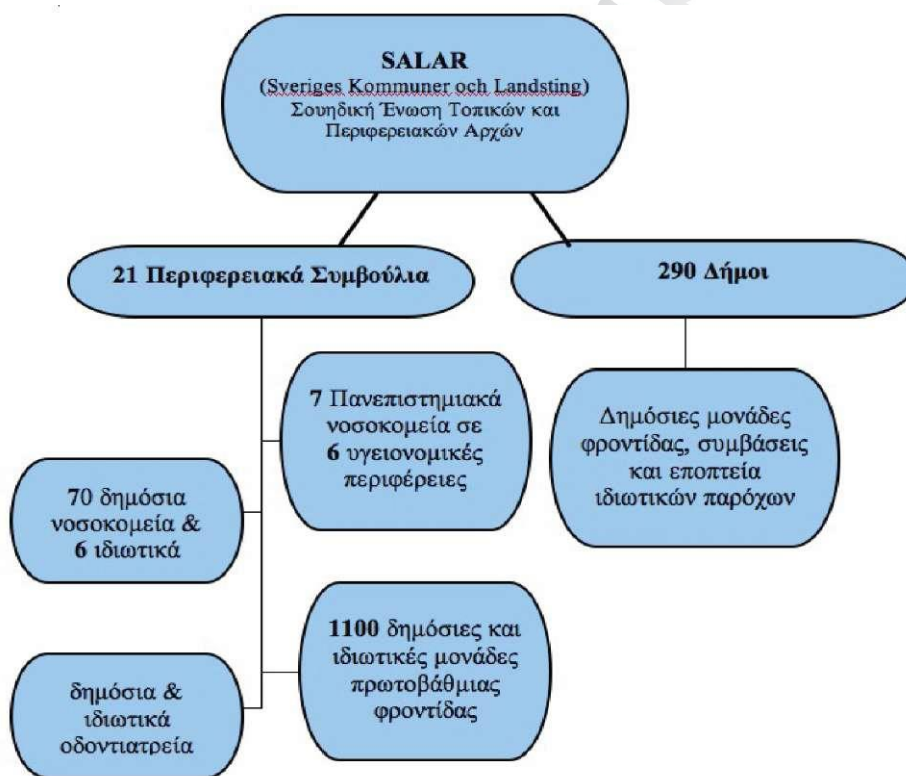
2.3 Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας εντάσσεται στα δημόσια - εθνικά συστήματα, αφού την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος και οι αυτοδιοικητικοί θεσμοί, όπως είναι οι Περιφέρειες (counties) και οι Δήμοι. Το σύστημα υγείας στη χώρα αυτή αποτελεί σημαντικό μέρος στο γενικότερο χαρακτήρα της χώρας ως κράτους πρόνοιας. Η βασική αρχή του συστήματος είναι ότι όλοι οι πολίτες της χώρας έχουν ίσα δικαιώματα για παροχές φροντίδας υγείας και ίση δυνατότητα πρόσβασης, ανεξάρτητα με την οικονομική κατάσταση, την ηλικία και τον τόπο διαμονής τους. Σύμφωνα με το νόμο του 1982 παρέχει υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, δηλαδή σε περίπου 9.380.000 άτομα.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας για τη Σουηδία για το 2011 ανέρχονται στο 9,5% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (OECD, 2013). Οι δημόσιες δαπάνες σχεδόν μονοπωλούν το σύνολο των δαπανών υγείας και βρίσκονται στο 82%, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες βρίσκονται μόλις στο 17%. Υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες δεν ξεπερνούν το 1% των συνολικών δαπανών. Οι δημόσιες δαπάνες προέρχονται κυρίως από τους δημοτικούς φόρους, ενώ σημαντικό μερίδιο έχει η ευρύτερη συμμετοχή του κράτους μέσω της αξιοποίησης δημόσιων πόρων και ένα άλλο μικρότερο ποσοστό προέρχεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, όπου η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1995.

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας διακρίνεται για την αποκεντρωτική του δομή και οργανώνεται σε τρία διακριτά επίπεδα που αντιστοιχούν στις τρεις βαθμίδες της κρατικής οργάνωσης: τοπικό, περιφερειακό και κεντρικό/εθνικό. Σε κεντρικό επίπεδο, δηλαδή, το Υπουργείο Υγείας, καθορίζει την πολιτική υγείας και το χαρακτήρα του συστήματος υγείας που πρέπει να εφαρμοστεί γενικά στη χώρα, προωθεί στη Βουλή τον προϋπολογισμό υγείας και νομοθετεί.

Την ευθύνη της οργάνωσης, διοίκησης, χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας έχουν τα 21 Περιφερειακά Συμβούλια (county councils). Μεταξύ των Περιφερειών εντοπίζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τις στρατηγικές πολιτικές υγείας και ειδικότερα ως προς τις σχέσεις που αναπτύσσονται με ιδιωτικούς οργανισμούς – παρόχους υπηρεσιών (Anell *et. al.*, 2012). Τα περιφερειακά συμβούλια υποδιαιρούνται σε 290 Δήμους (municipalities), οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τις υπηρεσίες πρόνοιας, ιδιαίτερα για τους χρόνιους πάσχοντες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Τέλος, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές εκπροσωπούνται από την SALAR, δηλαδή τη Σουηδική Ένωση Τοπικών και Περιφερειακών Αρχών (Διάγραμμα 2.1).



Πηγή: Anell *et. al.*, 2012

Διάγραμμα 2.1

Η διάταξη των υπηρεσιών υγείας στη Σουηδία

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από ένα μίγμα δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων, οι οποίες έχουν κατά κύριο λόγο δημόσια χρηματοδότηση. Η είσοδος στο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία σημείων και διαδικασιών που διαφοροποιούνται ανά Περιφέρεια. Κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων. Συνολικά υπάρχουν 1.100 μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, εκ των οποίων περίπου το ένα τρίτο είναι ιδιωτικές, ενώ οι υπόλοιπες ανήκουν στο κεντρικό σύστημα και τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες του σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Οι δημόσιες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή αλλιώς Κέντρα Υγείας είναι στελεχωμένες κυρίως με γενικούς γιατρούς, αλλά σε πολλές περιπτώσεις και με γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπαιδικό και ψυχίατρο. Επίσης, υπηρετούν σε αυτά νοσηλεύτριες, μαίες και φυσικοθεραπευτές. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν τόσο τη βασική θεραπευτική φροντίδα, όσο και την πρόληψη. Τα Κέντρα Υγείας αριθμούνται σε 900, διοικούνται από τα Περιφερειακά Συμβούλια και εξυπηρετούν μικρές περιοχές παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε 5.000 - 50.000 κατοίκους. Επίσης, υπάρχουν και Κέντρα προστασίας Μάνας και Παιδιού, στα οποία γίνονται εμβολιασμοί και προληπτικές εξετάσεις.

Παράλληλα με τις δημόσιες τοπικές μονάδες, πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται και από 200 ιδιωτικές μονάδες που υπηρετούν διάφορες ειδικότητες γιατρών με κυρίαρχη αυτή της γενικής ιατρικής και έχουν τη δυνατότητα να παραπέμπουν στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Οι ιδιώτες πάροχοι αδειοδοτούνται από τα τοπικά συμβούλια και παρέχουν υπηρεσίες κυρίως στις πυκνοκατοικημένες περιοχές και στις μεγάλες πόλεις (Πολύζος Ν., 2012).

Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί ανέρχονται το 2011 σε 5.879 και αποτελούν μόλις το 25% του συνόλου των γιατρών. Παρέχουν συμβουλές, θεραπεία και πρόληψη και κατευθύνουν τον ασθενή στο σύστημα και τον παραπέμπουν για ειδικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις σε ειδικούς γιατρούς στα νοσοκομεία. Κυρίως όμως το νοσηλευτικό προσωπικό, εκ των οποίων οι περισσότεροι εργάζονται για τους 290 Δήμους, αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και κρίνει αν θα πρέπει ο ασθενής να επισκεφτεί το γενικό ιατρό ή να παραπεμφθεί σε νοσοκομείο. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις, ειδικά στην περίπτωση των ηλικιωμένων ατόμων. Ο συντονισμός και γενικά η κατεύθυνση του έργου του νοσηλευτικού προσωπικού ανήκει στους γενικούς ιατρούς.

Οι ασθενείς επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς των δημόσιων τοπικών μονάδων με ραντεβού. Ωστόσο, οι περισσότερες μονάδες παρέχουν τη δυνατότητα επίσκεψης των ασθενών, σε συγκεκριμένες ώρες χωρίς ραντεβού. Οι ασθενείς έχουν επίσης τη δυνατότητα να απευθυνθούν και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, δεδομένου ότι δεν είναι αναγκαία η παραπομπή από το γενικό τους γιατρό, δηλαδή μπορούν να επιλέξουν την ειδικότητα ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου που επιθυμούν, αλλά όχι το επίπεδο φροντίδας.

Ο θεσμός των γενικών – οικογενειακών ιατρών φαίνεται να μην έχει ανταποκριθεί στις αρχικές προβλέψεις και διατυπώνεται σχετική επιφυλακτικότητα για την επιτυχία του. Ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών ιατρών ως πύλη ελέγχου του συστήματος υγείας, δεν έχει αποδώσει τα αναμενόμενα και αναφορικά με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, φαίνεται ότι ο ρόλος των νοσοκομείων παραμένει σημαντικός. Από τις αθροιστικά περίπου σαράντα εκατομμύρια πράξεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το 2009 τα δεκατέσσερα εκατομμύρια αντιστοιχούσαν σε Γενικούς Ιατρούς (Anell *et. al.*, 2012).

Οι πόροι από την κυβέρνηση κατανέμονται στα περιφερειακά συμβούλια μέσα από σφαιρικούς προϋπολογισμούς, τα δε συμβούλια έχουν ξεχωριστούς προϋπολογισμούς για την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή φροντίδα. Σχετικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα παρατηρούμε ότι καλύπτει περίπου το 18% της συνολικής δαπάνης (OECD, 2013).

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

Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί και οι γιατροί ειδικοτήτων, που εργάζονται στις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, είναι μισθωτοί και η αποζημίωσή τους είναι μερικώς κατά κεφαλή και μερικώς κατά πράξη, ενώ

χρησιμοποιείται παράλληλα και η αποζημίωση με βάση τη χρήση των εγγεγραμμένων δικαιούχων, γιατί από το 2010 και με ευθύνη των Περιφερειακών Αρχών κάθε πολίτης είναι καταγεγραμμένος σε κάποιο από τα δημόσια ή ιδιωτικά κέντρα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Anell *et. al.*, 2012).

2.4 Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας

Το Γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, γνωστό και ως μοντέλο Bismarck, το οποίο αντιπαραβάλλεται και τοποθετείται στον αντίποδα του μοντέλου Beveridge, όπως αναπτύξαμε παραπάνω με τον γνησιότερο εκπρόσωπο του το Βρετανικό NHS. Το Γερμανικό σύστημα υγείας είναι το παλαιότερο σύστημα στην Ευρώπη και η Γερμανία θεωρείται η πρώτη χώρα που εισήγαγε σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ευρώπη. Ξεκίνησε το 1883 επί καγκελαρίας Bismarck όταν έγινε υποχρεωτική η ασφάλιση υγείας για κάποιες ομάδες εργαζομένων.

Το σύστημα υγείας της Γερμανίας βασίζεται στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, αλλά και της ανταποδοτικότητας. Για τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία του συστήματος τον κυρίαρχο ρόλο τον έχει η κοινωνική ασφάλιση και τα ταμεία υγείας, ενώ συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζόμενους και η επαγγελματική αυτονομία των ιατρών.

Μέσα από μια πορεία 130 χρόνων το Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα αναπτύχθηκε, διευρύνθηκε, μεταλλάχθηκε, αναμορφώθηκε και μεταρρυθμίστηκε πολλές φορές, και σήμερα θεωρείται ως ένα από τα πλέον ολοκληρωμένα συστήματα υγείας. Είναι προφανές ότι παράγοντες, όπως η εκβιομηχάνιση, η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη, οι οικονομικές κρίσεις, η ανεργία, οι πόλεμοι, τα οργανωμένα και συχνά αντικρουόμενα σύνολα και συμφέροντα και πολλά άλλα έπαιξαν ρόλο και επηρέασαν θετικά ή αρνητικά την πορεία ανάπτυξής του, καθορίζοντας τα επιμέρους χαρακτηριστικά του (Πολύζος Ν., 2013).

Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική για κάθε άτομο που ζει νόμιμα στη Γερμανία. Η ασφάλιση μπορεί να γίνει είτε στα δημόσια ταμεία υγείας, είτε στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, είτε σε κάποιο συνδυασμό των δύο. Η δημόσια ασφάλιση

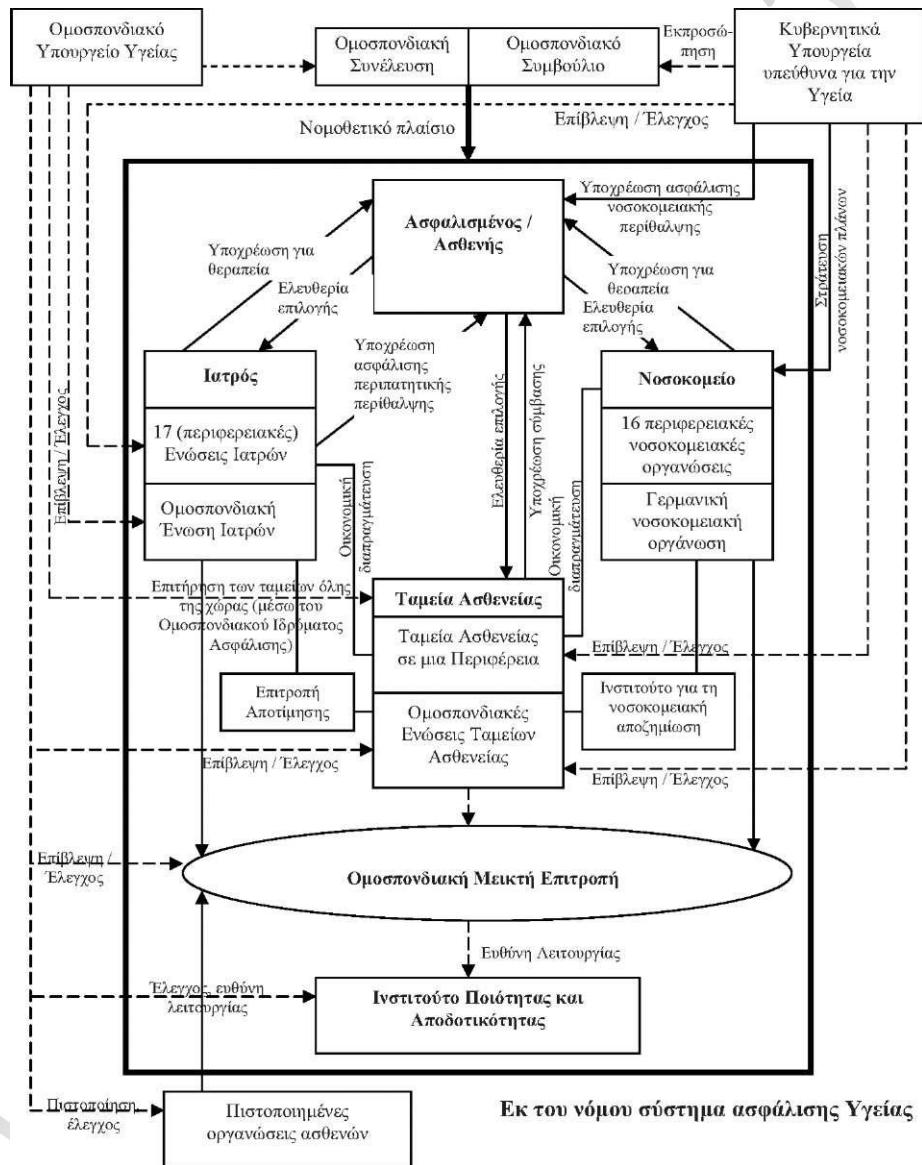
υγείας είναι υποχρεωτική για άτομα που το ακαθάριστο ετήσιο εισόδημά τους είναι κάτω των 50.850 ευρώ, οι οποίοι υπολογίζεται ότι είναι γύρω στο 75% του πληθυσμού. Αντίθετα, οι εργαζόμενοι με εισόδημα μεγαλύτερο των 50.850 ευρώ μπορούν να επιλέξουν και να ασφαλιστούν είτε στο δημόσιο σύστημα κοινωνικής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

Οι συνολικές δαπάνες υγείας για τη Γερμανία για το 2011 ανέρχονται στο 11,3% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ να βρίσκεται στο 9,3% (OECD, 2013). Η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών (περίπου στο 70%). Κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό η χρηματοδότηση προέρχεται από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση (στο 8%) και τις ιδιωτικές δαπάνες μέσω της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (στο 12%). Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες δεν ξεπερνούν το 10% των συνολικών δαπανών.

Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας βασίζεται στην ομόσπονδη δομή της χώρας και της κυβέρνησης. Υπάρχει σε κεντρικό - εθνικό επίπεδο η ομοσπονδιακή κυβέρνηση και σε περιφερειακό επίπεδο οι τοπικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές και οι τοπικές αρχές. Συνεπώς, σε εθνικό επίπεδο υπάρχει το ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, το οποίο έχει την κύρια ευθύνη για τη στρατηγική και τις πολιτικές υγείας που ακολουθεί η χώρα και αποφασίζει λαμβάνοντας υπόψη τα κοινωνικά, πολιτικά και οικονομικά δεδομένα της χώρας.

Σε περιφερειακό επίπεδο, οι 16 κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων αντιπροσωπεύονται μέσω των τοπικών υπουργείων υγείας, με αρμοδιότητες σε θέματα δημόσιας υγείας, προαγωγής της υγείας, κρατικών νοσοκομείων, επαγγελματιών υγείας, φαρμακείων και φαρμακευτικών προϊόντων. Σε όλα σχεδόν τα κρατίδια υπάρχουν και λειτουργούν Ινστιτούτα και φορείς που στηρίζουν επιστημονικά τις επιμέρους πολιτικές υγείας (Busse R., Riesberg A., 2004).

Τους πυλώνες όμως του συστήματος υγείας στη Γερμανία αποτελούν από τη μεριά της ασφάλισης και της αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας τα ασφαλιστικά ταμεία και από την άλλη πλευρά, αυτής της προσφοράς, οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Μια συνοπτική και απλουστευμένη εικόνα του συστήματος με τις ροές των υπηρεσιών και τις σχέσεις των βασικών εταίρων παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 2.2.



Πηγή: Busse R., Riesberg A., 2004

Διάγραμμα 2.2

Η Δομή του Συστήματος Υγείας της Γερμανίας και οι σχέσεις βασικών «παικτών - εταίρων»

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία αποτελούν αυτόνομους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και αντλούν τους πόρους τους μέσα από τις εισφορές των μελών τους. Στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του συστήματος υπήρχαν περισσότερα από 20.000 ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία στη συνέχεια περιορίστηκαν σημαντικά. Στις αρχές του 2004 λειτουργούσαν 292 ταμεία υγείας με 79 εκατ. ασφαλισμένους και 49 ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, ενώ το 2011 τα δημόσια ταμεία μειώθηκαν σε 136 κυρίως λόγω συγχωνεύσεων. Τα ταμεία διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, στα οποία εκπροσωπούνται εργαζόμενοι και εργοδότες, και εκεί τίθενται οι κανονισμοί λειτουργίας τους, εγκρίνεται ο προϋπολογισμός και καθορίζεται το ύψος των εισφορών.

Οι εισφορές προς τα ασφαλιστικά ταμεία είναι υποχρεωτικές και το ύψος αυτών διαφέρει από ταμείο σε ταμείο, ή από περιοχή σε περιοχή. Η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από τους εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. Το μέσο ύψος των εισφορών επί των ακαθάριστων αποδοχών των εργαζομένων έφθανε περίπου στο 15% το 2003.

Τα τελευταία χρόνια υπήρξαν σημαντικές τροποποιήσεις στο γερμανικό σύστημα υγείας. Μία από αυτές είναι η μεταρρύθμιση του 2009, στην οποία δημιουργήθηκε σε ομοσπονδιακό επίπεδο το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, με στόχο την εισαγωγή στο περιβάλλον ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας περισσότερου ανταγωνισμού και μεγαλύτερης ελευθερίας επιλογής από την πλευρά των ασφαλισμένων. Στις αρμοδιότητες του περιλαμβάνεται η συγκέντρωση όλων των εισφορών από τα ταμεία και στη συνέχεια η κατανομή τους πίσω στα ταμεία, λαμβάνοντας υπόψη εκτός από τον αριθμό των ασφαλισμένων ανά ταμείο και τα δημογραφικά και νοσολογικά τους στοιχεία.

Από την άλλη πλευρά, οι περιφερειακές ενώσεις των γιατρών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης αποτελούνται από τους όλους τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μιας περιφέρειας και σήμερα υπάρχουν 17 ενώσεις. Οι ενώσεις αυτές βρίσκονται σε συνεχή διαπραγμάτευση σε περιφερειακό επίπεδο με τα ταμεία υγείας για σημαντικά θέματα, όπως είναι οι μηχανισμοί αποζημίωσης και το πακέτο των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσα από συμβόλαια που υπογράφουν μεταξύ τους. Όλες οι ενώσεις των γιατρών των επιμέρους κρατιδίων συγκροτούν σε εθνικό επίπεδο την Ομοσπονδιακή Ένωση Ιατρών.

Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του Γερμανικού συστήματος υγείας είναι ότι υπάρχει σαφής διαχωρισμός μεταξύ ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Αυτό οφείλεται στο ότι τα τελευταία 200 χρόνια η έρευνα και η υπερεξειδίκευση από τις Ιατρικές Σχολές, γίνεται αποκλειστικά στα νοσοκομεία, αφήνοντας τους γιατρούς της εξωνοσοκομειακής φροντίδας έξω από αυτά, γι' αυτό και υπάρχει ακόμη και σήμερα σαφής αντιπαλότητα, που φτάνει τα όρια της έχθρας μεταξύ νοσοκομειακών γιατρών και γιατρών (γενικών και ειδικοτήτων) της εξωνοσοκομειακής φροντίδας (Πολύζος Ν., 2013).

Στο επίπεδο της *πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*, οι γενικοί γιατροί δε λειτουργούν με κάποιο αυστηρό και «σφικτό» gatekeeping σύστημα, όπως ισχύει στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Περίπου το 50% των γιατρών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία της περιφέρειάς τους, με την προϋπόθεση ότι έχουν τουλάχιστον 3ετή ειδική εκπαίδευση. Οι γενικοί γιατροί, αλλά και αυτοί της ειδικότητας, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μόνοι τους ή ως ομάδα γιατρών (group practice).

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

Οι γενικοί - οικογενειακοί γιατροί, όπως και οι γιατροί γενικά της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αν και οι αμοιβές είναι κατά πράξη (και έτσι προκαλείται μεγαλύτερη ζήτηση), οι ιατρικές ενώσεις που τις διαπραγματεύονται κάθε χρόνο έχουν περιορισμούς από τα ασφαλιστικά ταμεία να λειτουργήσουν μέσα στα πλαίσια δεδομένου προϋπολογισμού για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, έτσι ώστε να διασφαλίζεται ο έλεγχος του κόστους. Αυτή η ιδέα της «ιδιωτικοποίησης» του κόστους της φροντίδας και της μεταφοράς της ευθύνης του κόστους στις πλάτες των ίδιων των προμηθευτών συντελέστηκε σταδιακά από το 1996 έως τις αλλαγές του 2004 και 2007.

Η αποζημίωση των γιατρών στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη γίνεται μέσα από μια σύνθετη διαδικασία δύο βημάτων. Πρώτα τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν συνολικά τις ενώσεις των γιατρών της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και αυτά στη συνέχεια καλούνται να αποζημιώσουν τους γιατρούς που είναι συνδεδεμένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία. Η συνολική αμοιβή συμφωνείται ύστερα από διαπραγμάτευση και βασίζεται συνήθως σε ένα ποσό κατά κεφαλή ασφαλισμένου, με το οποίο καλύπτονται όλες οι υπηρεσίες που προσφέρονται από τους «συνδεδεμένους» γιατρούς όλων των ειδικοτήτων. Αυτό το κατά κεφαλή ποσό διαφέρει από ταμείο σε ταμείο και από κρατίδιο σε κρατίδιο. Οι ενώσεις των γιατρών στη συνέχεια αναλαμβάνουν τις αποζημιώσεις των μελών τους με βάση μια Ενιαία Κλίμακα Αξιών (uniform value scale). Για τον υπολογισμό της πληρωμής, τα ταμεία πρέπει πρώτα να συναθροίσουν όλα τα στοιχεία που έχουν συνολικά και ανά γιατρό, που θα αποτελέσουν τη βάση των υπολογισμών (Πολύζος Ν., 2013).

2.5 Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας

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

Το Γαλλικό σύστημα υγείας στηρίζεται σε ένα καθολικό και υποχρεωτικό εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, άμεσα συνδεδεμένο με το επάγγελμα, που χρηματοδοτείται από εργοδότες και εργαζόμενους, και το οποίο υποβοηθάτε από την εθελοντική κερδοσκοπική ή μη κερδοσκοπική ασφάλιση. Επίσης, υπάρχει σχεδόν πλήρη ελευθερία των πολιτών να επιλέξουν και να χρησιμοποιήσουν τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας χωρίς ένα υποχρεωτικό σύστημα προσανατολισμού.

Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα άρχισαν να εμφανίζονται στη Γαλλία τα πρώτα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία αφορούσαν αποκλειστικά στην προστασία των εργαζομένων από εργατικά ατυχήματα και την προστασία της μητρότητας. Τις τελευταίες δεκαετίες, η ασφάλιση υγείας άρχισε να επεκτείνεται και να καλύπτει όλο

και μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού. Επομένως, κάθε άτομο που κατοικεί στη Γαλλία (με άδεια παραμονής και κατά τρόπο σταθερό) έχει δικαίωμα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η οποία διατίθεται δωρεάν για τα άτομα που διαθέτουν ισχυρούς πόρους.

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

Το CNAMTS περιλαμβάνει το 87% το νομίμων κατοίκων της Γαλλίας, συμπεριλαμβανομένων των μισθωτών. Το RSI και το MSA καλύπτουν το 5% και το 6% του συνολικού πληθυσμού αντίστοιχα, ενώ το υπόλοιπο 2% καλύπτεται από τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία. Όλα τα ταμεία της NHI είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ), πρακτικά όμως είναι «οιονεί» δημόσια, καθώς εποπτεύονται άμεσα από το αρμόδιο για την κοινωνική ασφάλιση Γαλλικό Υπουργείο. Οι υπηρεσίες που καλύπτουν ποικίλουν από νοσοκομειακή περίθαλψη, εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, συνταγογράφηση φαρμάκων και κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, μέχρι - σε μικρότερο βαθμό - φροντίδα όρασης και οδοντιατρική φροντίδα. Γενικά, οι παροχές μεταξύ των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων δε διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό.

Από το 2004 και με τη σχετική πράξη μεταρρύθμισης στο ασφαλιστικό σύστημα τα τρία βασικά ταμεία υγείας (CNAMTS, RSI και MSA) συγχωνεύτηκαν, με αποτέλεσμα τη σύσταση της «Εθνικής Ένωσης Ταμείων Ασφάλισης Υγείας» (Union nationale des caisses d'assurance maladie - UNCAM). Η UNCAM έχει γίνει ο μοναδικός αντιπρόσωπος των ασφαλισμένων στις διαπραγματεύσεις με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας (μονοψώνιο). Η βασική αποστολή της UNCAM είναι να επιτρέπει σε όλους τους

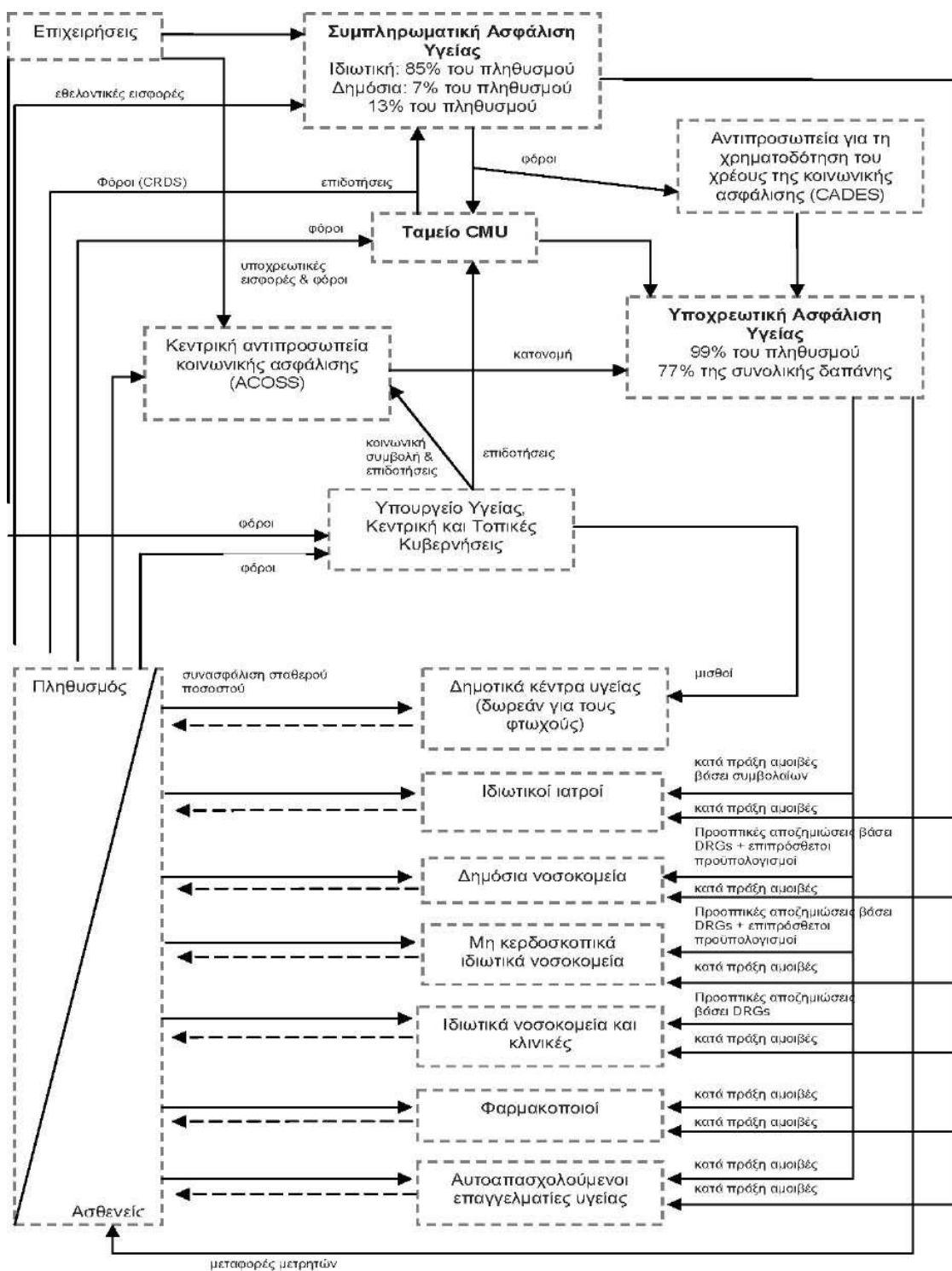
ασφαλισμένους και στην οικογένειά τους την πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Για να το επιτύχει αυτό, στηρίζεται στις αρχές της αλληλεγγύης, της ελευθερίας και της δημοκρατίας (Chevreul K. *et. al.*, 2010).

Επιπροσθέτως, ο ρόλος του κράτους στο σύστημα υγείας είναι σημαντικός. Το κράτος αναλαμβάνει τον κυρίαρχο ρόλο όσον αφορά τη διοίκηση του συστήματος και έχει την ευθύνη για την προστασία όλων των πολιτών, τη δημόσια υγεία, την εξασφάλιση της κοινωνικής προστασίας και τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Παρεμβαίνει λοιπόν άμεσα στο σύστημα παραγωγής και χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ασκεί έλεγχο στις σχέσεις φορέων χρηματοδότησης, γιατρών και ασθενών, στο όνομα των υγειονομικών αναγκών και των οικονομικών δυνατοτήτων.

