

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.  
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΤΗΣ**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΞΥΔΗΣ**

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.  
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΤΗΣ**

**ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΞΥΔΗΣ, Α.Μ.: ΔΥ/1126**

Επιβλέπων: Ειρήνη Φαφαλιού / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Management**

**PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM IN GREECE.  
EVALUATION BY ITS FUNCTIONARIES**

**Georgios Xydis**

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

*Στους γονείς μου, Δημήτρη και Μαρία,  
και στον αδελφό μου, Γρηγόρη*

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου Ειρήνη Φαφαλιού, για την ηθική και ακαδημαϊκή στήριξη και την αμέριστη διάθεσή της να μου παράσχει τις κατευθυντήριες γραμμές για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, τον καθηγητή μου Ευάγγελο Μωραΐτη για τη βοήθειά του, τον φίλο και συμφοιτητή Φώτη Ρίζο και τη φίλη Μαρία Ξεφτέρη, για την πολύτιμη βοήθειά τους κατά τη συγγραφή και εκπόνηση της εργασίας. Επίσης, οφείλω να ευχαριστήσω τους συναδέλφους στις μονάδες υγείας Π.Φ.Υ. που συμπλήρωσαν με διάθεση το ερωτηματολόγιο της έρευνας, και ιδιαίτερα όσους βοήθησαν στη διανομή και στη συγκέντρωσή τους.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# **Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.**

## **Αξιολόγηση από τους λειτουργούς της**

**Σημαντικοί Όροι:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), Π.Ε.Δ.Υ., Ε.Σ.Υ., νομοθετικό πλαίσιο της Π.Φ.Υ., πολιτικές υγείας, αξιολόγηση, αποδοτικότητα, προαγωγή υγείας, υγειονομικοί λειτουργοί, οικογενειακός ιατρός.

### **Περίληψη**

Στην παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρείται η αξιολόγηση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, όπως αυτή προσεγγίζεται από τους ίδιους τους λειτουργούς της. Στόχος είναι η ανίχνευση της αναγκαιότητας και της σημαντικότητας του συστήματος Π.Φ.Υ., η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του, καθώς επίσης και η καταγραφή εφικτών προτάσεων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Η παραπάνω εμπειρική έρευνα συνοδεύεται τόσο από την επισκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, όπως διαμορφώθηκε από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 μέχρι σήμερα, όσο και από εκτενή βιβλιογραφική παρουσίαση της κριτικής που ασκήθηκε στο σύστημα από θεωρητικές και εμπειρικές μελέτες, πορίσματα εμπειρογνομόνων, δημοσιεύσεις και βιβλία.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# **Primary Health System in Greece.**

## **Evaluation by its functionaries**

**Keywords:** Primary Health Care, National Primary Health Network, National Health System, legislative framework of Primary Health Care, health politics, evaluation, efficiency, health promotion, health care staff, general practitioner (GP).

### **Abstract**

In this dissertation, the evaluation of Primary Health Care system in Greece is attempted, as it is approached by its own staff. The aim is to detect the necessity and the importance of Primary Health Care system, the evaluation of its effectiveness, as well as to record proposals in order to improve Primary Health Care services. The above empirical research comes with an overview of the legislative framework for Primary Health Care in Greece, as it has been shaped since the early 1980s until today, as well as with an extensive critical literature review based on theoretical and empirical research findings, publications and books.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Περιεχόμενα

Περίληψη	xi
Abstract	xiii
Κατάλογος Πινάκων	xix
Κατάλογος Γραφημάτων	xxi

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Προσεγγίζοντας την έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1.1	Εισαγωγή	1
1.2	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η έννοιά της μέσα από τη Διακήρυξη της Alma-Ata	1
1.3	Ανακεφαλαίωση	5

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το θεσμικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

2.1	Εισαγωγή	7
2.2	Επισκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα	8
2.2.1	<i>Νόμος 1397/1983: Εθνικό Σύστημα Υγείας</i>	8
2.2.2	<i>Νόμος 2071/1992: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας</i>	12
2.2.3	<i>Νόμος 2194/1994: Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις</i>	15
2.2.4	<i>Νόμος 2519/1997: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις</i>	16
2.2.5	<i>Το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη» (2000)</i>	18

2.2.6	<i>Νόμος 2889/2001: Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις</i>	20
2.2.7	<i>Νόμος 3172/2003: Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις</i>	21
2.2.8	<i>Νόμος 3235/2004: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</i>	21
2.2.9	<i>Το σχέδιο νόμου για την οργάνωση και τη λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (2008)</i>	23
2.2.10	<i>Νόμος 3852/2010: Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης</i>	27
2.2.11	<i>Νόμος 3918/2011: Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις</i>	28
2.2.12	<i>Νόμος 4238/2014: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις</i>	30
2.3	<b>Ανακεφαλαίωση</b>	33

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η παθολογία του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα**

3.1	<b>Εισαγωγή</b>	35
3.2	<b>Η παθολογία του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα</b>	36
3.2.1	<i>Η παλινωδία των νομοθετικών μεταρρυθμίσεων για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</i>	36
3.2.2	<i>Ο χαρακτήρας, η οργάνωση και η χρηματοδότηση των δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας</i>	39
3.2.3	<i>Οι δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ε.Σ.Υ.</i>	49
3.2.4	<i>Οι δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Ο.Κ.Α. και των Ο.Τ.Α.</i>	60
3.2.5	<i>Οι δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ιδιωτικού τομέα</i>	62



3.3	Ανακεφαλαίωση	66
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.</b>		
Αξιολόγηση από τους λειτουργούς της		
4.1	Εισαγωγή	69
4.2	Αξιολόγηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους πολίτες	70
4.3	Η εργασιακή ικανοποίηση των υγειονομικών λειτουργών ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	75
4.4	Αξιολόγηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους λειτουργούς της	78
4.4.1	Σκοποθεσία έρευνας	78
4.4.2	Μεθοδολογία έρευνας και επεξεργασίας δεδομένων	79
4.4.3	Αποτελέσματα έρευνας	85
4.4.4	Συζήτηση	120
4.5	Ανακεφαλαίωση	125
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>		<b>129</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>		<b>135</b>

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## Κατάλογος Πινάκων

4.1 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (5) του ερωτηματολογίου «Θεωρείτε το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. αναγκαίο;»	85
4.2 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (6) του ερωτηματολογίου «Θεωρείτε το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. σημαντικό;»	86
4.3 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (7) του ερωτηματολογίου «Αν το θεωρείτε σημαντικό, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους;»	88
4.4 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (1) του ερωτηματολογίου «Θεωρείτε ικανοποιητικές και αποδοτικές τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα σήμερα;»	90
4.5 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (2) του ερωτηματολογίου «Εάν θεωρείτε τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ικανοποιητικές και αποδοτικές, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους;»	91
4.6 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (3) του ερωτηματολογίου «Εάν δεν θεωρείτε τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ικανοποιητικές και αποδοτικές, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους;»	94
4.7 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (8) του ερωτηματολογίου «Ποιες αλλαγές ή παρεμβάσεις πρέπει να γίνουν για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.;»	98
4.8 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (4) του ερωτηματολογίου «Ποιες αλλαγές ή παρεμβάσεις θα προτείνατε, ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.;»	100
4.9 Συγκεντρωτικός πίνακας προτάσεων των πληροφορητών για αλλαγές ή παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν στο σύστημα Π.Φ.Υ. της χώρας.	101
4.10 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (9) του ερωτηματολογίου «Ποιες από αυτές είναι εφικτές;»	104
4.11 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του	106

δείγματος στην ερώτηση (10) του ερωτηματολογίου «Οι αλλαγές αυτές είναι πραγματοποιήσιμες...»	
4.12 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (10) του ερωτηματολογίου «Ποιοι λόγοι, κατά τη γνώμη σας, καθιστούν τις παραπάνω προτάσεις ανέφικτες;»	108
4.13 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (12) του ερωτηματολογίου «Θεωρείτε σημαντική τη συμβολή του οικογενειακού ιατρού στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.;»	110
4.14 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (13) του ερωτηματολογίου «Για ποιον λόγο;»	112
4.15 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (14) του ερωτηματολογίου «Γνωρίζετε πρότυπα Π.Φ.Υ. του εξωτερικού;»	113
4.16α Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (15) του ερωτηματολογίου «Ποιας χώρας;»	114
4.16β Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (15) του ερωτηματολογίου «Ποιας χώρας;», και ποιο συγκεκριμένα στο ανοιχτό κελί «Άλλο».	115
4.17 Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (16) του ερωτηματολογίου «Ποια βασικά χαρακτηριστικά τους γνωρίζετε, τα οποία θα μπορούσαν να εφαρμοστούν και στο ελληνικό σύστημα Π.Φ.Υ.;»	118

## Κατάλογος Γραφημάτων

4.1 Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του επιπέδου μόρφωσης των πληροφορητών.	80
4.2 Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του επιπέδου μόρφωσης των πληροφορητών.	81
4.3 Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης της γενικής επαγγελματικής ιδιότητας των πληροφορητών.	82
4.4 Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του φύλου των πληροφορητών.	82
4.5 Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης των ηλικιακών ομάδων του δείγματος.	83
4.6 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (5) του ερωτηματολογίου.	86
4.7 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (6) του ερωτηματολογίου.	87
4.8 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (7) του ερωτηματολογίου.	89
4.9 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (1) του ερωτηματολογίου.	90
4.10 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (2) του ερωτηματολογίου.	92
4.11 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (3) του ερωτηματολογίου.	95
4.12 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (8) του ερωτηματολογίου.	99
4.13 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (4) του ερωτηματολογίου.	101
4.14 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (9) του ερωτηματολογίου.	105
4.15 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (10) του ερωτηματολογίου.	106
4.16 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (11) του ερωτηματολογίου.	109
4.17 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (12) του ερωτηματολογίου.	111

4.18 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (13) του ερωτηματολογίου.	113
4.19 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (14) του ερωτηματολογίου.	114
4.20α Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (15) του ερωτηματολογίου.	115
4.20β Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (15) του ερωτηματολογίου, και πιο συγκεκριμένα στο ανοιχτό κελί «Άλλο».	116
4.21 Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (16) του ερωτηματολογίου.	119

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΠΡΟΣΕΓΓΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Εισαγωγή

Θέμα του πρώτου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η προκαταρκτική προσέγγιση της έννοιας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτή επαναπροσδιορίστηκε στη διάσκεψη της Alma-Ata στο Καζακστάν, τον Σεπτέμβριο του 1978, μέσα στα πλαίσια της επιθυμίας των χωρών-μελών του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας [World Health Organization (εφεξής WHO)] να προσδιορίσουν εκ νέου το μοντέλο παροχής υπηρεσιών υγείας.

Στόχος είναι η κατάδειξη των κεφαλαιωδών ζητημάτων που σε διαχρονικό επίπεδο σχετίζονται άμεσα με την έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την οποία και επικαιροποιούν λόγω του ανθρωποκεντρικού και ολιστικού τους περιεχομένου.

Λαμβάνοντας υπόψη το κείμενο της διακήρυξης της Alma-Ata «Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care» (WHO 1978), θα δοθεί έμφαση σε ζητήματα όπως είναι: α) η υγεία ως κοινωνικό αγαθό, β) η άρση των κοινωνικών ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, γ) η δημοκρατικοποίηση της δημόσιας υγείας, δ) η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας ενός πληθυσμού, ε) η διά βίου φροντίδα της υγείας του, στ) η εφαρμογή του τρίπτυχου «πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση», ζ) η ορθολογική αξιοποίηση των πόρων, η) η συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων για ζητήματα προαγωγής και προστασίας της δημόσιας υγείας, θ) η αγωγή υγείας και ι) η συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων υγείας.

### 1.2 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Η έννοιά της μέσα από τη Διακήρυξη της Alma-Ata

Παρόλο που έχουν περάσει τριάντα έξι χρόνια από τη Διακήρυξη της Alma-Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (WHO 1978), τα άρθρα της εξακολουθούν να αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο για τη δημιουργία και την εφαρμογή εκείνων των

πολιτικών και στρατηγικών που έχουν ως στόχο την προαγωγή και την προστασία της δημόσιας υγείας σε επίπεδο εθνικό αλλά και διεθνικό (Φιλαλήθης 2008: 108).

Στη Διάσκεψη της Alma-Ata για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία πραγματοποιήθηκε στο Καζακστάν τον Σεπτέμβριο του 1978, η έννοια της «υγείας» προσδιορίστηκε εκ νέου,<sup>1</sup> αποκτώντας ολιστικό περιεχόμενο (Μπένος 2000): δεν ορίστηκε περιοριστικά ως μια κατάσταση κατά την οποία απουσιάζουν απλά οι ασθένειες, αλλά ως ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, σύμφωνα με το οποίο ένας ζωντανός οργανισμός πρέπει να τελεί υπό πλήρη φυσική, διανοητική και κοινωνική ευεξία (WHO 1978: 2), ανεξάρτητα από τα κοινωνικά, οικονομικά, θρησκευτικά ή φυλετικά χαρακτηριστικά του (Μπένος 2000· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 106). Η επιθυμία επίτευξης αυτού του εν γένει κοινωνικού και ανθρωπιστικού στόχου, ο οποίος στόχευε στην εξάλειψη του πολυεπίπεδου χάσματος ανάμεσα στις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς επίσης και στην άρση των ανισοτήτων —ακόμη και σε τοπικό επίπεδο— όσον αφορά το υγειονομικό στάτους των πολιτών ενός κράτους, έδωσε το έναυσμα για τον επαναπροσδιορισμό και τη διεύρυνση του μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας με την πολυπαραγοντική (τομείς υγείας, κοινωνίας, οικονομίας) συνδρομή όλων των χωρών (WHO 1978: 2· Μπένος 2000· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 11).

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma-Ata (WHO 1978: 3, 5), οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την υγεία των πολιτών τους. Το κοινωνικό αγαθό της υγείας μπορεί να εξασφαλιστεί με την πρόβλεψη επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων, μέσα στα πλαίσια συγκεκριμένων εθνικών πολιτικών, στρατηγικών και πλάνων, προκειμένου, μέχρι το έτος 2000, όλοι οι πολίτες του κόσμου να έχουν ένα τέτοιο επίπεδο υγείας που να τους επιτρέπει να διάγουν μια κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική ζωή.<sup>2</sup> Με βάση τα παραπάνω, είναι κατανοητό ότι η πρωτοβουλία για την εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία δεν εδράζεται αποκλειστικά σε κοινωνικές και ανθρωπιστικές αρχές, αλλά εκλαμβάνεται και από μια πολιτικο-οικονομική σκοπιά, καθώς η προαγωγή της υγείας αποτελεί προαπαιτούμενο για την οικονομική και

---

<sup>1</sup> Το αγαθό της «υγείας» έχει βέβαια αναγνωριστεί ως θεμελιώδες ατομικό δικαίωμα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ήδη από το 1948: «Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένειά του υγεία και ευημερία, συμπεριλαμβανομένων της τροφής, του ρουχισμού, της κατοικίας, της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και δικαίωμα στην ασφάλιση, σε περιπτώσεις ανεργίας, αρρώστιας, αναπηρίας, χηρείας, γεροντικής ηλικίας ή σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση στέρησης των μέσων διαβίωσής του, σε περιπτώσεις ανεξάρτητες της θέλησής του.» (United Nations 1948, άρθρο 25§1).

<sup>2</sup> Πρόκειται για τη στρατηγική με τον τίτλο «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000» (WHO 1981).



κοινωνική ανάπτυξη, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την παγκόσμια ειρήνη (WHO 1978: 3· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 11).

Κλειδί για την επίτευξη των παραπάνω στόχων είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία, ως προϊόν των κοινωνικοπολιτικών ρευμάτων και διεργασιών της δεκαετίας του '70, επανέφερε στο προσκήνιο την ανθρωπιστική αντίληψη ως μια εναλλακτική και ουσιαστική απάντηση στην κρίση του βιομηχανοποιημένου κόσμου (Κούτης 1992· Μπένος 2000· Φιλαλήθης 2008: 108). Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (εφεξής Π.Φ.Υ.) ορίζεται η βασική φροντίδα υγείας η οποία στηρίζεται σε πρακτικές μεθόδους, επιστημονικά στέρεες και κοινωνικά αποδεκτές, ενώ είναι με τη βοήθεια της τεχνολογίας καθολικά προσβάσιμη και οικονομικά προσιτή στους πολίτες μιας τοπικής κοινωνίας, η οποία με τη σειρά της οφείλει να συνδράμει στην ανάπτυξη της (WHO 1978: 3· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 322). Η Π.Φ.Υ. αποτελεί κεντρική λειτουργία και βασική εστία, συνεπώς αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας μιας χώρας όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης μιας τοπικής κοινωνίας. Και αυτό, γιατί αποτελεί το πρώτο στάδιο επαφής του ατόμου, αλλά και κοινωνικών θεσμών όπως είναι η οικογένεια ή η τοπική κοινωνία, με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο δεν αποτελεί μια αόριστη και θεωρητική οντότητα στην ατομική και συλλογική συνείδηση. Αντιθέτως, συνιστά ένα συγκροτημένο σύνολο επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες υγείας που ξεπερνούν τους συμβατικούς τους στόχους που σχετίζονται με τη θεραπεία ασθενειών, και στοχεύουν ουσιαστικά στη διά βίου φροντίδα της υγείας του πληθυσμού (WHO 1978: 3-4).<sup>3</sup>

Όντας κοινωνικο-οικονομική κατασκευή, η Π.Φ.Υ. αντανακλά και εξελίσσεται με βάση τις οικονομικές συνθήκες και τα κοινωνικο-πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά της χώρας ή της τοπικής κοινωνίας μέσα στην οποία εφαρμόζεται (WHO 1978: 4· Φιλαλήθης 2008: 108). Για τον λόγο αυτό, βασίζεται στην εφαρμογή όλων των σχετικών συμπερασμάτων από έρευνες που αφορούν τις κοινωνικές, βιοϊατρικές και υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς επίσης και από την εμπειρία όπως αυτή καταγράφεται στον τομέα της δημόσιας υγείας. Στόχος της είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας ενός πληθυσμού που χαρακτηρίζεται από σαφώς ορισμένα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά,

---

<sup>3</sup> Όπως αναφέρουν οι Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 11), πριν τη Διακήρυξη της Alma-Ata, ο ρόλος της Π.Φ.Υ. περιοριζόταν στην πρώτη επαφή ενός ασθενή με κάποιον επαγγελματία υγείας και εντοπιζόταν εκτός των αστικών κέντρων.

εξασφαλίζοντας τέτοιου είδους υπηρεσίες οι οποίες προάγουν την υγεία αλλά και συμβάλλουν στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των ασθενών (WHO 1978: 4· Μπένος 2000). Παρατηρείται, λοιπόν, μια στροφή προς το τρίπτυχο «πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση» (Φιλαλήθης 2008: 108), τα οποία με τη σειρά τους αποτελούν φορείς δημοκρατικοποίησης της υγείας: το κέντρο βάρους βρίσκεται πλέον στο άτομο, το οποίο δεν εκλαμβάνεται μεμονωμένα ως ιδιώτης, αλλά ως μέλος μιας κοινότητας με συγκεκριμένες ανάγκες και παγιωμένα χαρακτηριστικά (συνθήκες περιβάλλοντος, διατροφής, κατοικίας, εργασίας κ.ο.κ.). Στόχος της, επίσης, είναι η εκπαίδευση των πολιτών σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους, η λεγόμενη αγωγή υγείας (WHO 1978: 4).