Οι συνολικές δαπάνες υγείας στη Γαλλία για το 2011 ανέρχονται στο 11,6% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ να βρίσκεται στο 9,3% (OECD, 2013). Επίσης, μπορούμε να πούμε ότι η Γαλλία συγκαταλέγεται στις χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες υγείας ανάμεσα στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπως προαναφέρθηκε, προέρχεται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών (περίπου στο 73%). Κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (στο 4%) και τις ιδιωτικές δαπάνες μέσω της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (στο 8%). Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης με τις αντίστοιχες δαπάνες να φθάνουν στο 14% για το 2011 (OECD, 2013).

Στο Διάγραμμα 2.3 που ακολουθεί παρουσιάζεται μια συνοπτική και απλουστευμένη εικόνα του Γαλλικού συστήματος υγείας με τις οργανωτικές και χρηματοδοτικές ροές που λαμβάνουν χώρα.



Πηγή: Chevreur K. *et. al.*, 2010

Διάγραμμα 2.3

Οι οργανωτικές και χρηματοδοτικές ροές στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Γαλλίας

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

Βάσει των γενικών συμβάσεων, οι ιδιώτες γιατροί αμείβονται στη βάση της κατά πράξης αποζημίωσης (Πίνακας 2.1), που καταβάλλεται άμεσα από τους ασθενείς και οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Εντούτοις, οι ασθενείς οφείλουν να πληρώσουν περίπου το 25% της δαπάνης, εκτός αν καλύπτονται από κάποια μορφή συμπληρωματικής ασφαλιστικής κάλυψης ή επειδή, εξαιτίας της σοβαρότητας της ασθένειάς τους, ανήκουν σε μια από τις κατηγορίες δικαιούμενες απαλλαγής που αφορούν το 10% του ασφαλισμένου πληθυσμού.

Οι γενικοί – οικογενειακοί γιατροί δεν έχουν τον ρόλο υποχρεωτικού gate-keeper και οι ασθενείς μπορούν να τους παρακάμψουν και να επισκεφθούν απευθείας ειδικούς γιατρούς ή νοσοκομεία, οδηγώντας σε μια κατάσταση όπου τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και οι ειδικοί γιατροί παρέχουν επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Πρόσφατα, το 2009, ο νόμος περί κοινωνικής ασφάλισης εισήγαγε μια νέα κατηγορία συμβάσεων με την ονομασία «ατομικές συμβάσεις για τη βελτίωση της επαγγελματικής πρακτικής» (CAPI) για τους γενικούς – οικογενειακούς ιατρούς. Με τις CAPI οι συμβαλλόμενοι γενικοί - οικογενειακοί ιατροί αναλαμβάνουν την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, όπως είναι η διαχείριση των χρόνιων παθήσεων, η πρόληψη ασθενειών, η αύξηση του ποσοστού συνταγογράφησης γενοσήμων ή καθορισμένων κατηγοριών φαρμάκων. Κίνητρο για την ανάληψη αυτών των υποχρεώσεων από τους γενικούς – οικογενειακούς ιατρούς αποτελεί η αμοιβή τους βάσει απόδοσης (Chevreul K. *et. al.*, 2010).

Επίσης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Γαλλία παρέχεται και από τα περίπου 2000 κέντρα υγείας, καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, που απασχολούν μισθωτούς γιατρούς (Πίνακας 2.1) και παρέχουν υπηρεσίες υγείας κυρίως

στο φτωχότερο τμήμα του πληθυσμού. Στον «πληθυσμό προτεραιότητας» (άνεργοι και τα εξαρτώμενα από αυτούς μέλη καθώς και συνταξιούχοι) παρέχονται δωρεάν περιοδικοί υγειονομικοί έλεγχοι. Επίσης, αυτές οι πληθυσμιακές κατηγορίες αποτελούν και τον πληθυσμό-στόχο που επιλέγεται για εκπαίδευση υγείας και εκστρατείες πρόληψης. Οι άποροι μπορούν να απευθυνθούν παράλληλα στο Medical Aid που τους δίνει το δικαίωμα για δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Τέλος, διατίθενται ποικίλα προγράμματα, όπως προστασία της μητέρας και του παιδιού, σχολικές εθνικές υπηρεσίες υγείας κ.τ.λ.

Πίνακας 2.1

Μέθοδοι αποζημίωσης παρόχων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη Γαλλία

Κατηγορίες παρόχων	Αποζημίωση
Αυτοαπασχολούμενοι ιατροί	Κατά πράξη (fee-for-service) βάσει NGAM και CCAM Κατά κεφαλή για χρόνιους ασθενείς (capitation) Επιπρόσθετη αμοιβή βάσει της απόδοσης (pay-for-performance) στους γενικούς-οικογενειακούς ιατρούς που θα προσχωρήσουν σε συμβάσεις CAPI
Μισθωτοί ιατροί	Με μισθό (salary)
Λοιποί αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες υγείας	Κατά πράξη (fee-for-service) βάσει NGAM και CCAM
Λοιποί μισθωτοί επαγγελματίες υγείας	Με μισθό (salary)

Πηγή: Chevreul K. *et. al.*, 2010

Όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, το γαλλικό σύστημα υγείας είναι ένα από τα πιο δαπανηρά στην Ευρώπη εξαιτίας εν μέρει της φιλελεύθερης κουλτούρας του και τα τελευταία χρόνια δέχεται ισχυρές πιέσεις για τη συγκράτηση του κόστους. Οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις όσον αφορά τη συγκράτηση των δαπανών υγείας, αλλά και γενικότερα την εξυγίανση του γαλλικού συστήματος υγείας έγιναν από την κυβέρνηση το 1996 με τα διατάγματα Juppe. Ένας από τους άξονες των

μεταρρυθμίσεων αποτέλεσε και η εισαγωγή των δικτύων και των πλεγμάτων φροντίδων, προκειμένου να αναπτυχθούν νέα, πιο συνεκτικά μοντέλα ανάληψης φροντίδας των ασθενών, με ταυτόχρονη αναβάθμιση του ρόλου του γενικού - οικογενειακού γιατρού, εισάγοντας κατάλληλα κίνητρα ώστε οι ασθενείς να συμβουλευούνται αυτόν σε πρώτο στάδιο.

Τα πλέγματα (*filieres de soins*) και τα δίκτυα φροντίδων (*reseaux de soins*) προάγουν την προσανατολισμένη πορεία των ασθενών μέσα στο υγειονομικό σύστημα, αποκαλύπτοντας την ιδέα μιας κάθετης ιεράρχησης του συστήματος υγείας και φροντίζοντας για την βέλτιστη κάλυψη πολύπλοκων υγειονομικών αναγκών, αντίστοιχα. Τα δίκτυα στη Γαλλία, με έντονα πελατιοκεντρικό χαρακτήρα, αποσκοπούν στο να διευκολύνουν τα άτομα που βρίσκονται σε δυσμενή υγειονομική κατάσταση και να ανταποκριθούν με το βέλτιστο δυνατό τρόπο στις ανεπαρκώς καλυπτόμενες, εξαιτίας της τεχνολογικής προόδου και της αύξησης του βαθμού εξειδίκευσης, υγειονομικές ανάγκες.

Συνεπώς, τα δίκτυα φροντίδων υγείας οδηγούν βαθμιαία σε μια ευρύτερη ανταπόκριση στην πρόληψη, την ιατρική περίθαλψη και την κοινωνική υποστήριξη, για αυτούς που το έχουν περισσότερο ανάγκη, δηλαδή για τους πάσχοντες από βαριές και χρόνιες ασθένειες. Ο στόχος της συγκράτησης των υγειονομικών δαπανών έρχεται να συμπληρώσει τον ουσιώδη ρόλο τους. Τα πρώτα θετικά αποτελέσματα της λειτουργίας των δικτύων φροντίδων, η ιδέα των οποίων αγγίζει ολοένα και περισσότερο πληθυσμό, σηματοδοτούν αναμφισβήτητα ένα από τα θεμελιώδη πλεονεκτήματα του γαλλικού συστήματος υγείας σήμερα.

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

2.6 Το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας

Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Η.Π.Α.) διαθέτουν μεν ένα βασικό δημόσιο σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ωστόσο ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα, τόσο στην ασφάλιση υγείας, όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι κυρίαρχος. Η παρέμβαση του κράτους είναι περιορισμένη και αφορά κυρίως τον καθορισμό των αρχών και κανόνων λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας που στην πλειοψηφία τους είναι ιδιωτικοί φορείς.

Το Αμερικάνικο σύστημα υγείας λειτουργεί περισσότερο με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς, κάτι που ταιριάζει απόλυτα με τη μακρά και βαθιά παράδοση του φιλελευθερισμού της αμερικανικής κοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι το δικαίωμα στην υγεία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από την οικονομική δυνατότητα του καθενός να πληρώσει και η ασφάλιση υγείας αποτελεί προσωπική υπόθεση και ευθύνη του ατόμου. Δηλαδή, η βασική αρχή των εθνικών συστημάτων για καθολική, ισότιμη και δωρεάν κάλυψη του πληθυσμού στο Αμερικάνικο σύστημα δεν διασφαλίζεται (Θεοδώρου Μ. *et. al.*, 2001).

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από ένα χαλαρά δομημένο σε περιφερειακό επίπεδο σύστημα, που στηρίζεται κυρίως στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Η συμμετοχή του κράτους περιορίζεται μόνο στα προγράμματα του Medicaid και Medicare, που χρηματοδοτούνται από την ομοσπονδιακή και την πολιτειακή κυβέρνηση, στο πρόγραμμα ασφάλισης όσων παιδιών εξαιρούνται από το Medicaid και σε μια σειρά από επιμέρους μικρότερα προγράμματα που καλύπτουν τα στελέχη και τους βετεράνους των ενόπλων δυνάμεων.

Το Αμερικάνικο σύστημα είναι σήμερα το πιο ακριβό σύστημα υγείας στον κόσμο, αφού οι συνολικές δαπάνες υγείας για το 2011 ανέρχονται στο 17,7% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ να βρίσκεται στο 9,3% (OECD, 2013).

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, όπως προαναφέρθηκε, προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών (περίπου στο 43%). Η ιδιωτική ασφάλιση απορροφά το 35% των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που φέρνει τη χώρα στην πρώτη θέση παγκοσμίως με μεγάλη διαφορά από τις υπόλοιπες. Κατά ένα πολύ μικρότερο ποσοστό η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (στο 6%) και τις ιδιωτικές δαπάνες μέσω

της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας (στο 12%) (OECD, 2013).

Το 31% των συνολικών δαπανών υγείας αφορά σε ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, το 21% πηγαίνει σε ιδιώτες γιατρούς και κλινικές υπηρεσίες, το 10% σε φαρμακευτικά προϊόντα, το 4% σε οδοντιάτρους, το 6% σε μαιευτήρια, το 3% σε κατ' οίκον νοσηλεία, το 3% σε παραϊατρικά προϊόντα, το 3% σε δημόσιες υπηρεσίες πρόληψης, το 7% σε διοικητικές υπηρεσίες, το 7% σε επένδυση και το υπόλοιπο 6% σε παραϊατρικές υπηρεσίες (φυσικοθεραπεία, οπτικούς, κ.λ.π.). Ο Πίνακας 2.2 που ακολουθεί παρουσιάζει αρκετές λεπτομέρειες κατανομής των δαπανών υγείας κατά κατηγορία.

Πίνακας 2.2
Δαπάνες υγείας ανά κατηγορία στην Αμερική

Κατηγορία	Ποσοστό
Νοσοκομειακή περίθαλψη	36,3%
Γιατροί και κλινικές	27,4%
Φάρμακα και ιατρικά αναλώσιμα	14,0%
Μαιευτική	6,6%
Οδοντιατρική	4,9%
Κατ' οίκον νοσηλεία	3,3%
Ιατρικός εξοπλισμός	1,7%
Άλλα	5,9%

Πηγή: Rice *et. al.*, 2013

Στις Η.Π.Α. δεν υπάρχει συνταγματικό δικαίωμα για καθολική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και επειδή η πρόσβαση στις υπηρεσίες είναι συνάρτηση του εισοδήματος του ατόμου, περίπου το 16% του πληθυσμού είναι ανασφάλιστοι. Τα άτομα αυτά δεν έχουν πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες εκτός και αν μεσολαβήσει κάποιος φιλανθρωπικός φορέας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών είναι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, είτε ομαδικά και μέσω του εργοδότη τους, είτε ατομικά και με δική τους πρωτοβουλία. Ενώ, οι φτωχοί, οι ηλικιωμένοι και οι ανάπηροι είναι ασφαλισμένοι μέσω των πολιτειακών προγραμμάτων

του Medicaid και Medicare, που χρηματοδοτούνται από την ομοσπονδιακή και την πολιτειακή κυβέρνηση (Πίνακας 2.3).

Πίνακας 2.3
Καλυπτόμενος πληθυσμός ανά κατηγορία κάλυψης στην Αμερική

Κατηγορία	Πλήθος	Ποσοστό
Ασφαλισμένοι από εργοδότη	149.350.600	49 %
Ιδιωτικά ασφαλισμένοι	15.416.100	5 %
Medicaid	50.670.200	16 %
Medicare	39.996.700	13 %
Λοιπό Δημόσιο	3.846.400	1 %
Ανασφάλιστοι	48.611.600	16 %

Πηγή: Rice *et. al.*, 2013

Τα κυριότερα προγράμματα υγείας, κρατικά και ιδιωτικά, που προσφέρονται σήμερα στους Αμερικανούς πολίτες είναι:

1. Το κρατικό πρόγραμμα υγείας Medicare καλύπτει άτομα άνω των 65 ετών, καθώς και άτομα με αναπηρία. Αριθμητικά καλύπτει έναν πληθυσμό περίπου 39 εκατομμυρίων ατόμων ή το 13% του συνολικού πληθυσμού (Πίνακας 2.3). Χρηματοδοτείται από την κεντρική κυβέρνηση μέσω ενός ειδικού φόρου για όλους τους εργοδότες και εργαζόμενους και κατά ένα μικρό ποσοστό από τους ίδιους τους δικαιούχους. Παρέχει κυρίως νοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει ένα μέρος της δαπάνης για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.
2. Το κρατικό πρόγραμμα υγείας Medicaid καλύπτει τους φτωχούς, τους άνεργους και τους αναπήρους, οι οποίοι αριθμητικά φθάνουν στα 50 εκατομμύρια ατόμων ή το 16% του πληθυσμού (Πίνακας 2.3). Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται κατά το ήμισυ από την εθνική φορολογία και κατά το υπόλοιπο από τις επιμέρους Πολιτείες. Το πρόγραμμα αυτό καλύπτει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υπηρεσιών υγείας μέσα από συμβάσεις που συνάπτει το πρόγραμμα σε πολιτειακό επίπεδο με νοσοκομεία και ιατρούς.

3. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν προγράμματα υγείας γνωστά ως «ελεγχόμενη φροντίδα υγείας» (managed care). Τα προγράμματα αυτά αναπτύχθηκαν με σκοπό να περιορίσουν το κόστος, προσφέροντας «ελεγχόμενη φροντίδα» με χαμηλά ετήσια κατά κεφαλήν ασφάλιστρα. Τα πιο διαδεδομένα μοντέλα είναι οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMOs) και οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών (Preferred Provider Organizations, PPOs). Οι HMOs αποτελούν ομάδες ιατρών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σ' ένα σύνολο εγγεγραμμένων ατόμων για συγκεκριμένη χρονική περίοδο και αμείβονται βάση ετήσιας συνδρομής. Δηλαδή, προσφέρεται ένα συγκεκριμένο «πακέτο» υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένη τιμή και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Οι PPOs είναι μηχανισμοί διαμεσολάβησης μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών υπηρεσιών υγείας. Οι ιατροί είναι είτε υπάλληλοι της ασφαλιστικής εταιρείας, είτε ελεύθεροι επαγγελματίες συμβεβλημένοι με την εταιρεία. Οι ιατροί αυτοί έχουν κίνητρα όταν μπορούν να περιορίσουν το κόστος υπηρεσιών που προσφέρουν στους ασφαλισμένους. Οι ασφαλισμένοι είναι υποχρεωμένοι να προσφύγουν στους ιατρούς της εταιρείας με την οποία έχουν το πρόγραμμα, γιατί αν καταφύγουν σε άλλο ιατρό τότε η εταιρεία δεν θα τους αποζημιώσει πλήρως τη δαπάνη που έκαναν.
4. Υπάρχουν επίσης προγράμματα από ιδιωτικές ασφαλιστικές που απευθύνονται σε ομάδες ατόμων και οι τιμές τους καθορίζονται με βάση την ηλικία, το επάγγελμα κλπ. Τα ασφάλιστρα καταβάλλονται από τον εργοδότη του ασφαλισμένου. Οι παροχές προς τους ασφαλισμένους γίνονται είτε από υπηρεσίες που ανήκουν στην ίδια την ασφαλιστική εταιρεία, είτε από νοσοκομεία που είναι συμβεβλημένα με την ασφαλιστική εταιρεία, είτε και από νοσοκομεία της προτίμησης του ασφαλισμένου.

Ο όρος *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* δεν είναι ευρέως διαδεδομένος στο γενικό πληθυσμό των Η.Π.Α., γιατί δίνεται υπερβολική έμφαση σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες και μάλιστα κοστοβόρες, εις βάρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Παρέχεται από τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας ή των Επιλεγμένων Προμηθευτών (HMOs και PPOs). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι οργανισμοί αυτοί είναι εταιρίες ή οργανισμοί που αποτελούνται από ιατρούς ή νοσοκομεία και συμβάλλονται με εργοδότες ή ασφαλιστικές εταιρίες και έχουν σκοπό την παροχή ιατρικών φροντίδων στα μέλη τους για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα ΗΜΟs από τους γενικούς ιατρούς. Η βασική αρχή που διέπει αυτό το σύστημα είναι η πρόληψη, καθώς ένας ΗΜΟ έχει σαν στόχο κυρίως να μην ασθενούν οι άνθρωποι και έτσι δίνει έμφαση σε ετήσια τσεκάπ, σε άλλες προληπτικές εξετάσεις και άλλα μέτρα πρόληψης. Τα ΗΜΟs μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες στους συνδρομητές τους σε καθορισμένη τιμή για ένα χρόνο, μέσω των ιατρών που έχουν είτε και να αγοράζουν υπηρεσίες από άλλους φορείς/προμηθευτές π.χ. νοσοκομεία. Το σύστημα αμοιβής των ιατρών είναι η κατά κεφαλή αποζημίωση, η αποζημίωση με πάγιο μισθό, καθώς και η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση.

Ο γενικός ιατρός, ο οποίος είναι συμβεβλημένος με ένα Οργανισμό, είναι υπεύθυνος για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών σε θέματα υγείας, αλλά και την κατεύθυνσή τους μέσα στο σύστημα υγείας έχοντας το ρόλο του «Gatekeeper». Σε περίπτωση που θεωρήσει ότι είναι απαραίτητη η συμβουλή εξειδικευμένου γιατρού ή απαιτούνται εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις παραπέμπει τον ασθενή. Κατά κανόνα οι επισκέψεις πρέπει να εγκριθούν από το γενικό ιατρό.

Τέλος, αναφορικά με την ειδικότητα του γενικού ιατρού μπορούμε να πούμε ότι στις Η.Π.Α. διακρίνεται σε 4 βασικές κατηγορίες: στον οικογενειακό γιατρό, στον γενικό παθολόγο για ενήλικες, στον γενικό παιδίατρο για παιδιά και στον χειροπρακτικό. Μέχρι το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο οι γενικοί γιατροί αντιπροσώπευαν το 50% του συνόλου των γιατρών, ενώ σήμερα είναι λιγότεροι από 30% και το νούμερο συνεχίζει να μειώνεται. Αυτό συμβαίνει διότι οι περισσότεροι προτιμούν τις καλύτερες αμοιβές και το υψηλότερο στάτους που συνεπάγεται η λήψη μιας ειδικότητας με μεγάλη ζήτηση.

2.7 Ανακεφαλαίωση

Από την περιγραφή των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε διάφορες αντιπροσωπευτικές χώρες της Ευρώπης (Μεγάλη Βρετανία, Σουηδία, Γερμανία, Γαλλία) και της Αμερικής, διαπιστώνονται αρκετές ομοιότητες αλλά και σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Σε όλες τις παραπάνω χώρες παρατηρήθηκε ότι είναι καθοριστικός ο ρόλος των γενικών – οικογενειακών γιατρών στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και

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

Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι με εξαίρεση το σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας για το οποίο οι οικογενειακοί γιατροί έχουν αναλάβει την πλήρη διαχείριση των οικονομικών πόρων των ασθενών τους είναι προφανές ότι ο γενικός οικογενειακός γιατρός έχει από τη φύση των αρμοδιοτήτων του καθοριστικό ρόλο σε όλα τα συστήματα υγείας στη διαχείριση των οικονομικών πόρων δεδομένου ότι με τις αποφάσεις επεμβαίνει άμεσα και έμμεσα στη διαμόρφωση του γενικότερου καταναλωτικού προτύπου για υπηρεσίες υγείας.

Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος τους στη «διαχείριση» των ασθενών ως προς την πρώτη επαφή τους με το σύστημα και την περαιτέρω πορεία τους σ' αυτό. Σε όλα τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, με εξαίρεση το γαλλικό και εν μέρει το σουηδικό, ο γενικός - οικογενειακός γιατρός αποτελεί το σημείο υποχρεωτικής πρώτης επαφής του ασθενούς με το σύστημα. Τούτο άλλωστε αποτελεί την αναγκαία προϋπόθεση για να μπορέσει να διαχειριστεί - παρακολουθήσει τον ασθενή στην περαιτέρω πορεία του στο σύστημα υγείας και σε όλα τα στάδια και τις διαδικασίες που έχουν σχέση με την παροχή των αναγκαίων φροντίδων.

Διαφοροποιήσεις ακόμη παρατηρούνται και ως προς τον τρόπο αμοιβής των γενικών - οικογενειακών γιατρών. Στη Μεγάλη Βρετανία αμείβονται με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών, και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας. Στη Σουηδία οι γενικοί γιατροί των δημόσιων δομών αμείβονται με μισθό, ενώ στον ιδιωτικό τομέα με συνδυασμό κατά κεφαλή και κατά πράξη. Με

αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση αμείβονται οι γιατροί της ΠΦΥ της Γερμανίας και της Γαλλίας. Ενώ, στην Αμερική το σύστημα αμοιβής των ιατρών είναι η κατά κεφαλή αποζημίωση, η αποζημίωση με πάγιο μισθό, καθώς και η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει «βέλτιστο» σύστημα αμοιβής του ιατρικού προσωπικού, αλλά κάθε χώρα εφαρμόζει ένα συγκεκριμένο σύστημα ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε συστήματος υγείας και με το καθεστώς απασχόλησης του προσωπικού και ότι κάθε ένας από τους τρόπους αμοιβής των οικογενειακών γιατρών έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται τόσο με τη γενική οικονομική απόδοση των συστημάτων υγείας όσο και με την ικανοποίηση των χρηστών (Μωραϊτης, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Εισαγωγή

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μίγμα από τρία κύρια συστατικά: το δημόσιο σύστημα υγείας, το ασφαλιστικό σύστημα και ένα ευρύ ιδιωτικό σύστημα διανομής. Συνεπώς, η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος προέρχεται από τρεις πηγές: την κοινωνική ασφάλιση, τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών-καταναλωτών.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας και παρέχεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία), από τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης (πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ, συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί και διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα), από την Τοπική Αυτοδιοίκηση (Δημοτικά ιατρεία και προνοιακές υπηρεσίες) και από τον Ιδιωτικό Τομέα (ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι και μη συμβεβλημένοι με ασφαλιστικά ταμεία, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, οδοντιατρεία και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών).

Τα πράγματα στον τομέα της ΠΦΥ παραμένουν στην Ελλάδα σχεδόν αναλλοίωτα τα τελευταία 30 χρόνια, σε ένα συνεχώς επιδεινούμενο κοινωνικό, οικονομικό και υγειονομικό περιβάλλον. Παρόλο που ουδέποτε αμφισβητήθηκε ότι η ΠΦΥ αποτελεί τον κορμό του συστήματος υγείας, παρόλο που κάθε μεταρρυθμιστική προσπάθεια προέβλεπε φιλόδοξες ρυθμίσεις για την ΠΦΥ και παρόλο που κάθε υπουργός υγείας υποτίθεται ότι έθετε ως προτεραιότητα την ανάπτυξη ενός λειτουργικού συστήματος ΠΦΥ, η πραγματικότητα είναι ότι οι όποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έγιναν έμειναν ημιτελείς και δε βελτίωσαν στο ελάχιστο την κατάσταση, ούτε σε όρους ποιότητας, ούτε σε όρους αποτελεσματικότητας, ισότητας και πρόσβασης. Έτσι, ότι υπάρχει δεν θυμίζει σχεδόν σε τίποτα ένα σύγχρονο σύστημα ΠΦΥ που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

3.2 Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

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

Συνεπώς, η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα προέρχεται από τρεις πηγές: την κοινωνική ασφάλιση (περίπου στο 30% για το 2004), τον κρατικό προϋπολογισμό (περίπου στο 23% για το 2004) και τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών-καταναλωτών, που κυμαίνονται γύρω στο 45%. Υπάρχει και ένα τμήμα του πληθυσμού το οποίο επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο οι δαπάνες δεν ξεπερνούν το 2% των συνολικών δαπανών.

Στον παρακάτω Πίνακα 3.1 φαίνονται τα ποσοστά συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης και του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, τα οποία διαφοροποιούνται στο πέρασμα των χρόνων. Επίσης, οι συνολικές δαπάνες υγείας για την Ελλάδα για το 2011 ανέρχονται στο 9,1% ως ποσοστό επί του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ να βρίσκεται στο 9,3% (OECD, 2013).

Πίνακας 3.1

Κύριες πηγές χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας (σε εκατ. € και % συνολικής δαπάνης υγείας), 1990 - 2004

	1990		2000		2001		2002		2003		2004	
	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ	Εκατομμύρια €	% ΣΔΥ
Φορολογία					3.807	27,7	3.812	26,1	4.493	28	3.887	23,2
Κοινωνική ασφάλιση					3.807	27,7	4.130	28,3	4.148	25,9	4.946	29,5
Συνολική δημόσια	1.554	54%	6.353	52,6	7.614	55,5	7.942	54,4	8.641	53,9	8.833	52,7
Ιδιωτική ασφάλιση			303	2,5	296	2,2	332	2,3	338	2,1	344	2,1
Πληρωμές των χρηστών			5.427	44,9	5.815	42,4	6.350	43,3	7.049	44	7.566	45,2
Συνολική ιδιωτική	1.340	46%	5.730	47,4%	6.111	45,5	6.682	45,6	7.453	46,1	7.910	47,3

ΣΔΥ: Συνολική δαπάνη υγείας

Πηγή: OECD Health Data, 2006

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) ιδρύθηκε το 1983 με το Νόμο 1397/1983 και βασίστηκε στις αρχές της ισότητας και της αποτελεσματικότητας. Σκοπός του είναι να προσφέρει δωρεάν και ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας, ανεξάρτητα από την κοινωνική του θέση, την οικονομική του κατάσταση ή την εθνικότητα του.

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας και παρέχει πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή φροντίδα, μέσω των κέντρων υγείας, των περιφερειακών ιατρείων, των πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων και των δημόσιων νοσοκομείων που αποζημιώνονται με τα κλειστά

ενοποιημένα νοσήλια (KEN). Οι ιατροί που απασχολούνται στο ΕΣΥ είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, αμείβονται με μισθό και δεν επιτρέπεται να ασκούν τα καθήκοντά τους σε ιδιωτικό ιατρείο.

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

Τα ασφαλιστικά ταμεία ακολουθούσαν δύο υποδείγματα ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το πρώτο περιλάμβανε ταμεία τα οποία είχαν δικές τους ιατρικές δομές, κάλυπταν όλες τις ανάγκες για πρωτοβάθμια περίθαλψη των ασφαλισμένων τους και απασχολούσαν υγειονομικό δυναμικό αμειβόμενο με μισθό. Το δεύτερο υπόδειγμα αναφερόταν σε ταμεία που δεν διέθεταν δικές τους δομές περίθαλψης αλλά σύναπταν συμβάσεις με επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι αποζημιώνονταν αναδρομικά, κατά πράξη και περίπτωση, σε προκαθορισμένες, συμφωνημένες τιμές. Το ύψος της αποζημίωσης εγκρινόταν από τα Υπουργεία Υγείας, Εργασίας και Οικονομικών. Παραλλαγή αυτού του υποδείγματος ήταν η περίπτωση όπου το ασφαλισμένο πρόσωπο είχε τη δυνατότητα να επισκεφτεί οποιονδήποτε ιατρό της επιλογής του, να τον πληρώσει με βάση τις αγοραίες τιμές και στη συνέχεια να του επιστραφεί από το ταμείο του ένα προβλεπόμενο ποσοστό του ποσού που είχε καταβάλει, το οποίο και αυτό ήταν προϊόν συμφωνίας μεταξύ των τριών προαναφερθέντων Υπουργείων (Οικονόμου Χ., 2012).

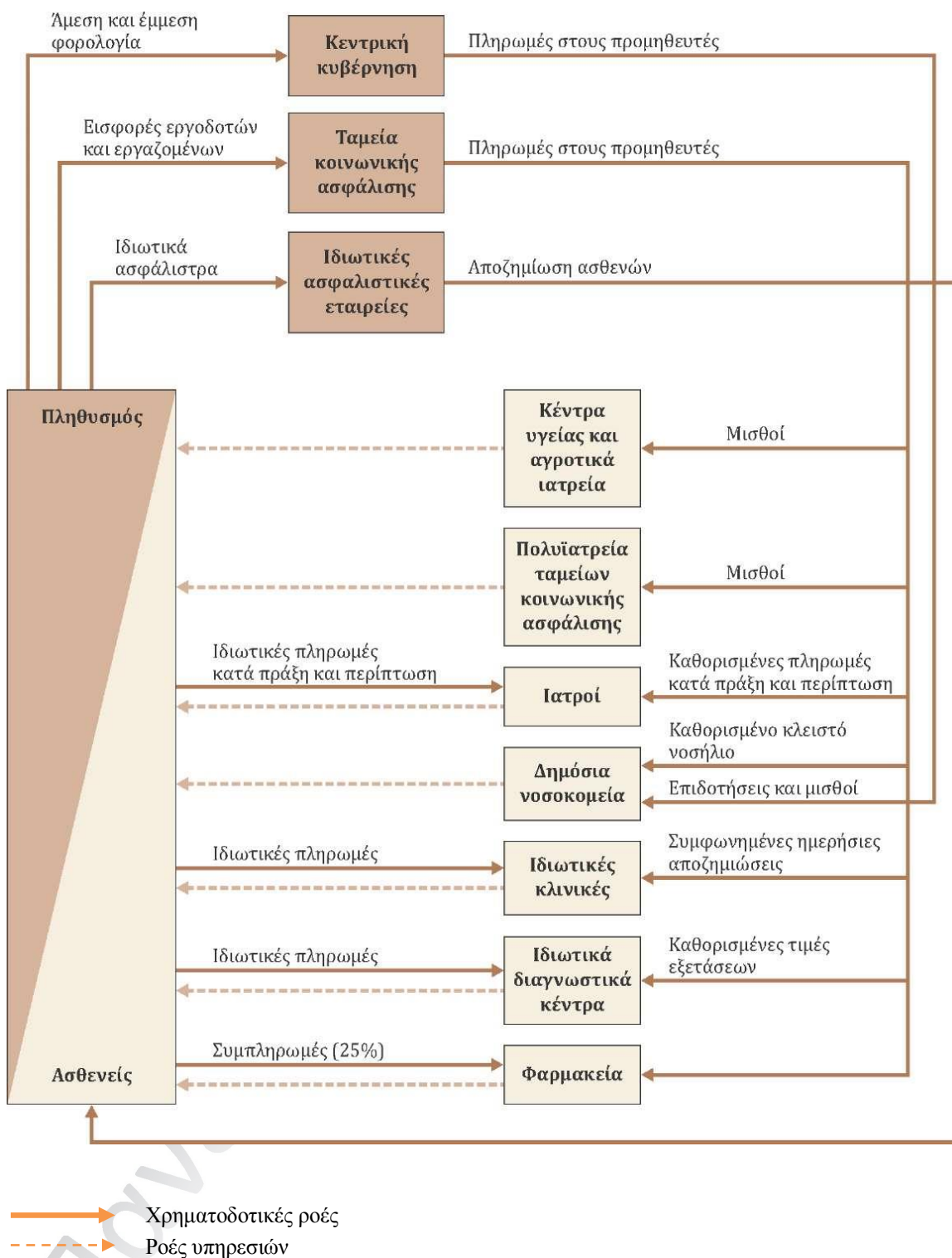
Η ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε κατά έναν αποσπασματικό τρόπο. Δεν υιοθετήθηκε ένα ενιαίο ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζόμενους, αλλά πληθώρα συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης, μέσω της σύστασης αυτοτελών φορέων ασφάλισης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

φορέων ασφάλισης (πολυκερματισμός) αποτέλεσε το βασικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος (Πολύζος Ν., 2013).

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

Τέλος, στον ιδιωτικό τομέα η παροχή υπηρεσιών υγείας προσφέρεται από τις ιδιωτικές κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εργαστήρια και τους ιδιώτες ιατρούς. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από άμεσες πληρωμές των ασθενών (συμπεριλαμβανομένων τις συμπληρωμές και παράτυπες πληρωμές), που για το 2004 αποτελούν το 45,2% του συνόλου των δαπανών υγείας (Πίνακας 3.1) και σε μικρότερο βαθμό από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αφού για το 2004 ανέρχονται μόλις στο 2,1%. Μεγάλο τμήμα του ιδιωτικού τομέα, όπως προαναφέρθηκε, συνάπτει συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και συγκεκριμένα με τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή κυρίως πρωτοβάθμιων αλλά και νοσοκομειακών υπηρεσιών και χρηματοδοτείται κατά πράξη και περίπτωση, σε προσυμφωνημένες τιμές.

Συνοπτικά, στο Διάγραμμα 3.1 αποτυπώνονται οι χρηματοδοτικές ροές, οι ροές των υπηρεσιών υγείας, καθώς και οι μέθοδοι αποζημίωσης των προμηθευτών στο ελληνικό σύστημα υγείας.



Πηγή: Sissouras *et. al.*, 1994

Διάγραμμα 3.1

Χρηματοδοτικές ροές και ροές υπηρεσιών υγείας στο ελληνικό σύστημα υγείας

3.3 Το υποσύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ελλάδα

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα αποτελεί υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας, όπως αυτό περιγράφηκε παραπάνω. Από την πλευρά της **οργάνωσης**, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 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.

Κάθε ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα της επιλογής μεταξύ των ιδιωτικών και των δημόσιων παρόχων ΠΦΥ, που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και το ΕΣΥ αντιστοίχως. Επιπρόσθετα, επικρατεί η λογική του «ιδιώτη» οικογενειακού γιατρού, παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ουσιαστική εφαρμογή, αλλά και λόγω του μη επαρκούς συνολικά αριθμού τους και της αποσπασματικής οργάνωσης. Επιπλέον, υπάρχει η διάρθρωση των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που λειτουργούν κυρίως στην ελληνική επαρχία και παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη στο 30% περίπου του πληθυσμού. Τέλος, η ΠΦΥ παρέχεται και στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ (Πολύζος Ν., 2013).

Συγκεκριμένα, με βάση το χρηματοδοτικό κριτήριο οι υπηρεσίες ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχονται από (Θεοδώρου Μ. *et. al.*, 2001) (Τούντας Ι. *et. al.*, 2008):

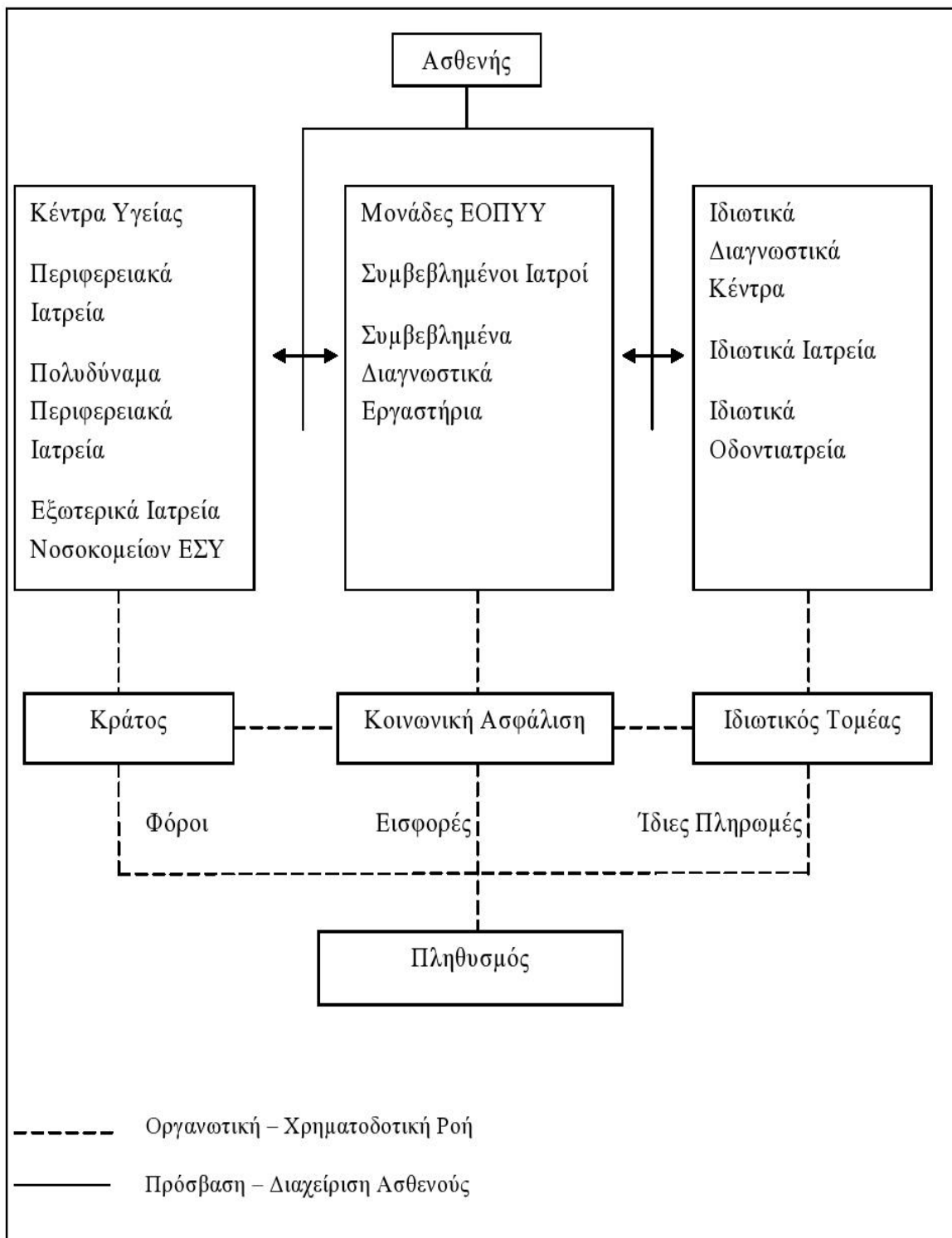
α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω (i) των Κέντρων Υγείας (ΚΥ), των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΠΙ), των Περιφερειακών Ιατρείων (ΠΙ) και των Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων (ΕΠΙ) για τις αγροτικές περιοχές, (ii) των πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα. Χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και σε μικρότερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία. Στις υπηρεσίες αυτές έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες καθώς και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών.

β) τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης, μέσω των πολυϊατρείων του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ), των συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιωτών ιατρών καθώς και διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων του ιδιωτικού τομέα. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και πρόσβαση έχουν οι ασφαλισμένοι των ταμείων.

γ) την Τοπική Αυτοδιοίκηση, μέσω (i) των Δημοτικών Ιατρείων, (ii) των προνοιακών

υπηρεσιών όπως είναι τα ΚΑΠΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», τα οποία χρηματοδοτούνται από δημοτικούς φόρους και τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών,

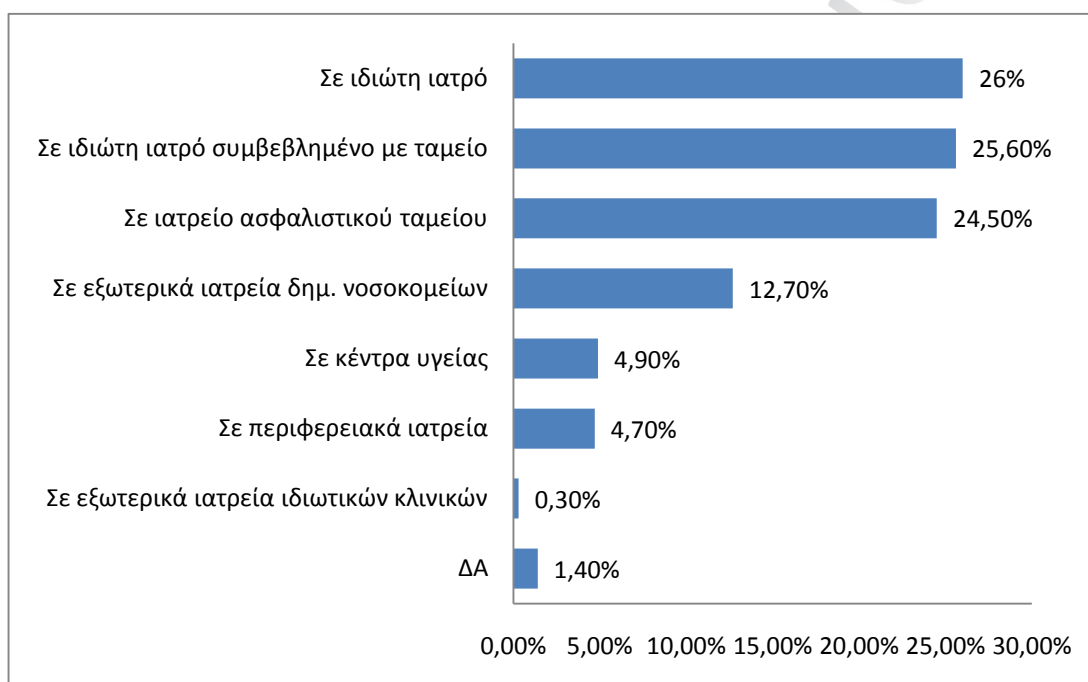
δ) τον Ιδιωτικό Τομέα που περιλαμβάνει ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους και μη συμβεβλημένους με ασφαλιστικά ταμεία, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, οδοντιατρεία και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από το οικογενειακό εισόδημα των νοικοκυριών, τα δημόσια ασφαλιστικά ταμεία και την ιδιωτική ασφάλιση.



Πηγή: Ίδιοι υπολογισμοί

Διάγραμμα 3.2
Οργανωτικό και διαχειριστικό πλαίσιο της ΠΦΥ στην Ελλάδα σήμερα

Από την έρευνα “Hellas Health I” (ΙΚΠΙ, 2006) μπορούμε να βρούμε στοιχεία σχετικά με την χρήση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες στο σύνολο της χώρας. Σύμφωνα με το Διάγραμμα 3.3, περίπου το 52% των ερωτηθέντων προσφεύγει αθροιστικά σε ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους (26%) ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία (25,6%). Η επόμενη επιλογή τους είναι σε ιατρεία ασφαλιστικών ταμείων (24,5%) και η τελική τους σε κέντρα υγείας (4,9%) ή περιφερειακά ιατρεία (4,7%).



Πηγή: Ι.Κ.Π.Ι, 2006

Διάγραμμα 3.3 **Σημεία ιατρικής φροντίδας**

Παρά τον πρωτοποριακό χαρακτήρα και τους υψηλούς στόχους του, ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ χαρακτηρίστηκε κυρίως από το νοσοκομειοκεντρικό προσανατολισμό του. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η πρόθεση για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και κατ' επέκταση για την προαγωγή της στρατηγικής «Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000», να μην επιβεβαιωθεί με την ανάλογη μετακύλιση και ανακατανομή των πόρων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διατιθέμενων πόρων για την υγεία εξακολουθεί να απορροφάται από τα νοσοκομεία και η έμφαση του συστήματος

στη νοσοκομειακή περίθαλψη αποδεικνύεται με στοιχεία του 1998 (Πίνακας 3.2) ότι απορροφά το 55% περίπου του συνόλου των δημοσίων δαπανών υγείας, έναντι 24% που δαπανάται κυρίως για υπηρεσίες γιατρών (22,8%) και πολύ λιγότερο για οδοντιατρική περίθαλψη (1,2%).

Πίνακας 3.2

Ποσοστιαία κατανομή των Δημοσίων Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα ανά επίπεδο περίθαλψης, 1989-1998

Δαπάνες	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Νοσοκομειακή	57,19	54,9	52,46	54,05	54,48	53,48	53,91	52,11	54,41	55,91
Ιατρική	24,44	22,18	18,19	19,32	22,94	22,1	22,11	21,82	22,04	22,85
Οδοντιατρική	1,63	1,36	1,28	1,18	1,22	1,18	1,24	1,27	1,33	1,23
Φαρμακευτική	10,33	12,32	11,84	13,98	16,25	17,34	16,96	17,45	17,45	15,82
Λοιπή	6,4	9,24	16,23	11,47	5,11	5,9	5,79	7,36	4,77	4,19
Σύνολο	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Πηγή: Σουλιώτης Κ., 2002

Η υποχρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από δημόσιες δαπάνες (κρατικός προϋπολογισμός και κοινωνική ασφάλιση), αναπληρώνεται από τις ιδιωτικές δαπάνες και κυρίως τις ίδιες πληρωμές. Αυτό σημαίνει ότι ο ιδιωτικός τομέας έχει αναπτύξει ένα ευρύ δίκτυο από μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και επιπλέον ότι η δυσκαμψία του συστήματος της δημόσιας χρηματοδότησης, οδηγεί τους χρήστες σε επιβάρυνση των ατομικών τους εισοδημάτων, τόσο για την κατανάλωση υπηρεσιών υψηλής ποιότητας, όσο και για την ταχύτερη πρόσβαση σε αυτές (Σουλιώτης Κ., 2002).

Με στοιχεία του 1998 (Πίνακας 3.3) σε ότι αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό απορροφάται για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (65% περίπου). Αυτό επιμερίζεται σε ποσοστό που ανέρχεται σε 34% για την οδοντιατρική και 31% περίπου για την ιατρική περίθαλψη. Αντίθετα, η συμμετοχή της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα (12% περίπου), διότι ακόμη και το κόστος της ιδιωτικής παραγωγής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης,

καλύπτεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από δημόσιες πηγές, στα πλαίσια συμβάσεων των ιδιωτικών κλινικών με φορείς της κοινωνικής ασφάλισης (Σουλιώτης Κ., 2002).

Πίνακας 3.3

Ποσοστιαία κατανομή των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα ανά επίπεδο περίθαλψης, 1989-1998

Δαπάνες	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Νοσοκομειακή	15,1	15,3	15,5	15,76	16,16	15,29	14,64	13,88	13,12	12,36
Ιατρική	27	27,26	27,5	27,7	27,91	28,66	29,29	29,98	30,67	31,36
Οδοντιατρική	34	34,1	34,16	34,24	34,33	34,26	34,19	34,12	34,05	33,98
Φαρμακευτική	19	17,97	18,71	16,77	19,4	19,4	20,38	21,82	20,57	15,38
Λοιπή	4,99	5,37	4,13	5,53	2,2	2,39	1,5	0,2	1,59	6,92
Σύνολο	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Πηγή: Σουλιώτης Κ., 2002

Τέλος, από την έρευνα του προϋπολογισμού των νοικοκυριών, που διενεργήθηκε από την ΕΣΥΕ το 2008, συμπεραίνουμε ότι το μέσο μηνιαίο ποσό που διατίθεται για υπηρεσίες υγείας ανά νοικοκυριό είναι 142,10 ευρώ, αντιπροσωπεύοντας το 6,7% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών (2.117,67 ευρώ). Από τα 142,10 ευρώ για υγεία, τα 21,54 ευρώ είναι δαπάνη για νοσοκομειακή περίθαλψη, τα 33,02 ευρώ είναι δαπάνη για φάρμακα και θεραπευτικές συσκευές και τα 87,54 ευρώ για γιατρούς κάθε ειδικότητας εκτός νοσοκομείου. (Οικονόμου Χ., 2012)

Οδοντιατρική περίθαλψη

Η οδοντιατρική φροντίδα και κυρίως η προληπτική οδοντιατρική αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα της ΠΦΥ. Οδοντιατρικές υπηρεσίες παρέχονται μέσω των οδοντιάτρων που ασκούν το επάγγελμά τους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία, στα Πολυϊατρεία του ΕΟΠΥΥ, ή στο ιδιωτικό τους ιατρείο. Ωστόσο, η αποζημίωση που προσφέρουν τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία για την οδοντιατρική περίθαλψη είναι πολύ μικρή και αφορά συγκεκριμένες θεραπείες, με αποτέλεσμα ο ασθενής να επωμίζεται όλο σχεδόν το κόστος (Πίνακες 3.2 και 3.3).

3.4 Ιστορική εξέλιξη και νομοθετικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

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

Περίοδος 1830 - 1980

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

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

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

Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο ΙΚΑ, που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Αν και η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε ουσιαστικά το 1937, η χορήγηση των παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/1951, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα.

Η επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με το **νόμο 4169/1961** «Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων» και την ίδρυση του

Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος κάλυψε σχεδόν το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού.

Έως το τέλος της δεκαετίας του '70 δε φαίνεται να υπάρχει στην Ελλάδα ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Κατά την περίοδο αυτή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρείχαν τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα ιδιωτικά ιατρεία.

Περίοδος 1980 - 1990

Η σοσιαλιστική παράταξη που ήρθε στην εξουσία το 1981 είχε προεκλογικά δεσμευτεί ότι θα εφαρμόσει ένα εθνικό σύστημα υγείας. Η δέσμευση αυτή που εκπορευόταν από πραγματικές και ιδεολογικές προθέσεις, ικανοποιούσε συγχρόνως και την ανάγκη και απαίτηση της συντριπτικής πλειοψηφίας του πληθυσμού, αλλά και σημαντικής μερίδας των επαγγελματιών της υγείας, αφού η κατάσταση στο χώρο της υγείας πήγαινε από το κακό στο χειρότερο, προκαλώντας αυξημένη λαϊκή δυσαρέσκεια.

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

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

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

να στελεχωθούν κυρίως με γιατρούς γενικής ιατρικής, παθολογίας, παιδιατρικής, μικροβιολογίας, ακτινολογίας και οδοντιάτρους.

Βέβαια αν και έγιναν σημαντικά βήματα, η όλη προσπάθεια έμεινε ημιτελής. Δημιουργήθηκαν σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και λειτουργούν έως και σήμερα 201 κέντρα υγείας, που καλύπτουν τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού. Όμως, οι προβλέψεις του νόμου για τις αστικές περιοχές δεν υλοποιήθηκαν, τουλάχιστον όσον αφορά τη δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου, με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει ως είχε, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας με πληθώρα φορέων, διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών.

Περίοδος 1990-2000

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

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

Αμέσως μετά όμως με την επάνοδο της σοσιαλιστικής παράταξης και την ψήφιση του **νόμου 2194/1994** για την «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» έγινε προσπάθεια για την αποκατάσταση του κοινωνικού χαρακτήρα του ΕΣΥ και καταργήθηκαν μια σειρά διατάξεων του ν. 20171/1992 και επανήλθαν σε ισχύ οι αρχές και οι στόχοι του ν. 1397/1983, όπως η υπαγωγή των κέντρων υγείας και περιφερειακών ιατρείων διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία, χωρίς να έχουν την δυνατότητα αυτοδύναμου προϋπολογισμού.

Παρ' όλες τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που είχαν γίνει ως τότε, το ΕΣΥ και η ΠΦΥ αδυνατούσαν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά και έτσι το 1994 εκπονήθηκε μια μελέτη για την πρωτοβάθμια περίθαλψη από μια Διεθνή Επιτροπή Εμπειρογνομόνων, γνωστή και ως η «Επιτροπή των 7 σοφών». Η επιτροπή αυτή αποτελείτο από κορυφαίους στον τομέα τους καθηγητές των μεγαλύτερων πανεπιστημίων της Αγγλίας, της Σουηδίας, του Καναδά, της Γερμανίας και της Ολλανδίας, με επικεφαλής τον Πρύτανη του London School of Economics, τον κ. Abel Smith. Η πρόταση παραδόθηκε στον τότε Υπουργό Υγείας κ. Δημήτρη Κρεμαστινό, έγινε σχέδιο νόμου, αλλά δεν ψηφίστηκε ποτέ γιατί η κυβέρνηση παραιτήθηκε λόγω της ασθένειας του τότε Πρωθυπουργού Α. Παπανδρέου.

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

Περίοδος 2000 έως σήμερα

Ο **νόμος 2889/2001** για τη «Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις» έδωσε νέες δυνατότητες στο σύστημα υγείας και σε ένα βαθμό στην ΠΦΥ, στο ΕΣΥ και κατ' επέκταση στα κέντρα υγείας. Η υποστήριξη της περιφερειακής συγκρότησης και αποκέντρωσης του συστήματος υγείας και πρόνοιας από ένα ισχυρό θεσμό όπως αυτό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) που οργανώθηκαν σε δεκαεπτά (17) περιφέρειες με τη μορφή ΝΠΔΔ και η υποστήριξη των κέντρων υγείας από τα ΠεΣΥΠ ταυτόχρονα με την επιβολή στα νοσοκομεία διαδικασιών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και των οικονομικών τους αποτέλεσαν μια νέα προοπτική για την ορθολογικοποίηση της λειτουργίας των δομών ΠΦΥ σε σύγχρονη και ορθή κατεύθυνση.

Έπειτα, επί υπουργίας του καθηγητή κ. Κωνσταντίνου Στεφανή ψηφίστηκε ο **νόμος 3235/2004** για την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», ο οποίος εισήγαγε τη λειτουργία Κέντρων Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικών Ασφαλίσεων, την τομεοποίηση του συστήματος ΠΦΥ με το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και του προσωπικού νοσηλευτή και την εφαρμογή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του ασθενή. Επίσης, ο νόμος προέβλεπε την ίδρυση νέων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, μετανοσοκομειακής φροντίδας και υπηρεσιών αποκατάστασης. Ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε ποτέ, γιατί αμέσως μετά την ψήφισή του διαλύθηκε η Βουλή για τις εκλογές του 2004. Όμως, θεωρητικά τουλάχιστον ο νόμος 3235/2004 κάλυπτε επαρκώς το σκοπό, την έννοια και το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

«1. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας.

2. Η ΠΦΥ αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του.

3. Η ΠΦΥ περιλαμβάνει:

- i. τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- ii. την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
- iii. τον οικογενειακό προγραμματισμό,
- iv. τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού,
- v. την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
- vi. τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης,
- vii. την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο,
- viii. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

4. Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

5. Το σύστημα παροχής ΠΦΥ αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών:

- i. της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας,
- ii. της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου,
- iii. της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερόμενου,
- iv. του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων,
- v. της διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητα τους,
- vi. της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας».

Το 2004 η αλλαγή στην κυβέρνηση είχε ως αποτέλεσμα την κατάργηση του νόμου 2889/2001 και την ψήφιση του **νόμου 3329/2005** για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις». Τα ΠεΣΥΠ μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ) και το 2007, με το **νόμο 3527/2007** για την «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», ο αριθμός τους από δεκαεπτά (17) μειώθηκε σε επτά (7). Αποτελούν ΝΠΔΔ και οι αρμοδιότητές τους παρέμειναν οι ίδιες με αυτές των ΠεΣΥΠ, δηλαδή η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού τους, ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας, η οργάνωση, λειτουργία και διαχείριση των προμηθευτών υγείας εντός της περιοχής ευθύνης τους και η υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους.

Τέλος, με το **νόμο 3918/2011** για τις «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» αναμφισβήτητα έγινε ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα για

την αναβάθμιση της ΠΦΥ, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Στον Οργανισμό αυτό μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), του Οίκου Ναύτου (ΟΝ), του Ταμείου Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ) και του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ).

Ο σκοπός της σύστασης του παραπάνω οργανισμού είναι η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης των άμεσα ασφαλισμένων των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου, ΤΑΥΤΕΚΩ και ΕΤΑΑ, καθώς και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με στόχο την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας τους.

3.5 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από το Κράτος

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

Βέβαια αν και έγιναν σημαντικά βήματα, η όλη προσπάθεια έμεινε ημιτελής. Δημιουργήθηκαν σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και λειτουργούν έως και σήμερα 201 κέντρα υγείας και 1460 περιφερειακά ιατρεία σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Όμως, οι προβλέψεις του νόμου για την ενιαιοποίηση των μονάδων παροχής ΠΦΥ (άρθρο 16, ν. 1397/1983) και τη δημιουργία των κέντρων υγείας αστικού τύπου δεν

υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα η κατάσταση να παραμένει ως είχε, δηλαδή κατακερματισμός των υπηρεσιών σε επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και χρηματοδότησης με πληθώρα φορέων, διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος και την ποιότητα αυτών.

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

3.5.1 Κέντρα Υγείας – Περιφερειακά Ιατρεία

Τα 201 κέντρα υγείας ημιαστικού ή αγροτικού τύπου, που υπάρχουν σήμερα, αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων με άμεση επιστημονική, οργανωτική και χρηματοδοτική σύνδεση με αυτά και έχουν ως στόχο:

1. Την παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους, σε εικοσιτετράωρη βάση χωρίς οικονομική επιβάρυνση των ασθενών.
2. Τη βραχυχρόνια νοσηλεία ή την παρακολούθηση αρρώστων που αναρρώνουν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
3. Την παροχή πρώτων βοηθειών και τη νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις, καθώς και τη διακομιδή των αρρώστων στο Νοσοκομείο.
4. Την άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής.
5. Την πρωτοβάθμια οδοντιατρική περίθαλψη.
6. Την συνταγογράφηση και παροχή φαρμάκων.
7. Την επιδημιολογική και ιατροκοινωνική έρευνα.
8. Την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
9. Την ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
10. Την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.

Τα τελευταία χρόνια, εκτός των αγροτικών κέντρων υγείας, συστάθηκαν και 3 κέντρα υγείας αστικού τύπου, στο Βύρωνα, στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού χωριού και στα Καλύβια Αττικής. Πέρα αυτών, στις μη αστικές περιοχές λειτουργούν 89 πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, 1.460 περιφερειακά ιατρεία και 43 ειδικά

περιφερειακά ιατρεία (όπως βλέπουμε στον Πίνακα 3.4), τα οποία υπάγονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας και στα οποία υπηρετούν κυρίως απόφοιτοι ιατρικών σχολών που μετά τη λήψη του πτυχίου τους είναι υποχρεωμένοι να ασκήσουν ιατρική σε αγροτικές περιοχές, δηλαδή να κάνουν το «αγροτικό» τους.

Πίνακας 3.4
Δομές πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ (2010)

ΔΥΠΕ	Κέντρα Υγείας	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Σύνολο
1 ^η	7	0	7	1	15
2 ^η	25	37	132	10	204
3 ^η	17	3	176	2	198
4 ^η	35	12	223	5	275
5 ^η	33	15	296	7	351
6 ^η	70	20	500	10	600
7 ^η	14	2	126	8	150
Σύνολο	201	89	1460	43	1793

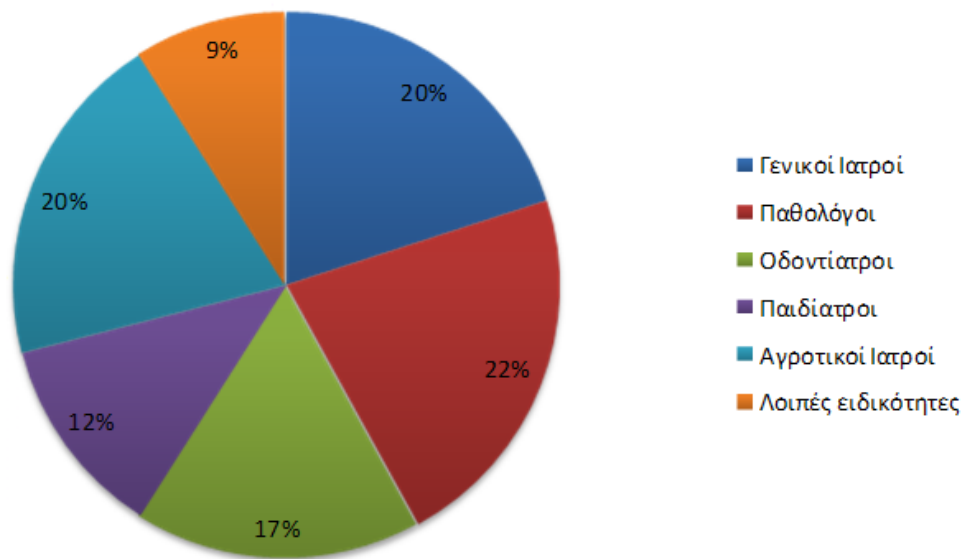
Πηγή: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011

Κάθε κέντρο υγείας διαθέτει εξεταστικούς χώρους, μονάδα βραχείας νοσηλείας, βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, σπηπτικό χειρουργείο, οδοντιατρείο και ασθενοφόρο για την διακομιδή ασθενών.

Ανθρώπινο Δυναμικό

Τα κέντρα υγείας είναι στελεχωμένα με πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων (παθολόγους, παιδιάτρους, οδοντιάτρους, μικροβιολόγους, ακτινολόγους), καθώς επίσης και με νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς. Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλλει μεταξύ των κέντρων υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς τους, ο οποίος κυμαίνεται συνήθως μεταξύ 10.000 και 30.000 κατοίκων.

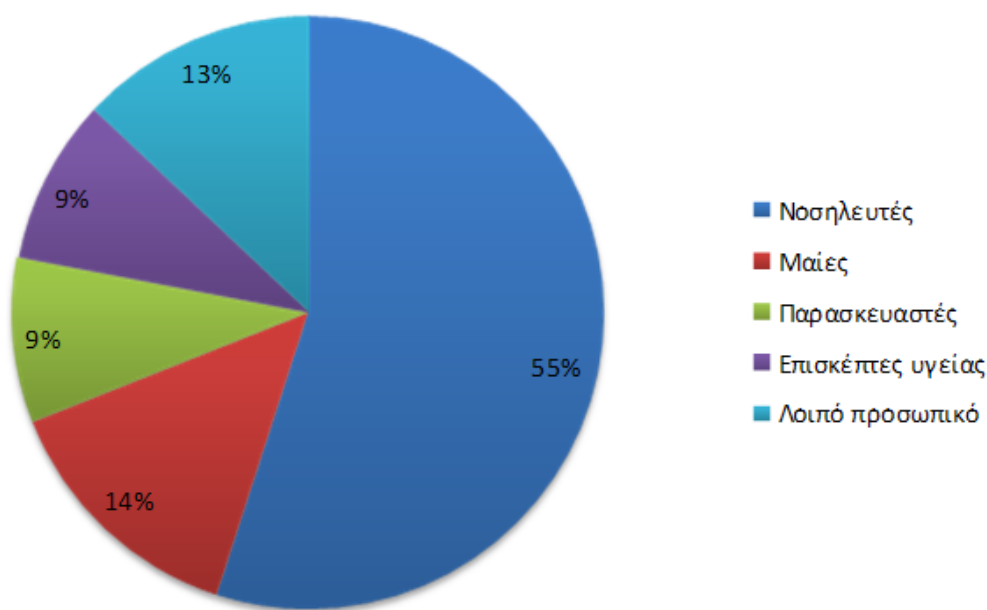
Σύμφωνα με τη Γενική Γραμματεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το Μάρτιο του 2010, στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ υπηρετούν περίπου 3.100 γιατροί, 2.300 νοσηλευτές και 2.500 λοιπό προσωπικό (διοικητικό, τεχνικό, παραϊατρικό). Από το Διάγραμμα 3.4 φαίνεται ότι περίπου το 20% των ιατρών των κέντρων υγείας είναι γενικοί ιατροί, το 22% παθολόγοι, το 17% οδοντίατροι, το 12% παιδίατροι, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό 20% περίπου είναι αγροτικοί ιατροί. Όσον αφορά το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό, στο Διάγραμμα 3.5 απεικονίζεται ότι το 55% είναι νοσηλευτές, το 14% μαίες, το 9% παρασκευαστές και το 9% επισκέπτες υγείας.