Η Π.Φ.Υ., όπως ορίζεται από τη Διακήρυξη της Alma-Ata, απαιτεί αλλά και προωθεί στον μέγιστο βαθμό την ατομική και συλλογική ανεξαρτησία, όπως επίσης και την ατομική και συλλογική συμμετοχή στον προγραμματισμό, την οργάνωση, την εφαρμογή και τον έλεγχο της, αξιοποιώντας επίσης με ορθολογικό τρόπο τοπικούς, εθνικούς ή άλλους διαθέσιμους πόρους. Συνεπώς, συμβάλλει στην ανάπτυξη τόσο της επίγνωσης και της συμμετοχικής ικανότητας της τοπικής κοινωνίας στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη βελτίωση και την προαγωγή της υγείας, μέσα από κατάλληλη εκπαίδευση όλων των πολιτών (WHO 1978: 4· Φιλαλήθης 2008: 108· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 322· Γιανασμίδης και Τσιούση 2012: 106).

Οφείλει, επιπλέον, να υποστηρίζεται από ενιαία, λειτουργικά και αμοιβαία υποστηρικτικά παραπεμπτικά συστήματα, με στόχο την προοδευτική βελτίωση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας, δίνοντας προτεραιότητα σε αυτούς που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη (WHO 1978: 5). Πρόκειται για μια πρόταση οριζόντιας, ολοκληρωμένης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας (Φιλαλήθης 2008: 108), όπου το κόστος που βαρύνει την τοπική κοινωνία και το κράτος είναι τέτοιο, ώστε να δίνει τη δυνατότητα συντήρησής τους σε κάθε επίπεδο της Π.Φ.Υ., μέσα σε ένα πνεύμα αυτοδυναμίας και αυτοδιάθεσης (WHO 1978: 3).

Υπό το σκεπτικό αυτό, αναγκαία προϋπόθεση για την αποτελεσματική λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η ουσιαστική επένδυση στον ανθρώπινο παράγοντα. Πέρα από τη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας στη λήψη σχετικών αποφάσεων με τη μορφή κοινοτικών ομάδων υγείας, η Π.Φ.Υ. στηρίζεται στο ανθρώπινο δυναμικό, στους επαγγελματίες υγείας (Ιός 2002), οι οποίοι απαρτίζουν και συνιστούν ουσιαστικά το εθνικό σύστημα υγείας. Ενθαρρύνεται η ισότιμη διεπιστημονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας (ιατρών, νοσηλευτών,

μαιών, επισκεπτών υγείας, κοινωνικών λειτουργών, ψυχολόγων, βοηθητικού προσωπικού κ.ά.), οι οποίοι συγκροτούν μια ομάδα υγείας (Ιός 2002) και, όντας κατάλληλα εκπαιδευμένοι, ανταποκρίνονται στις υγειονομικές ανάγκες της τοπικής κοινωνίας (WHO 1978: 5), αντιμετωπίζοντας ολιστικά και ολοκληρωμένα το φαινόμενο της υγείας.

### **1.3 Ανακεφαλαίωση**

Λαμβάνοντας υπόψη τα προαναφερθέντα, θα μπορούσε να συναχθεί το συμπέρασμα ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τον κορμό κάθε συστήματος υγείας, όντας επίσης αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης κάθε τοπικής κοινωνίας. Αυτό αποτυπώνεται σε όλα τα κείμενα των διεθνών οργανισμών, τα οποία τονίζουν τη συμβολή της στην προαγωγή της δημόσιας υγείας, καθώς αποτελεί τον κύριο μοχλό κινητοποίησης της διαδικασίας επαναπροσανατολισμού των υγειονομικών υπηρεσιών. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο στάδιο επαφής του ατόμου και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, ενώ αυτή η επαφή εδράζεται όχι μόνο στην ενεργή συμμετοχή και εκπαίδευση των παραπάνω σε θέματα υγείας, αλλά και στη διεπιστημονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας. Ειδικά οι τελευταίοι, έχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση, στοχεύουν στη διά βίου φροντίδα της υγείας του πληθυσμού. Είναι σημαντικό ότι η Π.Φ.Υ. αντανάκλα και εξελίσσεται με βάση τα χαρακτηριστικά κάθε κοινότητας (κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά, οικονομικά), αλλά τις συνακόλουθες ανάγκες της, καθώς στόχος της είναι η πρόληψη, η θεραπεία και η αποκατάσταση όλων εκείνων των προβλημάτων που αποτελούν τροχοπέδη για την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΤΟ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

### ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 2.1 Εισαγωγή

Θέμα του δεύτερου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η παρουσίαση και η εξέταση του θεσμικού πλαισίου που αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, όπως αυτό έχει προβλεφθεί νομοθετικά τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα.

Πιο συγκεκριμένα, θα γίνει αναφορά στις βασικές παραμέτρους οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτές καθορίστηκαν μέσα από τις αντίστοιχες διατάξεις των νόμων: α) 1397/1983 («Εθνικό Σύστημα Υγείας», β) 2071/1992 («Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»), γ) 2194/1994 («Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»), δ) 2519/1997 («Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»), ε) 2889/2001 («Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»), στ) 3172/2003 («Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»), ζ) 3235/2004 («Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»), η) 3852/2010 («Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης»), θ) 3918/2011 («Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»), ι) 4238/2014 [«Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις»]. Θα γίνει επίσης αναφορά και σε σχετικές προβλέψεις οι οποίες προτάθηκαν μέσα από το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη» (2000) και το σχέδιο νόμου για την οργάνωση και τη λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (2008).

Η δομή του κεφαλαίου και των υποκεφαλαίων του θα αναπτυχθεί με τη χρονολογική και αυτοτελή επισκόπηση των παραπάνω νομοθετικών μεταρρυθμίσεων και σχεδίων νόμου. Με τον τρόπο αυτό, ο αναγνώστης θα μπορέσει να αποκτήσει μια πλήρη και επαρκή εικόνα των βασικών ζητημάτων που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα

Υγείας, σύμφωνα πάντα με την οπτική και τις προτεραιότητες των πολιτικών υγείας που εφαρμόστηκαν τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα.

## **2.2 Επισκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα**

### *2.2.1 Νόμος 1397/1983: Εθνικό Σύστημα Υγείας*

Η πρώτη συγκροτημένη παρέμβαση για την ενιαία ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, υπό το πνεύμα των αρχών της Διακήρυξης της Alma-Ata, πραγματοποιείται με τον νόμο 1397/1983, σύμφωνα με τον οποίο η χώρα αποκτά έναν ενιαίο φορέα υγείας (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 108· Σίσκου *et. al.* 2008: 663· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 109· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 11). Ο νόμος 1397/1983 αποτελεί τομή για το ελληνικό σύστημα υγείας των μεταπολεμικών χρόνων, καθώς επιχειρείται η εγκαθίδρυση και ανάπτυξη ενός κράτους πρόνοιας, το οποίο θεωρεί την υγεία ως υπέρτατο κοινωνικό αγαθό (Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143· Κουρής *et. al.* 2007: 52· Οικονόμου 2012: 73). Το ελληνικό κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών (άρθρο 1§1), ενώ οι συγκεκριμένες υπηρεσίες παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο Εθνικό Σύστημα Υγείας (εφεξής Ε.Σ.Υ.) (άρθρο 1§2). Όπως σημειώνει ο Οικονόμου (2012: 83), βασικοί κατευθυντήριοι άξονες για την πραγμάτωση των παραπάνω στόχων είναι: α) η αποκέντρωση, β) η άσκηση κοινωνικού ελέγχου, γ) ο ενιαίος προγραμματισμός της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, δ) η ισόρροπη κατανομή των οικονομικών πόρων, ε) η έμφαση στην Π.Φ.Υ. και στ) ο θεσμός του νοσοκομειακού ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Το ελληνικό κράτος διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, σε καθεμιά από τις οποίες ιδρύεται Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας (εφεξής ΠΕ.Σ.Υ.). Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι ουσιαστικά όργανα: α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού, β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια που αναφέρονται και γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και τον γενικό συντονισμό του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (εφεξής

ΚΕ.Σ.Υ.) (άρθρο 3§2).<sup>4</sup> Τα ΠΕ.Σ.Υ. γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα (άρθρο 3§3), ενώ δέχονται επίσης τη γνώμη των νομαρχιακών συμβουλίων για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στα όρια του νομού που ανήκουν (άρθρο 3§5).

Η περίθαλψη των πολιτών γίνεται με δαπάνες του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, ενώ την κεντρική ευθύνη για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων υγείας έχει το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Κουρής *et. al.* 2007: 52). Η υγειονομική περίθαλψη διακρίνεται σε: α) εξωνοσοκομειακή (πρωτοβάθμια), που παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία τους και τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, και β) νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια), που παρέχεται από τα νοσοκομεία (άρθρο 5§1). Ειδικά για το πρώτο είδος που μας αφορά, σύμφωνα με το άρθρο 14 (§1), σε κάθε νομό της χώρας προβλέπεται η ίδρυση: α) Κέντρων Υγείας αστικού και αγροτικού τύπου, τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων που ανήκουν στον εκάστοτε νομό,<sup>5</sup> και β) Περιφερειακών Ιατρείων, τα οποία αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας και διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ώρες και ημέρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Αντίστοιχα, καταργούνται οι μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Κέντρα Υγείας, Πολυϊατρεία κ.ά.) που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, τους Ο.Κ.Α., τους Ο.Τ.Α., καθώς και από οποιονδήποτε άλλο φορέα κοινωφελούς χαρακτήρα, με εξαίρεση ωστόσο τους Υγειονομικούς Σταθμούς και τα Αγροτικά Ιατρεία (άρθρο 16§1· Οικονόμου 2012: 84).<sup>6</sup> Μάλιστα, προβλέπεται η εκ μέρους των ασφαλιστικών ταμείων απόδοση των δαπανών περίθαλψης των ασφαλισμένων στα Κέντρα Υγείας, μέσω ειδικού λογαριασμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Οικονόμου 2012: 84).

---

<sup>4</sup> Η σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) πραγματοποιήθηκε με τον νόμο 1278/1982, σύμφωνα με τον οποίο το ΚΕ.Σ.Υ. προβλεπόταν να έχει επιτελικό χαρακτήρα και γνωμοδοτικό ρόλο προς τον Υπουργό Υγείας πάνω σε θέματα σχεδιασμού, οργάνωσης, προγραμματισμού, ελέγχου και συντονισμού των υπηρεσιών υγείας τόσο σε τοπικό όσο και σε εθνικό επίπεδο (Κουρής *et. al.* 2007: 51· Οικονόμου 2012: 83). Αρχική πρόβλεψη των νομοθετών ήταν επίσης να αποτελέσει όργανο συμμετοχής των πολιτών στη λήψη αποφάσεων και, εντέλει, στη διαμόρφωση μιας εθνικής στρατηγικής όσον αφορά τη δημόσια υγεία. Αυτό, ωστόσο, δεν έγινε, καθώς με την πάροδο του χρόνου το ΚΕ.Σ.Υ. αποδυναμώθηκε ως προς τις αρμοδιότητες που είχαν οριστεί από τον νόμο (Κουρής *et. al.* 2007: 51).

<sup>5</sup> Σύμφωνα με το άρθρο 12§1 του νόμου 1579/1985, η χρήση του όρου «Κέντρο Υγείας» αφορά αποκλειστικά υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από την Πολιτεία, με ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Μ' αυτόν τον τρόπο, απαγορεύεται σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, που είτε εποπτεύονται είτε δεν εποπτεύονται από το παραπάνω Υπουργείο, να χρησιμοποιήσουν τον όρο αυτούσιο ή ως μέρος της επωνυμίας τους.

<sup>6</sup> Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας συγχωνεύονται με τα αντίστοιχα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία που δημιουργούνται με βάση τον νόμο 1397/1983 (άρθρο 20§1).

Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας κάθε Κέντρου Υγείας είναι η ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Η έδρα των Περιφερειακών Ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας καθορίζεται με βάση την αποτελεσματική εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας (άρθρο 14§1).

Εφαρμόζοντας το τρίπτυχο «πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση» σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, εκεί δηλαδή όπου οι πολίτες ζουν και εργάζονται και, γενικότερα, μέσα στα πλαίσια τοπικών κοινωνιών με συγκεκριμένα κοινωνικο-οικονομικά κ.ά. χαρακτηριστικά, σκοπός των Κέντρων Υγείας είναι (άρθρο 15§1):

- Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής που ανήκουν αλλά και σε όσους διαμένουν προσωρινά σ' αυτή.
- Η νοσηλεία και η παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή έχουν εξέλθει από το νοσοκομείο και βρίσκονται στο σπίτι τους.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η —σε έκτακτες περιπτώσεις— νοσηλεία μέχρι τη στιγμή της διακομιδής των ασθενών σε μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης (νοσοκομεία).
- Η διακομιδή ασθενών με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς (σε έκτακτες περιπτώσεις) στο Κέντρο Υγείας ή στο νοσοκομείο.
- Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Η ιατρική της εργασίας.
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η εκπαίδευση των ιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, σε περίπτωση απουσίας φαρμακείου από την περιοχή.

Τα Κέντρα Υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά (άρθρο 19§1). Η οργάνωση και η λειτουργία τους εξαρτάται από τον χαρακτήρα της έδρας στην οποία βρίσκονται (αστική ή μη αστική περιοχή). Αυτό το



γεγονός αποτελεί και μία από τις καινοτομίες του νόμου 1397/1983: για πρώτη φορά θεσπίζεται ένα οργανωμένο δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας για τον λαό της υπαίθρου διά μέσου των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών υπηρεσιών (Αλεξιάδη & Χαμαλίδου 1991: 101· Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 108).

Στα Κέντρα Υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν ιατροί που έχουν ειδικότητες αντίστοιχες με τους τομείς του νοσοκομείου στο οποίο ανήκουν διοικητικά, καθώς και οικογενειακοί ιατροί που ανήκουν στον παθολογικό τομέα του νοσοκομείου (άρθρο 17§1). Στα Κέντρα Υγείας μη αστικών περιοχών και στα περιφερειακά τους ιατρεία υπηρετούν ιατροί που έχουν ειδικότητες αντίστοιχες με τους τομείς του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει διοικητικά το Κέντρο Υγείας: α) ιατροί που κατέχουν θέση γενικού ιατρού και υπηρετούν στην έδρα του Κέντρου Υγείας ή του Περιφερειακού Ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας,<sup>7</sup> β) ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων που προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά διαστήματα, ανάλογα με τις ανάγκες του Κέντρου Υγείας και γ) επισκέπτες ιατροί άλλων ειδικοτήτων (άρθρο 18§1).

Τις θέσεις των οικογενειακών ιατρών μπορούν να καταλάβουν παιδίατροι ή ιατροί γενικής ιατρικής (για άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών) και ιατροί γενικής ιατρικής ή παθολόγοι (για άτομα άνω των 14 ετών) (άρθρο 17§1). Πέρα από την περίθαλψη και την ιατρική παρακολούθηση, οι οικογενειακοί ιατροί μπορούν να παραπέμπουν τους ασθενείς τους στους ειδικευμένους ιατρούς που υπηρετούν στο Κέντρο Υγείας των αστικών περιοχών που κατοικούν, στα εργαστήρια του Κέντρου Υγείας ή στα Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου, προκειμένου να κάνουν πιο εξειδικευμένες εξετάσεις ή ακόμη και να εισαχθούν στο νοσοκομείο (άρθρο 17§4). Κάθε οικογενειακός ιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες του στο Κέντρο Υγείας ή το Περιφερειακό Ιατρείο, ενώ σε ειδικές περιπτώσεις επισκέπτεται τους ασθενείς στο σπίτι τους (άρθρο 17§4). Αμείβεται με μισθό και ουσιαστικά είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στο Ε.Σ.Υ. (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 108). Κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό ιατρό της προτίμησής του, επιλογή που μπορεί να αλλάξει με σχετικό αίτημά του στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου (άρθρο 17§4).

---

<sup>7</sup> Πέρα από την υπηρεσία τους στο Κέντρο Υγείας ή το Περιφερειακό Ιατρείο, οι γενικοί ιατροί ενδέχεται να εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών ανάλογα με την κατάστασή τους. Σε ειδικές περιπτώσεις και όταν κριθεί αναγκαίο από τον γενικό ιατρό, και οι ιατροί της β' κατηγορίας μπορούν να εκτελούν επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών (άρθρο 18§1). Σύμφωνα με τον νόμο 1579/1985 (Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις), οι γενικοί ιατροί της α' κατηγορίας επισκέπτονται και τα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν συγκεκριμένες ημέρες και ώρες (άρθρο 12§4).

Μέσα στα πλαίσια των γενικών στόχων της Π.Φ.Υ., ο νόμος 1397/1983 προβλέπει την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, καθώς επίσης υπηρεσίες εργαστηριακού ελέγχου και ενημέρωσης των πολιτών για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού (άρθρο 22). Συγκροτείται, επίσης, επιτροπή βιοϊατρικής έρευνας στο ΚΕ.Σ.Υ., η οποία εισηγείται τη σύσταση ερευνητικών κέντρων και μονάδων, την υποβολή ερευνητικών προγραμμάτων και την αξιοποίηση της έρευνας στη μετεκπαίδευση των ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας (άρθρο 23).

### 2.2.2 Νόμος 2071/1992: Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας

Η ψήφιση του νόμου 2071/1992 επέφερε σημαντικές αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο του εθνικού συστήματος υγείας, όπως αυτό είχε διαμορφωθεί με τους νόμους 1397/1983 και 1579/1985 (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 108). Η ριζική του διαφοροποίηση έγκειται στην απουσία αναφοράς σε έναν ενιαίο φορέα υγείας, στον χαρακτήρα των φορέων που εξασφαλίζουν τη φροντίδα της υγείας των πολιτών, αλλά και στα είδη της παρεχόμενης περίθαλψης, εν προκειμένω στη μορφή και την οργάνωση της Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τις γενικές του αρχές, το ελληνικό κράτος μεριμνά για την ίδρυση, τη λειτουργία, την οργάνωση και την εποπτεία όλων των φορέων που εξασφαλίζουν την υγεία όλων των πολιτών (άρθρο 1§1). Κάθε έλληνας πολίτης έχει δικαίωμα στην πρόληψη και στη φροντίδα της υγείας του, έχοντας κατοχυρώσει στο ακέραιο το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής και τον σεβασμό της αξιοπρέπειάς του (άρθρο 1§2).