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2004

Διάγραμμα 3.4

Κατανομή ιατρικού προσωπικού Κέντρων Υγείας ανά ειδικότητα (2004)



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2004

Διάγραμμα 3.5

Κατανομή υπόλοιπου υγειονομικού προσωπικού των Κέντρων Υγείας ανά ειδικότητα (2004)

Τα κέντρα υγείας, ωστόσο, εμφάνισαν σοβαρά προβλήματα σε σχέση με την ανεπαρκή κάλυψη των προβλεπόμενων θέσεων στελέχωσης, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της αποδοτικότητας και της λειτουργικής τους ικανότητας. Η μέση κάλυψη των συστημένων οργανικών θέσεων ιατρικού προσωπικού των κέντρων υγείας δεν ξεπερνούσε το 47% το 2000, ενώ και για το υπόλοιπο προσωπικό, όπως το νοσηλευτικό ή το διοικητικό, η κάλυψη δεν ξεπερνάει το 55%. Καλύτερα ποσοστά κάλυψης των οργανικών θέσεων (άνω του 70%) παρουσιάζουν τα κέντρα υγείας που βρίσκονται κοντά σε μεγάλα αστικά κέντρα, όπως η Αττική ή η Κεντρική Μακεδονία (Θεοδώρου Μ. *et. al.*, 2001).

Χρήση

Σύμφωνα με στοιχεία της Γενικής Γραμματείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Πίνακας 3.5), οι επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν σε κέντρα υγείας στο σύνολο της χώρας το 2009 ανέρχονται σε 6.082.494 και το 2010 σε 6.305.459. Κατά το 2011 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 7.689.247 επισκέψεις, εκ των οποίων το 69% της ετήσιας κίνησης αφορά επισκέψεις που έγιναν για εξέταση, ενώ το 31% αφορά συνταγογραφήσεις (2.355.349 επισκέψεις). Το γεγονός αυτό δείχνει τη σημασία της λειτουργίας των κέντρων υγείας για την κάλυψη των αναγκών των αγροτικών περιοχών, καθώς και την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που καλούνται να αντιμετωπίσουν, αν δούμε ότι για το 2011 προκύπτει μια συνολική αύξηση των επισκέψεων κατά 22% συγκριτικά με το 2010.

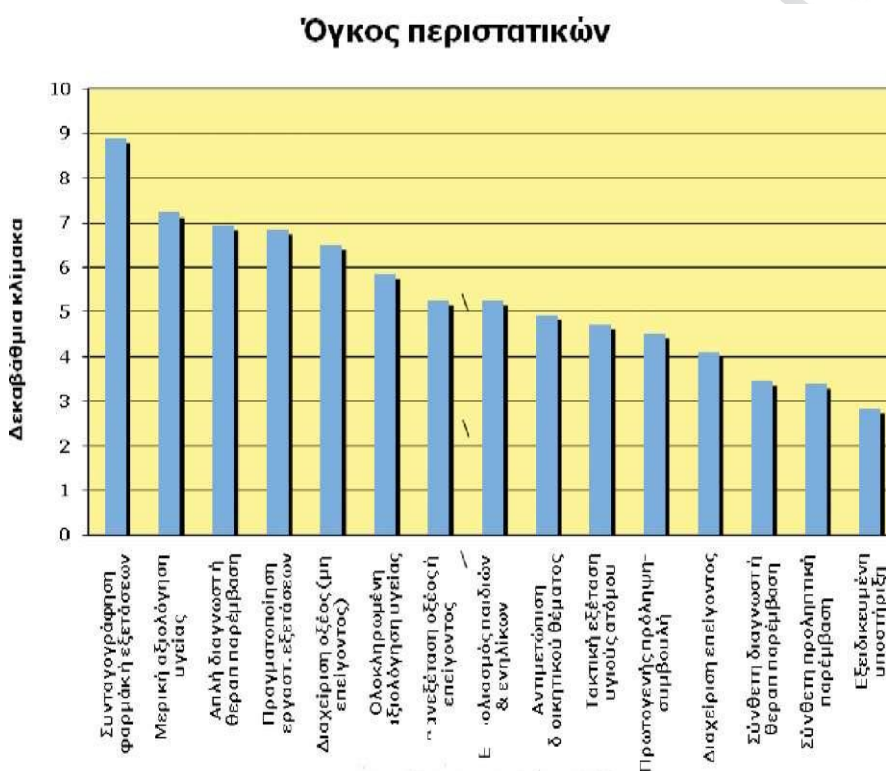
Πίνακας 3.5
Ετήσια κίνηση Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ (2009 – 2011)

ΔΥΠΕ	Σύνολο εξετασθέντων 2009	Σύνολο εξετασθέντων 2010	Εξετασθέντες 2011	Συνταγογράφηση 2011	Σύνολο εξετασθέντων 2011	% μεταβολή 2009-2010	% μεταβολή 2010-2011
1	244.403	411.641	345.855	61.146	407.001	68%	-1%
2	737.430	800.750	623.093	259.020	882.113	9%	10%
3	771.151	690.097	599.483	267.254	866.737	-11%	26%
4	1.363.539	1.194.285	1.287.134	454.362	1.741.496	-12%	46%
5	891.689	902.270	847.232	402.212	1.249.444	1%	38%
6	1.574.561	1.607.373	1.152.733	822.462	1.975.195	2%	23%
7	499.721	699.043	478.368	88.893	567.261	40%	-19%
ΣΥΝΟΛΟ	6.082.494	6.305.459	5.333.898	2.355.349	7.689.247	4%	22%

Πηγή: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012

Επίσης, σχετικά με τις εισροές και εκροές των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ, σε μια πρόσφατη μελέτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών (Διάγραμμα 3.6) προέκυψε η κατανομή του όγκου των περιστατικών που

εξυπηρετούνται ετησίως από τα ΚΥ. Η συνταγογράφηση φαρμάκων ή εξετάσεων βρίσκεται σε πρώτη προτίμηση και έπειτα ακολουθούν η απλή διαγνωστική ή θεραπευτική παρέμβαση και η πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων. Δυστυχώς, στις τελευταίες θέσεις βρίσκεται η πρωτογενής πρόληψη – συμβουλή, μιας και από τους βασικούς στόχους των κέντρων υγείας θα έπρεπε να είναι η πρόληψη και η προαγωγή υγείας, όπως ορίστηκε και στη Διακήρυξη της Alma – Ata το 1978.



Πηγή: Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, 2010

Διάγραμμα 3.6

Κατανομή του όγκου των περιστατικών που εξυπηρετούνται από τα Κέντρα Υγείας

Τέλος, στον Πίνακα 3.6 παρουσιάζεται η ετήσια κίνηση στα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ για το έτος 2011, η οποία ανέρχεται στο σύνολο των 654.574 επισκέψεων, εκ των οποίων το 63% αφορά συνταγογραφήσεις και το 37% αφορά επισκέψεις που έγιναν για εξέταση.

Πίνακας 3.6

Ετήσια κίνηση Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ για το 2011

ΔΥΠΕ	Εξετασθέντες	Συνταγογράφηση	Σύνολο επισκέψεων	Επισκέψεις κατ' οίκον
1	4.277	-	4.277	17
2	17.868	22.043	39.911	1.833
3	41.403	113.457	154.860	473
4	60.369	108.708	169.077	1.457
5	32.965	59.156	92.121	1.335
6	50.934	78.477	129.411	1.266
7	36.615	28.302	64.917	749
ΣΥΝΟΛΟ	244.431	410.143	654.574	7.130

Πηγή: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012

Χρηματοδότηση και Αμοιβές επαγγελματιών υγείας

Τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία, καθότι είναι αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων του ΕΣΥ, χρηματοδοτούνται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και σε μικρότερο ποσοστό από τα ασφαλιστικά ταμεία. Στις υπηρεσίες αυτές έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες καθώς και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών.

Οι ιατροί που εργάζονται στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά Ιατρεία είναι εργαζόμενοι με πλήρη απασχόληση, πληρώνονται με πάγιο μισθό και δεν τους επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτική πρακτική. Τέλος, το λοιπό υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό πληρώνεται κατά βάση με πάγιο μισθό.

3.5.2 Εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ

Πρωτοβάθμια περίθαλψη εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας παρέχεται επίσης από τα εξωτερικά ιατρεία των 131 δημόσιων νοσοκομείων (Πίνακας 3.7), τα οποία καλύπτουν το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων. Τα εξωτερικά ιατρεία αποτελούν σημαντικό πάροχο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αστικές περιοχές, αφού χρησιμοποιούνται συχνότερα από το 13% περίπου (Διάγραμμα 3.3) των Ελλήνων,

καθώς η ανάπτυξη των κέντρων υγείας αστικού τύπου, όπως είχε προβλεφθεί στον ιδρυτικό νόμο (ν. 1397/1983) του ΕΣΥ, δεν προχώρησε ποτέ.

Πίνακας 3.7
Κατανομή των Νοσοκομείων του ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ (2010)

ΔΥΠΕ	Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων
1 ^η	25
2 ^η	21
3 ^η	17
4 ^η	15
5 ^η	13
6 ^η	31
7 ^η	9
Σύνολο	131

Πηγή: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011

Η καταγραφή του στελεχειακού δυναμικού των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων του ΕΣΥ δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί ακριβώς, γιατί το δυναμικό αυτό κατά κύριο λόγο χρησιμοποιείται για τις ανάγκες της νοσοκομειακής περίθαλψης. Οι ιατροί που εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία είναι εργαζόμενοι με πλήρη απασχόληση και πληρώνονται με πάγιο μισθό, έτσι όπως πληρώνεται και το λοιπό υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό.

Οι υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Πρόσβαση στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ έχουν όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες έναντι μιας συμβολικής πληρωμής της τάξεως των 5 ευρώ. Το ποσό αυτό καταβάλλεται απευθείας από τον ασθενή και δεν βαρύνει τον ασφαλιστικό φορέα. Από αυτή την καταβολή εξαιρούνται μόνο οι προσερχόμενοι ως επείγοντα περιστατικά, οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας, καθώς και οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί.

Από το 2002 με το ν. 2889/2001 ξεκίνησε η λειτουργία των απογευματινών εξωτερικών ιατρείων εντός των νοσοκομείων του ΕΣΥ, στα οποία έχουν δικαίωμα

άσκησης ιδιωτικής πρακτικής οι πανεπιστημιακοί και οι νοσοκομειακοί ιατροί. Οι ιατροί πληρώνονται με αμοιβή κατά πράξη, η οποία στον αρχικό νόμο κυμαινόταν από 25 ευρώ για τους επιμελητές β' σε νοσοκομεία της περιφέρειας έως 90 ευρώ για ιατρούς-καθηγητές σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία. Οι πληρωμές αυτές αποτελούσαν άμεσες πληρωμές οι οποίες δεν επιστρέφονταν από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Το 2010, επεκτάθηκε ο θεσμός των απογευματινών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία, με την ολόημερη λειτουργία τους, όπου μπορούν πλέον να πραγματοποιούνται επισκέψεις σε εξειδικευμένους γιατρούς και να διενεργούνται διαγνωστικές, θεραπευτικές και επεμβατικές πράξεις πέραν του τακτικού ωραρίου. Οι αμοιβές των ιατρών κυμαίνονται στο ίδιο εύρος με πριν.

Η διαφορά σε σχέση με την αρχική εφαρμογή του θεσμού το 2002 είναι ότι η δαπάνη για τις πράξεις που πραγματοποιούνται πέραν του τακτικού ωραρίου στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας βαραίνει το ασφαλιστικό ταμείο του ασθενή ή την ασφαλιστική του εταιρία ή τον ίδιο τον ασθενή σε περίπτωση που δεν είναι ασφαλισμένος σε κάποιο φορέα. Όμως, κάθε ασφαλιστικός φορέας αποζημιώνει την ιατρική απογευματινή δαπάνη με το ίδιο καθεστώς που ισχύει για τα απογευματινά ιδιωτικά ιατρεία. Το ύψος όμως της αποζημίωσης αυτής είναι πολύ χαμηλότερο από αυτό που καλείται να πληρώσει ο ασθενής στα ιατρεία των νοσοκομείων. Το αποτέλεσμα είναι ο ασθενής να καλείται να καλύψει ο ίδιος τη διαφορά.

Πίνακας 3.8

Κίνηση εξωτερικών ιατρείων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, 2009 – 2011

	2009	2010	2011	% μεταβολή 2000-2010	% μεταβολή 2010-2011
Τακτικά εξωτερικά ιατρεία	7.307.193	6.474.508	6.518.644	-11%	1%
Τμήματα επειγόντων περιστατικών	5.190.101	4.909.280	4.848.849	-5%	-1%
Απογευματινά ιατρεία	559.358	527.602	429.903	-6%	-19%
Σύνολο	13.056.652	11.911.390	11.797.396	-9%	-1%

Πηγή: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2012

Το αποτέλεσμα από την επέκταση του θεσμού των απογευματινών ιατρείων είναι η κίνηση των ασθενών που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ να έχει μειωθεί αρκετά τα τελευταία χρόνια. Ειδικότερα, στον Πίνακα 3.8 βλέπουμε ότι η κίνηση στα απογευματινά ιατρεία από το 2010 έως το 2011 έχει μειωθεί κατά 19%. Γεγονός το οποίο θέτει ερωτήματα για το βαθμό στον οποίο σε συνθήκες έντονης οικονομικής στενότητας οι πολίτες μπορούν να αντέξουν εισοδηματικά την καταβολή των άμεσων υψηλών πληρωμών που απαιτούνται προκειμένου να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες αυτές (Οικονόμου Χ., 2012).

3.6 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς

Η ανάπτυξη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε κατά έναν αποσπασματικό τρόπο. Δεν υιοθετήθηκε ένα ενιαίο ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζόμενους, αλλά πληθώρα συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης, μέσω της σύστασης αυτοτελών φορέων ασφάλισης που κάλυπταν συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού με βάση επαγγελματικά κριτήρια και χαρακτηριστικά. Ο μεγάλος αριθμός των δημόσιων φορέων ασφάλισης (πολυκερματισμός και πολυπλοκότητα) αποτέλεσε το βασικό χαρακτηριστικό της οργανωτικής δομής του συστήματος.

Η χρηματοδότηση των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης γίνεται από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών και από τον κρατικό προϋπολογισμό, με στόχο να καλύψουν τις παροχές προς τους ασφαλισμένους. Έσοδα των ασφαλιστικών ταμείων αποτελούν επίσης οι κοινωνικοί πόροι, η κρατική επιχορήγηση, η συμμετοχή του κράτους και οι πρόσοδοι περιουσίας.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τους κλάδους και φορείς ασθενείας των ασφαλιστικών οργανισμών και χρηματοδοτείται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Ο τρόπος παροχής, αλλά και το εύρος και είδος των παροχών ποικίλει ανάλογα με τις διατάξεις που ισχύουν για κάθε κλάδο ή φορέα, με αποτέλεσμα να μην γίνεται εφικτή κάθε προσπάθεια άσκησης ενιαίας πολιτικής υγείας, ορθολογικής διαχείρισης και αποτελεσματικού ελέγχου.

Υπάρχουν σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ασφαλισμένων των ταμείων ως προς τις παροχές που δικαιούνται, τον αριθμό των γιατρών στους οποίους έχουν πρόσβαση

και στο δικαίωμα ελεύθερης επιλογής αυτών, στις υποδομές τις οποίες χρησιμοποιούν και στα ποσά τα οποία καλούνται να πληρώσουν από το ατομικό τους εισόδημα για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ από τον ιδιωτικό τομέα.

Παρακάτω ακολουθεί περιγραφή των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών στην Ελλάδα και του τρόπου με τον οποίο παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η σημαντική μεταρρύθμιση που έγινε το 2011 με την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

3.6.1 ΙΚΑ και λοιπά ασφαλιστικά ταμεία

Το **Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)** ιδρύθηκε το 1937 με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου και είναι ο κυριότερος ασφαλιστικός οργανισμός της χώρας, ο οποίος καλύπτει σχεδόν το 50% του πληθυσμού, παρέχοντας περίθαλψη κυρίως στους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και στα μέλη των οικογενειών τους. Καλύπτει 5.523.400 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους. Συγκεκριμένα παρέχει περίθαλψη σε 2.180.000 άμεσα ασφαλισμένους, σε 2.170.000 έμμεσα ασφαλισμένους και σε 1.173.400 συνταξιούχους.

Στα 76 χρόνια λειτουργίας του έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο δομών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω πολυϊατρείων σε νομαρχιακό και τοπικό επίπεδο και μέσω τοπικών ιατρείων. Επίσης, το ΙΚΑ διαθέτει Σταθμούς Πρώτων Βοηθειών, οι οποίοι όμως υπολειπονται, καθώς και ειδικές υγειονομικές μονάδες, συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών κέντρων ιατρικής της εργασίας, κέντρων παιδοψυχικής υγιεινής, προγενετικού ελέγχου, μαστού, προληπτικής ιατρικής, οικογενειακού προγραμματισμού και προστασίας μάνας και παιδιού.

Οι μονάδες αυτές είναι στελεχωμένες με ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, με νοσηλευτικό και λοιπό υγειονομικό δυναμικό. Οι περισσότεροι από τους ιατρούς είναι μερικής απασχόλησης μισθωτοί, οι οποίοι διατηρούν το δικαίωμα να ασκούν ιδιωτική πρακτική είτε έχοντας ιδιωτικό ιατρείο, είτε συνάπτοντας συμβάσεις με ιδιωτικά νοσοκομεία.

Η συντριπτική πλειοψηφία του παραπάνω δικτύου είναι προσανατολισμένο στην κάλυψη των αναγκών των αστικών περιοχών. Έτσι, ο οργανισμός για την κάλυψη πανελλαδικά των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων του συνάπτει συμβάσεις με κρατικά νοσοκομεία, ιδιώτες ιατρούς, ιδιωτικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και φυσιοθεραπευτήρια και οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται πληρώνονται κατά πράξη.

Το ΙΚΑ παρείχε πρωτοβάθμια περίθαλψη και μέσω των εξωτερικών ιατρείων των 5 νοσοκομείων που διέθετε. Όμως, με το νόμο 3918/2011 τα νοσοκομεία του ΙΚΑ εντάχθηκαν από την 01.06.2011 στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, μαζί με το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετούσε στις μονάδες αυτές, με σκοπό την εξοικονόμηση πόρων και τη διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες.

Θεωρητικά, το ΙΚΑ παρέχει στους δικαιούχους του ένα ευρύ φάσμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως γενική ιατρική φροντίδα για ενήλικες και ηλικιωμένους, προαγωγή υγείας, παιδική φροντίδα, οδοντιατρικές υπηρεσίες, γυναικολογικές εξετάσεις, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς, συνταγογράφηση φαρμάκων, επιδημιολογική έρευνα και κοινωνική φροντίδα. Στην πράξη, όμως, το μεγαλύτερο μέρος των παρεχόμενων από το ΙΚΑ πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας περιορίστηκε στη συνταγογράφηση (45% των περιπτώσεων), στην παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομεία, καθώς και στην παραπομπή των ασφαλισμένων σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια υψηλού κόστους διαγνωστικών εξετάσεων (Οικονόμου Χ., 2012).

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης του ΙΚΑ προέρχεται από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το ποσοστό της εισφοράς για υγεία ανέρχεται σε 7,65% επί του ακαθάριστου μισθού, από το οποίο το 2,55% επιβαρύνει τον εργαζόμενο και το 5,10% τον εργοδότη. Για τους συνταξιούχους το ποσοστό είναι 4% από τους ίδιους και 6% από τον φορέα ασφάλισης.

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) ιδρύθηκε το 1961 βάσει του ν. 4169/1961 με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, προκειμένου να παρέχει υγειονομική περίθαλψη στους αγρότες, καλύπτοντας περίπου το 20% του ελληνικού πληθυσμού (2,03 εκατ. ασφαλισμένοι). Δεν έχει δικές του μονάδες υγείας όπως το ΙΚΑ, αλλά οι ασφαλισμένοι του μπορούν να επισκέπτονται τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία ή τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων ή των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιδιωτικών κλινικών, προκειμένου να τους παρασχεθεί πρωτοβάθμια περίθαλψη. Για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ η εισφορά του ασφαλισμένου για τον κλάδο υγείας ορίζεται σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού των

ασφαλιστικών κατηγοριών στις οποίες έχουν καταταγεί οι ασφαλισμένοι και σε ποσοστό 4% για τους συνταξιούχους.

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε το 2007 με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, ασφαλίζει τους αυτοαπασχολούμενους, τους επαγγελματίες, τους βιοτέχνες, τους εμπόρους και τους αυτοκινητιστές, και προήλθε από την ενοποίηση των καταργηθέντων ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Με το ν. 3655/2008 για τη «διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης», στον ΟΑΕΕ εντάχθηκαν ο κλάδος κύριας ασφάλισης του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και οι κατά κύρια ασφάλιση ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ).

Παρέχει στους περίπου 2.060.000 ασφαλισμένους του πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσα από 4.000 συμβεβλημένους ιατρούς ειδικοτήτων, καθώς και 1.544 συμβεβλημένα εργαστήρια, 980 διαγνωστικά κέντρα και 1.033 φυσιοθεραπευτήρια (Τούντας Ι. *et. al.*, 2008). Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του ταμείου οι ασφαλισμένοι του μπορούν να επιλέξουν μεταξύ 14 ασφαλιστικών κλάσεων και για την ασφάλιση υγείας πληρώνουν εισφορές σε ποσοστό 7,65% της εκάστοτε ασφαλιστικής κατηγορίας στην οποία εντάσσονται.

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο υγείας στη χώρα. Συστάθηκε ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με το ν. 2768/1999, ενώ με το ν. 3918/2011 μετατράπηκε σε ασφαλιστικό ταμείο. Παρέχει υγειονομική κάλυψη σε περίπου 1.500.000 άτομα, που αποτελούν τους εν ενεργεία και συνταξιούχους δημόσιους υπαλλήλους και τα μέλη των οικογενειών τους. Η ιατρική φροντίδα παρέχεται μέσω συμβάσεων με 12.744 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, 2.685 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, 710 φυσιοθεραπευτές, 1.108 οπτικούς και 9.735 φαρμακεία (Σουλιώτης Κ., 2010). Με το ν. 3655/2008, στον ΟΠΑΔ εντάχθηκαν και οι περίπου 150.000 ασφαλισμένοι του Ταμείου Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ).

Όσον αφορά τη χρηματοδότηση του ΟΠΑΔ, οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν το 2,55% των αποδοχών τους, ενώ υπάρχει και εργοδοτική εισφορά του δημοσίου σε ποσοστό 5,10%.

3.6.2 ΕΟΠΥΥ

Με το **νόμο 3918/2011** για τις «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» αναμφισβήτητα έγινε ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα για την αναβάθμιση της ΠΦΥ, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ο ΕΟΠΥΥ είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας, με έδρα την Αθήνα.

Στον Οργανισμό αυτό από την 1^η Ιανουαρίου 2012 μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) και του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) ως προς τις παροχές σε είδος. Στη συνέχεια εντάχθηκαν οι Κλάδοι Υγείας του Οίκου Ναύτου (ΟΝ), του Ταμείου Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας (ΤΑΥΤΕΚΩ) και του Ενιαίου Ταμείου Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ).

Ο σκοπός της σύστασης του παραπάνω οργανισμού είναι η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η εξασφάλιση ισότιμης πρόσβασης σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης. Επιπροσθέτως, βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας είναι να συγκεντρωθούν σε αυτό όλοι οι πόροι υγείας και να λειτουργήσει ως δημόσιο ασφαλιστικό μονοψώνιο, δηλαδή να υπάρχει ένας μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, με στόχο να έχει αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.

Ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει περίπου το 98% του ελληνικού πληθυσμού, δηλαδή 11.000.000 ασφαλισμένους, εκ των οποίων τα 6.000.000 αφορούν άμεσα ασφαλισμένους, και τα 5.000.000 προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από τις 360 μονάδες υγείας του ΙΚΑ (Πίνακας 3.9), αφού όπως

αναφέρθηκε παραπάνω, στον ΕΟΠΥΥ από την 1^η Ιανουαρίου 2012 μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του ΙΚΑ με τις μονάδες υγείας του και το σύνολο του εξοπλισμού του.

Επομένως, ο ΕΟΠΥΥ διαθέτει ένα εκτεταμένο δίκτυο δομών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω 101 πολυιατρείων σε νομαρχιακό και τοπικό επίπεδο, 44 υποκαταστημάτων, 91 τοπικών ιατρείων, 31 ιατρείων και 93 παραρτήματα ιατρείων. Επίσης, διαθέτει Σταθμούς Πρώτων Βοηθειών, οι οποίοι όμως υπολειπονται, καθώς και ειδικές υγειονομικές μονάδες, συμπεριλαμβανομένων 2 διαγνωστικών κέντρων ιατρικής της εργασίας, 2 κέντρων παιδοψυχικής υγιεινής, 7 προληπτικής ιατρικής, 1 προγενετικού ελέγχου, 9 κέντρων μαστού, 7 οικογενειακού προγραμματισμού και αρκετά κέντρα προστασίας μάνας και παιδιού.

Πίνακας 3.9

Κατανομή των δομών του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) ανά περιφέρεια, 2013

Περιφέρειες	Νομαρχιακές Μονάδες Υγείας	Τοπικές Μονάδες Υγείας	Υποκαταστήματα	Τοπικά Ιατρεία	Ιατρεία	Παραρτήματα Ιατρείων
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	5	0	0	3	1	3
Αττικής	5	35	1	36	5	7
Βορείου Αιγαίου	3	0	2	0	0	8
Δυτικής Ελλάδας	3	4	3	4	3	12
Δυτικής Μακεδονίας	3	1	4	0	1	3
Ηπείρου	4	0	1	2	0	4
Θεσσαλίας	4	0	4	4	2	9
Ιονίων Νήσων	2	0	3	0	0	5
Κεντρικής Μακεδονίας	6	8	7	32	9	11
Κρήτης	3	0	6	3	0	6
Νοτίου Αιγαίου	2	1	3	0	0	7
Πελοποννήσου	4	2	4	1	4	12
Στερεάς Ελλάδας	4	2	6	6	6	6
Σύνολο	48	53	44	91	31	93

Η συντριπτική πλειοψηφία του παραπάνω δικτύου είναι προσανατολισμένο στην κάλυψη των αναγκών των αστικών περιοχών. Έτσι, ο οργανισμός για την κάλυψη πανελλαδικά των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων του έχει συνάψει συμβάσεις με 6.000 αυτοαπασχολούμενους ιατρούς, 2.402 διαγνωστικά εργαστήρια, 2.125 αυτοαπασχολούμενους φυσιοθεραπευτές και 40 κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, τα οποία αποζημιώνει κατά πράξη βάσει του Κρατικού Τιμολογίου. Τέλος, ο ΕΟΠΥΥ έχει συνάψει συμβάσεις και με το κράτος για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες που παρέχονται από τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων, και αποζημιώνονται κατά πράξη.

Ανθρώπινο δυναμικό

Οι μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ είναι στελεχωμένες με 5.571 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, 3.000 λοιπό υγειονομικό δυναμικό και 1.236 άτομα διοικητικό προσωπικό. Οι περισσότεροι από τους ιατρούς είναι μερικής απασχόλησης μισθωτοί, οι οποίοι διατηρούν το δικαίωμα να ασκούν ιδιωτική πρακτική είτε έχοντας ιδιωτικό ιατρείο, είτε συνάπτοντας συμβάσεις με ιδιωτικά νοσοκομεία.

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.10, το μεγαλύτερο ποσοστό των ιατρών που υπηρετούν στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ είναι παθολόγοι (15%) και ακολουθούν οι οδοντίατροι (11,8%), οι καρδιολόγοι (8,8%) και οι παιδίατροι (7,2%). Χαρακτηριστικό είναι το μικρό ποσοστό των γενικών ιατρών, που είναι μόλις 2,7%. Επίσης, στον πίνακα μπορούμε να δούμε ότι οι περιφέρειες με τη χαμηλότερη στελέχωση σε ιατρικό προσωπικό είναι του Βορείου Αιγαίου (1,18%) και των Ιονίων Νήσων (1,41%). Ενώ, στην περιφέρεια της Αττικής παρατηρείται η μεγαλύτερη συγκέντρωση των ιατρών, η οποία φθάνει το 51% αυτών που υπηρετούν στον ΕΟΠΥΥ.

Πίνακας 3.10

Περιφερειακή κατανομή του ιατρικού προσωπικού του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) ανά ειδικότητα (2013)

Ειδικότητα	Περιφέρεια													Σύνολο
	Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	Αττικής*	Βορείου Αιγαίου	Δυτικής Ελλάδας	Δυτικής Μακεδονίας	Ηπείρου	Θεσσαλίας	Ιονίων Νήσων	Κεντρικής Μακεδονίας	Κρήτης	Νοτίου Αιγαίου	Πελοποννήσου	Στερεάς Ελλάδας	
Αγγειοχειρουργός	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Αιματολόγος	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
Ακτινολόγος	5	63	2	5	2	3	4	1	19	4	2	4	3	117
Αλλεργιολόγος	0	11	1	1	0	0	0	0	2	1	0	0	0	16
Αναισθησιολόγος	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Άνευ Ειδικότητας	9	101	2	5	4	2	3	4	19	6	8	12	8	183
Βιοπαθολόγος	0	6	1	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	13
Γαστρεντερολόγος	2	42	0	0	0	2	5	2	13	2	0	5	4	77
Γενικής Ιατρικής	2	85	7	10	3	1	9	0	12	3	8	3	9	152
Γναθοχειρουργός	0	8	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	10
Γυναικολόγος	10	139	1	19	2	6	8	6	44	10	6	9	8	268
Δερματολόγος	6	102	1	6	1	6	6	2	20	6	3	4	2	165
Ενδοκρινολόγος	3	55	1	3	1	2	3	0	8	3	0	1	3	83
Ιατρός Εργασίας	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Καρδιολόγος	26	222	5	39	10	11	25	7	79	16	9	20	22	491
Κυτταρολόγος	1	31	1	2	0	0	2	0	1	1	0	2	0	41
Μικροβιολόγος	10	88	1	2	4	4	6	2	21	5	3	4	6	156
Νευρολόγος	8	61	0	9	4	3	9	1	33	5	0	5	4	142
Νευρολόγος-Ψυχίατρος	1	1	0	2	0	1	0	0	2	0	1	1	0	9
Νευροχειρουργός	0	7	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	8
Νεφρολόγος	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	4
Οδοντίατρος	31	316	6	42	16	17	31	12	85	23	14	32	33	658
Ορθοδοντικός	1	16	2	2	0	0	0	1	4	0	0	0	3	29
Ορθοπαιδικός	13	205	3	17	5	12	10	4	69	16	5	13	11	383
Ουρολόγος	7	67	2	9	5	4	2	2	27	8	2	4	3	142
Οφθαλμίατρος	9	158	4	11	4	5	14	2	47	7	4	6	11	282
Παθολογοανατόμ.	1	2	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5

Παθολόγος	39	386	14	45	16	13	47	16	146	32	23	34	28	839
Παιδιάτρος	15	195	5	27	7	10	18	3	78	14	11	10	12	405
Παιδοχειρουργός	1	5	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0	1	15
Παιδοψυχίατρος	0	9	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	13
Πλαστικός Χειρουργός	0	5	0	2	1	0	0	0	2	0	0	0	0	10
Πνευμονολόγος	6	116	3	24	8	4	5	5	38	14	7	8	14	252
Ρευματολόγος	3	26	0	1	2	3	4	1	8	1	1	1	1	52
Φυματιολόγος	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Φυσιάτρος	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
Φυσικακής Ιατρικής Χειρουργός	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3
Χειρουργός Θώρακος	7	124	1	6	4	1	9	5	49	4	3	4	7	224
Χειρουργός Ψυχίατρος	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Ψυχίατρος	1	76	0	5	1	3	1	0	21	2	0	2	4	116
Ω.Ρ.Λ.	6	109	3	12	1	1	9	3	27	4	6	5	9	195
Σύνολο	224	2847	66	310	101	116	232	79	895	189	116	190	206	5571

*Δεν περιλαμβάνονται οι ιατροί των Νοσοκομείων του ΙΚΑ, αφού με το ν. 3918/2011 εντάχθηκαν στο ΕΣΥ

Πηγή: ΕΟΠΥΥ 2013, ίδιοι υπολογισμοί

Παρά το γεγονός της πληρωμής των ιατρών των μονάδων του ΕΟΠΥΥ με πάγια αντιμισθία καταλήγουν να εργάζονται λιγότερες από τις προβλεπόμενες από τις συμβάσεις τους ώρες, τις οποίες ουσιαστικά χρησιμοποιούν για προσέλκυση ασθενών στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Οι πρακτικές αυτές ενθαρρύνονται από τους χαμηλούς μισθούς που τους προσφέρονται αλλά και από την έλλειψη οποιουδήποτε μηχανισμού ελέγχου. Η αιτιολογία που χρησιμοποιείται σε αυτή την περίπτωση είναι ότι στα πολυιατρεία ο φόρτος εργασίας είναι μεγάλος και ο διαθέσιμος χρόνος των ιατρών για κάθε περιστατικό περιορισμένος. Σε αυτό το πλαίσιο, ο μόνος τρόπος για τον ασθενή να απολαύει καλύτερης ποιοτικά φροντίδας υγείας από τον ιατρό είναι να τον επισκεφθεί στο ιδιωτικό του ιατρείο (Οικονόμου Χ., 2012).

Χρήση

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ένωσης Ιατρών ΕΟΠΥΥ (ΕΝΙ ΕΟΠΥΥ), το 2013 φαίνεται οι ασφαλισμένοι του οργανισμού να στρέφονται προς τους ιδιώτες συμβεβλημένους γιατρούς του ΕΟΠΥΥ προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους.

Αυτό προκύπτει από την αύξηση κατά 11,7% του αριθμού των επισκέψεων των ασφαλισμένων στους συμβεβλημένους γιατρούς σε σχέση με το 2012 και ότι ο ΕΟΠΥΥ κλήθηκε να αποζημιώσει τους συμβεβλημένους γιατρούς για 9.236.337 επισκέψεις ασφαλισμένων, έναντι 8.268.148 επισκέψεων που προέκυψαν το προηγούμενο έτος. Ενώ την ίδια περίοδο, δέχθηκε στις δικές του μονάδες 10.395.122 ασφαλισμένους έναντι 14.280.074 ασφαλισμένους που είχε εξυπηρετήσει το 2012.

Από τα ίδια στοιχεία προκύπτει ότι τις περισσότερες επισκέψεις ασφαλισμένων (2.513.341) δέχθηκαν το 2013 οι συμβεβλημένοι παθολόγοι. Ακολουθούν οι καρδιολόγοι με 1.520.857 επισκέψεις, οι γενικοί γιατροί με 862.986 και οι γυναικολόγοι με 681.561. Επίσης, οι παθολόγοι διατηρούν την πρώτη θέση και στις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ, αφού καταγράφηκαν 1.949.200 επισκέψεις σε παθολόγους, 1.258.453 επισκέψεις σε καρδιολόγους, 1.103.920 σε ορθοπεδικούς και 702.975 επισκέψεις σε παιδίατρος.

Χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ προέρχεται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές των ταμείων που συμμετέχουν και είναι ενιαίες για ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για τον κλάδο υγείας (7.65%: 5.1% εργοδότης και 2.55% εργαζόμενος), εκτός του ΟΓΑ που για τους νέους ασφαλισμένους είναι 2,55%, ενώ για τους παλαιούς είναι μηδενικές (περίπου 4,5 δις ευρώ το 2012). Επίσης, η χρηματοδότηση προέρχεται από την ετήσια επιχορήγηση του κρατικού προϋπολογισμού (περίπου 1,5 δις ευρώ το 2012), από είσπραξη ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακευτικές εταιρίες και φαρμακεία και από λοιπά έσοδα από κοινωνικούς φορείς.

Από στοιχεία του 2011 από τη Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οι ετήσιες συνολικές δαπάνες κυμαίνονταν γύρω στα 8 δις ευρώ, από τα οποία τα 2 δις πήγαν για νοσοκομειακή περίθαλψη, τα 4 δις για φαρμακευτική περίθαλψη και τα υπόλοιπα σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οδοντιατρική Περίθαλψη

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, το εύρος και το είδος των παροχών πρωτοβάθμιας περίθαλψης ποικίλει ανάλογα με τις διατάξεις που ισχύουν για κάθε κλάδο ή φορέα. Η οδοντιατρική φροντίδα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των μεγάλων διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων που παρατηρούνται μεταξύ των ασφαλιστικών

ταμείων. Για παράδειγμα, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ καλύπτονται μόνο για σφραγίσματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες και κινητή προσθετική που παρέχονται από οδοντιάτρους στα πολυϊατρεία του ταμείου. Ακόμη το ΙΚΑ προσφέρει ορθοδοντική στα παιδιά μέχρι 15 ετών. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών δεν καλύπτει τον πληθυσμό ηλικίας άνω των 16 ετών.

Επιπροσθέτως, ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων δεν προβλέπει καμία οδοντιατρική κάλυψη των ασφαλισμένων του. Τα κενά αυτά καλύπτουν εν μέρει οι υπηρεσίες του ΕΣΥ μέσω των κέντρων υγείας στις αγροτικές περιοχές και των δημόσιων νοσοκομείων, όπου απασχολούνται συνολικά 600 οδοντίατροι αποκλειστικής απασχόλησης αμειβόμενοι με μισθό. Στα κέντρα υγείας προσφέρεται οδοντιατρική πρόληψη και θεραπεία στον μη αστικό πληθυσμό στις ηλικίες μέχρι 18 ετών. Οι άνω των 18 ετών ασφαλισμένοι του ΟΓΑ είναι αναγκασμένοι να προσφύγουν στον ιδιωτικό τομέα, δεδομένου ότι δεν τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη για οδοντιατρική περίθαλψη παρά μόνο όσον αφορά την αντιμετώπιση έκτακτου περιστατικού. Στα δημόσια νοσοκομεία καλύπτονται οι περιπτώσεις που χρήζουν ιδιαίτερης αντιμετώπισης λόγω ύπαρξης άλλων ασθενειών (ασθενείς με AIDS, διαβητικοί, καρδιοπαθείς, άτομα με χρόνιες νευρολογικές παθήσεις κ.λπ.), καθώς και τα έκτακτα περιστατικά.

Κάποια ταμεία, που δεν διαθέτουν δικά τους πολυϊατρεία, συνάπτουν συμβάσεις με ιδιώτες οδοντιάτρους, τους οποίους αποζημιώνουν κατά πράξη και βάσει προκαθορισμένου τιμολογίου. Με αποτέλεσμα, οι ασφαλισμένοι να καλούνται να καταβάλλουν συμπληρωμές. Τέλος, σε άλλα ταμεία υπάρχει η δυνατότητα του ασφαλισμένου να προσφύγει σε όποιο ιδιώτη οδοντίατρο επιθυμεί, να τον πληρώσει ο ίδιος και στη συνέχεια να του επιστραφεί από το ταμείο του συνήθως ένα μικρό ποσοστό της δαπάνης που έκανε.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, θα ανέμενε κανείς ο Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ να αντιμετωπίζει τις υφιστάμενες ελλείψεις. Κάτι τέτοιο όμως δεν συμβαίνει, αφού δεν προβλέπεται η σύμβαση του Οργανισμού με οδοντιάτρους. Επιπροσθέτως, ο Κανονισμός προβλέπει ότι η οδοντιατρική περίθαλψη στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ παρέχεται σύμφωνα με τους επιμέρους κανονισμούς των ταμείων που συγχωνεύτηκαν, κάτι το οποίο ισχύει και για τη δαπάνη για ορθοδοντικές εργασίες. Έτσι όμως διατηρούνται οι ανισότητες και οι ανεπάρκειες που επισημάνθηκαν παραπάνω (Οικονόμου Χ., 2012).

Στην Ελλάδα, για την οδοντιατρική περίθαλψη, σύμφωνα με στοιχεία του 1998, υπολογίζεται ότι δαπανήθηκε το 1,2% των δημόσιων δαπανών υγείας (Πίνακας 3.2) και φυσικά το ποσοστό αυτό κρίνεται ανεπαρκές. Τα κενά στην ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού για οδοντιατρική περίθαλψη αναπληρώνει ο ιδιωτικός τομέας και η άμεση χρηματοδότηση από τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών. Η εκτεταμένη χρησιμοποίηση των ιδιωτικών οδοντιατρικών υπηρεσιών φαίνεται από το γεγονός ότι, σύμφωνα με την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών του 2008, οι οδοντιατρικές δαπάνες καταλαμβάνουν τη 14η θέση μεταξύ των 20 μεγαλύτερων οικογενειακών δαπανών, απορροφώντας το 2% του οικογενειακού προϋπολογισμού.

Επιπροσθέτως, οι οδοντιατρικές δαπάνες αποτελούν περίπου το 30% του συνόλου των ιδιωτικών δαπανών υγείας (Πίνακας 3.3) και το 48,3% των δαπανών των νοικοκυριών που πηγαίνει για αγορά εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2010). Συνεπώς, δεν θα πρέπει να ξαφνιάζουν ευρήματα ερευνών σύμφωνα με τα οποία οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που προσδιορίζουν τη χρησιμοποίηση οδοντιατρικών υπηρεσιών στην Ελλάδα δείχνουν ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και χρησιμοποίησης.

3.7 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από την Τοπική Αυτοδιοίκηση

Ο ρόλος της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης στο σχεδιασμό, την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας είναι εξαιρετικά περιορισμένος. Παρ' όλα τα θετικά βήματα που έχουν γίνει προς αυτή την κατεύθυνση τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα δεν έχει μακρόχρονη εμπειρία στην αποκεντρωμένη διοίκηση. Οι περιφερειακές και τοπικές αυτοδιοικήσεις παίζουν δευτερεύοντα ρόλο και δεν διαθέτουν επαρκή εξουσία ή οικονομικούς πόρους προκειμένου να εφαρμόσουν εκτεταμένες πολιτικές υγείας σε αποκεντρωμένο επίπεδο (Οικονόμου Χ., 2012).

Στον τομέα της υγείας, μέχρι το 2010, οι περιφερειακές και νομαρχιακές αρχές ήταν μόνο διοικητικά υπεύθυνες για ζητήματα όπως: (α) η κατανομή των προϋπολογισμών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, όπως αυτή προσδιοριζόταν από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών, (β) η έγκριση νέου υγειονομικού δυναμικού, (γ) η παροχή των βιβλιαρίων απορίας για τους φτωχούς, (δ) η παροχή αδειών λειτουργίας και η παρακολούθηση του ιδιωτικού τομέα (ιατρείων, οδοντιατρείων, εργαστηρίων, κλινικών,

διαγνωστικών κέντρων κ.λπ.), για το βαθμό στον οποίο αυτός τηρούσε το προβλεπόμενο θεσμικό πλαίσιο που είχε διαμορφώσει το Υπουργείο Υγείας και (ε) η εκτέλεση συγκεκριμένων καθηκόντων αναφορικά με την περιβαλλοντική και τη δημόσια υγεία.

Τον Ιούνιο του 2010, θεσμοθετήθηκε ο Ν. 3852/2010, με σκοπό τη διαμόρφωση μιας νέας αρχιτεκτονικής της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης. Το γνωστό ως σχέδιο Καλλικράτης προβλέπει τη δημιουργία 7 αποκεντρωμένων διοικήσεων, 13 διοικητικών περιφερειών, την κατάργηση των νομαρχιών και τον περιορισμό των δήμων σε 325. Αναφορικά με τη φροντίδα υγείας, ο Καλλικράτης προβλέπει τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων των υγειονομικών περιφερειών στην τοπική αυτοδιοίκηση. Ειδικότερα προβλέπει την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος μέσα σε δύο χρόνια από την ψήφιση του Καλλικράτη, με βάση το οποίο θα περάσουν στην ευθύνη των τοπικών αρχών η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (λειτουργία κέντρων υγείας) και η εφαρμογή των προγραμμάτων δημόσιας υγείας, εμβολιασμού και σχολικής υγιεινής.

Σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης, τα τελευταία χρόνια αρκετοί δήμοι έχουν αναπτύξει τα δημοτικά ιατρεία, στα οποία παρέχονται περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα ιατρεία αυτά διαθέτουν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες, όπως είναι παθολόγου, καρδιολόγου, παιδίατρο, γυναικολόγου, οφθαλμίατρο, δερματολόγου, ΩΡΛ, οδοντίατρο και λειτουργούν ορισμένες μέρες και ώρες της εβδομάδας.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, συνταγογράφησης, μετανοσοκομειακής φροντίδας, αποκατάστασης, παρακολούθησης χρονίως πασχόντων και κοινωνική φροντίδα. Κυρίως καλύπτουν τις ανάγκες των φτωχών, των μεταναστών και των ανασφάλιστων, δηλαδή πληθυσμιακών ομάδων που δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν σε άλλες δομές υγείας. Τα δημοτικά ιατρεία χρηματοδοτούνται από δημοτικούς φόρους και τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών και οι υπηρεσίες που παρέχονται διατίθενται δωρεάν για τους δημότες.

Εκτός των ιατρείων, οι δήμοι παρέχουν υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και μέσω άλλων θεσμών κοινωνικής προστασίας, όπως τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία από τη δεκαετία του '80 δημιούργησαν εθνικό δίκτυο δημοτικών υπηρεσιών στήριξης και φροντίδας των ηλικιωμένων. Αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι πάνω από το 80% των ΚΑΠΗ της χώρας εκτελούν

δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, όπως η μέτρηση αρτηριακής πίεσης και σακχάρου και οι εμβολιασμοί.

Επιπροσθέτως, στο 40% περίπου των ΚΑΠΗ διενεργούνται σε ικανοποιητικό βαθμό έλεγχοι χοληστερίνης και καρδιογραφήματα. Όσον αφορά την υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, τρία στα τέσσερα ΚΑΠΗ υλοποιούν σχετικά προγράμματα, όπως διαλέξεις για σωστή διατροφή, ένδυση, αποφυγή ατυχημάτων, ατομική υγιεινή κ.λπ., ενώ επτά στα δέκα ΚΑΠΗ παρέχουν προγράμματα φυσιοθεραπείας και τέσσερα στα δέκα προγράμματα εργοθεραπείας.

Ακόμη, έχουν ξεκινήσει σε όλη τη χώρα υπό την αιγίδα των δήμων προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι», τα οποία είναι πλαισιωμένα από ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και οικιακούς βοηθούς. Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται σε άτομα που χρειάζονται κατ' οίκον νοσηλεία και βοήθεια στην οργάνωση του νοικοκυριού τους.

Τέλος, μια σχετικά πρόσφατη δραστηριότητα ορισμένων δήμων είναι η λειτουργία κοινωνικών φαρμακείων. Το 2008 λειτούργησε το πρώτο κοινωνικό φαρμακείο του Δήμου Αθηναίων με τη συνεργασία του Ιδρύματος Αστέγων και των Δημοτικών Ιατρείων του Δήμου Αθηναίων, του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής και της ΜΚΟ «Φαρμακοποιοί του Κόσμου». Σκοπός του φαρμακείου είναι η δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων ατόμων που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας. Αντίστοιχες δραστηριότητες έχουν αναπτυχθεί και σε άλλες πόλεις, όπως ο Βόλος και το Κιλκίς, με τη συνεργασία της Εκκλησίας (Οικονόμου Χ., 2012).

3.8 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τον Ιδιωτικό Τομέα

Ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρότι δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με τον δημόσιο τομέα ως προς το σχεδιασμό, τη χρηματοδότηση και τη ρύθμιση του ευρύτερου συστήματος υγείας. Χρηματοδοτείται κυρίως από τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς παρόχους για την κάλυψη των αναγκών των ασφαλισμένων τους, από απευθείας πληρωμές από τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα, αλλά και από την ιδιωτική

ασφάλιση. Πριν από την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, εκτιμάται ότι πάνω από 5 εκατ. περιπτώσεις ασθενών απευθύνονταν ετησίως στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος κατέγραφε ετήσια κέρδη της τάξης των 154 εκατ. ευρώ (ICAP, 2006).

Στην Ελλάδα, μετά τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983, (α) η αδυναμία ανάπτυξης των δημοσίων υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, (β) η αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, λόγω γήρανσης του πληθυσμού και αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης, που πλησιάζει τα 80 χρόνια στην Ελλάδα, (γ) τα υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας από τους Έλληνες ασθενείς, (δ) η προσπάθεια των πολυάριθμων γιατρών για εξασφάλιση επαγγελματικού χώρου άσκησης της ειδικότητάς τους, προκάλεσαν το επιχειρηματικό ενδιαφέρον του ιδιωτικού τομέα και οδήγησαν στη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού διαγνωστικών κέντρων, εργαστηρίων, ιατρείων και οδοντιατρείων.

Ο νόμος ίδρυσης του ΕΣΥ το 1983 επέβαλλε σοβαρό έλεγχο στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών και περιορισμό στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας. Έτσι, οδήγησε τις περισσότερες ιδιωτικές νοσηλευτικές δομές να ενταχθούν στο ΕΣΥ και να μετατραπούν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ενώ απαγορεύτηκε η δημιουργία νέων ιδιωτικών κλινικών, η επέκταση και βελτίωση όσων ήδη λειτουργούσαν, καθώς και η μεταβίβαση των μετοχών των ιδιωτικών κλινικών. Ενώ οι περισσότερες μικρές κλινικές έκλεισαν, μερικές από αυτές, καθώς και τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία που παρείχαν υπηρεσίες σε πολυτελείς εγκαταστάσεις, επιβίωσαν, συνάπτοντας συμβάσεις με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και αργότερα και με τα ασφαλιστικά ταμεία. Πρόκειται κυρίως για γενικά και μαιευτικά νοσοκομεία.

Μια άλλη επίσης διάταξη του ν. 1397/1983, η οποία προσανατολιζόταν στον περιορισμό της ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα υγείας, αφορούσε την καθιέρωση του θεσμού της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών γιατρών, οι οποίοι καλούνταν να κλείσουν τα ιδιωτικά τους ιατρεία και να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα νοσοκομεία του ΕΣΥ σε οκτάωρη βάση. Το θέμα αυτό κυριάρχησε στον ιατρικό κόσμο και οδήγησε έναν μεγάλο αριθμό ιατρών να εγκαταλείψει το ΕΣΥ, παρά τις μισθολογικές αυξήσεις που προβλεπόταν για την πλήρη και αποκλειστική απασχόληση.

Η αλλαγή σε κυβερνητικό επίπεδο το 1990 και η ιδεολογική κυριαρχία του νεοφιλελευθερισμού, επέφερε την άρση και των δύο παραπάνω απαγορεύσεων, ενώ μετά την κυβερνητική αλλαγή του 1993, απαγορεύθηκε και πάλι στους νοσοκομειακούς γιατρούς η άσκηση ιδιωτικού επαγγέλματος

Στη δεκαετία του '80, ο ιδιωτικός τομέας υγείας παρά τους νομοθετικούς και διοικητικούς περιορισμούς καθώς και τη σημαντική διόγκωση του δημόσιου τομέα, παρουσίασε αλματώδη ανάπτυξη. Αυτή ήταν ιδιαίτερα εμφανής στο χώρο των νέων τεχνολογιών και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, με τη δημιουργία ενός μεγάλου αριθμού διαγνωστικών κέντρων υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Η ραγδαία ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, κυρίως την περίοδο 1985-1995, με μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησης περίπου 30%, αποτέλεσε την εναλλακτική λύση των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων του ιδιωτικού τομέα μετά τη νομοθετική απαγόρευση της δημιουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών. Παράλληλα, η δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, άφηνε μικρότερες προοπτικές κέρδους, επειδή το ΕΣΥ στην πορεία της ανάπτυξης του, έδωσε κυρίαρχη έμφαση στο νοσοκομειακό τομέα και όχι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Συνεπώς, οι επενδυτικές δραστηριότητες κατευθύνθηκαν προς το χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, σε συνδυασμό με την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία και στην ίδρυση ιατρικών διαγνωστικών κέντρων, τα οποία λειτουργούν κυρίως σαν αυτόνομες μονάδες. Αρκετές όμως ιδιωτικές κλινικές, λόγω και της δυνατότητας που παρέχει το νομοθετικό πλαίσιο για τη συστέγαση - εγκατάσταση στο χώρο τους και άλλων ανεξάρτητων εταιρειών, αξιοποιώντας την υπάρχουσα υποδομή σε βιοϊατρική τεχνολογία, έχουν επεκτείνει τις δραστηριότητες τους και στο χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Τα άτυπα αυτά «διαγνωστικά κέντρα», στην πράξη δηλαδή ο εργαστηριακός τομέας της κλινικής, προσφέρουν υπηρεσίες διαγνωστικού χαρακτήρα τόσο στους νοσηλευόμενους όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς, εξασφαλίζοντας ιδιαίτερα σημαντικά κέρδη.

Το 1991 ο αριθμός των διαγνωστικών κέντρων ανερχόταν σε 192, ενώ σήμερα υπολογίζεται ότι σε όλη τη χώρα λειτουργούν περισσότερα από 400 και βρίσκονται κυρίως στα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης (Πίνακας 3.11). Κατά κανόνα διαθέτουν σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, τον οποίο έχουν τη δυνατότητα να αντικαθιστούν και να ανανεώνουν σε μικρό χρονικό διάστημα, καθώς και υψηλού επιπέδου στελέχωση. Υπάρχουν όμως αρκετά των οποίων η τεχνολογία που χρησιμοποιείται είναι παλαιά και οι διαγνωστικές υπηρεσίες που παρέχουν είναι συχνά χαμηλής ποιότητας, δεδομένου ότι δεν υπάρχει έλεγχος για την ποσότητα, την ποιότητα και την καταλληλότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν, και το σημαντικότερο, δεν

υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο που θα ορίζει τις προδιαγραφές ίδρυσης και λειτουργίας τους.

Πίνακας 3.11
Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ανά ΔΥΠΕ (2005)

ΔΥΠΕ	Διαγνωστικά Κέντρα
Α΄ Αττικής	134
Β΄ Αττικής	100
Γ΄ Αττικής	44
Α΄ Κεντρικής Μακεδονίας	19
Β΄ Κεντρικής Μακεδονίας	4
Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης	13
Δυτικής Μακεδονίας	5
Ηπείρου	5
Θεσσαλίας	14
Ιονίων Νήσων	1
Δυτικής Ελλάδας	19
Στερεάς Ελλάδας	15
Πελοποννήσου	7
Βορείου Αιγαίου	2
Α΄ Νοτίου Αιγαίου	4
Β΄ Νοτίου Αιγαίου	2
Κρήτης	13
Σύνολο	401

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2007

Με τη στροφή του ιδιωτικού τομέα προς την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία και τη ραγδαία ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια, μπορούμε να πούμε ότι μεταξύ των χωρών-μελών της ΕΕ, η Ελλάδα διαθέτει τους περισσότερους αναλογικά μαγνητικούς τομογράφους, όπου σε κάθε εκατομμύριο πληθυσμού αντιστοιχούν 21,8, τη στιγμή που ο μέσος όρος της ΕΕ είναι 9,5 μαγνητικοί τομογράφοι. Αντίστοιχη είναι η κατάσταση αναφορικά και με τους αξονικούς τομογράφους, όπου η χώρα μας, με 33,9 ανά εκατομμύριο πληθυσμού, είναι δεύτερη μετά την Κύπρο (35,5), τη στιγμή που ο Κοινοτικός μέσος όρος είναι 19,2 αξονικοί τομογράφοι (Οικονόμου Χ., 2012).

Σχεδόν όλα τα διαγνωστικά κέντρα είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ και τα υπόλοιπα ταμεία υγείας και κλάδους υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών και αμείβονται για τις παρεχόμενες υπηρεσίες κατά πράξη και περίπτωση. Επίσης, παρέχουν υπηρεσίες άμεσα στους ιδιώτες ασθενείς, όπου η δαπάνη καλύπτεται είτε με άμεση καταβολή του κόστους από το χρήστη είτε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης. Πολλά από αυτά έχουν συμβάσεις και με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για τη διενέργεια κυρίως προασφαλιστικών ελέγχων, αλλά και γενικότερα την παροχή εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών.

Είναι προφανές ότι ο έντονος ανταγωνισμός που έχει αναπτυχθεί, σε συνδυασμό με την ανυπαρξία από την πλευρά των ασφαλιστικών οργανισμών μηχανισμών ελέγχου των παραπομπών των ασθενών και με τις ιδιαίτερα χαμηλές κρατικές τιμές των ιατρικών πράξεων, οδηγεί συχνά σε προκλητή ζήτηση και συνεπώς υπερκατανάλωση υπηρεσιών.

Τα ασφαλιστικά ταμεία καλούνται συχνά να καταβάλουν υπέρογκα ποσά για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, κυρίως αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες, κλπ., τα οποία τις περισσότερες φορές δεν δικαιολογούνται επαρκώς επιστημονικά. Επιπρόσθετα, είναι κοινό μυστικό ότι ορισμένοι γιατροί του ΕΣΥ διατηρούν «σχέσεις» με ορισμένα διαγνωστικά κέντρα και ότι σχεδόν όλα τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα έχουν παρόμοιες «σχέσεις» με γιατρούς των ασφαλιστικών ταμείων και των δημόσιων νοσοκομείων. Συνέπεια της εν λόγω κατάστασης είναι ότι η Ελλάδα εμφανίζει τη μεγαλύτερη αναλογία εξετάσεων στην ΕΕ, αναλογώντας 98,1 μαγνητικές και 320,9 αξονικές τομογραφίες ανά 1.000 άτομα (OECD, 2010).

Επίσης, στην Ελλάδα λειτουργούν πάνω από 25.000 ιδιωτικά ιατρεία και 12.000 οδοντιατρεία. Οι συμβεβλημένοι ιατροί οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας αμείβονται κατά πράξη από τα ασφαλιστικά ταμεία, που είναι ένας τρόπος αμοιβής ο οποίος θεωρητικά εισάγει προκλητή μη αναγκαία ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ορισμένοι ιατροί χρεώνουν για επιπλέον επισκέψεις ή συνταγογραφούν περισσότερες διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα από αυτά που ιατρικώς απαιτούνται, με σκοπό την ενίσχυση του εισοδήματός τους. Με αποτέλεσμα, τα ασφαλιστικά ταμεία να επωμίζονται επιπρόσθετο οικονομικό κόστος. Επιπλέον, όσο οι αμοιβές των ιατρών διατηρούνται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, οι άτυπες πληρωμές των ιατρών από τους ασθενείς γίνονται όλο και πιο συχνές (Οικονόμου Χ., 2012).

Αντίθετα, οι οδοντίατροι και οι ιατροί που δεν είναι συμβεβλημένοι αποζημιώνονται κατά πράξη απευθείας από τους ασθενείς. Οι εν λόγω αμοιβές συνήθως προσδιορίζονται σε ένα ελάχιστο επιτρεπτό επίπεδο από τους ιατρικούς συλλόγους και εξαρτώνται από τα προσόντα και τις δεξιότητες του ιατρού. Για τους ιατρούς ειδικοτήτων οι αμοιβές συνήθως κυμαίνονται από 40 ευρώ έως 100 ευρώ ανά επίσκεψη. Το ποσό αυτό εξαρτάται από παράγοντες προσφοράς και ζήτησης, καθώς και από το κατά κεφαλήν εισόδημα στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές.

Οι φυσιοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές και οι εργοθεραπευτές δραστηριοποιούνται κυρίως ιδιωτικά και αμείβονται κατά πράξη απευθείας από τους ασθενείς. Μόνο ένα μικρό ποσοστό από τις εν λόγω κατηγορίες επαγγελματιών συμβάλλεται με τα ασφαλιστικά ταμεία και αποζημιώνεται κατά πράξη από το φορέα. Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι οι υπηρεσίες αποκατάστασης (φυσιοθεραπεία κ.λπ.) και οι υπηρεσίες για ηλικιωμένους (γηριατρικά κέντρα) παρέχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα.

3.9 Τα κυριότερα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Τα πράγματα στον τομέα της ΠΦΥ παραμένουν στην Ελλάδα σχεδόν αναλλοίωτα τα τελευταία 30 χρόνια, σε ένα συνεχώς επιδεινούμενο κοινωνικό, οικονομικό και υγειονομικό περιβάλλον. Η ιστορική διαδρομή της ΠΦΥ στην Ελλάδα είναι συνυφασμένη με τις γενικότερες μεταρρυθμίσεις της πολιτικής 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 οι όποιες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες έγιναν έμειναν ημιτελείς και δε βελτίωσαν στο ελάχιστο την κατάσταση, ούτε σε όρους ποιότητας, ούτε σε όρους αποτελεσματικότητας, ισότητας και πρόσβασης. Έτσι, ότι υπάρχει δεν θυμίζει σχεδόν σε τίποτα ένα σύγχρονο σύστημα ΠΦΥ που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

Συνοπτικά, στην έκθεση της Επιτροπής των ξένων εμπειρογνομόνων υπό τον Καθηγητή Abel-Smith (Abel-Smith *et. al.*, 1994) που δόθηκε το 1994 στο Υπουργείο Υγείας για τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, επισημαίνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, πληθωρισμό γιατρών ειδικοτήτων και απουσία γενικών ιατρών, που θα μπορούσαν να λειτουργούν ως «gatekeepers» οικογενειακοί γιατροί, δηλαδή ως οι πρώτοι επαγγελματίες υγείας που βλέπει ένας ασθενής και στις περισσότερες περιπτώσεις και οι τελευταίοι, αποσυμφωνώντας έτσι το έργο των Νοσοκομείων.

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

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

Η τρέχουσα βαθειά οικονομική κρίση επιδείνωσε ακόμη περισσότερο την κατάσταση, άνοιξε όμως ένα παράθυρο ευκαιρίας για πραγματικές αλλαγές προς ένα πιο ολοκληρωμένο δημόσιας χρηματοδότησης σύστημα υγείας. Εξάλλου, η πραγματικότητα το επιβεβαιώνει. Σε μια περίοδο λοιπόν που τα συστήματα υγείας συγκλίνουν, ενσωματώνοντας εργαλεία και καλές πρακτικές, είναι αναμενόμενο και το Ελληνικό σύστημα να πάρει ιδέες και εργαλεία, να τα προσαρμόσει και να τα εντάξει στο δικό του σύστημα (Πολύζος Ν., 2013).

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

1. Υπάρχει πλήρης απουσία μηχανισμού ελέγχου της εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παραπομπής και προσανατολισμού των ασθενών στις υπηρεσίες και συντονισμού μεταξύ των προμηθευτών εξωνοσοκομειακής φροντίδας και των νοσοκομειακών ιατρών, με αποτέλεσμα να διαρρηγνύεται η

- συνέχεια στη φροντίδα και να αυξάνεται η αναποτελεσματικότητα του συστήματος.
2. Η απουσία ενός συστήματος παραπομπής των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αντικατοπτρίζεται στο χαμηλό ποσοστό των γενικών - οικογενειακών ιατρών που δραστηριοποιούνται στη χώρα. Είναι προφανές ότι οι υφιστάμενοι γενικοί ιατροί δεν επαρκούν τόσο αριθμητικά, όσο και ποιοτικά για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και αυτό θα συνεχιστεί όσο η ειδικότητα της γενικής ιατρικής εξακολουθεί να παραμένει χαμηλού επαγγελματικού και κοινωνικού κύρους.
 3. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλού βαθμού πολυκερματισμό. Υπάρχει πληθώρα φορέων με διαφορετικά οργανωτικά και διοικητικά σχήματα, που προσφέρουν υπηρεσίες, χωρίς καμία οργανωτική και λειτουργική σύνδεση μεταξύ τους, με πολλές επικαλύψεις, ενώ παρατηρούνται μεγάλες διαφοροποιήσεις στον τρόπο και τις διαδικασίες παροχής των φροντίδων και σημαντικές ανισότητες στο εύρος, το είδος και την ποιότητα αυτών. Αυτό αποδεικνύεται και από το ότι στις αγροτικές περιοχές της χώρας, στις οποίες κατοικεί το 30% περίπου του πληθυσμού, η ΠΦΥ παρέχεται κυρίως από Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία. Ενώ, στις αστικές περιοχές, στις οποίες κατοικεί το 70% περίπου του πληθυσμού, η πρωτοβάθμια φροντίδα εν ελλείπει των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου παρέχεται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τις μονάδες υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και από ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά εργαστήρια, συμβεβλημένους ή μη με τα ασφαλιστικά ταμεία.
 4. Το μεγαλύτερο μέρος της δραστηριότητας των κέντρων υγείας και των πολυϊατρείων του ΕΟΠΥΥ περιορίζεται στη συνταγογράφηση, την περίθαλψη, ή την παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία ή στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, και απουσιάζουν δραστηριότητες με στόχο την πρόληψη και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.
 5. Η επίσκεψη στο σπίτι έχει σχεδόν εγκαταλειφθεί, ενώ η φροντίδα ασθενών με καρκίνο ή άλλα χρόνια νοσήματα που οδηγούν στην αναπηρία και στον

περιορισμό στο σπίτι είναι αποσπασματική, συχνά επιτελούμενη από ανεκπαίδευτο νοσηλευτικό προσωπικό.