Διατηρείται η διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες, η οργάνωση των οποίων καθορίζεται βάσει των υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών συνθηκών (άρθρο 2). Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ιδρύεται Περιφερειακή Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, η οποία έχει εποπτικό, συντονιστικό και εισηγητικό ρόλο, όσον αφορά τους φορείς περίθαλψης, με στόχο την αποδοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας (άρθρο 3§1-2). Τα ΚΕ.Σ.Υ. διατηρούνται και έχουν αρμοδιότητες: α) σχεδιασμού, προγραμματισμού και προσδιορισμού των γενικών στόχων και κατευθύνσεων στον τομέα της υγείας, β) γνωμοδότησης σε θέματα τρέχουσας πολιτικής όσον αφορά την υγεία, και εισήγησης μέτρων για την υλοποίηση των προγραμματικών στόχων και γ) παρακολούθησης και ελέγχου της αποτελεσματικότητας της εφαρμογής του προγράμματος σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, καθώς και εισήγησης διορθωτικών μέτρων (άρθρο 8§1). Τα ΠΕ.Σ.Υ. επιλαμβάνονται θεμάτων που αφορούν τη δημόσια υγεία, την προστασία και προαγωγή

της υγείας των κατοίκων της περιφέρειας, καθώς και τις συνθήκες βελτίωσής τους (άρθρο 10§4).

Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, με τη σημαντική διαφορά ότι πλέον δεν παρέχεται αποκλειστικά από δημόσιους φορείς αλλά και από ιδιωτικούς: ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, ιδιωτικά πολυιατρεία, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας (άρθρα 11§1, 13).<sup>8</sup>

Η Π.Φ.Υ. απαρτίζεται από ιατρικές, νοσηλευτικές και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες που έχουν σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας, οι οποίες δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο (άρθρο 12§1). Τα Κέντρα Υγείας μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας<sup>9</sup> (δεν έχουν δηλαδή πλέον οργανική, διοικητική και οικονομική σχέση με τα νοσοκομεία), ενώ τα Περιφερειακά Ιατρεία των Κέντρων Υγείας και τα Αγροτικά Ιατρεία μετατρέπονται σε Υγειονομικούς Σταθμούς (άρθρο 15§1).<sup>10</sup> Οι Υγειονομικοί Σταθμοί διακρίνονται σε Υγειονομικούς Σταθμούς με ορισμένες ώρες και ημέρες λειτουργίας και σε Υγειονομικούς Σταθμούς 24ωρης ετοιμότητας. Οι τελευταίοι καθορίζονται με το ίδιο κριτήριο που ίσχυε στον νόμο 1397/1983, όσον αφορά τα Περιφερειακά Ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας: την εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωραταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο Κέντρο Υγείας (άρθρο 15§2).

Ο σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης δεν διαφοροποιείται, παρά σε ελάχιστα σημεία, σε σύγκριση με όσα προβλέπονταν στον νόμο 1397/1983. Σύμφωνα με το άρθρο 16 του νόμου 2071/1992, σκοπός τους είναι:

- Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους αλλά και σε όσους διαμένουν προσωρινά σε αυτή.<sup>11</sup>
- Η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αυτό που σύμφωνα με τον νόμο 1397/1983 ονομαζόταν «υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού».
- Η νοσηλεία και η παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή έχουν εξέλθει από το νοσοκομείο και βρίσκονται στο σπίτι τους.

<sup>8</sup> Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. μπορούν επίσης να ασκούν και ιδιωτική πρακτική (Οικονόμου 2012: 86)

<sup>9</sup> Εξαιρούνται μόνο τα νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν και ως Κέντρα Υγείας (άρθρο 15§1).

<sup>10</sup> Οι ήδη υπάρχοντες Υγειονομικοί Σταθμοί διατηρούνται και λειτουργούν κατά το πρότυπο των υπό μετατροπή Περιφερειακών και Αγροτικών Ιατρείων (άρθρο 15§1).

<sup>11</sup> Αυτός ο σκοπός αναφέρεται και στον Νόμο 1397/1983, με τη μόνη διαφορά ότι εκεί γίνεται αναφορά στην παροχή *ισότιμης* πρωτοβάθμιας φροντίδας (βλ. υποκεφάλαιο 2.2.1).

- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η —σε έκτακτες περιπτώσεις— νοσηλεία μέχρι τη στιγμή της διακομιδής των ασθενών σε μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης (νοσοκομεία).
- Η διακομιδή ασθενών με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς (σε έκτακτες περιπτώσεις) στο Κέντρο Υγείας ή στο νοσοκομείο.
- Η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας.
- Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής.
- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Η ιατρική της εργασίας.
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας.
- Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις.
- Η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.
- Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, σε περίπτωση απουσίας φαρμακείου από την περιοχή.
- Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής, με στόχο την αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης.<sup>12</sup>

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, τόσο τα Κέντρα Υγείας όσο και όλοι οι Υγειονομικοί Σταθμοί δεν υπάγονται πλέον διοικητικά (και οικονομικά) στα κατά υγειονομική περιφέρεια νοσοκομεία, αλλά στη διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας (άρθρο 15§1).<sup>13</sup> Διατηρείται, ωστόσο, η επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεσή τους με το νομαρχιακό και περιφερειακό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας στην οποία ανήκουν (άρθρο 19§1). Είναι, επίσης, δυνατή η σύσταση νέων ή η συγχώνευση υπαρχόντων Κέντρων Υγείας και Υγειονομικών Σταθμών ανάλογα με τη μεταβολή των δημογραφικών και χωροταξικών δεδομένων ή τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού (άρθρο 15§3).

<sup>12</sup> Η συνεργασία των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας τόσο με την τοπική αυτοδιοίκηση όσο και με τους ιδιώτες ιατρούς θα μπορούσε να ερμηνευτεί μέσα στα πλαίσια των διαρθρωτικών αλλαγών που προβλέπει ο νόμος 2071/1992 όσον αφορά την υπαγωγή των Κέντρων Υγείας και των Υγειονομικών Σταθμών στις νομαρχίες και τη συμμετοχή ιδιωτικών φορέων στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

<sup>13</sup> Εξαιρέση αποτελούν τα Κέντρα Υγείας νησιωτικών περιοχών, τα οποία μπορούν να υπαχθούν σε διευθύνσεις υγείας νομού της ίδιας ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας (άρθρο 15§1).

Στα Κέντρα Υγείας και στους Υγειονομικούς Σταθμούς υπηρετούν: α) γενικοί ιατροί, β) ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, οι οποίες έχουν οριστεί με την απόφαση σύστασης του κάθε Κέντρου Υγείας, και γ) ιατροί άλλων ειδικοτήτων που ανήκουν στο νομαρχιακό ή το περιφερειακό νοσοκομείο της νομαρχίας που υπάγεται το Κέντρο Υγείας (άρθρο 17§1). Οι γενικοί ιατροί, όπως επίσης και οι ιατροί των ειδικοτήτων που ανήκουν στο νοσοκομείο, ενδέχεται να εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών. Είναι ενδιαφέρον ότι στον νόμο 2071/1992 δεν υπάρχει καμία αναφορά, συνεπώς δεν προβλέπεται η συνέχιση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού που προβλεπόταν με τον νόμο 1397/1983.

### 2.2.3 Νόμος 2194/1994: Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

Οι αλλαγές όσον αφορά τον χαρακτήρα του εθνικού συστήματος υγείας, τη δομή και τη διοικητική υπαγωγή των μονάδων Π.Φ.Υ., όπως προωθούνται με τον νόμο 2071/1992, ουσιαστικά δεν εφαρμόζονται. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι ο νόμος 2194/1994 θέτει ως κεντρικό ζήτημα την αποκατάσταση του Ε.Σ.Υ., επαναφέροντας, μεταξύ άλλων, σε ισχύ προγενέστερες διατάξεις του νόμου 1397/1983.

Ειδικά για τα ζητήματα που μας αφορούν, επαναφέρονται σε ισχύ τα άρθρα 1, 2, 3, 4, 14, 15, 17, 18 και 19 του νόμου 1397/1983, τα οποία σχετίζονται με: α) τις γενικές αρχές που διέπουν το ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, β) τις υγειονομικές περιφέρειες, γ) τα ΠΕ.Σ.Υ., δ) τον χαρακτήρα, τους στόχους, την οργάνωση και τη λειτουργία των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων, ε) τη διοικητική τους σχέση με τα νοσοκομεία, στ) την υπηρεσία των ιατρών σε αυτά και ζ) τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Ο θεσμός του γενικού-οικογενειακού ιατρού αποτελεί μία από τις βασικές τομές που πρότεινε η Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994, στο Κουρής *et. al.* 2007: 56) όσον αφορά την αναμόρφωση του Ε.Σ.Υ. Αλλά και στην Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας (Abel-Smith *et. al.* 1994), η οποία δημοσιεύτηκε επίσης λίγους μήνες μετά την ψήφιση του Νόμου 2194/1994, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού θεωρείται ως ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος υγείας και, ειδικότερα, η βάση για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της Π.Φ.Υ. Αυτό οφείλεται, κατά τη γνώμη της Επιτροπής, σε δύο δεδομένα, τα οποία προτείνει να ληφθούν υπόψη: α) Ο οικογενειακός ιατρός, ασκώντας γενική ιατρική μέσα στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ., χρησιμοποιεί λιγότερους πόρους απ' ό,τι άλλες ειδικότητες. Έχει σφαιρική γνώση και εποπτεία των κοινωνικών χαρακτηριστικών και των συνθηκών ζωής και εργασίας κάθε ασθενή, έχει τη δυνατότητα να έχει μπροστά του ολόκληρο το ιατρικό ιστορικό του, συνεπώς προσεγγίζει κάθε ιατρικό πρόβλημα ολιστικά (από ιατρική, κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά λειτουργώντας ως φύλακας [gatekeeper], είναι σε θέση να δώσει λύση στο 90% περίπου των προβλημάτων και μπορεί να κρίνει κατά πόσο είναι αναγκαία η όποια παραπομπή του ασθενή εκτός

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 5 του Νόμου 2194/1994, τονίζεται ότι όλα τα Κέντρα Υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού στον οποίο ανήκουν, χωρίς όμως να έχουν τη δυνατότητα αυτοδύναμου προϋπολογισμού (Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143).<sup>15</sup> Οι Υγειονομικοί Σταθμοί μετατρέπονται σε Περιφερειακά Ιατρεία και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας.

#### 2.2.4 Νόμος 2519/1997: Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις

Ο νόμος 2519/1997 δίνει έμφαση στα δικαιώματα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης και στη σύσταση αρμόδιων οργάνων που έχουν ως στόχο την προστασία αυτών των δικαιωμάτων (άρθρο 1). Επιδιώκεται η διαμόρφωση ενός ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., μέσα στα πλαίσια της λειτουργίας ενός Ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.) (άρθρο 31§1), τον συντονισμό του οποίου έχει το Υπουργείο Υγείας.

Ο χαρακτήρας, οι στόχοι και οι προβλεπόμενες δράσεις του νόμου ενισχύουν την έννοια της «Δημόσιας Υγείας» (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 12). Αυτό επιτυγχάνεται με την οργάνωση και τη λειτουργία Δικτύων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., κατά το γαλλικό μοντέλο των Δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Οικονόμου 2012: 88), τα οποία συνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. Τα Δίκτυα αυτά αποτελούν προϊόν διοικητικής και οργανωτικής ενοποίησης των μονάδων Π.Φ.Υ. του Ε.Σ.Υ. (Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων), των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων (πολυϊατρείων), καθώς επίσης και των μονάδων Π.Φ.Υ. των Ο.Τ.Α. ή άλλων Ν.Π.Δ.Δ. (άρθρο 31§1· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2008: 109·

---

πρωτοβάθμιας φροντίδας (σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, σε μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, σε εξειδικευμένες και συνήθως δαπανηρές εξετάσεις κ.λπ.). β) Η διατήρηση του μητρώου ασθενών του οικογενειακού ιατρού μπορεί να αξιοποιηθεί αποτελεσματικά μέσα στα πλαίσια της πολιτικής για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη ασθενειών, συμβάλλοντας στη βελτίωση του χαμηλού επιπέδου των εμβολιασμών και στην αύξηση των τραχηλικών κυτταρολογικών εξετάσεων (Abel Smith *et. al.* 1994: 66).

<sup>15</sup> Σύμφωνα με την Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας (Abel-Smith *et. al.* 1994: 72), η πρωτοβάθμια φροντίδα θα πρέπει να αποκτήσει αυτοδύναμο προϋπολογισμό, σαφώς προκαθορισμένο και απολύτως ανεξάρτητο από τον νοσοκομειακό τομέα, τόσο σε περιφερειακό όσο και σε εθνικό επίπεδο. Τα Κέντρα Υγείας, αλλά και άλλα κέντρα συλλογικής ιατρικής φροντίδας, θα πρέπει να αυτονομηθούν από τα νοσοκομεία, αποκτώντας κατάλληλο εξοπλισμό και όλα τα τεχνικά μέσα που είναι αναγκαία για μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, επιδέσεις, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, τραχηλικές κυτταρολογικές εξετάσεις, αιμοληψίες και ακτινολογικές εξετάσεις (Abel-Smith *et. al.* 1994: 66-67, 69).

Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143). Ένα ή περισσότερα Κέντρα Υγείας ή Πολυϊατρεία και τα κατά περίπτωση Περιφερειακά Ιατρεία τους μπορούν να λειτουργήσουν επίσης ως Δίκτυα (άρθρο 31§2).

Σε κάθε Δίκτυο λειτουργούν ιατρικές, νοσηλευτικές, κοινωνικές και διοικητικές υπηρεσίες. Τα όρια ευθύνης του καθορίζονται με βάση τον πληθυσμό και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής (αστικής, ημιαστικής, μη αστικής). Με βάση αυτά τα κριτήρια προσδιορίζεται τόσο η στελέχωσή του με ανθρώπινο δυναμικό όσο και η τεχνολογική του υποδομή (άρθρο 31§2).

Στα Δίκτυα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ιατροί που ειδικεύονται στη γενική ιατρική, στην παιδιατρική, στην παθολογία και σε άλλες βασικές ειδικότητες, όπως επίσης οδοντίατροι, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί και λοιπό προσωπικό. Είναι δυνατή η προσφορά ιατρικών υπηρεσιών από ιατρούς ειδικοτήτων του νοσοκομείου με το οποίο συνδέεται το Δίκτυο, σε τακτές ώρες και ημέρες της εβδομάδας (άρθρο 31§2).

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού διατηρείται. Στα Δίκτυα αστικών ή ημιαστικών περιοχών αυτού του είδους την υπηρεσία την παρέχουν ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας και παιδιατρικής (άρθρο 32§1), οι οποίοι διατηρούν ως ιδιώτες ιατρείο μέσα στην περιοχή ευθύνης του Δικτύου με το οποίο έχουν κάνει σύμβαση. Πέρα από την επίσκεψη των ασθενών στο ιατρείο τους, οι οικογενειακοί ιατροί ενδέχεται να επισκέπτονται τους ασθενείς τους στο σπίτι τους, όταν κάτι τέτοιο θεωρείται αναγκαίο (άρθρο 32§5). Την ιδιότητα του οικογενειακού ιατρού έχουν επίσης οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. ή άλλων ασφαλιστικών ταμείων (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 108). Σε περιπτώσεις που θεωρείται επιβεβλημένο να παρασχεθεί εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα ή να γίνουν εργαστηριακές εξετάσεις, ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να παραπέμψει τους ασθενείς του σε ιατρούς ειδικοτήτων ή στα εργαστήρια του Δικτύου, στα εξωτερικά ιατρεία ή στα εργαστήρια του νοσοκομείου με το οποίο είναι συνδεδεμένο το Δίκτυο ή ακόμη και σε οποιοδήποτε άλλο νοσοκομείο της περιοχής (άρθρο 32§5). Στα Δίκτυα μη αστικών περιοχών ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 18 του Νόμου 1397/1983.<sup>16</sup> Ο οικογενειακός ιατρός αμείβεται κατά κεφαλή και είναι αποκλειστικής απασχόλησης στο Δίκτυο με το οποίο συνάπτει σύμβαση (άρθρο 32§4-5).<sup>17</sup> Κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό ιατρό της προτίμησής

<sup>16</sup> Βλ. υποκεφάλαιο 2.2.1.

<sup>17</sup> Η πρόβλεψη για την κατά κεφαλή αμοιβή [capitation] των οικογενειακών ιατρών έχει ήδη προταθεί από την Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας (Abel Smith *et. al.* 1994).

του από τον κατάλογο των ιατρών του Δικτύου της περιοχής του, επιλογή που μπορεί να αλλάξει με σχετικό αίτημά του στον προϊστάμενο του Δικτύου (άρθρο 32§2).

#### 2.2.5 Το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη» (2000)

Μέσα στα πλαίσια των στόχων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας της χώρας, κατατίθεται το σχέδιο μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη» (2000). Βασικός στρατηγικός στόχος του συγκεκριμένου σχεδίου είναι ο οργανωτικός και λειτουργικός εκσυγχρονισμός και η αναβάθμιση των υποδομών για τη μετεξέλιξη του Ε.Σ.Υ. σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα το οποίο να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες των ελλήνων πολιτών για αξιοπρεπείς και ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 2000). Επιμέρους στόχοι είναι: α) η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ., β) η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας και η αξιοπρεπή αντιμετώπισή τους, γ) η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, δ) η ανάδειξη της Π.Φ.Υ. και της δημόσιας υγείας ως βασικών πυλώνων του Ε.Σ.Υ., ε) η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού και η αναγνώριση του ρόλου του στην αποτελεσματική λειτουργία του Ε.Σ.Υ., στ) η κατάρτιση προδιαγραφών για τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, και ζ) η αξιοποίηση των σύγχρονων μεθόδων διοίκησης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Ειδικά σε ό,τι αφορά τον στρατηγικό στόχο της ανάδειξης της Π.Φ.Υ. ως βασικού πυλώνα του Ε.Σ.Υ., το μεταρρυθμιστικό σχέδιο προτείνει ένα δημόσιο σύστημα Π.Φ.Υ., το οποίο θα παρέχει ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, προληπτική ιατρική, προαγωγή της υγείας και κοινωνική φροντίδα. Οι υπηρεσίες της Π.Φ.Υ. υπάγονται

---

Πιο συγκεκριμένα, οι οικογενειακοί ιατροί προτείνεται να μην απασχολούνται στο Ε.Σ.Υ. ως δημόσιοι υπάλληλοι, καθώς, σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, κάτι τέτοιο επηρεάζει την αποδοτικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (Abel Smith *et. al.* 1994: 70-71). Οι οικογενειακοί ιατροί θα πρέπει να είναι δημόσιοι λειτουργοί, ανεξάρτητοι ανταπασχολούμενοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με τους ασθενείς τους, οι οποίοι θα αμείβονται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών (Abel Smith *et. al.* 1994: 70-71, 74). Αυτού του είδους η σχέση των οικογενειακών ιατρών με το Ε.Σ.Υ. και τους ασθενείς τους μπορεί να επιτευχθεί τόσο σε αστικές όσο και σε μη αστικές περιοχές. Μάλιστα, προτείνεται η σύσταση δικτύων οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι θα μπορούν να κάνουν ομαδική άσκηση της οικογενειακής ιατρικής είτε στα ιδιωτικά τους ιατρεία είτε σε ενοικιαζόμενους χώρους σε πολυκλινικές του Ι.Κ.Α. ή στα Κέντρα Υγείας (Abel Smith *et. al.* 1994: 70-71).