6. Ανύπαρκτη είναι και η συμμετοχή της κοινότητας στο σύστημα, παρόλο που ο ΠΟΥ τονίζει με ιδιαίτερη έμφαση ήδη από τη Διακήρυξη της Άλμα - Άτα, αλλά πολύ περισσότερο σήμερα (WHO, 2008), το ρόλο της κοινότητας σε όλα τα επίπεδα αποφάσεων που έχουν σχέση με την υγεία.
7. Η απουσία συστηματικής καταγραφής επισκέψεων και τήρησης ιατρικού φακέλου οδηγούν στην έλλειψη ολοκληρωμένης και αξιόπιστης καταγραφής στοιχείων που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στην ΠΦΥ και την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού ευθύνης.
8. Παρατηρείται ανεπαρκή στελέχωση των κέντρων υγείας και των πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ελλιπή εκπαίδευση, αλλά και μεγάλη ανισοκατανομή του προσωπικού με το μεγαλύτερο μέρος να υπηρετεί στα αστικά κέντρα. Με αποτέλεσμα να έχουμε και το φαινόμενο προσέλκυσης ασθενών στα αστικά κέντρα.
9. Ως προς τα περιφερειακά ιατρεία μπορούμε να αναφέρουμε ότι υπάρχει ανεπαρκής επαγγελματική εμπειρία των υπηρετούντων γιατρών (ανεidίκευτοι ιατροί).
10. Οι κτηριακές εγκαταστάσεις των Κέντρων Υγείας και των πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ εμφανίζουν αρκετά προβλήματα, όπως η έλλειψη χώρου, η ανεπαρκής συντήρηση, οι ακατάλληλοι και μη λειτουργικοί χώροι των εργαστηρίων και η ανάγκη ανακαίνισης του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, τόσο στα γραφεία του προσωπικού, όσο και στις αίθουσες αναμονής.
11. Τα Κέντρα Υγείας δεν είναι διοικητικά, διαχειριστικά και οικονομικά αυτόνομα.
12. Ο μέχρι πρόσφατα μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων παρείχε υπηρεσίες που ήταν διαφορετικές μεταξύ τους, ως προς την ποιότητα και την έκταση των παρεχόμενων υπηρεσιών, και είδαμε παραπάνω το παράδειγμα με την οδοντιατρική περίθαλψη.
13. Ο σχετικά μεγάλος αριθμός των συμβεβλημένων με τα ταμεία ιατρών και η αμοιβή τους κατά πράξη και περίπτωση συνέβαλαν στην εισαγωγή προκλητής ζήτησης, υπερφόρτωσε το σύστημα με περιττές επισκέψεις και αύξησαν το κόστος που επωμίστηκαν τα ασφαλιστικά ταμεία.

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

προσδιορισμένους δείκτες επίδοσης, επιτείνοντας τη διαμόρφωση μιας κουλτούρας απουσίας υπευθυνότητας και λογοδοσίας.

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

3.10 Ανακεφαλαίωση

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ δεν είχε τη δέουσα πολιτική υποστήριξη και κατά συνέπεια την αναγκαία μεταφορά πόρων ώστε να αποτελέσει εμφανή πολιτική προτεραιότητα. Εντούτοις, ιστορικά τα πολυιατρεία του ΙΚΑ, αλλά και μέρος των κέντρων υγείας του ΕΣΥ, κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας τους, είχαν επιδείξει υποδειγματική λειτουργία στην άσκηση καλής κλινικής πρακτικής και αποτελεσματικής ιατροασφαλιστικής διαχείρισης.

Είναι αναγκαίο να επισημανθεί, ότι η χώρα διαθέτει ένα από τα πυκνότερα δίκτυα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με δυνητικά πολλαπλές επιλογές στο επίπεδο του χρήστη. Κατά συνέπεια, η μεταρρύθμιση και ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα είναι μείζονος σημασίας δεδομένου ότι έχει σημαντική επίδραση στη νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη, στις δαπάνες υγείας, στις παρεχόμενες υπηρεσίες και στο επίπεδο υγείας των πολιτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΤΟ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια γίνεται στην Ελλάδα μια σημαντική προσπάθεια εκσυγχρονισμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, πλαισιωμένη από ποικίλες νομοθετικές ρυθμίσεις που στην πράξη όμως δεν έχουν εφαρμοστεί. Η απουσία οικογενειακού γιατρού, τα έντονα φαινόμενα προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας, η ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου και διαχείρισης, η έλλειψη διασύνδεσης της εξωνοσοκομειακής με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, η δυσχέρεια στην πρόσβαση, η αδυναμία στην ανάλυση του κύματος της ζήτησης προς τα νοσοκομεία, η χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από την ποιότητα και ανταποκρισιμότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, εξακολουθούν να συνθέτουν σήμερα την εικόνα του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας.

Έχει βεβαιωθεί ότι ο μεγάλος κατακερματισμός και η λειτουργική ασυνέχεια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συμβάλουν στη δυσμενή διαμόρφωση της ποιότητας, της επάρκειας και του ολιστικού χαρακτήρα της φροντίδας για την υγεία, ενώ ταυτοχρόνως ευνοούν τη μεγέθυνση της ιδιωτικής δαπάνης και την ανάπτυξη παραοικονομικής δραστηριότητας, η οποία εντείνει τις ανισότητες στην πρόσβαση. Επίσης, δεν υπάρχει ολοκληρωμένη, συντονισμένη και μακροπρόθεσμη πολιτική στον τομέα της πρόληψης και προαγωγής υγείας, γεγονός που μερικώς εξηγεί την διαχρονική αναλογική επιδείνωση πολλών υγειονομικών μας δεικτών.

Επιπροσθέτως, το ελληνικό σύστημα υγείας πάσχει από την έλλειψη κινήτρων συγκράτησης της δαπάνης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αναδρομική χρηματοδότηση των δαπανών αποδεικνύεται ότι αδυνατεί να ελέγξει το κόστος της ΠΦΥ, καθώς δεν παρέχει κίνητρα συγκράτησης του κόστους, προϋποθέτοντας ότι οι προμηθευτές υγείας λειτουργούν βάσει των αρχών της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Τέλος, η απουσία στρατηγικών οργάνωσης και κατανομής των παραγωγικών συντελεστών με τις μεθόδους

αποζημίωσης των ιατρών δεν παρέχουν κίνητρα για τη βελτίωση των παρεχόμενων πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Η τρέχουσα βαθειά οικονομική κρίση επιδείνωσε ακόμη περισσότερο την κατάσταση, άνοιξε όμως ένα παράθυρο ευκαιρίας για πραγματικές αλλαγές προς ένα πιο ολοκληρωμένο δημόσιας χρηματοδότησης σύστημα υγείας. Εξάλλου, η πραγματικότητα το επιβεβαιώνει. Σε μια περίοδο λοιπόν που τα συστήματα υγείας συγκλίνουν, ενσωματώνοντας εργαλεία και καλές πρακτικές, είναι αναμενόμενο και το Ελληνικό σύστημα να πάρει ιδέες και εργαλεία, να τα προσαρμόσει και να τα εντάξει στο δικό του σύστημα (Πολύζος Ν., 2013).

Οι προτάσεις που θα ακολουθήσουν παρακάτω μπορούν να αποτελέσουν τους βασικούς άξονες της προσπάθειας ανασυγκρότησης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Τόσο το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο, όσο και το χρηματοδοτικό του προτεινόμενου υποδείγματος ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν την τήρηση βασικών θεμελιωδών αρχών και κανόνων που θα καθορίσουν τη φυσιογνωμία του και θα προσδιορίσουν σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της όλης προσπάθειας.

4.2 Το προτεινόμενο ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί πολλές προτάσεις για την ανάπτυξη και την εύρυθμη λειτουργία ενός αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (Abel-Smith *et. al.*, 1994, Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. *et. al.* 2000, Μωραϊτής 1996, Πολύζος Ν. 2013, Σουλιώτης Κ. *et. al.* 2013). Επίσης, η διεθνής πρακτική μπορεί να αποτελέσει μια πολύ σοβαρή δεξαμενή ιδεών και προτάσεων, όπως είναι η φιλοσοφία των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (HMOs) στις ΗΠΑ, των Οργανισμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (PCTs) στη Μεγάλη Βρετανία και του γερμανικού υποδείγματος αποζημίωσης της φροντίδας.

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

υγείας, η αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας και τέλος, η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών.

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

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

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

αποδοχή ή μη του νέου υποδείγματος, γεγονός που αποτελεί και τον κύριο στόχο του όλου σχεδιασμού.

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

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

Επίσης, το νέο υπόδειγμα οφείλει να λειτουργεί υπό τις αρχές και τους κανόνες της (α) ελεύθερης επιλογής του ιατρού από μέρους των καταναλωτών, (β) της ασφαλιστικής κάλυψης για τις υπηρεσίες οι οποίες είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματικές, (γ) της χρηματοδοτικής δικαιοσύνης ώστε οι επιβαρύνσεις των χρηστών να είναι ανάλογες του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογες της ανάγκης, (δ) της αποτροπής καταστροφικών δαπανών για τα νοικοκυριά και (ε) της πλήρους λειτουργίας (365 ημέρες το χρόνο, 24 ώρες την ημέρα) ώστε να ανταποκρίνεται στη διαχείριση των προβλημάτων υγείας και του μικρού κινδύνου των νοικοκυριών και της κοινότητας (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013β).

Η καινοτομία των δικτύων έγκειται στο γεγονός ότι αποκαθιστούν τη συνέχεια της φροντίδας και εγγυώνται την άμεση πρόσβαση λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ευθύνης, τα οποία δεν είναι δυνατά με τον κλασικό τρόπο διανομής της ιατρικής φροντίδας. Επιπροσθέτως, προάγουν την ολοκληρωμένη μορφή φροντίδας δεδομένου ότι απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού και εμπεριέχουν εκτός των κλασικών κλινικοεργαστηριακών δραστηριοτήτων και

παρεμβάσεις δημόσιας υγείας όπως είναι η πρόληψη, αγωγή και προαγωγή της υγείας ο έλεγχος του περιβάλλοντος και η διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου.

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

Οι προτάσεις που θα ακολουθήσουν παρακάτω μπορούν να αποτελέσουν τους βασικούς άξονες της προσπάθειας μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας. Τόσο το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο, όσο και το χρηματοδοτικό του προτεινόμενου υποδείγματος ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας θα πρέπει να διασφαλίζουν την τήρηση των παραπάνω θεμελιωδών αρχών και κανόνων που θα καθορίσουν τη φυσιογνωμία του και θα προσδιορίσουν σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της όλης προσπάθειας.

4.3 Οργανωτικές και Λειτουργικές παρεμβάσεις

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

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

ανθρώπινοι τεχνολογικοί πόροι κατανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και τη ζήτηση αντίστοιχων υπηρεσιών.

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

Όπως αναφέρθηκε στο 3^ο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, έπειτα από τη συνένωση των κλάδων υγείας των Ασφαλιστικών Οργανισμών στον ΕΟΠΥΥ, το τοπίο στην ΠΦΥ διαμορφώθηκε με την παράλληλη λειτουργία δύο διαφορετικών δημόσιων υποσυστημάτων που απευθύνονται στο σύνολο σχεδόν του πληθυσμού: ένα υποσύστημα του ΕΣΥ (με τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά-αγροτικά ιατρεία) και ένα του ΕΟΠΥΥ (με τα πολυιατρεία και τις μονάδες υγείας του πρώην ΙΚΑ), καθώς και έναν αριθμό συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτών ιατρών και ιδιωτικών διαγνωστικών εργαστηρίων.

Οι δομές αυτές λειτουργούν, παράλληλα, αλληλοεπικαλυπτόμενες, χωρίς οργανική και διοικητική διασύνδεση, με υψηλό κόστος και αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα. Επίσης, οι δημόσιες δομές ΠΦΥ ακολουθούν διαφορετικό υπόδειγμα διοικητικής οργάνωσης, δηλαδή τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας και υπάγονται απ' ευθείας στη διοίκηση του Οργανισμού, ενώ τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ υπάγονται στα νοσοκομεία αναφοράς, με αποτέλεσμα να είναι θολό το πλαίσιο της οικονομικής τους διαχείρισης, του ανθρώπινου δυναμικού, κλπ (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).

Η λειτουργική, οργανική, διοικητική ενοποίησή τους επιτρέπει την ορθολογικότερη αξιοποίηση υποδομών και επιστημονικού προσωπικού, τη συνένωση δυνάμεων και δυνατοτήτων, οικονομίες κλίμακος, αποδοτικότερη λειτουργία και την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών. Επομένως, τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να μετατραπούν σε Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου.

Η σημερινή κατάσταση υποδεικνύει με προφανή τρόπο τη σκοπιμότητα και τον ορθολογισμό της διαμόρφωσης ενός ενιαίου, δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα. Με την ενοποίηση των υφιστάμενων δομών πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας είναι επακόλουθο ότι μπορεί να επέλθει η μείωση τους όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, η διατήρηση τους ή και η δημιουργία νέων.

Υπό το πρίσμα αυτό η αναδιοργάνωση και η χωροθέτηση των δομών επιτυγχάνεται λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους, όπως α) τον χρόνο πρόσβασης των πολιτών, β) το μέγεθος του πληθυσμού ευθύνης, γ) την πυκνότητα του πληθυσμού ευθύνης, δ) δείκτες προσφοράς, ζήτησης και ανάγκης, ε) την απόσταση της γεωγραφικής ενότητας που καλύπτουν από το πλησιέστερο αστικό κέντρο, στ) την απόσταση από την πλησιέστερη δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, η) την τάση μετακίνησης πληθυσμού για την εξυπηρέτηση των λοιπών αναγκών τους, θ) την εποχιακή μεταβολή του πληθυσμού ευθύνης, ι) το διαθέσιμο υγειονομικό προσωπικό, ια) τη γεωγραφική μορφολογία της κάθε περιοχής και ιβ) τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013α).

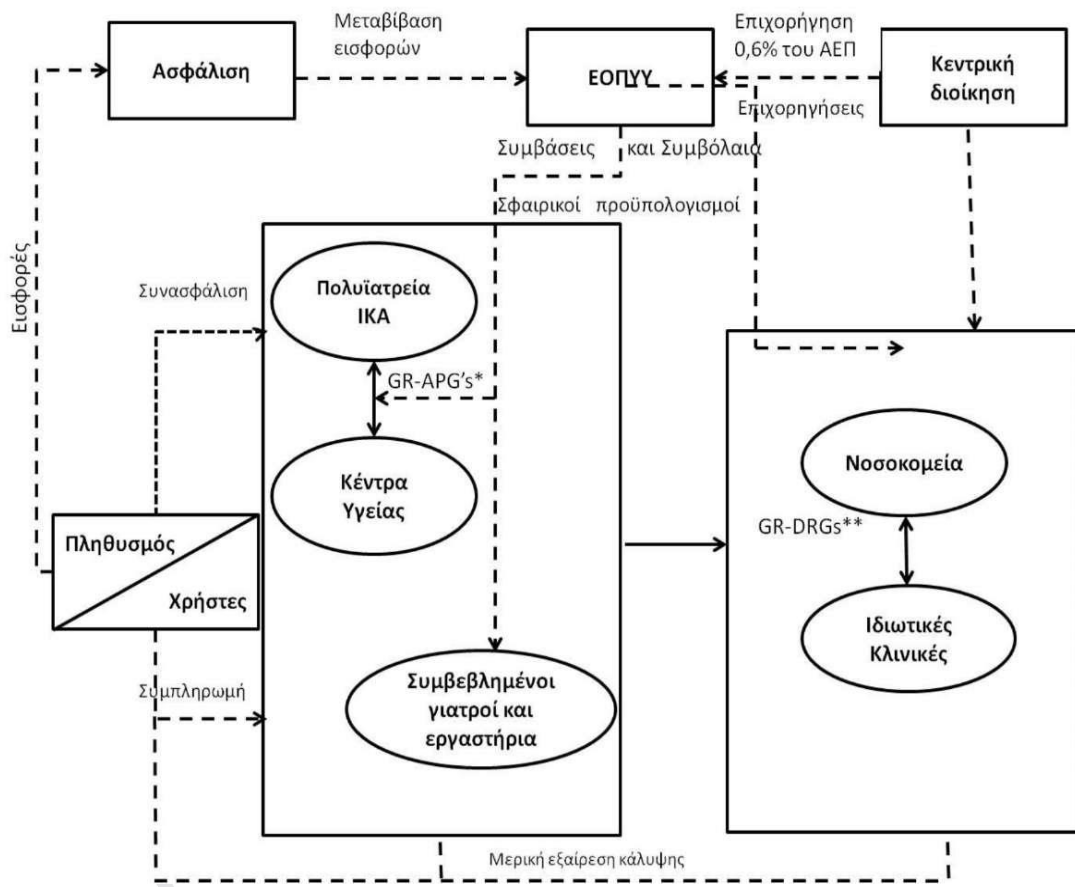
Παράλληλα με την ενοποίηση και αναδιοργάνωση των υποδομών, θα πρέπει να γίνει η **υπαγωγή όλων των δημόσιων δομών ΠΦΥ** (Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία ΕΣΥ, μονάδες ΠΦΥ ΕΟΠΥΥ) **σε ένα φορέα**, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, τη λειτουργία και τη χρηματοδότησή τους. Στο σχεδιασμό του νέου συστήματος θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι δομές του ιδιωτικού τομέα που έχουν συμβληθεί με την κοινωνική ασφάλιση.

Σύμφωνα με προτάσεις ανεξάρτητων ερευνητών ή υπεύθυνων για το σχεδιασμό του συστήματος υγείας στο πλαίσιο του δημόσιου διαλόγου, έχουν κυριαρχήσει δυο εναλλακτικές επιλογές για το ποιος θα είναι ο φορέας στον οποίο θα υπαχθούν οι δημόσιες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

Πρώτη εναλλακτική πρόταση: η βασική αντίληψη εστιάζεται στη δημιουργία ενός οργανισμού παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο οποίος θα αποτελεί διακριτή δομή, υπό τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ κατά τα πρότυπα των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας των ΗΠΑ (Τομέας Οικονομικών της Υγείας – ΕΣΔΥ, 2013β). Η προσέγγιση η οποία προτείνεται είναι η αλλαγή της δομής της αγοράς πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας η οποία διαμορφώνεται από την παρουσία του ΕΟΠΥΥ δια μέσου της απομάκρυνσης από το εγχείρημα του μονοψωνίου και την μετακίνηση προς τη συγκρότηση ενός συμβολαιακού διμερούς μονοπωλίου μεταξύ του οργανισμού και του συνόλου των προμηθευτών πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας (πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, συμβεβλημένοι γιατροί) μέσω συμβολαίων και προγραμματικών συμβάσεων, δια των οποίων διασφαλίζεται ο εσωτερικός

ανταγωνισμός στο πλαίσιο των κλειστών/ σφαιρικών προϋπολογισμών ανάλογα με τον εκάστοτε πληθυσμό αναφοράς (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2012).

Υπό το πρίσμα αυτό, στο Διάγραμμα 4.1 παρουσιάζεται η δομή της αγοράς και οι χρηματοδοτικές και άλλες ροές στο προτεινόμενο υπόδειγμα στο οποίο ο ΕΟΠΥΥ σε συνεργασία με τις δομές της ΠΦΥ, συγκροτεί μια σχέση «αντίπαλου» πόλου προς το νοσοκομειακό σκέλος του υγειονομικού τομέα, ώστε να διευκολυνθεί η συγκράτηση της ζήτησης και η υποκατάσταση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.



Πηγή: Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2012

Διάγραμμα 4.1

Οργανωτικό πλαίσιο και χρηματοδοτική ροή σύμφωνα με την πρώτη εναλλακτική πρόταση

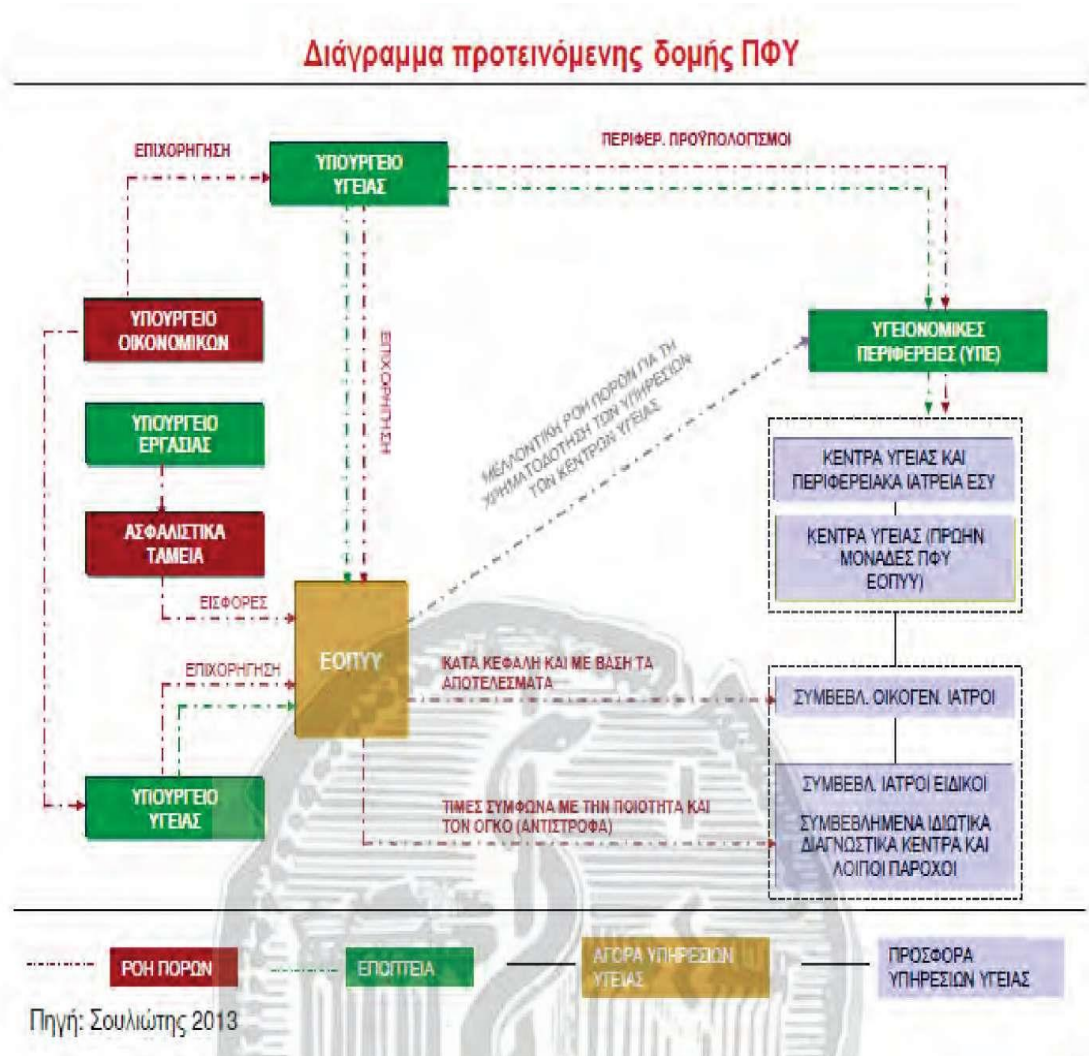
Μια παρόμοια πρόταση είχε διατυπωθεί και παλιότερα, πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, όταν ο κλάδος ασθευείας και τα πολυϊατρεία ανήκαν ακόμα στο ΙΚΑ. Είχε προταθεί η δημιουργία ενός ανεξαρτήτου Οργανισμού πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος θα μπορούσε να συγκροτηθεί από το «μετασχηματισμό» του κλάδου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

Δεύτερη εναλλακτική πρόταση: Ο ρόλος του φορέα, στον οποίο θα υπαχθούν οι δημόσιες δομές της ΠΦΥ, θα μπορούσε να ανατεθεί στο ΕΣΥ και συγκεκριμένα στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ), όπως άλλωστε προέβλεπε και ο ν. 3235/2004 για την ΠΦΥ, ο οποίος όμως δεν υλοποιήθηκε. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή ο ΕΟΠΥΥ παραμένει ως ασφαλιστής (δημόσιο μονοψώνιο) και μεταφέρονται οι υπηρεσίες του ως προμηθευτή στις Υγειονομικές Περιφέρειες, μαζί με το σύνολο των δομών, του ανθρώπινου δυναμικού και του εξοπλισμού που διαθέτει σήμερα. Η πρόταση αυτή αποσκοπεί στη δημιουργία ενός δημόσιου μονοπωλίου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας που συνυπάρχει με το αντίστοιχο μονοψώνιο από την πλευρά της ασφάλισης (Σουλιώτης Κ. *et. al.* 2013, Πολύζος Ν. 2013).

Με άλλα λόγια, ο ΕΟΠΥΥ μετατρέπεται σε έναν γιγάντιο αμιγώς ασφαλιστικό οργανισμό - "εταιρεία" με "μετόχους" τα ασφαλιστικά ταμεία και το ελληνικό δημόσιο, "πελάτες" όλους τους ασφαλισμένους και "αντισυμβαλλόμενους" όλους τους παρόχους - δημόσιους και ιδιωτικούς - υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως αποκλειστικού διαχειριστή του συνόλου των δημόσιων πόρων για την υγεία, συνίσταται στην πλήρη κάλυψη του συνόλου των ασφαλισμένων με την υιοθέτηση ενός βασικού πακέτου παρεχομένων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης των χρονίων νοσημάτων.

Υπό το πρίσμα αυτό, προτείνεται να εστιάσει το ενδιαφέρον του στη συγκέντρωση των πόρων και στην καλύτερη δυνατή χρήση αυτών με περαιτέρω διαπραγματεύση με την πλευρά της προσφοράς, στη θέσπιση προδιαγραφών ποιότητας και αποτελεσμάτων στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και στη σύνδεση αυτών με το σύστημα αποζημίωσης, καθώς επίσης και στην ανάπτυξη ενός συστήματος αξιολόγησης των

παρεχόμενων υπηρεσιών. Βασική αρμοδιότητα του ΕΟΠΥΥ είναι η σύναψη συμβάσεων με όλες τις ιδιωτικές δομές, καθώς και η διαχείριση του συνόλου των δημόσιων πόρων για τον τομέα της υγείας (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).



Πηγή: Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013

Διάγραμμα 4.2

Οργανωτικό πλαίσιο και χρηματοδοτική ροή σύμφωνα με τη δεύτερη εναλλακτική πρόταση

Σε κάθε περίπτωση, η ενδυνάμωση της ΠΦΥ είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη διοικητική αυτοτέλεια των δομών της. Υπό το πρίσμα αυτό, προτείνεται η σχέση του νέου πλέγματος των δομών ΠΦΥ με το νοσοκομείο ή νοσοκομεία της περιοχής να είναι λειτουργική και επιστημονική, αλλά όχι διοικητική - διαχειριστική. Οι νέες μονάδες

ΠΦΥ προτείνεται να έχουν διοικητική αυτοτέλεια με δική τους στελέχωση, προϋπολογισμό και στόχους δαπάνης και αποτελεσμάτων στους οποίους θα πρέπει να πειθαρχούν. Έτσι, τα μεν νοσοκομεία θα απαλλαγούν από ένα σημαντικό κόστος μειώνοντας τις σημερινές απαιτήσεις τους από τον κρατικό προϋπολογισμό, τα δε Κέντρα Υγείας θα μπορέσουν να αναπτυχθούν και να ολοκληρωθούν ως σύγχρονες αυτοδύναμες μονάδες υγείας, οι οποίες θα μπορούν να ελέγξουν τη ζήτηση νοσοκομειακών υπηρεσιών, επιφέροντας επιπλέον μείωση του κόστους νοσοκομειακής λειτουργίας.

Το εκάστοτε δίκτυο αποτελείται από ένα κεντρικό πυρήνα ο οποίος μπορεί να είναι Κέντρο Υγείας ή Πολυιατρείο στο οποίο υπηρετούν ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Η σύνθεση του προσωπικού εξαρτάται από το μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού επιδημιολογικά και ασφαλιστικά, αλλά εμπεριέχει απαραίτητα βασικές ιατρικές ειδικότητες (παθολογία, χειρουργική, μαιευτική - γυναικολογία, παιδιατρική, καρδιολογία, ορθοπεδική κ.α.). Διαθέτει επίσης βασικό εργαστηριακό εξοπλισμό (αιματολογικό και βιοχημικό εργαστήριο, ακτινοδιαγνωστικά και υπερήχους), ενώ συμπληρωματικά με άλλα δίκτυα και ανάλογα τον πληθυσμό μπορεί να αναπτύσσει μονάδες υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας (Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. *et. al.* 2000).

Το δίκτυο ενισχύεται με συμβεβλημένους ιατρούς, οι οποίοι αναφέρονται στην κεντρική δημόσια δομή του, στην οποία υπάγονται διοικητικά και συντονίζονται με στόχο την εύρυθμη λειτουργία του δικτύου και την εξασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης και της μείωσης του κόστους του χρόνου των χρηστών. Στο δυναμικό των δικτύων υπάγονται και τα περιφερειακά ιατρεία της γεωγραφικής ενότητας που καλύπτουν, τα οποία ενισχύονται ανά περίπτωση με ανθρώπινο δυναμικό και τεχνολογικούς πόρους ώστε να διασφαλίζεται η διαχείριση του μικρού κινδύνου και η βασική δέσμη προληπτικών εξετάσεων.

Επιπροσθέτως τα δίκτυα, μέσω συμβολαίων και προγραμματικών συμβάσεων συνδέονται με αμοιβαία συμπληρωματικότητα με άλλα δίκτυα και νοσηλευτικά ιδρύματα, ώστε να διασφαλισθεί η συνέχεια και ο ολοκληρωμένος χαρακτήρας της φροντίδας υγείας, καθώς επίσης και η συμπληρωματικότητα της τεχνολογίας.

Μία βασική αρχή που θα πρέπει να υπηρετεί το νέο σύστημα αφορά στην **24ωρη λειτουργία των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** για την κάλυψη των έκτακτων αναγκών και στην επέκταση του ωραρίου λειτουργίας για

προγραμματισμένες επισκέψεις. Αυτό σημαίνει ότι οι μονάδες ΠΦΥ του ΕΟΠΥΥ θα λειτουργούν κατά τα πρότυπα των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ, προκειμένου το νέο, ενιαίο, δίκτυο να διαμορφωθεί από το σύνολο των δομών του ΕΣΥ και του ΕΟΠΥΥ και να καλύψει με τον τρόπο αυτό τις ανάγκες για υπηρεσίες ΠΦΥ και στα αστικά κέντρα (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013). Έτσι, θα συμβάλλουν καθοριστικά στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων. Με την υλοποίηση αυτής της βασικής αρχής θα αποσυμφορηθούν τα Εξωτερικά Ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και μελλοντικά μπορεί και να καταργηθούν, με αποτέλεσμα να εξοικονομηθούν σημαντικοί πόροι για την ποιοτική βελτίωση των λοιπών υπηρεσιών των νοσοκομείων.

Τα Δίκτυα ΠΦΥ δέχονται τον πληθυσμό ευθύνης τους μετά από σύσταση και παραπομπή του γενικού – οικογενειακού ιατρού ή και απευθείας σε περίπτωση έκτακτων περιστατικών και διασφαλίζουν την ομαλή και βάσει πρωτοκόλλου πορεία του ασθενούς εντός του συστήματος υγείας (patient journey) (π.χ. ιατρός αναφοράς ή ιατρός ειδικότητας – ειδικός γιατρός – διαγνωστικό – επιστροφή στον ιατρό αναφοράς).

Παράλληλα, τα δίκτυα έχουν την ευθύνη αναγνώρισης των αναγκών υγείας του πληθυσμού ευθύνης τους, την καταγραφή των επιδημιολογικών δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών και τη διαμόρφωση των πολιτικών υγείας στην κοινότητα την οποία καλύπτουν. Επιπροσθέτως, εγγυώνται μια **ενιαία και επαρκή δέσμη υπηρεσιών** υγείας για τους κατοίκους της περιοχής ευθύνης, προάγοντας έτσι την ισότητα των πολιτών σε σχέση με τις υπηρεσίες, χωρίς φραγμούς κοινωνικού ή οικονομικού χαρακτήρα ή εμπόδια πρόσβασης.

Η βασική δέσμη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να δίνει έμφαση στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου και την υλοποίηση εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου. Στο άρθρο 1, του ν. 3235/2004 έχει προβλεφθεί πλήρως το περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (βλέπε Υποενότητα 3.4.4 στην παρούσα εργασία).