διοικητικά στην περιφέρεια, ενώ την ευθύνη τους θα έχει ο αναπληρωτής γενικός διευθυντής του ΠΕ.Σ.Υ.

Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αυτοτελείς διοικητικές μονάδες που ανήκουν στο αντίστοιχο ΠΕ.Σ.Υ. και συνδέονται επιστημονικά με το νοσοκομείο αναφοράς τους.<sup>18</sup> Η περιοχή ευθύνης τους, η δομή, οι υπηρεσίες και η στελέχωσή τους ορίζονται επίσης από την περιφέρεια. Κάθε Κέντρο Υγείας μη αστικής περιοχής διαθέτει Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες του, τα οποία ανταποκρίνονται στον πληθυσμό και τις γεωγραφικές ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής.

Στις αστικές περιοχές προβλέπεται επίσης η ίδρυση αστικών Κέντρων Υγείας, τα οποία προέρχονται είτε από τη δημιουργία νέων υποδομών, αφού πρώτα έχει προηγηθεί χωροταξική μελέτη με βάση δημογραφικά, επιδημιολογικά και άλλα δεδομένα, είτε από την αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό υφισταμένων δομών Π.Φ.Υ. (πολυιατρείων) των Ο.Κ.Α., των Ο.Τ.Α. και άλλων μικρών νοσηλευτικών μονάδων. Βασική επιδίωξη είναι η κατάρτιση ενός συστήματος Π.Φ.Υ., το οποίο να καλύπτει με ενιαίο και ολοκληρωμένο τρόπο ολόκληρη τη χώρα.

Ο θεσμός του προσωπικού ιατρού αποτελεί επίσης πυλώνα της Π.Φ.Υ. Πρόκειται για συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό, ο οποίος ειδικεύεται στη γενική ιατρική, στην παθολογία, στην παιδιατρική ή σε κάποια άλλη ειδικότητα, ενώ περνά από σύντομη εκπαίδευση (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 109). Είναι πλήρους απασχόλησης και έχει υπ' ευθύνη του τη συγκρότηση και τη διατήρηση των ιατρικών φακέλων των ασθενών του, διασφαλίζοντας πάντα το ιατρικό απόρρητο και τα προσωπικά τους δεδομένα. Ο προσωπικός ιατρός αμείβεται κατά κεφαλή, ενώ μπορεί να έχει και πρόσθετες αμοιβές για υπηρεσίες που δεν εντάσσονται στις πάγιες αρμοδιότητές του (εμβολιασμοί, εφημερίες κ.λπ.) (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 108). Κάθε πολίτης μπορεί να επιλέξει να εγγραφεί ή στο πλησιέστερο Κέντρο Υγείας ή σε έναν προσωπικό ιατρό της περιοχής του. Σε κάθε περίπτωση, η ευθύνη της παραπομπής ενός πολίτη σε ιατρό άλλης ειδικότητας, σε κάποιο διαγνωστικό εργαστήριο ή ακόμη και σε άλλη βαθμίδα περίθαλψης ανήκει στο Κέντρο Υγείας ή στον προσωπικό ιατρό. Επίσης, προβλέπεται η καθιέρωση της θέσης της νοσηλεύτριας Π.Φ.Υ., η οποία εργάζεται στο Κέντρο Υγείας ή στο ιδιωτικό ιατρείο του προσωπικού ιατρού, αποτελώντας μαζί με τον τελευταίο το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.

---

<sup>18</sup> Προτείνεται επίσης η οργάνωση συγκεκριμένων υπηρεσιών μέσα στα πλαίσια των Κέντρων Υγείας, οι οποίες σχετίζονται με τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών, την αποκατάσταση και τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, τη νοσηλεία στο σπίτι, το νοσοκομείο ημέρας, την τηλεφωνική υπηρεσία υγείας αλλά και τηλειατρικές υπηρεσίες.

## 2.2.6 Νόμος 2889/2001: Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

Ο νόμος 2889/2001 αποτελεί σημαντική τομή για την οργάνωση του Ε.Σ.Υ.: παρόλο που δεν γίνεται λόγος για έναν Ενιαίο Φορέα Υγείας, εισάγεται η περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος υγείας (Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 144· Οικονόμου 2012: 90). Η επικράτεια διατηρεί τη διαίρεσή της σε υγειονομικές περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές.<sup>19</sup> Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύεται ΠΕ.Σ.Υ., το οποίο είναι Ν.Π.Δ.Δ. που εδρεύει στην πόλη της διοικητικής περιφέρειας που ανήκει και εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας (άρθρο 1§1-2). Κάθε ΠΕ.Σ.Υ., μεταξύ άλλων, έχει ως στόχο τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα και σχετίζονται με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία (άρθρο 1§3<sup>α</sup>).

Ειδικότερα, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. λειτουργούν υπό την εποπτεία κάθε ιδρυόμενου ΠΕ.Σ.Υ. και μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του, διατηρώντας τη διοικητική και οικονομική τους αυτοτέλεια (άρθρο 1§4· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 109). Ωστόσο, μέχρι την έκδοση σχετικής υπουργικής απόφασης, εξακολουθούν να λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων στα οποία υπάγονται, ενώ οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων (άρθρο 15§4). Όπως σημειώνουν οι Αλεξιάδου *et. al.* (2008: 109), ο νόμος 2889/2001 δεν επηρεάζει ουσιαστικά το σύστημα της Π.Φ.Υ., αφού οι βασικές της αρχές παραμένουν αμετάβλητες. Ωστόσο, είναι ενδιαφέρον ότι στον συγκεκριμένο νόμο δεν γίνεται καμία αναφορά στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 109-110).

Σύμφωνα με τον νόμο 2889/2001 προβλέπεται επίσης η σύσταση των Απογευματινών Ιατρείων των μονάδων δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, στα οποία οι πανεπιστημιακοί και οι νοσοκομειακοί ιατροί ασκούν ιδιωτικό έργο και αμείβονται κατά πράξη (άρθρο 9). Στόχος των Απογευματινών Ιατρείων είναι ο περιορισμός της παραοικονομίας μέσα στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης και η αύξηση των

<sup>19</sup> Η ταύτιση των υγειονομικών περιφερειών με τις διοικητικές περιφέρειες προβλέπεται ήδη από τον νόμο 2519/1997 (άρθρο 5§1).

εσόδων των νοσοκομειακών μονάδων, μέσα από ίδιες δαπάνες πολιτών που έχουν την οικονομική δυνατότητα να ζητήσουν αυτού του είδους τις υπηρεσίες (Οικονόμου 2012: 90).

#### *2.2.7 Νόμος 3172/2003: Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις*

Ο νόμος 3172/2003 στοχεύει γενικότερα στην οργάνωση και στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας μέσα από τη συγκρότηση μιας εθνικής στρατηγικής (άρθρο 4), προκειμένου να συσταθεί ένας χάρτης υγείας της χώρας, ο οποίος θα αποτελέσει εργαλείο για την ορθολογική κατανομή των πόρων για την υγεία (Οικονόμου 2012: 91). Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, οι οποίες, μεταξύ άλλων, δίνουν προτεραιότητα: α) στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν, β) στην προστασία και προαγωγή της υγείας των διαφόρων ομάδων πληθυσμού, γ) στην πρόληψη ασθενειών, δ) στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ε) στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού και στ) στον σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (άρθρα 1§1, 2§1).

Φορείς Δημόσιας Υγείας είναι: α) το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.), β) η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, γ) όλες οι συναφείς υπηρεσίες και τα όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, άλλων οργανισμών του ίδιου ή άλλων Υπουργείων, της Περιφέρειας, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, που έχουν το ίδιο αντικείμενο, και δ) μη κυβερνητικές οργανώσεις στην Ελλάδα και το εξωτερικό (άρθρο 3§1-3). Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ακολουθούν τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και συνεργάζονται με κάθε άλλο Διεθνή Οργανισμό που έχει επίσης κοινούς στόχους (άρθρο 3§2).

#### *2.2.8 Νόμος 3235/2004: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*

Παρόλο που πρόθεση του Υπουργείου Υγείας είναι η άμεση ψήφιση νόμου που να αφορά αποκλειστικά την Π.Φ.Υ., κάτι τέτοιο καθυστερεί μέχρι το 2004 όπου ψηφίζεται ο νόμος 3235/2004. Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο, η Π.Φ.Υ. τίθεται μέσα σε ένα νέο πλαίσιο και εκλαμβάνεται ως το σύστημα παροχής μιας δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας (άρθρο 1§1). Λαμβάνοντας υπόψη τόσο

τον παρόντα νόμο όσο και τον προηγούμενο, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι το περιεχόμενο της έννοιας της Π.Φ.Υ. φαίνεται να εξειδικεύεται σε σύγκριση με τον αρχικό ορισμό της Π.Φ.Υ., όπως διατυπώθηκε στη διακήρυξη της Alma-Ata: από τη μία γίνεται λόγος για τη «Δημόσια Υγεία», η οποία ως έννοια περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση της —κατά Alma-Ata— Π.Φ.Υ. με το κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον, και από την άλλη γίνεται λόγος για την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», η οποία λογίζεται ως το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 12).<sup>20</sup>

Σύμφωνα με το άρθρο 1§3 του νόμου 3235/2004, η Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει:

- Τις υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- Την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων πρόληψης νοσημάτων και προαγωγής της υγείας.
- Τον οικογενειακό προγραμματισμό.
- Τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού.
- Την οδοντιατρική φροντίδα και την προληπτική ιατρική.
- Τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης.
- Την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο.
- Τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Βασικές αρχές του συστήματος Π.Φ.Υ. είναι η ισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας, η ισότιμη και ολοκληρωμένη φροντίδα της υγείας,<sup>21</sup> ο προσανατολισμός στο άτομο και την οικογένειά του μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής υγειονομικής φροντίδας, η διαχείριση ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών<sup>22</sup> και η διαφύλαξη του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού (άρθρο 1§5).

Η Π.Φ.Υ. παρέχεται από: α) τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, β) τις μονάδες Π.Φ.Υ. των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (εφεξής

<sup>20</sup> Η ίδια θέαση για την Π.Φ.Υ. προτείνεται και στην Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας (Abel-Smith *et. al.* 1994: 65): η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα πρέπει να είναι εξω-νοσοκομειακή «πρώτης επαφής» φροντίδα.

<sup>21</sup> Αυτό αφορά τη διαχείριση χρόνιων ή συχνών προβλημάτων υγείας, αλλά και των παραγόντων κινδύνου της υγείας με έμφαση στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερόμενου (άρθρο 1§5).

<sup>22</sup> Η διαχείριση αυτών των δεδομένων πρέπει να χαρακτηρίζεται από την άμεση διαθεσιμότητά τους σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και από εμπιστευτικότητα (άρθρο 1§5).

Ο.Κ.Α.),<sup>23</sup> γ) τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., δ) τις μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (εφεξής Ο.Τ.Α.) και ε) άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις μονάδες του Ε.Σ.Υ. (άρθρο 2§1). Οι παραπάνω μονάδες βρίσκονται υπό τον ενιαίο έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας διά μέσου των αρμόδιων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) (άρθρο 2§2), ενώ αντανακλούν τον πλουραλιστικό χαρακτήρα που επιδιώκεται να αποκτήσουν οι παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 40).

Στα Κέντρα Υγείας, στα Περιφερειακά Ιατρεία και στα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία λειτουργεί σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων μέσω ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας (άρθρο 3§1), ενώ προβλέπεται επίσης η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σπίτι του ενδιαφερόμενου (άρθρο 3§3). Επιπλέον, στις μονάδες Π.Φ.Υ. απομακρυσμένων και δυσπρόσιτων περιοχών προβλέπεται η λειτουργία συστήματος τηλεϊατρικής υποστήριξης (άρθρο 3§2).

Σύμφωνα με τον νόμο 3235/2004 (άρθρα 12-14), προβλέπεται η διαδικασία πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας με βασικά κριτήρια: α) την ιατρική, ξενοδοχειακή και μηχανογραφική υποδομή και τον εξοπλισμό τους, β) τη στελέχωση (αριθμός, προσόντα και εξειδίκευση προσωπικού), γ) την εξυπηρέτηση και την ποιότητα έργου και τήρησης των διαδικασιών, δ) την πρόσβαση σε αυτά, ε) την τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών και στ) τη διασύνδεση των φορέων Π.Φ.Υ. τόσο μεταξύ τους όσο και με τους φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης.

Για την ίδρυση νέων Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Ο.Κ.Α. λαμβάνονται υπόψη τα πληθυσμιακά δεδομένα της περιοχής στην οποία προτείνεται η ίδρυση νέας μονάδας, η γειννίαση με ήδη υπάρχουσες μονάδες πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής και η επέκταση του συστήματος παροχής Π.Φ.Υ. (άρθρο 4§2).

Με τον νόμο 3235/2004 προβλέπεται η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας (άρθρο 7). Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκήσουν οι ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής (άρθρο 7§3). Ο οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός

---

<sup>23</sup> Εφεξής, ονομάζονται Κέντρα Υγείας του εκάστοτε Ο.Κ.Α. (άρθρο 2§1) και θεωρούνται αστικά Κέντρα Υγείας (Οικονόμου 2012: 91).

παρέχει υπηρεσίες Π.Φ.Υ. της ειδικότητάς του, διαχειρίζεται το τμήμα του ιατρικού φακέλου των ασθενών του, όπως διατηρείται στο οικείο Κέντρο Υγείας,<sup>24</sup> και, τέλος, παραπέμπει τους ασθενείς του σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή σε μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας, όταν αυτό θεωρείται αναγκαίο (άρθρο 7§8).<sup>25</sup> Το έργο του οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού συμπληρώνεται με τη συμβολή νοσηλευτών και επισκεπτών υγείας, οι οποίοι ενδέχεται να παρέχουν νοσηλευτικές υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς (άρθρο 8§1-2).<sup>26</sup>

Κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής (ή και της αλλαγής) οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού, ο οποίος υπηρετεί ή εργάζεται στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του ή ακόμη και άλλης περιοχής του ίδιου ωστόσο Πε.Σ.Υ.Π. (άρθρο 7§2) ή ενδέχεται να είναι ιδιώτης, συμβεβλημένος με τον ασφαλιστικό οργανισμό του δικαιούχου (άρθρο 7§4),<sup>27</sup> αμειβόμενος κατά κεφαλή.

Όσον αφορά τη διαχείριση των ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών κάθε ασθενή, προβλέπεται η κατάρτιση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ασθενών. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος περιλαμβάνει όλες τις ιατρικές πληροφορίες που αφορούν κάθε πολίτη και καταγράφονται από οποιοδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας (άρθρο 9§1). Προβλέπεται, επίσης, η εισαγωγή ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, στόχος της οποίας είναι η διευκόλυνση πρόσβασης του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, η αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας και η άμεση εξασφάλιση παροχής των αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικά με την υγεία του κατόχου της κάρτας (άρθρο 9§4). Με βάση την αρχή της εμπιστευτικότητας, πρόσβαση (μερική ή ολική)

---

<sup>24</sup> Ήδη από το 1994, η Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας (Abel Smith *et. al.* 1994: 67-68) προτείνει τη δημιουργία μητρώου ασθενών από την πλευρά κάθε οικογενειακού ιατρού. Το μητρώο αυτό θα πρέπει να καταχωρείται στο ηλεκτρονικό αρχείο της οικείας περιφέρειας, ενώ τα επιμέρους περιφερειακά αρχεία θα πρέπει να συγκεντρώνονται σε έναν κεντρικό ηλεκτρονικό υπολογιστή. Σύμφωνα με την Ειδική Επιτροπή, ένα τέτοιο οργανωμένο σύστημα καταγραφής και παρακολούθησης του ιατρικού ιστορικού κάθε ασθενή μπορεί να συμβάλει μακροπρόθεσμα στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη ασθενειών (Abel Smith *et. al.* 1994: 66).

<sup>25</sup> Το σύστημα παραπομπής των ασθενών σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή σε μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας προβλέπεται και σε προγενέστερους νόμους (1397/1983, 2194/1994 και 2519/1997), ενώ προτείνεται επίσης και στην Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας (Abel Smith *et. al.* 1994: 67, 69-70, 72-73). Ειδικά η τελευταία προτείνει ότι ένα μεγάλο μέρος των υποχρεώσεων του οικογενειακού ιατρού αφορά την παραπεμπτική διαδικασία, η οποία θα πρέπει να λειτουργεί με γνώμονα τη σωστή κρίση του οικογενειακού ιατρού, την ορθολογική χρήση των νοσοκομειακών και άλλων εξειδικευμένων υπηρεσιών και την αγαστή συνεργασία ανάμεσα στους ειδικούς (οικογενειακό ιατρό και εξειδικευμένους ιατρούς).

<sup>26</sup> Σε ορισμένες χώρες, όπως η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, η Π.Φ.Υ. παρέχεται και από νοσοκόμες και άλλους λειτουργούς σε κοινοτικό επίπεδο, που εργάζονται ως μέλη ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Abel Smith *et. al.* 1994: 66).

<sup>27</sup> Ομοίως, οι νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας που συνεργάζονται με τον οικογενειακό ιατρό είτε υπηρετούν στο Κέντρο Υγείας που υπηρετεί και εργάζεται ο ιατρός είτε είναι ιδιώτες, σε περίπτωση που και ο ιατρός είναι ιδιώτης, συμβεβλημένος με τον ασφαλιστικό οργανισμό του ασθενή (άρθρο 8§1-3).

στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας μπορούν να έχουν ο ίδιος ο πολίτης, ο οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός και οι καθ' ύλην αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας (άρθρο 10§1).

#### *2.2.9 Το σχέδιο νόμου για την οργάνωση και τη λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (2008)*

Μέχρι και το 2010, όπου ψηφίστηκε ο νόμος 3852/2010 (πρόγραμμα Καλλικράτης), δεν ευοδώνονται οι προσπάθειες θεσμοθέτησης μιας συγκροτημένης πολιτικής σχετικά με την Π.Φ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, το 2008 κατατίθεται σχέδιο νόμου σχετικά με την οργάνωση και τη λειτουργία του Γενικού Συστήματος της Π.Φ.Υ., το οποίο έχει ως μακροπρόθεσμο στόχο τη συγκρότηση ενός Χάρτη Φορέων της Π.Φ.Υ. (άρθρο 5§5).

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο σχέδιο νόμου, η Π.Φ.Υ. ορίζεται ως το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, στο οποίο έχει ισότιμη πρόσβαση το σύνολο του πληθυσμού. Στόχος της είναι η πρόληψη, η διατήρηση, η προαγωγή, η αποκατάσταση και η ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών μέσω πιστοποιημένων υπηρεσιών (ιατρικών, νοσηλευτικών και οδοντιατρικών πράξεων, εξετάσεων, πρωτοκόλλων ιατρικών πράξεων και φαρμάκων<sup>28</sup>) αλλά και συναφών υπηρεσιών ανοικτής, κοινωνικής, προνοσοκομειακής ή μετανοσοκομειακής φροντίδας. Ο προβλεπόμενος στόχος αφορά, επίσης, την υιοθέτηση και την εφαρμογή κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία, μέσα από τις υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής, ιατρικής της εργασίας, σχολικής υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού, αγωγής υγείας κ.λπ. (άρθρο 1§1-2).

Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια (Υ.ΠΕ.) συστήνονται Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που μαζί με την, επίσης υπό σύσταση, Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (άρθρο 2§1), έχουν την ευθύνη για τη λειτουργία και τον έλεγχο των αστικών και περιφερειακών Κέντρων Υγείας (άρθρο 2§2).

Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται τόσο από δημόσιους όσο και από ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Π.Φ.Υ. υπό συγκεκριμένους όρους

---

<sup>28</sup> Τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων για την πρωτοβάθμια φροντίδα αφορούν ιατρικές πράξεις πρόληψης και θεραπείας, διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα, η επιλογή των οποίων επαφίεται στον προσωπικό ιατρό και καθορίζεται με βάση τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και τις συνθήκες ζωής του κάθε ασφαλισμένου. Στόχος τους είναι η συνεργασία των φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (άρθρο 3§5-6).

και προϋποθέσεις (άρθρα 1§3, 4§1). Στους δημόσιους φορείς ανήκουν: α) τα Κέντρα Υγείας πόλης,<sup>29</sup> β) τα Κέντρα Υγείας περιφέρειας,<sup>30</sup> γ) τα Περιφερειακά Πολυιατρεία και τα Περιφερειακά Ιατρεία που επιτελούν υπηρεσίες υπαίθρου,<sup>31</sup> δ) οι μονάδες Π.Φ.Υ. και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Ο.Τ.Α., ε) οι πρωτοβάθμιες μονάδες ψυχικής υγείας όπως περιγράφονται στον νόμο 2716/1999, στ) οι κινητές μονάδες πρόληψης, ψυχικής και πρωτοβάθμιας φροντίδας, ζ) τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης από ναρκωτικές ουσίες, η) τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, θ) τα αντικαπνιστικά κέντρα, ι) η ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας, η οποία αποτελεί αυτοτελής υπηρεσία της Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ια) οι μονάδες του Ε.Σ.Υ. και οι εποπτευόμενες από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και ιβ) οι μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης (άρθρο 4§2).

Στους ιδιωτικούς φορείς ανήκουν: α) ιδιωτικά ιατρεία και πολυιατρεία ποικίλων ειδικοτήτων, β) ιδιωτικά οδοντιατρεία και πολυοδοντιατρεία, γ) ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, δ) ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, ε) ιδιωτικά κέντρα φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και διαιτολογίας, στ) φαρμακεία και καταστήματα οπτικών, ζ) ιδιωτικές μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης, η) ιδιωτικές μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας, θ) τμήματα Π.Φ.Υ. κλινικών και πολυκλινικών, ι) ιδιωτικές κινητές μονάδες Π.Φ.Υ. και ια) ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας (άρθρο 4§4). Οι συγκεκριμένοι ιδιωτικοί φορείς θα πρέπει να έχουν πιστοποιηθεί ως προς την επάρκεια και την ποιότητα των υπηρεσιών τους με βάση την κείμενη νομοθεσία, να εφαρμόζουν τα εκάστοτε ισχύοντα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων και, τέλος, να παρέχουν τις υπηρεσίες τους ισότιμα σε όλους τους ασφαλισμένους, εφόσον ο ασφαλιστικός φορέας των τελευταίων είναι ενταγμένος στο Γενικό Σύστημα Π.Φ.Υ. (άρθρο 4§6).

Ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού διαφοροποιείται σε σύγκριση με προγενέστερες διατάξεις: προτείνεται ο θεσμός του προσωπικού ιατρού, τον οποίο μπορεί να επιλέξει ελεύθερα ο ασφαλισμένος τόσο από τους δημόσιους όσο και από τους ιδιωτικούς φορείς Π.Φ.Υ. Όσον αφορά την ειδικότητά του, δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος

<sup>29</sup> Τα Κέντρα Υγείας αστικών περιοχών μετονομάζονται σε *Κέντρα Υγείας πόλης*. Αποτελούν αυτόνομες και αυτοδιοικούμενες υπηρεσίες, ενώ υπάγονται στην Υ.ΠΕ. (άρθρο 4§2<sup>α</sup>).

<sup>30</sup> Τα Κέντρα Υγείας αγροτικών και ημιαστικών περιοχών μετονομάζονται σε *Κέντρα Υγείας περιφέρειας*. Αποτελούν αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες, οι οποίες υπάγονται διοικητικά στην Υπηρεσία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της οικείας Υ.ΠΕ. και εποπτεύονται επιστημονικά και λειτουργικά από το πλησιέστερο νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. (άρθρο 4§2<sup>β</sup>).

<sup>31</sup> Τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία μετονομάζονται σε *περιφερειακά πολυιατρεία*. Αποτελούν αποκεντρωμένες υπηρεσίες που υπάγονται στα Κέντρα Υγείας περιφέρειας (άρθρο 4§2<sup>γ</sup>).



περιορισμός (άρθρο 5§1).<sup>32</sup> Ο προσωπικός ιατρός πληρώνεται κατά πράξη, μέσω ηλεκτρονικής κάρτας, από τους ασφαλιστικούς φορείς, με βάση τα πρωτόκολλα ιατρικών εξετάσεων και φαρμάκων, όπως αυτά ορίζονται στο νομοσχέδιο (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 109). Προβλέπεται να διατηρεί το δικαίωμα παραπομπής των ασθενών του σε άλλες υπηρεσίες και ιατρικές εξετάσεις (άρθρο 5§3).

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μια νέα πρόταση είναι η συγκρότηση και η χρήση ηλεκτρονικών βιβλιαρίων υγείας, υπό μορφή κάρτας ετήσιας δαπάνης, η οποία προεγκρίνεται και πιστώνεται σε κάθε δικαιούχο από τον ασφαλιστικό φορέα του (άρθρο 7§2).<sup>33</sup> Το πιστωτικό όριο αφορά δαπάνες ιατρικών επισκέψεων, διαγνωστικών εξετάσεων και αγοράς φαρμάκων, ενώ ορίζεται με βάση τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου, τη σχετική πολιτική του ασφαλιστικού φορέα, αλλά και τον μέσο όρο της δαπάνης για τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., όπως αυτός έχει καταγραφεί για κάθε ασφαλισμένο από τον ασφαλιστικό φορέα του (άρθρο 7§3-4). Στόχος, επίσης, του ηλεκτρονικού βιβλιαρίου υγείας είναι η μακροπρόθεσμη δημιουργία ιατρικού φακέλου για κάθε ασφαλισμένο, στον οποίο θα έχει πρόσβαση ο προσωπικός του ιατρός και κάθε άλλος πάροχος Π.Φ.Υ., με βάση τις διατάξεις που αφορούν την προστασία των προσωπικών δεδομένων (άρθρο 7§7).

#### *2.2.10 Νόμος 3852/2010: Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης*

Ο νόμος 3852/2010 (πρόγραμμα «Καλλικράτης») δεν σχετίζεται άμεσα με μεταρρυθμίσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας και της Π.Φ.Υ. ειδικότερα. Ωστόσο, μέσα στα πλαίσια του συγκεκριμένου νόμου υπάρχουν διατάξεις που αφορούν την αυτοδιοίκηση και την περιφερειακή αποκέντρωση.

Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, οι περιφέρειες ασκούν τις αρμοδιότητες των Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας, στις οποίες αποδίδονται επίσης και οι ανάλογοι οικονομικοί πόροι (άρθρο 186 Ζ.Γ.<sup>α,δ</sup>). Πιο συγκεκριμένα, οι αρμοδιότητες που ασκούνταν από τις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.), όπως αυτές

<sup>32</sup> Μπορεί να έχει μία από τις παρακάτω ειδικότητες: παθολογία, φυσιολογία, παιδιατρική, οδοντιατρική, καρδιολογία, ορθοπαιδική, δερματολογία, οφθαλμιατρική, γυναικολογία, ουρολογία, ψυχιατρική, νευρολογία, γενική ιατρική, παιδοχειρουργική, ωτορινολαρυγγολογία, ρευματολογία, ενδοκρινολογία, γενική χειρουργική κ.ά. (άρθρα 4§4<sup>α</sup>, 5§1).

<sup>33</sup> Γενικότερα, η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Π.Φ.Υ. αφορά το Ι.Κ.Α., τον Ο.Π.Α.Δ. και άλλους ασφαλιστικούς φορείς, οι υπηρεσίες των οποίων εντάσσονται στο σύστημα υπό την εποπτεία της Γενικής Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. (άρθρο 9§1-2).

συστάθηκαν με τον νόμο 3329/2005,<sup>34</sup> μεταβιβάζονται στους δήμους, οι οποίοι θα διαθέτουν και τους ανάλογους οικονομικούς πόρους για την άσκηση των μεταβιβαζόμενων αρμοδιοτήτων (άρθρο 94§3Α<sup>α,γ</sup>). Στις αρμοδιότητες αυτές περιλαμβάνονται και αυτές που αφορούν τις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας (Μ.Π.Υ.). Όπως σημειώνουν οι Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 12), με βάση την ισχύουσα νομοθεσία (ν. 3172/2003, ν. 3235/2004 και ν. 3329/2005), οι αρμοδιότητες αυτές αποτελούν επί της ουσίας ένα σημαντικό τμήμα της διαδικασίας για τη διαμόρφωση και την εφαρμογή πολιτικών Π.Φ.Υ.

#### 2.2.11 Νόμος 3918/2011: Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις

Ένα σημαντικό μεταρρυθμιστικό βήμα προς την αναβάθμιση της Π.Φ.Υ. είναι ο νόμος 3918/2011, ο οποίος προβλέπει τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (εφεξής Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, καθώς και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 17§1). Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρονται και εντάσσονται οι υπηρεσίες, οι αρμοδιότητες και το προσωπικό των μεγαλύτερων Ο.Κ.Α. της χώρας: του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Μισθωτών (εφεξής Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ.), του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (εφεξής Ο.Γ.Α.), του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (εφεξής Ο.Α.Ε.Ε.) και του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (εφεξής Ο.Π.Α.Δ.) (άρθρο 17§2).<sup>35</sup>

Σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους των παραπάνω Ο.Κ.Α., αλλά και ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας ανάμεσα στους φορείς που συνιστούν το δίκτυο Π.Φ.Υ. (άρθρο 18§1<sup>α,β</sup>), με στόχο την —από άποψη ποιότητας και ορθότητας— καλύτερη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων (άρθρο 18§1<sup>β</sup>). Το δίκτυο Π.Φ.Υ. συνίσταται από: α) τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία του Ε.Σ.Υ., β) τους ιατρούς που εκτελούν υπηρεσία υπαίθρου, γ)

<sup>34</sup> Σύμφωνα με τον Νόμο 3329/2005 (Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις), η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις διοικητικές (άρθρο 1§1). Σε καθεμιά από αυτές συστήνεται Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.), σκοπός της οποίας είναι ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος της λειτουργίας όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, συμπεριλαμβανομένων και των Κέντρων Υγείας και των μονάδων κοινωνικής φροντίδας (άρθρο 2α).

<sup>35</sup> Με κοινή απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, μπορεί να μεταφέρονται στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. (άρθρο 17§3).

τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Ο.Τ.Α., δ) τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.,<sup>36</sup> ε) τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτες ιατρούς<sup>37</sup> και στ) τις μονάδες παροχής υπηρεσιών άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. (άρθρο 18§1<sup>β</sup>-2).

Μέριμνα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι τόσο η οργάνωση της λειτουργίας των παραπάνω φορέων όσο και η θέσπιση κανόνων που να εξασφαλίζουν την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν (άρθρο 18§1<sup>γ</sup>). Η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είναι επίσης υπ' ευθύνη του, όπως επίσης και η ορθολογική αξιοποίηση των εκάστοτε διαθέσιμων πόρων. Τέλος, βασικός σκοπός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι ο καθορισμός (ή και η αναθεώρηση) των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημοσίου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς (άρθρο 18§1<sup>δ</sup>).

Εκτός από τη σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο νόμος 3918/2011 θέτει και ένα οργανωτικής φύσης ζήτημα, το οποίο σχετίζεται με την Π.Φ.Υ. Σύμφωνα με το άρθρο 50§1, η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας<sup>38</sup> του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετονομάζεται σε Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής και αναβαθμίζεται ως προς τις αρμοδιότητές της. Πιο συγκεκριμένα και σε ό,τι αφορά την Π.Φ.Υ., η Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, η οποία αποτελεί τμήμα της Γενικής Διεύθυνσης, έχει μεταξύ άλλων την αρμοδιότητα συντονισμού, υποστήριξης, παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και ποιότητας ζωής, όπως παρέχονται από τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης (άρθρο 50§3).<sup>39</sup> Επιπλέον, η ίδια Διεύθυνση<sup>40</sup> έχει τον συντονισμό των φορέων (περιφερειακές διευθύνσεις δημόσιας υγείας της αποκεντρωμένης διοίκησης, υπηρεσίες δημόσιας

<sup>36</sup> Όπως σημειώνουν οι Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 13), ένα πρώτο βήμα για τη λειτουργική ενοποίηση των φορέων Π.Φ.Υ. αποτελεί η δυνατότητα που έχουν οι ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ. να απευθύνονται σε συμβεβλημένους ιατρούς τόσο με τον δικό τους ασφαλιστικό πάροχο όσο και με τον Ο.Α.Ε.Ε. και τον Ο.Π.Α.Δ. (άρθρο 18§2).

<sup>37</sup> Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, η Π.Φ.Υ. μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων (άρθρο 18§2).

<sup>38</sup> Η συγκεκριμένη Διεύθυνση συστάθηκε με τον Νόμο 3172/2003.

<sup>39</sup> Πιο συγκεκριμένα, αυτή η αρμοδιότητα ανήκει στο Τμήμα Προγραμματισμού, Εποπτείας, Αξιολόγησης και Αναπτυξιακών Προγραμμάτων

<sup>40</sup> Πιο συγκεκριμένα, αυτή η αρμοδιότητα ανήκει στο Τμήμα Ανάπτυξης Ανθρώπινων Πόρων Τομέα Δημόσιας Υγείας.

υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού κ.λπ.) που είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή των πολιτικών της δημόσιας υγείας (άρθρο 50§3). Γενικότερα, οι επιμέρους Διευθύνσεις της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής έχουν αρμοδιότητες που αφορούν τον συντονισμό και την αξιολόγηση πολιτικών υγείας (για τη Δημόσια Υγεία αλλά και την Π.Φ.Υ.) που έχουν προβλεφθεί με τους νόμους 2519/1997, 3172/2003 και 3235/2004 (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13).

#### *2.2.12 Νόμος 4238/2014: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*

Η πιο πρόσφατη νομοθετική παρέμβαση που αφορά την Π.Φ.Υ. είναι ο νόμος 4238/2014, ο οποίος προβλέπει τη δημιουργία ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (εφεξής Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο αποτελεί μέρος του Ε.Σ.Υ. (άρθρο 1§2 και 3). Σύμφωνα με τις γενικές αρχές του νόμου, το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω της Π.Φ.Υ. στο σύνολο των πολιτών, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική και ασφαλιστική τους κατάσταση και τον τόπο κατοικίας τους (άρθρο 1§1 και 3). Σύμφωνα με τον νόμο, η Π.Φ.Υ. αποτελεί πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα της υγείας, παρέχοντάς τους ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας τους (άρθρο 1§4). Με βάση τα παραπάνω, η Π.Φ.Υ. συμβάλλει στην ορθολογική ροή των πολιτών προς τα άλλα επίπεδα του Ε.Σ.Υ., σεβόμενη την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στο πλαίσιο των κανόνων βιοηθικής και ιατρικής δεοντολογίας (άρθρο 1§4).

Στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνονται: α) οι υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν την εισαγωγή του πολίτη σε νοσοκομείο, β) η εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών, ο σχεδιασμός και η υλοποίηση μέτρων που αφορούν την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας, γ) η παροχή πρώτων βοηθειών, δ) οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, ε) η παραπομπή, η παρακολούθηση και η ενίοτε συνδιαχείριση περιστατικών στις μονάδες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, στ) η παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, ζ) οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον νοσηλείας, όπως και οι υπηρεσίες αποκατάστασης, η) οι υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, θ) η παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, ι) η διασύνδεση με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, ια) οι υπηρεσίες

πρωτοβάθμιας οδοντιατρικής και ορθοδοντικής φροντίδας και πρόληψης και ιβ) τα προγράμματα εμβολιασμού (άρθρο 1§5).

Οι δομές παροχής Π.Φ.Υ. είναι τόσο δημόσιες όσο και ιδιωτικές.<sup>41</sup> Στις δημόσιες δομές παροχής Π.Φ.Υ. περιλαμβάνονται: α) τα Κέντρα Υγείας και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία), τα οποία υπάγονται οργανωτικά στην οικεία Διοίκηση Υγειονομικών Περιφερειών (εφεξής Δ.Υ.Πε.) και αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους (άρθρο 2§2),<sup>42</sup> και β) οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οι οποίες επίσης υπάγονται οργανωτικά στην οικεία Δ.Υ.Πε. και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες τους (άρθρο 2§3). Οι παραπάνω δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. βρίσκονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική και εκπαιδευτική διασύνδεση με τα νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται, τα οποία θεωρούνται Νοσοκομεία Αναφοράς (άρθρο 2§4).

Η ίδρυση νέων Κέντρων Υγείας προβλέπεται με γνώμονα την αναγκαιότητά τους, τον πληθυσμό που θα εξυπηρετούν και την προσβασιμότητά του σε αυτά, τις συγκοινωνιακές συνθήκες,<sup>43</sup> τη γειτνίασή τους με υφιστάμενες μονάδες υγείας και τις γενικότερες συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής (άρθρο 3§2). Η έδρα κάθε Κέντρου Υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής (άρθρο 3§3). Κάθε Κέντρο Υγείας προβλέπεται να έχει συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, η οποία ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (εφεξής Το.Π.Φ.Υ.).<sup>44</sup> Οι προαναφερθείσες δημόσιες δομές παροχής Π.Φ.Υ.,

<sup>41</sup> Οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σύμφωνα με τον Νόμο 3846/2010 (άρθρο 13), είναι: α) τα ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, β) τα ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία, γ) τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και δ) τα ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.

<sup>42</sup> Τα Κέντρα Υγείας δύναται να χαρακτηρίζονται ως Πολυδύναμα, με βάση γεωγραφικά και πληθυσμιακά κριτήρια, σε συνάρτηση επίσης με τις ανάγκες στελέχωσης σε ιατρικές ειδικότητες (άρθρο 3§1).