Τέλος, στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προτείνεται η εισαγωγή της κατ' οίκον φροντίδας με την ενεργοποίηση του ρόλου του νοσηλευτή ΠΦΥ, αλλά και άλλων επαγγελματιών υγείας οι οποίοι συγκροτούν μια ειδική ομάδα, που έχει ως σημείο αναφοράς τον οικογενειακό ιατρό. Στο πλαίσιο αυτό, σε κάθε ασθενή που αξιολογείται ότι χρήζει κατ' οίκον φροντίδας πραγματοποιείται αρχική εκτίμηση της κατάστασης υγείας και καταρτίζεται ατομικό σχέδιο, το οποίο περιλαμβάνει μεταξύ των

άλλων τον τύπο και τη συχνότητα φροντίδας και τους επαγγελματίες που την αναλαμβάνουν. Η ομάδα θα συνεδριάζει σε τακτά διαστήματα για επανεκτίμηση των αναγκών και αναθεώρηση του σχεδίου φροντίδας των ασθενών.

Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας

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

Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (ν. 3235/2004, άρθρο 9). Η τήρηση του ιατρικού φακέλου αναμένεται να συμβάλει στην εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην αυτοματοποίηση των διαδικασιών καταγραφής των κλινικών και εργαστηριακών πληροφοριών που είναι απαραίτητες σε κάθε επαφή των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, αλλά κυρίως στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του νέου συστήματος (Σουλιώτης, Μαριόλης, 2004). Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο οικογενειακός ιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασφαλισμένων που τον έχουν επιλέξει με τις πληροφορίες οι οποίες παράγονται από τον ίδιο.

Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας, εκτός από τον ιατρικό φάκελο, μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας (ν. 3235/2004, άρθρο 9). Επομένως, η υλοποίηση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας κρίνεται απαραίτητη για την παροχή βελτιστοποιημένων υπηρεσιών προς τους πολίτες, τη μείωση του κόστους περίθαλψης και τη βελτίωση της διοικητικής πληροφόρησης των συντελεστών παρόχων, με απώτερο στόχο την μετάβαση σε πλήρως paperless περιβάλλον δημόσιας υγείας.

Άρα, τα θετικά για τον ασφαλισμένο χρησιμοποιώντας την ηλεκτρονική κάρτα υγείας είναι η εύκολη πρόσβαση, η ταχύτητα, η διασφάλιση της προστασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και η αναλυτική πληροφόρηση. Τα πλεονεκτήματα για τους παρόχους υπηρεσιών υγείας είναι η αμεσότητα, η ακρίβεια στοιχείων και η γρήγορη πρόσβαση στο ιστορικό ασθενούς. Ενώ, για τον ασφαλιστικό φορέα είναι η άμεση ταυτοποίηση ασφαλισμένου, η εξάλειψη φαινομένων απάτης, η ορθολογική διαχείριση των προϋπολογισμών, η μείωση διπλών εξετάσεων και γενικότερα η

παρακολούθηση της χρήσης των υπηρεσιών, η αξιολόγηση και ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

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

4.4 Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού

Αναλύοντας την Ευρωπαϊκή εμπειρία και πρακτική (βλέπε 2^ο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας), στον πυρήνα της ΠΦΥ βρίσκεται σε αρκετές περιπτώσεις ο οικογενειακός ιατρός, θεσμός που παρουσιάστηκε στην Αγγλία πριν 30 χρόνια περίπου και λειτουργεί με διάφορες παραλλαγές σε πολλές χώρες, ως το πρώτο σημείο αναφοράς του ασθενούς με το υγειονομικό σύστημα, αλλά και αυτός που κατευθύνει τον ασθενή σε περαιτέρω ενέργειες αν απαιτείται (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).

Όπως είδαμε στο 1^ο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, ο οικογενειακός γιατρός θεωρήθηκε ως ο γιατρός που έχει τον πρωταρχικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ως οικογενειακοί γιατροί έχουν χρησιμοποιηθεί, ανάλογα με τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας, γιατροί χωρίς ειδικότητα, γενικοί γιατροί, παθολόγοι, παιδίατροι, γυναικολόγοι, κλπ. Η σύγχρονη όμως τάση είναι ότι ο ρόλος αυτός ανήκει αποκλειστικά στους γιατρούς γενικής ιατρικής (*general practitioners*), με αποτέλεσμα οι όροι γενικός και οικογενειακός γιατρός να είναι πλέον ταυτόσημοι, παρόλο που ο πρώτος αφορά την ιατρική εξειδίκευση και ο δεύτερος τον τρόπο άσκησης του ιατρικού έργου (Μωραϊτης, 1996).

Επομένως, σύμφωνα με την *British Medical Association (BMA)* ο γενικός - οικογενειακός γιατρός «... είναι πτυχιούχος της ιατρικής που παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, σε οικογένειες και στον πληθυσμό ευθύνης, ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια». Αποδέχεται την υπευθυνότητα μιας αρχικής απόφασης για κάθε πρόβλημα που του παρουσιάζει ο ασθενής του και

συνεργάζεται με ειδικούς όταν το θεωρεί αναγκαίο. Η διάγνωσή του συγκροτείται με κριτήρια οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά (Royal College of General Practitioners, 1969).

Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, είναι σημαντικός, γιατί επαναφέρει την ιατρική πράξη στα πλαίσια της καθημερινής κοινωνικής ζωής, κοντά στο περιβάλλον του αρρώστου, μέσω της σωστής επικοινωνίας ασθενή - γιατρού. Ακόμα, χρησιμοποιεί τους διαθέσιμους πόρους για το καλύτερο όφελος των ασθενών, αλλά και του συστήματος υγείας, λόγω αποσυμφόρησης των νοσοκομείων.

Στην Ελλάδα, ο θεσμός του γενικού - οικογενειακού ιατρού εφαρμόζεται μερικώς στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων από τη δεκαετία του '60 και στην πρόσφατη περίοδο, επίσης μερικώς, στα Κέντρα Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αν και οι σχετικές ενδείξεις και έρευνες γνώμης δείχνουν την ευρεία αποδοχή του θεσμού μεταξύ των γιατρών αλλά και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, εν τούτοις το εγχείρημα δεν είχε την αναμενόμενη επιτυχία εξαιτίας κυρίως της έλλειψης πολιτικής υποστήριξης (Κυριόπουλος Γ., 1996).

Τη δεκαετία του '80 με τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας επιχειρήθηκε η προώθηση μιας φιλόδοξης εθνικής στρατηγικής για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η πολιτική αυτή, παρά το γεγονός ότι συνοδεύτηκε από σημαντικές επενδύσεις στην υποδομή, όπως είναι η ανέγερση Κέντρων Υγείας μη αστικού τύπου, και την τεχνολογία, είχε σοβαρά ελλείμματα στις πολιτικές ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού και ειδικότερα στην εκπαίδευση και κατάρτιση των γενικών γιατρών και των επαγγελματιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κυριόπουλος Γ., 1996).

Ειδικότερα, ο θεσμός του γενικού - οικογενειακού γιατρού εισάγεται για πρώτη φορά ως έννοια με το ν. 1397/83 για την ίδρυση του ΕΣΥ (άρθρ. 17,18). Το γεγονός, όμως, ότι δε δημιουργήθηκε νέα ειδικότητα, σύμφωνα με τα διεθνή κριτήρια, οδήγησε στη δυνατότητα υποκατάστασης του οικογενειακού γιατρού από παθολόγο, παιδίατρο ή γενικό γιατρό. Δυο κύρια χαρακτηριστικά του νόμου ήταν η ελεύθερη επιλογή του γιατρού από τον πολίτη και το ανώτατο όριο ασθενών ανά γιατρό. Ο θεσμός, όμως, αυτός δεν τέθηκε ποτέ σε εφαρμογή στα αστικά κέντρα, όπου δεν λειτούργησαν κέντρα υγείας, ενώ στις αγροτικές περιοχές ο γενικός γιατρός είναι ουσιαστικά ο οικογενειακός γιατρός.

Στην έκθεση της επιτροπής εμπειρογνομόνων του 1994, ο οικογενειακός ιατρός προβλέπεται να είναι ιδιώτης ιατρός, συμβεβλημένος με την υγειονομική περιφέρεια,

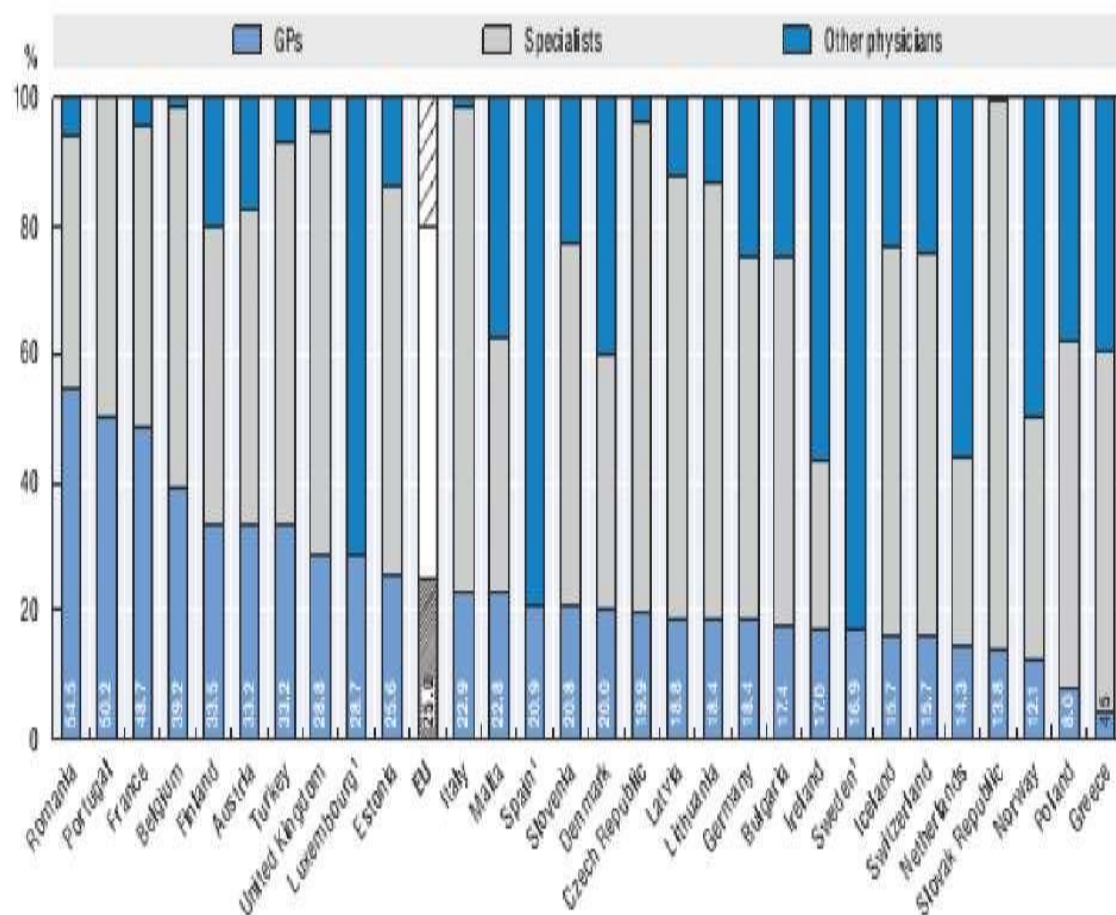
που εκτός από την κατά κεφαλή αμοιβή μπορεί να διαχειρίζεται και προϋπολογισμούς. Αργότερα, με το ν. 2519/97 και τη δημιουργία των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΑΠΦΥ) στις αστικές και ημιαστικές περιοχές (αρθρ. 32) δίνεται η δυνατότητα στον οικογενειακό γιατρό να παραπέμπει τους ασθενείς του σε άλλους φορείς του δικτύου και, ίσως, αυτό υποδηλώνει ένα πρώτο βήμα για τη λειτουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας.

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

Η απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και ενός συστήματος παραπομπής των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αντικατοπτρίζεται στο χαμηλό ποσοστό των γενικών ιατρών που δραστηριοποιούνται στη χώρα. Είναι προφανές ότι οι υφιστάμενοι γενικοί ιατροί δεν επαρκούν τόσο αριθμητικά, όσο και ποιοτικά για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Ενδεικτικά, το 1994 στην Ελλάδα υπήρχαν μόλις 560 ιατροί γενικής ιατρικής (Abel-Smith *et. al.*, 1994), ενώ σήμερα υπολογίζονται γύρω στους 2.500 ιατρούς.

Επίσης, στο παρακάτω διάγραμμα 4.3, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2010 στην Ελλάδα η ειδικότητα της γενικής ιατρικής αποτελεί μόλις το 4,5% του συνόλου των ιατρικών ειδικοτήτων, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, είναι 18,4% και 28,8% αντίστοιχα. Παρατηρούμε ότι η Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3.1.2. General practitioners, specialists and other physicians as a share of total physicians, 2008 (or nearest year available)



Πηγή: OECD, 2010

Διάγραμμα 4.3 Οι γενικοί γιατροί και ιατροί με ειδικότητα ως ποσοστό του συνόλου των ιατρών στις χώρες του ΟΟΣΑ (2008)

Όσον αφορά την ποιοτική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού από τους υφιστάμενους γενικούς ιατρούς, υπάρχουν προβληματισμοί γύρω από το εκπαιδευτικό περιεχόμενο της συγκεκριμένης ειδικότητας, για την οποία δε διερευνήθηκαν οι ανάγκες του συστήματος υγείας στη χώρα μας, ούτε ακολουθήθηκε ένας στρατηγικός σχεδιασμός. Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής, αν και καθιερώθηκε το 1960 με το ΝΔ

4111/60, παραμένει χαμηλού κύρους και δεν έχουν αναπτυχθεί ανάλογα τμήματα στις ιατρικές σχολές.

Το 1960 η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής περιελάμβανε διάρκεια εκπαίδευσης 18 μηνών. Το 1981, στα πλαίσια της προσπάθειας αναπροσανατολισμού του συστήματος υγείας προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η διάρκεια εκπαίδευσης αυξήθηκε στα δύο χρόνια. Έκτοτε, η διάρκεια για την εκπαίδευση στην γενική ιατρική αναπροσαρμόστηκε σε δύο διαφορετικές χρονικές στιγμές και συγκεκριμένα αυτήν του 1985 (Π.Δ. 80/85), όπου αυξήθηκε σε τρία χρόνια, και αυτή του 1994 (Π.Δ. 415/94), όπου έφθασε στα τέσσερα χρόνια (Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., 1996β).

Σύμφωνα με την έκθεση της Επιτροπής των ξένων εμπειρογνομόνων υπό τον Καθηγητή Abel-Smith, το 1994 η οικογενειακή ιατρική στην Ελλάδα αποτελούσε κλάδο χαμηλού γοήτρου και εισοδήματος. Ορισμένοι ειδικευμένοι γιατροί είχαν την τάση να θεωρούν τους συναδέλφους της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως ιατρούς «δεύτερης κατηγορίας» και ότι χρησιμοποιούσαν πολύ περιορισμένα και τεχνολογικά παρωχημένα μέσα. Ο ικανός και φιλόδοξος ιατρός στην Ελλάδα δεν επιθυμούσε να ακολουθήσει τη γενική ιατρική (Abel-Smith *et. al.*, 1994). Δυστυχώς, αυτή η εικόνα ισχύει μέχρι και σήμερα, για αυτό ένας από τους κύριους στόχους της μεταρρύθμισης πρέπει να είναι η αναβάθμιση της ικανότητας, του γοήτρου και του κύρους του γενικού – οικογενειακού γιατρού, ο οποίος πρέπει να είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας.

Ένας τρόπος για την αναβάθμιση της ικανότητας και του γοήτρου του γενικού γιατρού είναι η αναβάθμιση της εκπαίδευσης του. Η εκπαίδευση στη γενική ιατρική θα πρέπει να εισαχθεί και στο προπτυχιακό και στο μεταπτυχιακό επίπεδο της ιατρικής παιδείας. Η ποιότητά της, καθώς και η υποστήριξή της από τις ιατρικές σχολές έχουν ζωτική σημασία. Σε κάθε ιατρική σχολή θα πρέπει να ιδρυθεί τμήμα οικογενειακής ιατρικής με ειδικό καθηγητή στο γνωστικό αυτό αντικείμενο και να δοθεί τέτοια έμφαση ώστε να προβλέπεται αύξηση του αριθμού των οικογενειακών ιατρών και μείωση του αριθμού των άλλων ειδικοτήτων (Abel-Smith *et. al.*, 1994).

Το Πανεπιστήμιο Κρήτης ήταν το πρώτο που περιέλαβε τη Γενική Ιατρική και την ΠΦΥ ως γνωστικό αντικείμενο στην προπτυχιακή εκπαίδευση των φοιτητών της Ιατρικής και που ανέπτυξε ερευνητικό έργο για την ΠΦΥ. Πρόσφατα και άλλες Ιατρικές Σχολές διεξάγουν ερευνητικά προγράμματα και προσφέρουν κατ' επιλογήν μαθήματα στους φοιτητές σχετικά με την ΠΦΥ (Φιλαλήθης Αν., 2008).

Επομένως, λαμβάνοντας υπόψη γενικότερα το μέγεθος και τη σύνθεση του ιατρικού δυναμικού της χώρας μας, προς το παρόν δεν προτείνεται η σύνδεση του θεσμού με το "gatekeeping" (σύστημα παραπομπής - διαλογής περιστατικών) και το ρόλο του οικογενειακού ιατρού αναλαμβάνουν (είτε μεμονωμένα, είτε ως ομάδα) τόσο γιατροί του ενιαίου δημόσιου πλέγματος υπηρεσιών ΠΦΥ, όσο και συμβεβλημένοι ιδιώτες με ειδικότητες Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ενώ, στο πλαίσιο της διαχείρισης ασθενών με χρόνια νοσήματα, ρόλο οικογενειακού γιατρού μπορεί να αναλαμβάνει και ιατρός άλλης ειδικότητας, έπειτα από επιλογή του ασθενή (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).

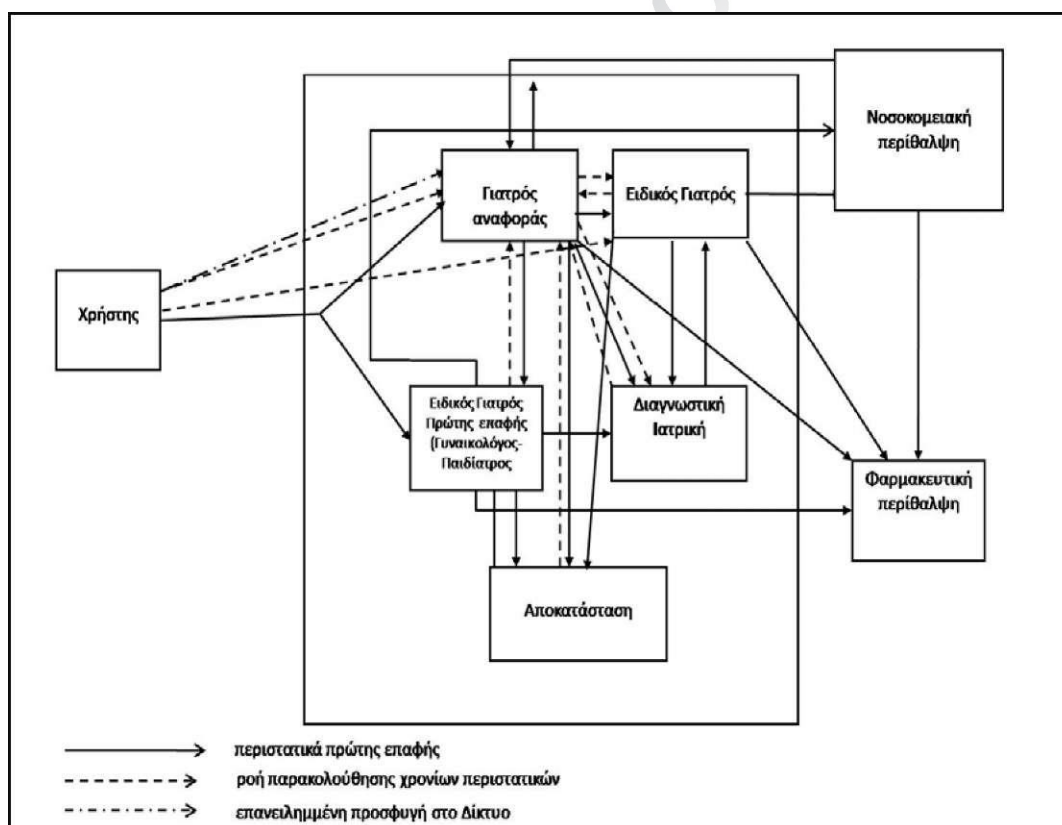
Η διεθνής εμπειρία υποδεικνύει ότι κάθε οικογενειακός ιατρός πρέπει να αντιστοιχεί σε 1.800 με 2.000 κατοίκους, εκτός ίσως από περιπτώσεις αραιοκατοικημένων ημιαστικών και αγροτικών περιοχών, οπότε ο καλυπτόμενος πληθυσμός που θα αντιστοιχεί σε κάθε ιατρό μπορεί να είναι μικρότερο. Κάθε πολίτης θα έχει τη δυνατότητα επιλογής του οικογενειακού γιατρού από έναν κατάλογο των αντίστοιχων ιατρών που εργάζονται στην περιοχή του. Επίσης, θα έχει το δικαίωμα να αλλάξει τον ιατρό του μέσα στην ίδια χρονιά, αν δεν είναι ικανοποιημένος από τις προσφερόμενες υπηρεσίες (Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ. *et. al.* 2000). Ο οικογενειακός ιατρός ασκεί την ιατρική είτε στο ιδιωτικό του ιατρείο, είτε σε κέντρο υγείας, είτε συμπράττει με άλλους οικογενειακούς ιατρούς δημιουργώντας Κέντρα Οικογενειακών Ιατρών (group practice), τα οποία μπορεί και να εφημερεύουν.

Ο οικογενειακός ιατρός θα αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας, καθοδηγώντας τον για τις περαιτέρω κινήσεις του μέσα στο δίκτυο (Διάγραμμα 4.4). Με άλλα λόγια, αν αυτός ο γιατρός κρίνει ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει πλήρως το πρόβλημα του ασθενή του, τον παραπέμπει σε ένα κέντρο υγείας ή νοσοκομείο, όπου υπάρχουν οι γιατροί όλων των ειδικοτήτων. Οι γιατροί αυτοί, αφού εξετάσουν τον άρρωστο και του δώσουν την ενδεδειγμένη θεραπεία, είναι υποχρεωμένοι να ενημερώσουν εγγράφως τον γιατρό που τους τον παρέπεμψε, δηλαδή η συνέχεια της φροντίδας επιτυγχάνεται μέσω της αντίστροφης παραπομπής. Έτσι, ο πολίτης εξυπηρετείται υπεύθυνα, ασφαλέστερα και επιστημονικά σωστά.

Επομένως, ως ιδιαίτερα σημαντική αναδεικνύεται στο νέο υπόδειγμα η συνεργασία των οικογενειακών γιατρών με ιατρούς που διαχειρίζονται εξειδικευμένα προβλήματα υγείας, όπου μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών θα καταστεί εφικτή η υποστήριξη των

ασθενών κυρίως με χρόνιες παθήσεις στον τόπο διαμονής τους, από τους οικογενειακούς γιατρούς (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013).

Ωστόσο, ο χρήστης θα είναι ελεύθερος να επισκέπτεται ειδικούς ιατρούς χωρίς παραπεμπτικό από τον οικογενειακό ιατρό (Διάγραμμα 4.4). Επίσης, εάν ο γιατρός της ΠΦΥ, ο λεγόμενος οικογενειακός γιατρός, κρίνει ότι χρειάζονται εξετάσεις που γίνονται σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, συμβεβλημένα με το ΕΣΥ, μπορεί να τον παραπέμψει σε αυτά, προκειμένου να επισπευσθούν τα ραντεβού και να μην υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής - όταν φυσικά δεν μπορούν τα ραντεβού αυτά να εξυπηρετηθούν εγκαίρως από τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία.



Πηγή: Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2013β

Διάγραμμα 4.4

Η ροή των χρηστών στο Δίκτυο ΠΦΥ

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

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

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

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

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

4.5 Χρηματοδοτικές παρεμβάσεις

Η επιτυχία των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας έγκειται σε μεγάλο βαθμό στη μορφή και την οργάνωση της αγοράς που αναπτύσσεται εντός τους, η οποία οφείλει να ενσωματώνει μηχανισμούς ανάπτυξης ανταγωνιστικών δυνάμεων προς επίτευξη της αποδοτικότητας των επενδύμενων πόρων, της ισότητας στην πρόσβαση, αλλά και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Για τη διασφάλιση της αποδοτικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και του ελέγχου της δαπάνης είναι απαραίτητο η μεταρρύθμιση να λειτουργεί υπό συνθήκες προοπτικής χρηματοδότησης και κλειστών/ σφαιρικών προϋπολογισμών σε επίπεδο χωρικής ενότητας (καλλικρατικός δήμος) για το σύνολο της δαπάνης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (γενικοί – οικογενειακοί ιατροί, ειδικοί ιατροί, διαγνωστικά εργαστήρια και φάρμακα).

4.5.1 Χρηματοδότηση του προτεινόμενου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ο προϋπολογισμός για την ΠΦΥ προτείνεται να είναι σφαιρικός - κλειστός ανά καλλικρατικό δήμο με βάση τον συγκεκριμένο πληθυσμό και να προέρχεται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές για υγειονομική περίθαλψη, αλλά και τη νομοθετημένη επιχορήγηση (συμμετοχή) του Κράτους. Οι εισφορές επί των εισοδημάτων από μισθωτή εργασία που θα συλλέγονται απευθείας στον ΕΟΠΥΥ, θα αποτελούν τη βασική πηγή των πόρων, αλλά θα μπορούσε να επανεξεταστεί και η (μικρή) συμμετοχή του ασθενούς (Πολύζος Ν., 2013).

Ο ΕΟΠΥΥ αφού λάβει υπόψη τον αριθμό των δικαιούχων και σταθμίσει τον κίνδυνο με βάση τα δημογραφικά και νοσολογικά δεδομένα των ασφαλισμένων, θα μεταβιβάζει στις περιφερειακές του δομές τους ανάλογους οικονομικούς πόρους. Για να είναι οικονομικά βιώσιμο το σύστημα πρέπει τα ποσοστά από τις διαφορετικές πηγές να είναι συγκεκριμένα κάθε χρόνο και σε καμία περίπτωση δε μπορούν να ξεπεραστούν μέσα από επιπλέον αιτήματα από τις συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές (Πολύζος Ν., 2013).

Μια τέτοια μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα ήταν αναγκαίο να διασφαλίζει τη συνέχεια και την ολοκλήρωση των φροντίδων με προσανατολισμένη επιλογή και διαχείριση των πόρων για πρωτοβάθμια περίθαλψη από

τα δίκτυα υγείας, έτσι ώστε με τη συνέχεια και την υποκατάσταση να διασφαλίζεται το βέλτιστο μείγμα υπηρεσιών σύμφωνα με τα κριτήρια της ισότητας και της αποτελεσματικότητας.

Ο σφαιρικός - κλειστός προϋπολογισμός αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας σε μακροεπίπεδο, το οποίο χρησιμοποιεί ως κριτήρια κατανομής των πόρων τους δείκτες υγείας, τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς και άλλες κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους μιας περιφέρειας. Επίσης, χρησιμοποιείται για την εσωτερική κατανομή των πόρων μιας μονάδας ή ενός κέντρου υγείας με σημείο αναφοράς το παραγόμενο έργο και την ποιότητά του (Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Οικονόμου Χ., 2000).

Η μορφή αυτή χρηματοδότησης των σφαιρικών προϋπολογισμών βασίζεται στην πρόβλεψη και στην οικονομική διαχείριση της συνολικής επιχορήγησης των λειτουργιών από το κράτος και τις εισφορές των ασφαλισμένων. Η φιλοσοφία του μοντέλου αυτού αφορά στην επιδίωξη των παρακάτω στόχων:

- α) έλεγχος των δαπανών,
- β) συγκράτηση των δαπανών στα πλαίσια του ρυθμού ανάπτυξης των εθνικών οικονομιών,
- γ) προτροπή και παροχή κινήτρων για αύξηση της αποδοτικότητας,
- δ) βελτίωση της παραγωγικότητας και ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών,
- ε) ύπαρξη υποχρεωτικά τράπεζας δεδομένων,
- στ) συμμετοχή όλων στη διαχείριση,
- ζ) εισαγωγή μηχανισμών ελέγχου – συντονισμού και αξιολόγησης των κάθε είδους αποτελεσμάτων.

Γενικότερα, στοχεύει στον ποσοτικό και ποιοτικό έλεγχο της ιατρικής δραστηριότητας και επιδιώκει τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, με την χρησιμοποίηση των πόρων και των μέσων που έχουν οι δομές στη διάθεσή τους (Σουλιώτης Κ., 2000). Ειδικότερα, ελέγχει τον αριθμό των γιατρών και το μέγεθος των υπηρεσιών, παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία υπερβάλλουσας ζήτησης πρωτοβάθμιων φροντίδων υγείας. Με αυτό τον τρόπο ελέγχεται η γεωγραφική κατανομή των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, με συνέπεια να επιτυγχάνεται η ορθολογική κατανομή των δημόσιων και ιδιωτικών επενδύσεων στην περιφέρεια. Συμπερασματικά, συμμετέχει στη διαμόρφωση του

υγειονομικού χάρτη, στην κατανομή των υγειονομικών πόρων και στην ανάπτυξη των υποδομών (Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Οικονόμου Χ., 2000).

Επίσης, η διοικητική και διαχειριστική αποκέντρωση με την εφαρμογή των σφαιρικών - κλειστών προϋπολογισμών μπορεί να συμβάλλει βαθμιαία και στη διοικητική απεξάρτηση της περιφέρειας, με την προϋπόθεση ότι αυτό είναι επιθυμητό από την κεντρική διοίκηση. Στην περίπτωση ενός τέτοιου διοικητικού πλαισίου, η στελέχωση των πρωτοβάθμιων υγειονομικών μονάδων στην περιφέρεια μπορεί να επιτευχθεί με βάση τον υγειονομικό χάρτη κατανομής των πόρων και την παροχή επιστημονικών και οικονομικών κινήτρων (Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Οικονόμου Χ., 2000).

Το συγκριτικό πλεονέκτημα που διαθέτει η περιφέρεια, είναι ότι γνωρίζει πληρέστερα τα υγειονομικά, κοινωνικά, οικονομικά, χωροταξικά χαρακτηριστικά και προβλήματα, και ως εκ τούτου με τα κριτήρια της εντοπιότητας, της αναγκαιότητας και της καταλληλότητας μπορεί να προβαίνει σε αντίστοιχες πολιτικές ανθρωπίνων πόρων. Για την αποφυγή φαινομένων ανάπτυξης «πελατειακών σχέσεων» στην περιφέρεια, οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι θα προσλαμβάνονται από την περιφέρεια, πρέπει να πληρούν συγκεκριμένες προϋποθέσεις και κριτήρια εθνικής εμβέλειας. Η διακριτική ευχέρεια της περιφέρειας έγκειται στη λογική της εντοπιότητας, με συνέπεια να επιτυγχάνεται η ικανοποίηση κατά προτεραιότητα επαγγελματιών, οι οποίοι γνωρίζουν την περιοχή και επιθυμούν να συμβάλλουν στην αναβάθμισή της σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας (Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Οικονόμου Χ., 2000).

Με την υιοθέτηση των παραπάνω κριτηρίων καθίσταται εφικτή η αναβάθμιση της προσφερόμενης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και επιτυγχάνεται η σωστή διακίνηση των ασθενών στην περιφέρεια με πυρήνα την πρωτοβάθμια περίθαλψη και τον γενικό – οικογενειακό γιατρό. Ακόμα είναι δυνατή η ορθολογική κατανομή και διαχείριση των οικονομικών, υλικών και ανθρώπινων πόρων εντός της περιφέρειας. Κατά συνέπεια, η υιοθέτηση της χρηματοδότησης της ΠΦΥ με σφαιρικούς - κλειστούς προϋπολογισμούς μπορεί να αποτελέσει μια επιτυχή πολιτική ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών υγείας (Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Οικονόμου Χ., 2000).

Αναφερόμενοι λοιπόν στο υπόδειγμα του σφαιρικού προϋπολογισμού, εννοούμε εκ των προτέρων αποζημίωση όλων των δραστηριοτήτων του ΕΟΠΥΥ για ένα συνήθως έτος, με πηγή είτε την κοινωνική ασφάλιση, είτε τον κρατικό προϋπολογισμό (Σουλιώτης Κ., 2000). Η εκ των προτέρων χρηματοδότηση όλων των μονάδων υγείας

με το σύστημα του σφαιρικού προϋπολογισμού επιβάλλει την απεξάρτηση των κέντρων υγείας από τους νοσοκομειακούς προϋπολογισμούς. Ως εκ τούτου, τα κέντρα υγείας αποκτούν διοικητική και διαχειριστική αυτονομία μέσω σφαιρικών - κλειστών προϋπολογισμών προερχόμενων από την περιφέρεια, με κριτήριο το μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού (Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Οικονόμου Χ., 2000).