<sup>43</sup> Σύμφωνα με το άρθρο 27§1, κατόπιν εισήγησης των οικείων Δ.Υ.Πε. και με κοινή απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, συναρμόδιου Υπουργού, προβλέπεται η σύσταση Κινητών Μονάδων Π.Φ.Υ., είτε ως μονάδων των Δ.Υ.Πε. είτε ως μονάδων των Νοσοκομείων, με σκοπό την εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. Οι Κινητές Μονάδες Π.Φ.Υ. θα εξυπηρετούν περιοχές ευθύνης πέραν των διοικητικών ορίων του ενός νομού και πέραν της μίας Υγειονομικής Περιφέρειας. Παρόμοιες Κινητές Μονάδες Π.Φ.Υ. προβλέπεται να συστήνονται και από Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α., Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και από σωματεία και εταιρείες Αστικού Δικαίου (άρθρο 27§2).

<sup>44</sup> Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας καθορίζεται με βάση τις υγειονομικές ανάγκες, τον πληθυσμό, τα γεωμορφολογικά χαρακτηριστικά της περιοχής, τις συγκοινωνιακές συνθήκες, αλλά και την ύπαρξη άλλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας στη γύρω περιοχή (άρθρο 3§4).

όπως επίσης οι οικογενειακοί ιατροί και οι συμβεβλημένοι ιατροί συνιστούν το Τοπικό Δίκτυο υπηρεσιών Π.Φ.Υ. εντός του Το.Π.Φ.Υ. (άρθρο 3§5).<sup>45</sup>

Στο Π.Ε.Δ.Υ. περιλαμβάνονται, επίσης, οι επαγγελματίες Π.Φ.Υ., οι οποίοι είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι και αποτελούν μια ομάδα με διακριτούς ρόλους, η οποία εργάζεται σε επίπεδο κοινότητας (οικογενειακοί ιατροί, ιατροί άλλων ειδικοτήτων, οδοντίατροι, μαίες, επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγοι-διατροφολόγοι, ψυχολόγοι, εργοθεραπευτές, τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων, χειριστές ιατρικών συσκευών, ραδιολόγοι-ακτινολόγοι, οδοντοτεχνίτες και λοιπό υγειονομικό και παραϊατρικό προσωπικό) (άρθρο 4§1-2).

Ειδικότερα, οι οικογενειακοί ιατροί προβλέπεται να παρέχουν τις υπηρεσίες τους είτε ως εργαζόμενοι στις δομές Π.Φ.Υ. των Τοπικών Δικτύων που συστήνονται, είτε ως συμβεβλημένοι ιατροί στο ιδιωτικό τους ιατρείο, είτε κατ' οίκον (άρθρο 5§2 και 4). Οι υπηρεσίες που προσφέρουν σχετίζονται με: α) τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και παραγόντων κινδύνου που αφορούν την κοινότητα μέσα στην οποία εργάζονται, β) τη διαχείριση των υπηρεσιών φροντίδας και αποκατάστασης των ασθενών τους, όντας σε διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του Τοπικού Δικτύου και με τα Νοσοκομεία Αναφοράς, γ) την υποστήριξη και την καθοδήγηση των ασθενών τους μέσα στο σύστημα υγείας, δ) τον προληπτικό και προσυμπτωματικό έλεγχο και τα προγράμματα εμβολιασμού, ε) την παραπομπή των ασθενών τους σε ειδικούς ιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης, όπως επίσης και σε διαγνωστικές εξετάσεις και στ) τη συγκρότηση και την τήρηση ατομικού ηλεκτρονικού βιβλιαρίου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλόγό τους (άρθρο 5§3).

Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να έχει ειδικότητα γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής (άρθρο 5§5). Κάθε πολίτης έχει την ελευθερία επιλογής (ή αλλαγής) του οικογενειακού ιατρού που επιθυμεί, μέσα από τον κατάλογο των οικογενειακών ιατρών που έχει συσταθεί σε κάθε Τοπικό Δίκτυο (άρθρο 5§6).

Σημαντική διάταξη του νόμου 4238/2014 αποτελεί η αλλαγή του σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος προβλέπεται να λειτουργεί αποκλειστικά ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους (άρθρο 8§1<sup>α</sup>). Σκοπός του, επίσης, είναι η θέσπιση κανόνων που αφορούν τον σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την ποιότητα, την ασφάλεια, την αποτελεσματικότητα και την αξιολόγηση της αγοράς αυτών των

---

<sup>45</sup> Ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη, η εποπτεία και η αξιολόγηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Τοπικού Δικτύου αποτελούν μέλημα των υπεύθυνων τμημάτων της οικείας Δ.Υ.Πε. (άρθρο 6).

υπηρεσιών υγείας, ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων με φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς σχετικά με τέτοιου είδους αγορές, αλλά και η διαπραγμάτευση όσον αφορά τις αμοιβές, τους όρους των συμβάσεων και τις τιμές των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων (άρθρο 8§1<sup>β-δ</sup>).

### 2.3 Ανακεφαλαίωση

Λαμβάνοντας υπόψη τις διατάξεις του συνόλου της νομοθεσίας που αφορά την πολιτική υγείας στην Ελλάδα, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι, τουλάχιστον νομοθετικά, το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θεωρείται ως η πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα της υγείας. Πρόκειται για ένα υποσύστημα υγείας το οποίο έχει τη δυνατότητα να παράσχει σε όλους τους πολίτες ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας τους. Είναι γεγονός ότι σε όλους τους νόμους που εξετάστηκαν υπάρχει σχετική πρόβλεψη για όλες εκείνες τις αρχές που διέπουν το ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο βρίσκεται σε άμεση συσχέτιση με το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. Γίνεται σταθερά λόγος για τον χαρακτήρα, τους στόχους, την οργάνωση, τους φορείς και τη λειτουργία της.

Φορείς υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είναι τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, οι μονάδες Π.Φ.Υ. των Ο.Κ.Α., των Ο.Τ.Α. και άλλων φορέων, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, αλλά και ιδιωτικά ιατρεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και κλινικές. Πάγιοι στόχοι των παραπάνω είναι: α) η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, β) η εξωνοσοκομειακή και μετανοσοκομειακή φροντίδα, η αποκατάσταση των ασθενών, η κατ' οίκον νοσηλεία και άλλες εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, οι οποίες βρίσκονται σε συνάρτηση με τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της τοπικής κοινωνίας (π.χ. τηλεϊατρική), γ) η παροχή πρώτων βοηθειών, δ) η οδοντιατρική περίθαλψη και πρόληψη, ε) η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, στ) η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής, κοινωνικής φροντίδας, οικογενειακού προγραμματισμού και ιατρικής της εργασίας, ζ) η προληπτική ιατρική και συνεπώς θ) η γενικότερη προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των μονάδων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. με τις μονάδες

Δ.Φ.Υ., οι οποίες λειτουργούν ως μονάδες αναφοράς, ενώ ενίοτε αποτελούν και τον καταληκτικό πόλο της οργανικής και διοικητικής υπαγωγής των δομών Π.Φ.Υ.

Βασικός πυλώνας της Π.Φ.Υ. είναι ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος αποτελεί σταθερή νομοθετική διάταξη στις πολιτικές υγείας της Ελλάδας. Σύμφωνα με τους προαναφερόμενους νόμους, ο οικογενειακός ιατρός: α) εκτιμά τις υγειονομικές ανάγκες των ασθενών του και συμβάλλει στον σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων που αφορούν την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας, β) προσφέρει υπηρεσίες υγείας (π.χ. πρώτες βοήθειες, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα, υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, κατ' οίκον νοσηλείας και αποκατάστασης, παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού, εμβολιασμούς κ.λπ.) που δεν απαιτούν την εισαγωγή του πολίτη σε νοσοκομείο και γ) παρακολουθεί, παραπέμπει και διαχειρίζεται από κοινού με άλλους επαγγελματίες υγείας (τόσο σε οριζόντιο όσο και σε κάθετο επίπεδο) περιστατικά που χρήζουν συγκεκριμένης ιατρικής φροντίδας.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

## Η ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 3.1 Εισαγωγή

Στόχος του τρίτου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των παθολογικών σημείων του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως αυτό έχει συγκροτηθεί τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα. Όπως έχει διαπιστωθεί από ποικίλες έρευνες (θεωρητικές και εμπειρικές) και κριτικές μελέτες, η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα δεν κατάφερε να αποτελέσει ένα υγιές και συνεκτικό σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά ένα πολυκερατισμένο, απαξιωμένο και αδύναμο κομμάτι του Ε.Σ.Υ.

Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω δεδομένο, στο παρόν κεφάλαιο θα επιδιωχθεί η κριτική εξέταση των παραγόντων εκείνων που έχουν συντελέσει στην απαξίωση της Π.Φ.Υ. τόσο από τους ίδιους της τους λειτουργούς όσο και από τους χρήστες των υπηρεσιών της. Πιο συγκεκριμένα, θα δοθεί έμφαση: α) στη σκιαγράφηση του πολιτικού και ιδεολογικού πλαισίου, μέσα στο οποίο κινήθηκαν οι πολιτικές υγείας, από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 μέχρι τις μέρες μας, β) στον αντιφατικό χαρακτήρα των στρατηγικών και των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, ειδικά σε ό,τι αφορά τον χαρακτήρα, τον σχεδιασμό, την οργάνωση, τη διοίκηση και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, γ) στο διαφορετικό καθεστώς διοίκησης, οργάνωσης, χρηματοδότησης, στελέχωσης και υλικοτεχνικής υποδομής των επιμέρους δομών Π.Φ.Υ., καθώς επίσης και στις παρατηρούμενες αποκλίσεις ως προς τις συνθήκες εργασίας, τις αμοιβές και, κυρίως, τις παροχές προς τους χρήστες και την πρόσβαση των τελευταίων σε αυτές, δ) στα προβληματικά σημεία της διασύνδεσης (οργανωτικής, διοικητικής, λειτουργικής, οικονομικής, επιστημονικής, εκπαιδευτικής) των μονάδων Π.Φ.Υ. με αυτές της Δ.Φ.Υ., ε) στην υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα υγείας και στην έλλειψη οικονομικής αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας και στ) στην ενίσχυση του ιδιωτικού τομέα υγείας.

Οι παραπάνω άξονες θα τύχουν ερμηνευτικής και κριτικής προσέγγισης μέσα από την ανάπτυξη αυτόνομων υποκεφαλαίων, τα οποία σχετίζονται με: α) την παλινωδία

των νομοθετικών μεταρρυθμίσεων για την Π.Φ.Υ., β) τον χαρακτήρα, την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και γ) τα οργανωτικά χαρακτηριστικά και τα προβληματικά σημεία των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. όπως παρέχονται από τις δομές: i) του Ε.Σ.Υ., ii) των Ο.Κ.Α., iii) των Ο.Τ.Α. και iv) του ιδιωτικού τομέα.

### **3.2 Η παθολογία του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα**

#### *3.2.1 Η παλινωδία των νομοθετικών μεταρρυθμίσεων για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*

Είναι γεγονός ότι η περιφερειακή αποκέντρωση και η ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. αποτελούν τον κορμό κάθε συγκροτημένου συστήματος υγείας, το οποίο φιλοδοξεί να συνδυάσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε αυτές, αλλά και το χαμηλότερο, ει δυνατόν, κόστος (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 38, 40).<sup>46</sup> Ειδικά σε ό,τι αφορά την Π.Φ.Υ., έχει ήδη επισημανθεί η καίρια συμβολή της στις μελλοντικές προκλήσεις που οι εισηγητές στρατηγικών και πολιτικών υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίσουν (Hancock & Garret 1995, στο Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 141). Ωστόσο, δεν παύει σε εμπειρικό επίπεδο να έχει υποβαθμισμένο ρόλο, ειδικά σε σύγκριση με τις επενδύσεις που γίνονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας (ιατρικά ινστιτούτα και νοσοκομεία, σύγχρονη τεχνολογία κ.λπ.), του οποίου ο ρόλος δεν είναι απλά συμπληρωματικός σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα υγείας, αλλά ανταγωνιστικός (Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Σίσκου *et. al.* 2008: 670· Goodwin 2008, στο Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 141).

Στον ελλαδικό χώρο, η Π.Φ.Υ. εξακολουθεί να είναι μια έννοια παρεξηγημένη, ταλαιπωρημένη και διαστρεβλωμένη (Μπένος 2000), όντας θύμα μιας σειράς αλληπάλληλων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, οι οποίες αποτελούσαν αντανάκλαση των συνεχών εναλλαγών στις κυβερνήσεις και συνακόλουθα στους υπουργούς υγείας (Κουρής *et. al.* 2006: 86-87). Οι εκάστοτε νομοθετικές μεταρρυθμίσεις δεν εξέφραζαν μια συγκροτημένη και υπερκομματική εθνική πολιτική υγείας για τη χώρα. Αντιθέτως,

---

<sup>46</sup> Η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007: 11) θεωρεί την Π.Φ.Υ. βασικό στρατηγικό στόχο για τα συστήματα υγείας όλων των ευρωπαϊκών κρατών, μαζί με την πρόληψη των ασθενειών και την παροχή θεραπειών.

προωθούσαν κάθε φορά μια διαφορετική φιλοσοφία και μια διαφορετική κοινωνικοπολιτική προσέγγιση όσον αφορά τον χαρακτήρα και την οργάνωση του Ε.Σ.Υ., αλλά και της Π.Φ.Υ. ειδικότερα (Κουρής *et. al.* 2007: 55).<sup>47</sup> Χαρακτηρίζονταν από έλλειψη συνοχής, ασυνέχεια, αποσπασματικότητα και υπερβάλλοντα θεωρητικό ζήλο· διακρίνονταν για την έλλειψη συστηματικού σχεδιασμού ως προς την προπαρασκευή και την εκτέλεσή τους, με συνέπεια να αποτυγχάνουν ως προς τα προσδοκώμενα αποτελέσματα και τον πρακτικό τους αντίκτυπο στην κοινωνία (Abel Smith *et. al.* 1994: 27 κ.εξ· Σουλιώτης 2003, στο Κουρής *et. al.* 2007: 64· Κουρής *et. al.* 2006: 84· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 223· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 111, 114).

Παρόλο που οι φιλόδοξες προθέσεις των νομοθετών, των υπουργών υγείας και των εκάστοτε κυβερνήσεων ήταν να κατοχυρώσουν νομοθετικά την παρουσία και τους στόχους της Π.Φ.Υ. μέσα στο Ε.Σ.Υ., όντως σε αντιστοιχία με τους καταστατικούς στόχους της διακήρυξης της Alma-Ata, οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις που ψηφίστηκαν από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 έως και τις μέρες μας μπόρεσαν να συμβάλουν μόνο στη συνειδητοποίηση του ρόλου της Π.Φ.Υ. ως της πρώτης επαφής του ασθενή με τις υπηρεσίες υγείας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13). Αντιθέτως, σε ό,τι αφορά την αλληλεπίδραση της Π.Φ.Υ. με την κοινωνία αλλά και τη συμβολή της στη διασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, στην πρόληψη και στη γενικότερη προαγωγή της υγείας του, αλλά και στη βελτίωση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής του, το σύνολο των μεταρρυθμίσεων δημιούργησε προοδευτικά μια νομοθετική σύγχυση και μια ασάφεια ως προς τα όρια και τις αρμοδιότητες των επιμέρους επιπέδων περίθαλψης και, ειδικότερα, ως προς την ουσιαστική και οριστική εφαρμογή του θεσμού της Π.Φ.Υ. (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 111). Έτσι, δεν μπόρεσαν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά οι βασικές παθογένειες του Ε.Σ.Υ., όπως ήταν το χάσμα ανάμεσα στον

---

<sup>47</sup> Ενδεικτικό παράδειγμα αυτής της παλινωδίας στη φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ. αποτελούν οι μεταρρυθμίσεις για τη δημόσια υγεία από τα μέσα περίπου της δεκαετίας του 1980 έως και τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Ενώ σύμφωνα με τον νόμο 1397/1983 το ελληνικό κράτος, μέσω του Ε.Σ.Υ., είχε την ευθύνη για την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, με τον νόμο 2071/1992, ο οποίος ψηφίστηκε με την αλλαγή της κυβέρνησης, το ελληνικό κράτος θα μεριμνούσε και θα είχε απλά την εποπτεία για την ίδρυση, τη λειτουργία και την οργάνωση όλων των φορέων (δημόσιων και ιδιωτικών) που πρόσφεραν υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Η συγκεκριμένη φιλοσοφία βασιζόταν στον γενικότερο προσανατολισμό της συγκεκριμένης περιόδου, ο οποίος διαπνεόταν από την αντίληψη της αγοράς στις υπηρεσίες υγείας (Ρομπόλης 1997, στο Κουρής *et. al.* 2007: 56), συντελώντας έτσι στη απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα υγείας (Οικονόμου 2012: 86).

πολίτη και τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, αλλά και η αναποτελεσματική διαχείριση των πόρων του συστήματος (Κουρής *et. al.* 2007: 63-64· Polyzos *et. al.* 2008· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 141-142).

Η αδυναμία αυτή οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι δεν υπήρξε η πολιτική βούληση για τη χάραξη μιας ενιαίας και σταθερής εθνικής πολιτικής υγείας, βασισμένης σε συγκεκριμένους στρατηγικούς στόχους και δείκτες για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. (Γεωργούση & Κυριόπουλος 1991, στο Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 111· Abel Smith *et. al.* 1994: 28· Σουλιώτης 2004, στο Κουρής *et. al.* 2007: 64· Κουρής *et. al.* 2006: 86-87· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 111).<sup>48</sup> Οι πολιτικές υγείας που προωθήθηκαν δεν ήταν ενταγμένες μέσα σε ένα πλαίσιο διαλόγου, τεκμηρίωσης της αναγκαιότητάς τους, σύγκρουσης<sup>49</sup> αλλά και συναίνεσης<sup>50</sup> σε κοινωνικό και πολιτικό επίπεδο (Κουρής *et. al.* 2006: 84-85· Κουρής *et. al.* 2007: 63). Ούτε επίσης υπήρξαν το αποτέλεσμα μιας εις βάθος τεκμηριωμένης επιστημονικά μελέτης πάνω στα προβλήματα του υγειονομικού τομέα (Σουλιώτης 2004, στο Κουρής *et. al.* 2006: 84). Αντιθέτως, λειτούργησαν ως στεγανά προγράμματα του εκάστοτε κυβερνώντος κόμματος,<sup>51</sup> χωρίς συστηματικότητα και ενιαία στρατηγική στοχοθεσία και, κυρίως, χωρίς καμία πρόθεση μακροπρόθεσμης δέσμευσης για τις διατάξεις τους (Κουρής *et. al.* 2006: 84-85· Φιλαλήθης 2008: 109).<sup>52</sup> Το παραπάνω πολιτικό και ιδεολογικό πλαίσιο,

<sup>48</sup> Αυτό ήδη είχε τεθεί ως θέμα με την ψήφιση του νόμου 1397/1983: η συγκεκριμένη, ριζοσπαστική ομολογουμένως, θεσμική παρέμβαση προϋπέθετε την υιοθέτηση ενός διαφορετικού πλαισίου αντιλήψεων και οργανωτικών αρχών για τον ρόλο και την παροχή υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου 2012: 73).