Η καθιέρωση ενός ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού εισάγεται προς αντικατάσταση της αποδεδειγμένα δυσλειτουργικής αναδρομικής χρηματοδότησης ως μέσο συγκράτησης της δαπάνης και ελέγχου του κόστους. Ο καθορισμός του ύψους του ετήσιου σφαιρικού προϋπολογισμού της εκάστοτε περιοχής (πληθυσμός αναφοράς) οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν εκτός του μεγέθους του πληθυσμού και παράγοντες, όπως είναι το φύλο και η ηλικία, οι οποίοι δύνανται να αντανακλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση την πρόβλεψη (με βάση τις ιστορικές σειρές δεδομένων) της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας.

Η υπόθεση αυτή αποτυπώνεται από την ακόλουθη εξίσωση, η οποία υπολογίζει το ποσοστό του συνολικού προϋπολογισμού για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το οποίο θα αντιστοιχεί σε κάθε νομό, βάσει των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2012):

$$\mathbf{RHE} = (\mathbf{P}_i \cdot \mathbf{f}_i \cdot \mathbf{b}_i \cdot \mathbf{a}_i \cdot \mathbf{cm}_i \cdot \mathbf{smr}_i / \mathbf{P}_n) \cdot \mathbf{THE}$$

όπου

RHE: κλειστός - σφαιρικός προϋπολογισμός περιοχής

P_i : πληθυσμός περιοχής

f_i: πληθυσμός γυναικών περιοχής

b_i : αριθμός γεννήσεων περιοχής

a_i : πληθυσμός άνω των 65 ετών

cm_i: πληθυσμός χρονίως πασχόντων περιοχής

smr_i: προτυποποιημένα ηλικιακά θνησιμότητας περιοχής

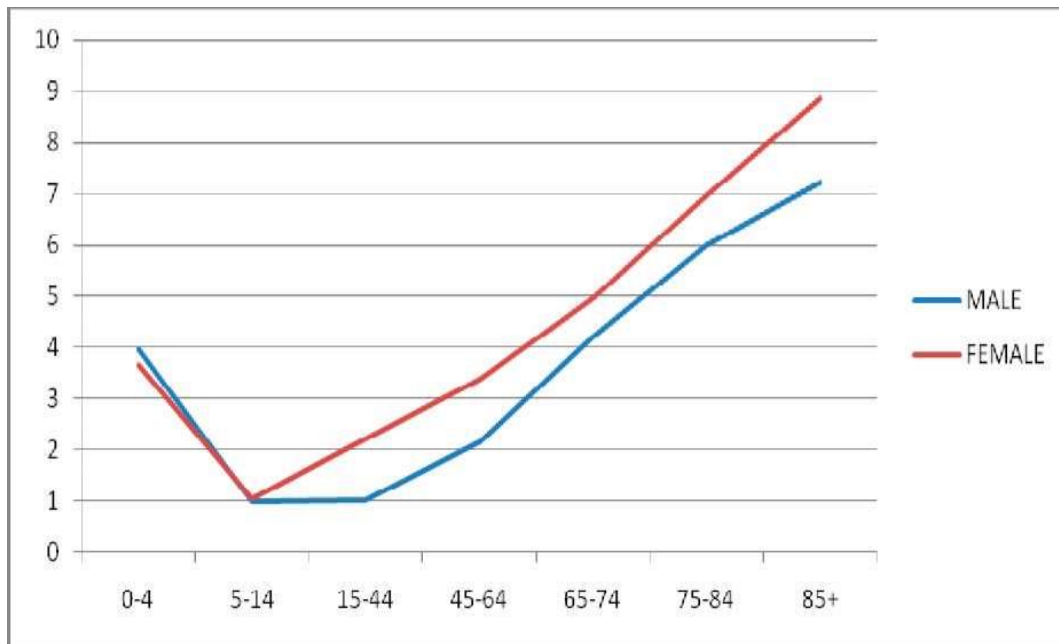
p_n : πληθυσμός χώρας

THE: συνολική δαπάνη υγείας

Κατ επέκταση δια της εκτίμησης των αναγκών του πληθυσμού διαμορφώνεται ο συνολικός ετήσιος προϋπολογισμός σε επίπεδο νομού, ο οποίος αποδίδεται στην αρχή κάθε οικονομικού έτους και δεν δύναται να ξεπεραστεί άνευ τεκμηρίωσης. Ο συνολικός προϋπολογισμός του νομού αποτελείται από επιμέρους τμηματικούς κλειστούς - σφαιρικούς προϋπολογισμούς ανά κατηγορία δαπάνης (προϋπολογισμός για οικογενειακούς ιατρούς, για ιατρούς ειδικοτήτων, για φαρμακευτική περίθαλψη, για εργαστηριακές και απεικονιστικές εξετάσεις κ.α.) και επιμερίζεται βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων και επιδημιολογικών δεδομένων στα δίκτυα των καλλικρατικών δήμων.

Επίσης, σχετικά με την παραπάνω εξίσωση, οι δείκτες f_i , b_i , a_i , cm_i , smr_i έχουν κατασκευαστεί έτσι ώστε να λαμβάνουν τιμές μεγαλύτερες και μικρότερες της μονάδας (1) αυξάνοντας ή μειώνοντας αντίστοιχα το ποσό το οποίο θα διατεθεί στο νομό αναλόγως της απόκλισης του κάθε δείκτη από τον εθνικό μέσο όρο, ο οποίος ισούται με τη μονάδα. Η επιλογή των δεικτών αυτών έγινε λόγω του αυξημένου βάρους που επιφέρουν οι συγκεκριμένοι παράγοντες στον προϋπολογισμό υγείας.

Αναλυτικότερα, αποδεικνύεται ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας εξαρτάται τόσο από το φύλο όσο και από την ηλικία, καθώς αποδεικνύεται ότι η χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερη στο γυναικείο φύλο, όπως και στα πρώτα έτη ζωής του ατόμου και μετά την ηλικία των 65 ετών. Στο Διάγραμμα 4.5 παρουσιάζεται ο δείκτης χρησιμοποίησης υπηρεσιών γενικού ιατρού όπου παρατηρείται η διαφορά χρησιμοποίησης μεταξύ των δύο φύλων, όπως και η σχέση ηλικίας και χρησιμοποίησης υπηρεσιών γενικού ιατρού (Κυριόπουλος Γ. *et. al.*, 2011).

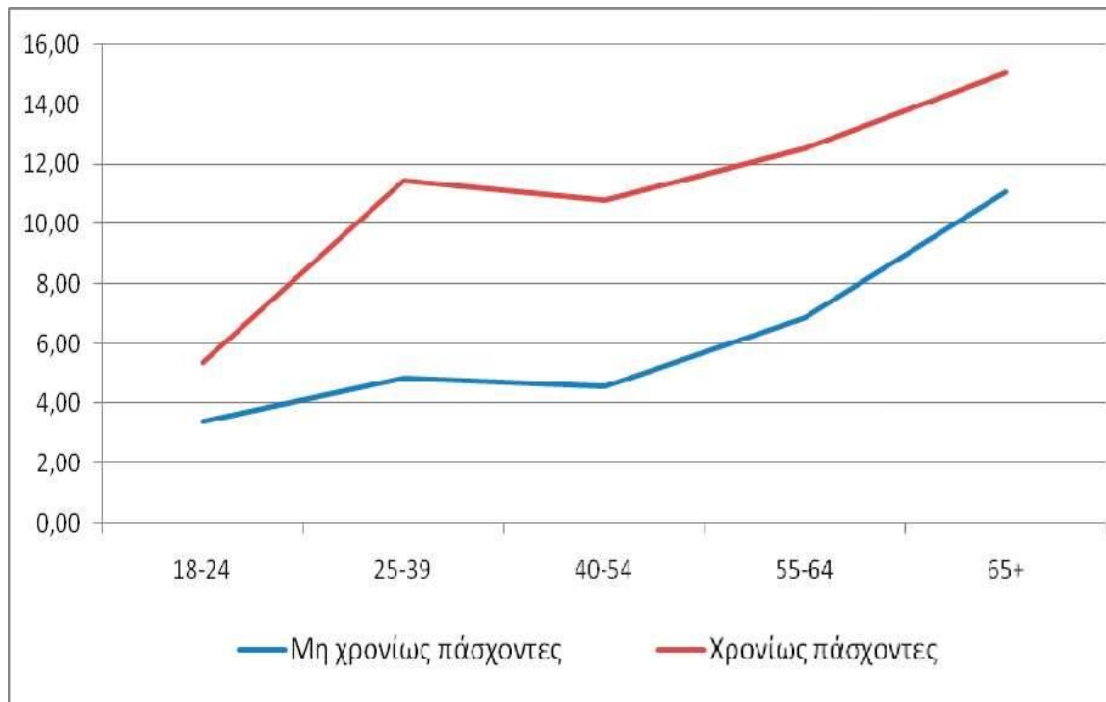


Πηγή: Κυριόπουλος Γ. *et. al.*, 2011

Διάγραμμα 4.5

Δείκτης χρησιμοποίησης υπηρεσιών γενικού ιατρού μεταξύ ανδρών και γυναικών κατά τη διάρκεια της ζωής τους

Επίσης, έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2012) επιβεβαιώνει το γεγονός ότι οι χρονίως πάσχοντες εμφανίζουν υψηλότερη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας καταναλώνοντας συνεπώς περισσότερους πόρους, τονίζοντας έτσι την ανάγκη της αναλόγως αυξημένης χρηματοδότησης των περιοχών όπου ο δείκτης των χρονίως πασχόντων είναι υψηλότερος του εθνικού μέσου όρου (Διάγραμμα 4.6).



Πηγή: Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2012

Διάγραμμα 4.6

Κατά κεφαλή επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς και παθολόγους χρονίως και μη χρονίως πασχόντων ηλικίας 18-65 ετών.

Τέλος, εισάγοντας την παράμετρο της επιπρόσθετης ανάγκης επιλέχθηκε ως δείκτης απόδοσής της το προτυποποιημένο πηλίκο θνησιμότητας, η εκτίμηση του οποίου αποκάλυψε εμφανείς διακυμάνσεις μεταξύ των νομών της χώρας και σημαντικές αποκλίσεις από τον εθνικό μέσο όρο (Κυριόπουλος Γ. *et. al.*, 2011). Κατ' επέκταση, η ένταξή του στην συνάρτηση υπολογισμού του σφαιρικού προϋπολογισμού αναμένεται να συμβάλει στον προσανατολισμό περισσότερων πόρων σε περιοχές όπου η ανάγκη εμφανίζεται μεγαλύτερη, εξομαλύνοντας έτσι σημαντικές αποκλίσεις από το μέσο όρο προάγοντας κατ' αυτό τον τρόπο την ισότητα στα αποτελέσματα και στις εκβάσεις υγείας.

4.5.2 Αποζημίωση των Προμηθευτών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Από τα στοιχεία που παρατεθήκαν στο 3^ο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, γίνεται αντιληπτό ότι το ελληνικό σύστημα υγείας αποζημιώνει τους ιατρούς της

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με πολλαπλές μεθόδους αποζημίωσης. Περιλαμβάνει πάγια αντιμισθία για τους ιατρούς των μονάδων του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ και κατά πράξη και περίπτωση (fee-for-service) με πλαφόν επισκέψεων ανά μήνα για τους ιδιώτες συμβεβλημένους γιατρούς. Το σύστημα αυτό συνδέεται με απουσία κινήτρων παραγωγικότητας για το πρώτο και ύπαρξη κινήτρων προκλητής ζήτησης για το δεύτερο.

Η δημιουργία αγοράς με την εισαγωγή ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών βασισμένη στην ελευθερία επιλογής του καταναλωτή, αλλά και στη λογική του "τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή" (money follows the patient), υπό τον περιορισμό ενός σφαιρικού προϋπολογισμού για κάθε κατηγορία δαπάνης και την εισαγωγή κινήτρων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών, αλλά και προαγωγής της πρόληψης, δύναται να λειτουργήσει ως όχημα προς την επαναφορά της διακήρυξης της Alma-Ata και τον έλεγχο των δαπανών υγείας (Κυριόπουλος Γ. *et. al.*, 2011).

Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται οι ειδικότητες (γενικής ιατρικής, παθολόγοι και παιδίατροι) που θα αναλάβουν το ρόλο του **οικογενειακού γιατρού** να αποζημιώνονται με βάση την κατά κεφαλήν αποζημίωση, με το ετήσιο εισόδημά τους να διαμορφώνεται αναλόγως των εγγεγραμμένων ασθενών (Σουλιώτης Κ. *et. al.*, 2013), καθώς επίσης και με πρόσθετα κριτήρια (π.χ. επιπρόσθετη αποζημίωση για ηλικιωμένους, για χρόνιους πάσχοντες εγγεγραμμένους για τη διενέργεια προληπτικών παρεμβάσεων, κατ' οίκον επισκέψεις, άσκηση ιατρικής σε άγονες και παραμεθόριες περιοχές κτλ.), τα οποία αίρουν τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου (επιλογή περιπτώσεων, αντίστροφη επιλογή), προάγουν την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών και ενισχύουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ ταυτόχρονα περιορίζουν τη διόγκωση της ζήτησης προς τα νοσοκομεία (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2012).

Όμοιο τρόπο αποζημίωσης είχε προτείνει το 1994 και η Επιτροπή των ξένων εμπειρογνομόνων υπό τον Καθηγητή Abel-Smith: «Η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να προσανατολιστεί στη λύση της θέσπισης υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής που θα αμείβονται στη βάση του αριθμού των εγγεγραμμένων ασθενών (capitation). Αλλά οι αμοιβές αυτού του τύπου δεν χρειάζεται να είναι οι μόνες. Θα προτείναμε το εισόδημα των οικογενειακών ιατρών να μπορεί να αυξηθεί με πρόσθετα επιδόματα».

Με βάση τα παραπάνω ο υπολογισμός της αμοιβής του οικογενειακού γιατρού με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας δίδεται από την ακόλουθη σχέση (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2012):

$$\mathbf{HE}_{gp} = (\mathbf{n}_i \cdot \mathbf{c}_i) + (\mathbf{n}_j \cdot \mathbf{c}_j) + [(\mathbf{a}_i + \mathbf{cm}_i) \cdot \mathbf{c}_{prim}] + (\mathbf{h}_v \cdot \mathbf{c}_{hv})$$

όπου

HE_{gp} : αποζημίωση οικογενειακών γενικών γιατρών και παθολόγων

n_i : εγγεγραμμένα άτομα

c_i : κατά κεφαλή αμοιβή ανά εγγεγραμμένο

n_j : πληθυσμός για προσυμπτωματικό έλεγχο

c_j : κατά κεφαλή αμοιβή για προσυμπτωματικό έλεγχο

a_i : αριθμός ηλικιωμένων

cm_i : αριθμός χρονίως πασχόντων

c_{prim} : πρόσθετη αμοιβή για ηλικιωμένους και χρονίως πάσχοντες

h_v : αριθμός κατ'οίκον επισκέψεων

c_{hv} : αμοιβή κατ'οίκον επίσκεψης

Ομοίως προτείνεται να αποζημιώνονται και οι οικογενειακοί γιατροί που έχουν την ειδικότητα του παιδίατρο, με τη διαφορά ότι το επιπρόσθετο εισόδημα τους θα καθορίζεται από τους εμβολιασμούς τους οποίους διενεργούν στα παιδιά, καθώς και από τις κατ'οίκον επισκέψεις. Η αντίστοιχη σχέση είναι η εξής (Τομέας Οικονομικών της Υγείας - ΕΣΔΥ, 2012):

$$\mathbf{HE}_p = (\mathbf{n}_i \cdot \mathbf{c}_i) + (\mathbf{n}_j \cdot \mathbf{c}_j) + (\mathbf{h}_v \cdot \mathbf{c}_{hv})$$

όπου

HE_p : αποζημίωση παιδιάτρων

N_i : πληθυσμός παιδιών

c_i : κατά κεφαλήν αμοιβή

n_j : πληθυσμός εμβολιασθέντων

c_j : κατά κεφαλή αμοιβή για εμβολιασμό

h_v : αριθμός κατ'οίκον επισκέψεων

Chv : αμοιβή κατ οίκον επίσκεψης

Η αμοιβή κατά κεφαλή αποτελεί τρόπο αποζημίωσης των προσφερόμενων ιατρικών φροντίδων, η οποία βασίζεται στον αριθμό των ασφαλισμένων που δέχεται να περιθάλπει ο γιατρός σε ένα προκαθορισμένο διάστημα, συνήθως ένα έτος, ανεξάρτητα από τον αριθμό των επισκέψεων και το είδος των φροντίδων, που θα τους παρασχεθούν.

Ο συμβεβλημένος καταναλωτής στην αρχή της χρονιάς επιλέγει τον γιατρό του. Η δυνατότητα επιλογής αποτελεί ένα σημαντικό πλεονέκτημα στο σύστημα αυτό, γιατί σε περίπτωση μη ικανοποίησης του ασφαλισμένου-καταναλωτή από τον συγκεκριμένο γιατρό, του παρέχεται η δυνατότητα αλλαγής του (Σούλης Σ., 1998).

Με τη μέθοδο αυτή, ο κάθε πολίτης αισθάνεται ότι έχει το δικό του οικογενειακό γιατρό, για μεγάλο χρονικό διάστημα, μέσω του οποίου εξασφαλίζεται υψηλή συνέχεια στη φροντίδα. Ο γιατρός, από την άλλη μεριά, έχει επαγγελματική αυτονομία, αφού είναι υπεύθυνος για τη στελέχωση, οργάνωση και λειτουργία του ιατρείου του. Για τον ασφαλιστικό φορέα το κόστος είναι σε μεγάλο βαθμό προβλέψιμο, ενώ το σύστημα δεν δημιουργεί κίνητρα για υπερκατανάλωση, αλλά αντίθετα ενθαρρύνει τους γιατρούς να προάγουν την πρόληψη και να περιορίζουν τις άσκοπες επισκέψεις (Σούλης Σ., 1998).

Με άλλα λόγια, η χρηματοδοτική αυτή πολιτική περιορίζει την προκλητή ζήτηση, γιατί η αμοιβή του γιατρού είναι προκαθορισμένη στα πλαίσια του αντίστοιχου τμηματικού σφαιρικού προϋπολογισμού, προσδιορίζεται από τον αριθμό των ασφαλισμένων και είναι ανεξάρτητη από τον όγκο των υπηρεσιών (Σουλιώτης Κ., 2000). Το θετικό στοιχείο αυτής της μεθόδου είναι ότι ο γιατρός έχει ένα ισχυρό κίνητρο βελτίωσης και αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών προκειμένου να αυξήσει τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών, η οποία θα οδηγήσει με τη σειρά της σε αύξηση της αμοιβής του γιατρού.

Η κατά κεφαλή αμοιβή θα μπορούσε να λειτουργεί σε ικανοποιητικό βαθμό με δύο προϋποθέσεις: πρώτον να μην απορρίπτονται ασθενείς που καταναλώνουν μεγάλο όγκο υπηρεσιών και να υπάρχουν υψηλότερες αμοιβές για συγκεκριμένες κατηγορίες καταναλωτών και δεύτερον να υπάρχει ανώτατο όριο συμβεβλημένων μελών, ώστε να μην μειώνεται ο χρόνος επικοινωνίας και να μην υπάρχουν καθυστερήσεις, αλλά και να αποτρέπονται έτσι αδικαιολόγητες παραπομπές σε υπηρεσίες δευτεροβάθμιας

φροντίδας, λόγω αδυναμίας διαχείρισης υπερβολικού αριθμού εγγεγραμμένων (Σούλης Σ., 1998).

Συμπερασματικά, η κατά κεφαλή αμοιβή παρουσιάζει το μειονέκτημα του περιορισμού του όγκου και του είδους των καταναλισκόμενων υπηρεσιών και ίσως των όχι πάντα απαραίτητων παραπομπών, πλεονεκτεί όμως σημαντικά τόσο από την κατά πράξη όσο και από την με μισθό αμοιβή ως προς το κόστος και την ανάπτυξη της διαπροσωπικής σχέσης αντίστοιχα.

Γενικά, θεωρείται σήμερα ως ο πλέον κατάλληλος τρόπος αμοιβής σε σχέση με την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος και την ικανοποίηση του χρήστη, καθώς και την συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή τους, ιδιαίτερα αν συνδυαστεί με την εφαρμογή μιας πολιτικής κινήτρων και αντικινήτρων, μειώνει το κόστος χρόνου, καθώς και τα φαινόμενα προκλητής ζήτησης, ενώ ταυτόχρονα βοηθά στην γεωγραφική ισοκατανομή των προμηθευτών βάσει των αναγκών του πληθυσμού ευθύνης, δεδομένου ότι αναιρεί το νόμο της “αντίστροφης φροντίδας” του JulianHurt ο οποίος ορίζει ότι η πλειοψηφία των προμηθευτών συγκεντρώνονται σε περιοχές που χαρακτηρίζονται από υψηλά εισοδήματα και υψηλό βιοτικό επίπεδο (Hurt JT, 1971). Για τους παραπάνω λόγους βλέπουμε ότι έχει χρησιμοποιηθεί ως τρόπος αποζημίωσης σε πολλά υγειονομικά συστήματα, όπως σε αυτό της Μεγάλης Βρετανίας, της Ιρλανδίας και της Ιταλίας.

Στην περίπτωση **των ιατρών άλλων ειδικοτήτων** προτείνεται να αποζημιώνονται με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee-for-service), των οποίων οι τελικές τιμές ανά μονάδα συναρτώνται από τον όγκο των παραγόμενων υπηρεσιών σε σχέση με το σφαιρικό προϋπολογισμό της περιοχής ευθύνης, με τρόπο ώστε το σύνολο της δαπάνης να διατηρείται σταθερό. Υπό το πρίσμα αυτό, πιθανές υπερβάσεις του αντίστοιχου τμηματικού προϋπολογισμού από αύξηση του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών θα προκαλεί μείωση της τιμής αποζημίωσης της υπηρεσίας (π.χ. αμοιβή επίσκεψης) για το επόμενο οικονομικό έτος ώστε η συνολική δαπάνη να μένει σταθερή. Με ανάλογη μεθοδολογία προτείνεται να αποζημιώνονται οι εργαστηριακές και διαγνωστικές εξετάσεις και τα φαρμακευτικά σκευάσματα.

Τέλος, **το ιατρικό προσωπικό των δομών** της ΠΦΥ προτείνεται να αμείβεται με πάγια αντιμισθία και συμπληρωματικά με τη μέθοδο αμοιβής αναλόγως της απόδοσης (pay for performance), το ύψος της οποίας διαμορφώνεται αναλόγως με την επίδοση σε

προκαθορισμένους στόχους (π.χ. διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, ποσοστό συμμετοχής σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου, τήρηση ιατρικών φακέλων κ.α.). Οι συμβεβλημένοι ιατροί δύνανται να χρησιμοποιούν τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας του δικτύου (Κέντρο υγείας, πολυιατρεία) και να προσφέρουν υπηρεσίες σε δίκτυα τα οποία οι δομές στερούνται αντίστοιχων ειδικοτήτων.

4.6 Ανακεφαλαίωση

Είναι προφανές ότι η ανακατανομή και η αποδοτική χρήση των διατιθέμενων οικονομικών πόρων σε συνδυασμό με την δομική ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να είναι η κατάλληλη απάντηση για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα και κατ' επέκταση του υγειονομικού τομέα, με σκοπό να τοποθετηθεί ο πολίτης και οι ανάγκες υγείας του στο επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας.

Το προτεινόμενο υπόδειγμα βασίζεται στις αξίες και στις αρχές της Διακήρυξης της Alma-Ata και στην προσφορά ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας στον κατάλληλο τόπο και χρόνο με έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου. Επίσης, στοχεύει στην επίτευξη των κριτηρίων της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της αποδοτικής χρήσης των πόρων και της βελτίωσης της κλινικής πρακτικής.

Τα προτεινόμενα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι αποτέλεσμα της ενοποίησης και ανασυγκρότησης των υπαρχουσών δομών, αποτελούνται από τα πολυιατρεία και τα κέντρα υγείας, και απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού. Κατά αυτή την έννοια προβλέπεται η ενοποίηση όλων των δομών της ΠΦΥ υπό ένα οργανωτικό σχήμα, το οποίο θα υποστηρίζεται και θα λειτουργεί μέσω του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και δύναται να συνδεθεί δια συμβολαίων ο μέγιστος δυνατός αριθμός συμβεβλημένων ιατρών όλων των ειδικοτήτων.

Τέλος, το προτεινόμενο υπόδειγμα εισάγει συνθήκες εσωτερικού ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, αποτρέπει την πρόκληση ζήτησης και προωθεί μορφές αποζημίωσης στη βάση των κλειστών - σφαιρικών προϋπολογισμών και της προοπτικής αποζημίωσης.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Αθ. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, Νοσηλευτική, 47(3):320-333

Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011). Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2010 – Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013, Αθήνα

Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2012). Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011 - Η συμπληρωματικότητα εθνικών πολιτικών με τις συγχρηματοδοτούμενες δράσεις στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Σχεδίου Ανάπτυξης 2007-2013, Αθήνα

Γεωργούση, Ε. και Κυριόπουλος, Γ. (1996α). Η οικονομία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία: Μια πρώτη θεώρηση, περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 8, Τεύχος 3, 137-140.

Γεωργούση, Ε. και Κυριόπουλος, Γ. (1996β). Τα εργασιακά χαρακτηριστικά των γενικών – οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα: σκιαγράφηση των διαφοροποιήσεων εντός του συστήματος, στο Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήτης, Τ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Γιανασμίδης, Α. και Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980 – 2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου, περιοδικό Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 29, Τεύχος 1, 106 – 115.

Δημολιάτης, Γ. και Καλαμπαλίκης, Δ. (1996). Η συμβολή του γενικού γιατρού στην υλοποίηση των στόχων της στρατηγικής «Υγεία για όλους»: 5+1 προτάσεις, στο

Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας και Ελληνική πραγματικότητα, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

ΙΚΠΙ (2006). Hellas Health I: Έρευνα υγείας του ελληνικού πληθυσμού, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής σε συνεργασία με το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Καδδά, Όλγα, Μαρβάκη, Αποστολία, Τζαβάρας, Αθανάσιος, Μαγζάλα, Κατερίνα, Παληός, Θεόδωρος, Κόντας, Νικόλαος και Ανδρουλάκη, Ζαχαρένια (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9, Τεύχος 1

Κυριόπουλος, Γ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του, στο Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Κυριόπουλος, Γ. και Γείτονα, Μ. (1999). Πολιτική και οικονομία του φαρμάκου στην Ελλάδα, Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Κυριόπουλος, Γ., Γείτονα, Μ. και Οικονόμου, Χ. (2000). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας: A priori versus a posteriori κριτήρια αποζημίωσης, στο Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ., Πολύζος, Ν. και Σισσούρας, Α. (2000). Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Κυριόπουλος, Γ., Λιόνης, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ-Π, Οικονόμου, Χ., Τσάκος, Γ. και Φιλαλήθης, Α. (2000). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 12, Τεύχος 4, 169-198

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

Κυριόπουλος, Γ. και Νιάκας, Δ. (1991). Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

Κωλέτση – Κουνάρη, Χ. και Κυριόπουλος, Γ. (1992). Τα Οικονομικά της Οδοντιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας – Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Οδοντιατρικής, Αθήνα

Κωλέτση – Κουνάρη, Χ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Οδοντιατρική, στο Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Μωραΐτης, Ευάγγελος (1996). Μια ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα, στο Κυριόπουλος, Γ. και Φιλαλήθης, Τ. (1996). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, εκδόσεις Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Μωραΐτης, Ευάγγελος (2006). Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας», Πανεπιστημίου Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά

Οικονόμου, Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα

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

Σισσούρας, Αρ. (2012). Τα μετέωρα βήματα του ΕΣΥ. Τριάντα χρόνια Εθνικού Συστήματος Υγείας: Ανάλυση της υλοποίησης και μαθήματα πολιτικής υγείας, εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα

Σούλης, Σ. (1998). Οικονομική της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σουλιώτης, Κ. (2000). Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σουλιώτης, Κ. (2002). Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989 - 2000, στο Κυριόπουλος, Γ. και Σουλιώτης, Κ. (2002). Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα (Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας), εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σουλιώτης, Κ. (2003). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: μια ενδιάμεση μεταρρυθμιστική πρόταση, περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 15, Τεύχος 3, 104-107

Σουλιώτης, Κ. (2010). Συνοπτική Διαγνωστική Μελέτη ΟΠΑΔ, Αθήνα: ΟΠΑΔ

Σουλιώτης, Κ. και Μαριόλης, Α. (2004). Η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 16, Τεύχος 2, 87-93

Σουλιώτης, Κ., Θηραΐος, Ελ., Καϊτελίδου, Δ., Παπαδακάκη, Μ., Τσαντίλας, Π., Τσιρώνη, Μ. και Ψαλτοπούλου, Θ. (2013). Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Επιστημονική Επιτροπή για την υποστήριξη της μεταρρύθμισης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα

Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιάρου, Μ. και Σαράφης, Π. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 3, Τεύχος 4, 140-148

Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ (2012). Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

Τομέας Οικονομικών της Υγείας, ΕΣΔΥ (2013α). Αναδιοργάνωση του δικτύου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

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

Τούντας, Ιωάννης και Συνεργάτες (2008). Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Τούντας, Ιωάννης, Σουλιώτης, Κυριάκος, Θηραΐος, Λευτέρης και Οικονόμου, Νίκος (2011). Η οικονομική επίπτωση των μέτρων του 2010 για την περιστολή της Δημόσιας Δαπάνης Υγείας, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

Φιλαλήθης, Αν. (2008). 30 χρόνια μετά την Alma – Ata: ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας;, περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμος 20, Τεύχος 3, 108-110

Ελληνική Νομοθεσία

Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143^Α/07-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ 123^Α/15-07-1992) «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας»

Νόμος 2194/1994 (ΦΕΚ 34^Α/16-03-1994) «Αποκατάσταση του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις»

Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165^Α/21-08-1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»

Νόμος 2889/2001 (ΦΕΚ 37^Α/02-03-2001) «Βελτίωση και τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις»

Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53^Α/18-02-2004) « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

Νόμος 3329/2005 (ΦΕΚ 81^Α/04-04-2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

Νόμος 3527/2007 (ΦΕΚ 25^Α/09-02-2007) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

Νόμος 3918/2011 (ΦΕΚ 31^Α/12-03-2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

Ξενόγλωσση

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

Anell, Anders, Glenngard, Anna and Merkur, Sherry (2012). Heath Systems in Transition, Sweden: heath system review, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol.14, No. 5
(<http://www.hspm.org/countries/sweden25022013/countrypage.aspx>)

Boyle, Sean (2011). Health Systems in Transition, United Kingdom (England): health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 13, No 1 (<http://www.hspm.org/countries/england11032013/countrypage.aspx>)

Busse, Reinhard and Riesberg, Annette (2004). Health care systems in transition: Germany, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 6, No 9 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf)

Chevreur, Karine, Durand-Zaleski, Isabelle, Bahrami, Stephane, Hernandez-Quevedo, Cristina and Mladovsky, Philipa (2010). *Health Systems in Transition*, France: Health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 12, No 6 (<http://www.hspm.org/countries/france25062012/countrypage.aspx>)

Hurt JT (1971). The Inverse Care Law. *Lancet*; i: 405-12

OECD (1977). Public Expenditure on Health, Παρίσι

OECD (2013). Health at a glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-at-a-glance.htm>)

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

Rice, Thomas, Rosenau, Pauline, Unruh, Lynn, Barnes, Andrew and Saltman, Richard (2013). Health Systems in Transition, United States of America: health system review, European Observatory on Health Systems and Policies, Vol. 15, No 3 (<http://www.hspm.org/countries/unitedstatesofamerica18112013/countrypage.aspx>)

Royal College of General Practitioners (1969). The educational needs of the future general practitioner, *Journal of the Royal College of General Practitioners*, Vol. 18, No 89, 358-360

Sissouras, A., Karokis, A. and Mossialos, E. (1994). Greece, in OECD, *The Reform of Health Care Systems: A Review of Seventeen OECD Countries*, Paris: OECD.

WHO (1978). Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, September 1978
(http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)

WHO (2008). The World Health Report 2008 – Primary Health Care: Now more than ever (<http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>)