<sup>49</sup> Όπως σημειώνουν οι Κουρής *et. al.* (2006: 85), σε πολλές περιπτώσεις οι εισηγητές των νομοθετικών μεταρρυθμίσεων δεν επέδειξαν τη βούληση να αναλάβουν το πολιτικό κόστος των προτάσεών τους, ερχόμενοι σε σύγκρουση ακόμα και με κατεστημένες συντεχνιακές λογικές και ομάδες συμφερόντων. Μάλιστα, σε αρκετές περιπτώσεις, ο παράγοντας του πολιτικού κόστους (ή ακόμα και τα πιθανά κοινωνικο-οικονομικά οφέλη, τα πολιτικά κεκτημένα) ήταν αυτά που διαμόρφωναν τη στοχοθεσία και το περιεχόμενο της μεταρρύθμισης (Κουρής *et. al.* 2006: 85-86).

<sup>50</sup> Με εξαίρεση τον νόμο 1397/1983, ο οποίος είχε τύχει ευρείας αποδοχής, οι πολιτικές υγείας στην Ελλάδα δεν βασίστηκαν στη δημιουργία ενός πλαισίου κοινωνικού διαλόγου και κοινωνικής συναίνεσης μεταξύ της κυβέρνησης, των κομμάτων, των πολιτών, των κοινωνικών και συνδικαλιστικών φορέων αλλά και των επαγγελματιών υγείας (Κουρής *et. al.* 2006: 85). Βέβαια, παρατηρήθηκε επίσης το φαινόμενο όπου, ενώ υπήρξε πολιτική συναίνεση για συγκεκριμένα ζητήματα (π.χ. για τον οικογενειακό ιατρό ή την ένταξη των πολυϊατρείων του Ι.Κ.Α. στο Ε.Σ.Υ.) δεν επετεύχθη τελικά η υλοποίησή τους (Σουλιώτης 2004, στο Κουρής *et. al.* 2006: 85).

<sup>51</sup> Οι Παπούλιας & Τσούκας (1998, στο Κουρής *et. al.* 2006: 87) υποστηρίζουν ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι προσωποπαγές και η λειτουργία του εξαρτάται από τις *ad hoc* επιλογές συγκεκριμένων προσώπων, καθώς οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις είναι άμεσα συνυφασμένες με τη στάση και την πολιτική βούληση του υπουργού υγείας και του κυβερνώντος κόμματος.

<sup>52</sup> Αυτό φάνηκε ιδιαίτερα με τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που ακολούθησαν τον νόμο 3235/2004, ο οποίος αφορούσε αποκλειστικά την Π.Φ.Υ. Παρόλο που ως νόμος ήταν ρεαλιστικός ως προς τον προσανατολισμό και τη στοχοθεσία του, δεν τέθηκε σε εφαρμογή λόγω της προκήρυξης πρόωρων εκλογών (Κουρής *et. al.* 2007: 63). Συνεπώς, η Π.Φ.Υ. συνέχισε να λειτουργεί υπό ένα νομοθετικό καθεστώς, οι διατάξεις του οποίου έμειναν, ως επί το πλείστον, ανεφάρμοστες (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109). Αλλά και οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που ακολούθησαν μετά το 2004 έμειναν σε θεωρητικό

το οποίο αφορά ένα θέμα που έχει ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές, διαχειριστικές και υγειονομικές συνιστώσες (Κυριόπουλος 1996), συντέλεσε στην ανορθολογική και πρακτικά ανέφικτη θέαση της Π.Φ.Υ. τόσο μέσα στο Ε.Σ.Υ. όσο και στη συνείδηση των πολιτών: δεν αποτέλεσε ένα υγιές, καλά οργανωμένο, συνεκτικό, συνεπές, αλλά και οικονομικά ενισχυμένο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά ένα πολυκερματισμένο, απαξιωμένο και αδύναμο κομμάτι του Ε.Σ.Υ.

### 3.2.2 *Ο χαρακτήρας, η οργάνωση και η χρηματοδότηση των δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*

Παρόλο που σε καταστατικό και θεωρητικό επίπεδο, η προώθηση των αρχών της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης και, εντέλει, η διαμόρφωση ενός κράτους πρόνοιας, του οποίου οι υπηρεσίες υγείας θα ήταν ενοποιημένες και αποκεντρωμένες αποτέλεσαν διαχρονικά στρατηγικούς στόχους των εκάστοτε πολιτικών υγείας (Κουρής *et. al.* 2007: 37, 52· Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 108· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 223, 2009: 40· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 109· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 11), κάτι τέτοιο δεν μπόρεσε να εφαρμοστεί ουσιαστικά (Abel Smith *et. al.* 1994: 34· Οικονόμου 2012: 94-95). Για παράδειγμα, ενώ με τον νόμο 1397/1983 προβλεπόταν η συγκρότηση ενός ενιαίου φορέα υγείας, ο οποίος θα είχε ως στόχο την ισόρροπη ανάπτυξη όλων των βαθμίδων περίθαλψης σε ολόκληρη την επικράτεια, προκειμένου έτσι να ανταποκρίνονται στο κοινωνικό αγαθό της υγείας, δεν μπόρεσαν να αντιμετωπιστούν ζητήματα μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας και ισότητας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών διαχείρισης και περιφερειακής αποκέντρωσης (Tsalikis 1988· Λιαροπούλου 1998, στο Οικονόμου 2012:84).<sup>53</sup>

---

επίπεδο και δεν κατάφεραν να φτάσουν στο στάδιο ψήφισης νόμου (Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 144, 146). Κάτι τέτοιο συνέβη με το νομοσχέδιο για την οργάνωση και τη λειτουργία του Γενικού Συστήματος Π.Φ.Υ., το οποίο δεν ψηφίστηκε, παρόλο που είχε τεθεί σε δημόσια διαβούλευση για δύο περίπου χρόνια (2007-2009).

<sup>53</sup> Όπως σημειώνει, μεταξύ άλλων μελετητών, ο Σουλιώτης (2003, στο Κουρής *et. al.* 2006: 84), η διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα κατά τη δεκαετία του 1980, και κυρίως το γεγονός ότι η συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. δεν ολοκληρώθηκε, οφείλεται εν μέρει και στην απουσία συστηματικών μελετών, οι οποίες, προσεγγίζοντας με επιστημονικό και τεκμηριωμένο τρόπο τις παθογένειες του συστήματος, θα μπορούσαν να συμβάλουν στον σχεδιασμό μιας πολιτικής υγείας που θα μετέβαλλε την υφιστάμενη κατάσταση, χωρίς να δημιουργεί πρόσθετες επιπλοκές. Επιπλέον, πολλές από τις ρυθμίσεις του νόμου 1397/1983 δεν εφαρμόστηκαν, ενώ για άλλα ζητήματα δεν υπήρξε σχετική πρόβλεψη, με αποτέλεσμα τη αυτοαναίρεση της ίδιας της φιλοσοφίας του νόμου (Οικονόμου 2012: 84).

Βέβαια, ο ενιαίος χαρακτήρας της δημόσιας υγείας δεν αποτέλεσε ένα διαχρονικό και παγιωμένο ζήτημα καταστατικής ρύθμισης. Ο νόμος 2071/1992 δεν το θεώρησε καν ως ζήτημα νομοθετικής ρύθμισης, μέσα στα πλαίσια της επιδίωξης περιορισμού της κρατικής ευθύνης και αύξησης του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης και του ιδιωτικού τομέα όσον αφορά την παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου 2012: 86). Αλλά και με τον νόμο 2194/1994 ο ενιαίος χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. αποκαταστάθηκε μόνο σε θεωρητικό επίπεδο μέσα από την επαναφορά σε ισχύ διατάξεων του νόμου 1397/1983, αλλά κυρίως μέσα από τη διατήρηση διατάξεων του νόμου 2071/1992, οι οποίες αφορούσαν την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα υγείας και τη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος περίθαλψης (Οικονόμου 2012: 86-87). Γενικότερα, όπως σημειώνει ο Οικονόμου (2012: 85), κατά τη δεκαετία του 1990 άρχισαν να διατυπώνονται απόψεις σχετικά με την ελευθερία επιλογής υγειονομικών υπηρεσιών από τους ίδιους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από τον χαρακτήρα του παρόχου τους (δημόσιου ή ιδιωτικού), τη συνακόλουθη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, την αποκέντρωση και την αποτελεσματική διοίκηση, την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, τον έλεγχο των δαπανών υγείας, τη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και την εισαγωγή οιονεί αγορών στο σύστημα υγείας. Οι παραπάνω στόχοι, οι οποίοι εξέφραζαν το πολιτικοοικονομικό πνεύμα της εποχής, δεν αναπτύχθηκαν με βάση ένα συγκεκριμένο σχέδιο πολιτικής, αλλά αναλώθηκαν μέσα από μια σειρά αλληπάλλληλων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, οι οποίες δεν οδήγησαν στην αναμόρφωση του Ε.Σ.Υ. ούτε ανταποκρίθηκαν στις καίριες προκλήσεις του (χρηματοδότηση, διοίκηση, έλεγχος κόστους και ποιότητας, κατανομή πόρων, στελέχωση, εκπαίδευση προσωπικού κ.ά.) (Οικονόμου 2012: 85-87).

Γεγονός είναι ότι οι δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., υπό το συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο, παρουσίασαν μια εικόνα πολυδιάσπασης, η οποία οφείλεται σε γεωγραφικές και όχι μόνο ιδιαιτερότητες (Mariolis *et. al.* 2004: 105-106· Oikonomidou *et. al.* 2010: 333-337, στο Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 111). Η Π.Φ.Υ. διαχρονικά προσφερόταν από ένα δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών δομών, φορέων και προμηθευτών, το οποίο ήταν άναρχα αναπτυγμένο και εμφανώς πολυκερατισμένο ανά ασφαλιστικό τομέα, οδηγώντας το σε χαμηλή αποδοτικότητα (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 171, 173· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-

Αναγνωστοπούλου 2008: 324· Σίσκου *et. al.* 2008: 669· Οικονόμου 2012: 50, 59).<sup>54</sup> Οι δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ήταν (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 324· Οικονόμου 2012: 50):

- Το Ε.Σ.Υ., μέσω των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών τους Ιατρείων, των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων και των Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων, των Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων, συμπεριλαμβανομένων των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (Τ.Ε.Ι.) και των Απογευματινών Ιατρείων, και του Ε.Κ.Α.Β.
- Οι Ο.Κ.Α., οι οποίοι με τον νόμο 3918/2011 εντάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., παρέχοντας υπηρεσίες Π.Φ.Υ. μέσω των Πολυιατρείων, των συμβεβλημένων ιατρών και των διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων του ιδιωτικού τομέα.
- Οι Ο.Τ.Α., μέσω της λειτουργίας των Δημοτικών Ιατρείων, των Κ.Α.Π.Η. και άλλων κοινωνικών προγραμμάτων, όπως το «Βοήθεια στο σπίτι».
- Ο ιδιωτικός τομέας, μέσω των ιδιωτών ιατρών (συμβεβλημένων ή μη συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία), των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων και των εξωτερικών ιατρείων των ιδιωτικών κλινικών.
- Οι μη κυβερνητικές και μη κερδοσκοπικές οργανώσεις.

Κάθε επιμέρους φορέας παροχής Π.Φ.Υ. αποτελούσε ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας με δική του οργανωτική και διοικητική δομή, διαφορετικό φορέα εποπτείας, διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης,<sup>55</sup> διαφορετική στελέχωση και υλικοτεχνική

<sup>54</sup> Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι το εθνικό σύστημα υγείας έχει χαρακτηριστικά και από τις τρεις βασικές μορφές συστημάτων υγείας που εφαρμόζονται σε διεθνές επίπεδο: α) το κρατικό σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και έχει ως στόχο την ισότιμη και δωρεάν πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας (μοντέλο Beveridge), β) το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το οποίο στηρίζεται σε επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας (μέσα από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων) για την αγορά δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (μοντέλο Bismark), και γ) το ιδιωτικό σύστημα, το οποίο λειτουργεί με βάση τους κανόνες της αγοράς και βασίζεται στις ιδιωτικές δαπάνες και τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 170· Τούντας 2003: 76, 78, 83).

<sup>55</sup> Για παράδειγμα, οι δομές Π.Φ.Υ. του Ε.Σ.Υ. χρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό. Τα Πολυιατρεία του Ι.Κ.Α. και τα συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια που εξυπηρετούσαν τα υπόλοιπα ταμεία ασφάλισης χρηματοδοτούνταν από τις εισφορές των εργοδοτών και των ασφαλισμένων στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Τα Δημοτικά Ιατρεία χρηματοδοτούνταν από δημοτικούς φόρους και από τον κρατικό προϋπολογισμό, μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών. Τέλος, ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείτο είτε από κατά πράξη αμοιβές, οι οποίες καθορίζονταν από το κράτος και καλύπτονταν από τις εισφορές των ασφαλιστικών ταμείων, είτε από ίδιες δαπάνες των χρηστών (άμεση καταβολή αμοιβής), είτε από την ιδιωτική ασφάλιση (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 172· Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Θεοδώρου *et. al.* 2001· Τountas *et. al.* 2005, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 41· Οικονόμου 2012: 50, 57). Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, ο πολυκερματισμός της χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας δυσχεραίνει τη συγκράτηση του ρυθμού αύξησης των δαπανών αλλά και την ορθολογική κατανομή των πόρων. Αντιθέτως, ένα δημόσιο σύστημα υγείας το οποίο βασίζεται χρηματοδοτικά σε έναν φορέα-αγοραστή υπηρεσιών έχει τη δυνατότητα να ελέγχει και να συγκρατεί τη συνολική δαπάνη υγείας (Οικονόμου 2012: 75). Στην περίπτωση του

υποδομή, διαφορετικές συνθήκες εργασίας, αμοιβές<sup>56</sup> και παροχές στους ασφαλισμένους (Τούντας 2003: 79· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 324, 2009: 41· Οικονόμου 2012: 59). Οι παραπάνω ποιοτικές διαφορές, οι οποίες αντανακλούσαν ουσιαστικά την απουσία ενός κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού ως προς την παροχή και την ανάπτυξη υπηρεσιών Π.Φ.Υ., συντέλεσαν στην αδυναμία συντονισμού και ελέγχου τους (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 173· Ταβλαντά *et. al.* 2006: 75· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 324· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 111· Οικονόμου 2012: 85). Επιπλέον, διαιώνισαν το πρόβλημα της ανισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις πολυκερματισμένες δομές Π.Φ.Υ., υπονομεύοντας έτσι την υλοποίηση του στρατηγικού στόχου για τη συγκρότηση ενός ενιαίου φορέα υγείας (Υφαντόπουλος 2003: 218-219· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 111· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13· Οικονόμου 2012: 59).

Σύμφωνα με την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας από τους Abel Smith *et. al.* (1994: 27), οι διοικητικές δομές δημόσιας υγείας δεν κατάφεραν να έχουν ουσιαστικές αρμοδιότητες πάνω σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού. Ενώ εκφράστηκε η πρόθεση για τη χάραξη και την εφαρμογή μιας περιφερειακής και αποκεντρωμένης πολιτικής υγείας, όργανα διοίκησης όπως το ΚΕ.Σ.Υ. και τα ΠΕ.Σ.Υ. δεν κατάφεραν να ανταποκριθούν στους προβλεπόμενους στόχους που είχαν τεθεί ήδη με τον νόμο 1397/1983. Πιο συγκεκριμένα, το ΚΕ.Σ.Υ. δεν απέκτησε ουσιαστικά αρμοδιότητες σχεδιασμού και προγραμματισμού, ενώ η σύσταση των ΠΕ.Σ.Υ. δεν πραγματοποιήθηκε εκείνη την περίοδο, λόγω της έλλειψης εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού και της απουσίας επαρκών διοικητικών δομών (Οικονόμου 2012: 21, 84). Παρόλο που η περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων κατά την περίοδο 1981-1989 συνέβαλε στην ευχερή πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, η μη σύσταση των ΠΕ.Σ.Υ. ενίσχυσε τις ανισότητες και άλλα προβληματικά ζητήματα, όπως ήταν η αποκέντρωση στη λήψη των αποφάσεων (Νιάκας 1993· Οικονόμου *et. al.* 2000, στο Οικονόμου 2012: 84). Γενικότερα, η οργάνωση και η διοίκηση του συστήματος υγείας

---

ελληνικού συστήματος υγείας, παρατηρήθηκαν ανισότητες στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, ειδικά σε ό,τι αφορά την κατανομή των πόρων από το κέντρο προς την περιφέρεια (Μιτροπούλος & Sissouras 2004, στο Οικονόμου 2012: 76).

<sup>56</sup> Για παράδειγμα, οι ιατροί των Κέντρων Υγείας, των Περιφερειακών Ιατρείων, των Εξωτερικών Ιατρείων των νοσοκομείων και των Πολυιατρείων του Ι.Κ.Α. πληρώνονταν με μισθό, σε αντίθεση με τους ιατρούς που ήταν συμβεβλημένοι με άλλα ασφαλιστικά ταμεία, των οποίων η αμοιβή είτε καθοριζόταν με βάση τον αριθμό των εγγραφωμένων χρηστών (Ο.Α.Ε.Ε., Τ.Ε.Β.Ε.), είτε γινόταν κατά πράξη (Ο.Π.Α.Δ.), είτε έπαιρνε τη μορφή εκ των υστέρων αποζημίωσης (ταμεία τραπεζών). Τα ιδιωτικά ιατρεία και τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια χρηματοδοτούνταν είτε από τις εισφορές των ασφαλιστικών ταμείων είτε από ίδιες δαπάνες των χρηστών (Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Θεοδώρου *et. al.* 2001· Τούντας *et. al.* 2005, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 41).



βασίστηκε σε ξεπερασμένες αντιλήψεις, παραμένοντας συγκεντρωτική και γραφειοκρατική, υπό την κύρια ευθύνη του Υπουργείου Υγείας (Abel Smith *et. al.* 1994: 27· Κουρής *et. al.* 2007: 54· Οικονόμου 2012: 21). Η θέσπιση πολιτικών, η χρηματοδότηση και ο έλεγχος στρατηγικών θεμάτων, όπως ήταν η στελέχωση των μονάδων Π.Φ.Υ., εκπορεύονταν συγκεντρωτικά από το κέντρο. Αλλά και οι νομαρχίες, στις οποίες υπάγονταν οι υγειονομικές υπηρεσίες, εξαρτώνταν ουσιαστικά από την κεντρική διοίκηση (Abel Smith *et. al.* 1994: 31).

Ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας της δημόσιας υγείας φαίνεται εναργώς από τις καταστατικές προβλέψεις για το διοικητικό και το χρηματοδοτικό καθεστώς των μονάδων Π.Φ.Υ. Με τον νόμο 1397/1983 προβλέφθηκε η οικονομική και διοικητική υπαγωγή και διασύνδεση των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων με τα νοσοκομεία της περιφέρειας που ανήκαν. Η ρύθμιση αυτή δεν διατηρήθηκε, καθώς με τον νόμο 2071/1992 προβλέφθηκε η οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια των Κέντρων Υγείας και των Υγειονομικών Σταθμών. Βέβαια, με τον νόμο 2194/1994 επανήλθε η διοικητική υπαγωγή των Κέντρων Υγείας στα νοσοκομεία, μέσω των οποίων καθοριζόταν η χρηματοδότησή τους. Με τον νόμο 2889/2001 τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία απέκτησαν, τουλάχιστον νομοθετικά, τη διοικητική τους αυτοτέλεια, αν και σύμφωνα με μια μεταβατική διάταξη του ίδιου νόμου (άρθρο 15§4), οι δαπάνες λειτουργίας τους θα βάρυναν τα νοσοκομεία. Γενικότερα, οι αλληπάλληλες νομοθετικές αλλαγές όσον αφορά τη διοικητική και οικονομική διασύνδεση των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων με τις μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης δεν έδωσαν τη δυνατότητα στα πρώτα να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους βάσει ενός αυτοδύναμου προϋπολογισμού (Υφαντόπουλος 2003: 218-219· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143).

Βέβαια, το γεγονός αυτό επιδεινώθηκε λόγω της σταδιακής υποχρηματοδότησης του δημόσιου τομέα υγείας, μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της οικονομικής πολιτικής των τελευταίων χρόνων, η οποία χαρακτηριζόταν από δημοσιονομικούς περιορισμούς (Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467).<sup>57</sup> Ενώ με την ψήφιση των νόμων 1397/1983 και 1579/1985 παρατηρήθηκε αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας, μέσα στα πλαίσια της πρόθεσης της τότε κυβέρνησης να παράσχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας με

---

<sup>57</sup> Όπως σχολιάζουν οι Σουλιώτης & Λιονής (2003: 467), οι δημοσιονομικοί περιορισμοί επιβλήθηκαν λόγω της προσπάθειας της χώρας να ενταχθεί στην οικονομική και νομισματική ένωση. Γενικότερα όμως, πολλές υγειονομικές μεταρρυθμίσεις δεν μπόρεσαν να υλοποιηθούν, είτε γιατί δεν βρέθηκαν οι απαραίτητοι πόροι (κάτι τέτοιο συνέβη με τη στελέχωση των μονάδων Π.Φ.Υ.) είτε γιατί ο υπολογισμός του κόστους δεν είχε βασιστεί σε τεκμηριωμένες και επικαιροποιημένες οικονομοτεχνικές μελέτες, συνεπώς απέβη λανθασμένος (Κουρής *et. al.* 2006: 85).

χαμηλή συμμετοχή των πολιτών στο κόστος,<sup>58</sup> δεν προβλέφθηκε καταστατικά ο τρόπος ρύθμισης των οικονομικών πόρων, των πηγών χρηματοδότησης και των μορφών αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου 2012: 84).<sup>59</sup> Επιπρόσθετα, οι νομοθετικές μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν κατέστησαν το σύστημα υγείας ως το πλέον ιδιωτικοποιημένο και ανισότιμο σε σύγκριση με τα συστήματα υγείας άλλων ευρωπαϊκών κρατών (Liaropoulos & Tragakes 1998, στο Οικονόμου 2012: 74· Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 170· Σίσκου *et. al.* 2008: 663· Οικονόμου 2012: 27). Όπως αναφέρουν οι Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2009: 39), ενώ το 2000 το συνολικό ποσοστό των δαπανών υγείας στην Ελλάδα ήταν από τα υψηλότερα ανάμεσα στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α., οι ιδιωτικές δαπάνες ξεπέρασαν το ποσοστό των δημόσιων δαπανών, με τις τελευταίες να σημειώνουν ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά. Παρόλο που μέχρι το 2004 οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (δημόσιες και ιδιωτικές) έφτασαν το 10% του Α.Ε.Π. (Σίσκου *et. al.* 2008: 664), η Ελλάδα παρουσίασε απόκλιση ως προς την κατανομή τους, με τις ιδιωτικές δαπάνες να καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος του ποσοστού (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 39). Το υψηλό ποσοστό των επίσημων και ανεπίσημων ιδιωτικών δαπανών αναίρεσε, ουσιαστικά, την αρχή της ισοτιμίας και της μηδενικής τιμής κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, συνιστώντας (μαζί με τη συνακόλουθη παραοικονομία) μια μορφή άτυπης συνασφάλισης και συμπληρωμής (Οικονόμου 2012: 74).<sup>60</sup>

Ήδη από τα μέσα περίπου της δεκαετίας του 1990, η Ειδική Επιτροπή Εμπειρογνομόνων (1994: 33) είχε επισημάνει την έλλειψη οικονομικής αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονταν σε όλες τις βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλο που ο εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ. αποτελούσε βασικό θέμα πολιτικού διαλόγου από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, με τον νόμο 2519/1997 διατυπώθηκαν σχετικές προβλέψεις για το συγκεκριμένο θέμα. Οι ρυθμίσεις του

---

<sup>58</sup> Μέχρι το 1989 οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία άγγιζαν το 4,77% του Α.Ε.Π. Μάλιστα, αν συνυπολογιστούν και οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, οι οποίες αντιστοιχούσαν το 1989 στο 2,79% του Α.Ε.Π., το συνολικό ποσοστό των δαπανών υγείας το 1989 ανερχόταν στο 7,53% του Α.Ε.Π., ποσοστό συγκρίσιμο με το αντίστοιχο άλλων αναπτυγμένων κρατών (Κουρής *et. al.* 2007: 53· Σίσκου *et. al.* 2008: 664).

<sup>59</sup> Η αποτυχία δημιουργίας ενός ενιαίου φορέα υγείας, μέσα στον οποίο θα εντάσσονταν και όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς, οδήγησε σε μια αμηχανία ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος και τη συγκράτηση του κόστους, με αποτέλεσμα τη δημιουργία ελλειμμάτων και την περιθωριοποίηση της σημασίας των μεθόδων αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας (Οικονόμου 2012: 85).

<sup>60</sup> Αυτό σχετίζεται άμεσα και με το γεγονός ότι η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατέστησε δυσχερή την επιβολή ενός ανώτατου ορίου στις συνολικές δαπάνες υγείας. Ενώ σε επίπεδο κρατικού προϋπολογισμού και ασφαλιστικών εισφορών κάτι τέτοιο ήταν δυνατό, στην πραγματικότητα δεν μπόρεσε να συσταθεί ένα τέτοιο πλαίσιο, έτσι ώστε όλοι οι χρηματοδοτικοί πόροι να συγκεντρώνονται και να τυγχάνουν συντονισμού. Αποτέλεσμα ήταν οι πραγματικές δαπάνες υγείας να ξεπερνούν τις προβλέψεις του προϋπολογισμού (Οικονόμου 2012: 75-76).

συγκεκριμένου νόμου προώθησαν την έννοια της «εσωτερικής αγοράς» διευθυνόμενου ανταγωνισμού, προκειμένου να τεθούν σε λειτουργία διοικητικοί και χρηματοδοτικοί μηχανισμοί νεωτεριστικού χαρακτήρα, αλλά και να ασκηθούν πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών υγείας (Μωραΐτης 2000, στο Κουρής *et. al.* 2007: 60). Ειδικά σε ό,τι αφορά την Π.Φ.Υ., η παραπάνω νεωτεριστική προοπτική εκφράστηκε με τη συγκρότηση των Δικτύων Π.Φ.Υ. (Γεωργούση και Κυριόπουλος 2000, στο Κουρής *et. al.* 2007: 60), κατά το πρότυπο του γαλλικού μοντέλου των Δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Οικονόμου 2012: 88), με στόχο την αναβάθμιση του συγκεκριμένου θεσμού στις αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές.

Ωστόσο, πολλοί ήταν εκείνοι οι οποίοι χαρακτήρισαν τη συγκρότηση των Δικτύων Π.Φ.Υ. ως μια ανεδαφική παρέμβαση, η οποία εξέφραζε κυρίως πολιτική ατολμία<sup>61</sup> και έλλειψη πολιτικής βούλησης και δέσμευσης, εμποδίζοντας την έναρξη των διαδικασιών για την εφαρμογή του Ενιαίου Φορέα Υγείας (Κουρής *et. al.* 2006: 85· Κουρής *et. al.* 2007: 60· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143-144). Τόσο η κριτική σε πολιτικό επίπεδο όσο και οι διοικητικές και τεχνικές δυσχέρειες που παρουσιάστηκαν στην πορεία κατέστησαν αδύνατη την εφαρμογή του νόμου (Κουρής *et. al.* 2007: 60· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 110· Οικονόμου 2012: 88). Συνολικά, τόσο ο νόμος 2194/1994 όσο και ο νόμος 2519/1997 δεν κατάφεραν να αποκαταστήσουν τον δημόσιο και ενιαίο χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ. και της Π.Φ.Υ. (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 108), αφήνοντας έτσι το περιθώριο να διαγωνιστούν οι δομικές και λειτουργικές αδυναμίες του Ε.Σ.Υ. (Οικονόμου 2012: 88).

Μέσα στο ίδιο πλαίσιο κινήθηκε και το σχέδιο μεταρρύθμισης του Ε.Σ.Υ. «Υγεία για τον Πολίτη» (2000), το οποίο δέχθηκε κριτική από τους κοινωνικούς εταίρους, λόγω της αποσπασματικότητας των προτεινόμενων παρεμβάσεων (Οικονόμου 2012: 89). Πιο συγκεκριμένα, οι στρατηγικοί στόχοι για την αναμόρφωση του Ε.Σ.Υ. δεν συνοδεύτηκαν από συγκεκριμένες οικονομοτεχνικές μελέτες, έτσι ώστε να προσδιοριστούν το κόστος των αλλαγών αλλά και οι πηγές χρηματοδότησής τους (Οικονόμου 2012: 89). Επιπλέον, δεν δόθηκαν περαιτέρω διευκρινήσεις σε ζητήματα προτεραιοτήτων ως προς τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και πολιτικής, όπως ήταν η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η κατανομή των πηγών χρηματοδότησης κ.λπ. (Οικονόμου 2012: 89). Από τις προβλέψεις του σχεδίου

---

<sup>61</sup> Το γεγονός ότι ο συγκεκριμένος νόμος πέρασε σιωπηρά από τη Βουλή, χωρίς διαβούλευση και δημόσιο διάλογο αλλά ούτε και κινητοποιήσεις, αφήνει περιθώρια για να εκφραστούν υποψίες σχετικά με το εάν η τότε κυβέρνηση είχε πραγματικά πρόθεση να τον υλοποιήσει ή απλά να τον περάσει από τη Βουλή (Υφαντόπουλος 2003, στο Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143-144).

αυτού μόνο ορισμένες μπόρεσαν να υλοποιηθούν, μέσα από την ψήφιση του νόμου 2889/2001.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον νόμο 2889/2001, τα Π.Ε.Σ.Υ. ανέλαβαν τον σχεδιασμό, την εποπτεία και τον έλεγχο των πόρων των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίες θα διατηρούσαν την οικονομική τους αυτοτέλεια (Σίσκου *et. al.* 2008: 669· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 110). Όπως σημειώνουν οι Κουρής *et. al.* (2007: 62), ο συγκεκριμένος νόμος εισήγαγε αλλαγές στον τρόπο οργάνωσης των μονάδων υγείας, προκειμένου να σταθεροποιηθεί —αν όχι να μειωθεί— το κόστος των υπηρεσιών υγείας και να βελτιωθεί η ποιότητά τους. Αυτό προωθήθηκε με την εφαρμογή ενός νέου μοντέλου διοίκησης των νοσοκομείων από διοικητή-manager, τον εκσυγχρονισμό του νομικού πλαισίου για τις προμήθειες και την εισαγωγή σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων για την ιατρική και νοσηλευτική πρακτική (Κουρής *et. al.* 2007: 62· Σίσκου *et. al.* 2008: 669). Ουσιαστικά όμως, το σύστημα της Π.Φ.Υ. δεν επηρεάστηκε από αυτή τη ρύθμιση, καθώς οι βασικές της αρχές έμειναν αμετάβλητες (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 41).

Αλλά και οι προβλέψεις των νόμων 3172/2003 και 3235/2004 σχετικά με τη διάκριση των λειτουργιών και τον ενιαίο συντονισμό των επιμέρους επιπέδων υγειονομικής φροντίδας δεν υλοποιήθηκαν, λόγω αλλαγής της κυβέρνησης (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13· Οικονόμου 2012: 91). Ειδικά ο νόμος 3235/2004, παρόλο που έδωσε έμφαση στον πλουραλιστικό χαρακτήρα των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ., αλλά και σε άλλους θεσμούς (π.χ. τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού) και καινοτόμες πρακτικές (π.χ. τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο, την ηλεκτρονική κάρτα, την πιστοποίηση των μονάδων Π.Φ.Υ. κ.λπ.), δεν προέβλεψε τρόπους επαρκούς χρηματοδότησής τους (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 40).<sup>62</sup> Επιπλέον, σε επίπεδο περιφερειακής οργάνωσης και αποκέντρωσης, τα Π.Ε.Σ.Υ.Π. δεν κατάφεραν να υλοποιήσουν την ιδέα της αποκέντρωσης αρμοδιοτήτων στον τομέα της υγείας, καθώς η εξάρτησή τους από το κέντρο εξακολουθούσε να είναι εμφανής (Οικονόμου 2012: 22). Ωστόσο, η θέσπισή τους αποτέλεσε ένα πρώτο βήμα για τη διαμόρφωση μιας κουλτούρας σχετικής με την περιφερειακή και τοπική διακυβέρνηση (Ζηλίδης 2005, στο Οικονόμου 2012: 22).

---

<sup>62</sup> Η χρηματοδότηση των συγκεκριμένων νομοθετικών ρυθμίσεων προβλέφθηκε να γίνει αποκλειστικά από τον τακτικό προϋπολογισμό, ο οποίος, όπως αναφέρουν οι Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2009: 40), δεν μπορούσε να υπερβεί τα όρια της δημοσιονομικής πολιτικής του κράτους και τους πόρους του Γ΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης.

Μέχρι και το τέλος της δεκαετίας του 2000, το Ε.Σ.Υ. βρέθηκε στο επίκεντρο ενός αριθμού μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, οι οποίες ουσιαστικά μεγέθυναν ή επιδείνωσαν τις υπάρχουσες αδυναμίες του: α) οι ανεπάρκειες της Π.Φ.Υ. δεν απαλείφθηκαν, λόγω του πολυκερματισμένου δικτύου υπηρεσιών της, β) η συγκέντρωση και η κατανομή των πόρων για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δεν κατέστη εφικτή, γ) δεν παγιώθηκαν κίνητρα αποδοτικότητας των προμηθευτών υγείας, δ) η αδυναμία αποτελεσματικής διαχείρισης των μονάδων υγείας προκάλεσε πρόσθετες δαπάνες, ε) δεν τέθηκαν σε εφαρμογή μηχανισμοί αξιολόγησης τους κόστους και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας και στ) δεν υπήρξε ισόρροπη κατανομή των πόρων (οικονομικών, ανθρώπινων), έτσι ώστε να καλύπτονται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού (Economou 2010· Economou & Giorno 2009, στο Οικονόμου 2012: 95).

Γενικότερα, οι πολιτικές αλλαγές που έλαβαν χώρα στην Ελλάδα μετά το 2004 συντέλεσαν στην ήδη κλιμακούμενη υποβάθμιση του δημόσιου τομέα υγείας. Η υποχρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ., η οποία πήρε τη μορφή μεγάλων περικοπών στις δαπάνες για τη στελέχωση των δημόσιων μονάδων υγείας, έδωσε το βήμα για την αύξηση τόσο της προσφοράς όσο και της ζήτησης σε ό,τι αφορά τον ιδιωτικό τομέα υγείας (Σίσκου *et. al.* 2008: 669-670). Ο ιδιωτικός τομέας υγείας έγινε ιδιαίτερα ανταγωνιστικός, καθώς ενισχύθηκε με επενδύσεις στις υποδομές του (Σίσκου *et. al.* 2008: 670).<sup>63</sup> Παράλληλα, αυξήθηκαν και οι ιδιωτικές δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Tountas *et. al.* 2005, στο Βραχάτης και Παπαδόπουλος 2012: 14· Σίσκου *et. al.* 2008: 670· Οικονόμου 2012: 74), οι οποίες υπερκέρασαν και επικράτησαν, σε πολλές περιπτώσεις, τις δημόσιες δαπάνες υγείας.<sup>64</sup>

Η πολυδιάσπαση των φορέων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. συνέβαλε, επίσης, στην εύλογη πολυδιάσπαση της χρηματοδότησης της Π.Φ.Υ. και στη συνακόλουθη χαμηλή αποδοτικότητά της, λόγω της ετερογένειας του ποσοστού συμμετοχής των ασθενών στις δαπάνες από τους Ο.Κ.Α.<sup>65</sup> αλλά και λόγω του γραφειοκρατικού χαρακτήρα της

---

<sup>63</sup> Όπως σημειώνουν οι Σίσκου *et. al.* (2008: 670), οι επενδύσεις στον ιδιωτικό τομέα υγείας αφορούσαν την αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας για την ιατρική πρακτική, την ενίσχυση των υποδομών μέσα από εξαγορές και συγχωνεύσεις, αλλά και την εισαγωγή κεφαλαίου από το εξωτερικό.

<sup>64</sup> Η δραματική αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. δέχτηκε σφοδρή κριτική, καθώς ήταν το πλέον υψηλότερο ανάμεσα στις χώρες-μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. (Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 146).

<sup>65</sup> Πέρα από το φαινόμενο της πολυδιάσπασης της κοινωνικής ασφάλισης, η εξάρτηση της υγειονομικής ασφάλισης από τις εισφορές των εργαζομένων έθεσε πολλά ερωτηματικά ως προς τη φερεγγυότητα και την αξιοπιστία του ασφαλιστικού συστήματος (Σίσκου *et. al.* 2008: 670). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, λόγω της μείωσης των εισοδημάτων των εργαζομένων, μέσα στα πλαίσια της παγκοσμιοποιημένης οικονομίας και της κερδοφορίας του κεφαλαίου (Λιαρόπουλος 2006, στο Σίσκου *et. al.* 2008: 670), η

παροχής των υπηρεσιών<sup>66</sup> (Λιαρόπουλος 2005, στο Σίσκου *et. al.* 2008: 669· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14).

Με τον νόμο 3918/2011 έγινε ένα σημαντικό βήμα, με στόχο την αναβάθμιση του συστήματος της Π.Φ.Υ. μέσα από τη σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., στον οποίο εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων της χώρας (Ι.Κ.Α. – Ε.Τ.Α.Μ., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. και Ο.Π.Α.Δ.).<sup>67</sup> Μακροπρόθεσμος στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ήταν ο σχεδιασμός ενός νέου υγειονομικού χάρτη της Π.Φ.Υ., μέσω της καταγραφής και της αξιοποίησης των δομών Π.Φ.Υ. των Κέντρων Υγείας και του Ι.Κ.Α. (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 113), ο οποίος θα αντανakλούσε ουσιαστικά την οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας του συγκεκριμένου ασφαλιστικού ταμείου με το Ε.Σ.Υ. (Οικονόμου 2012: 100). Με τον συγκεκριμένο νόμο τέθηκαν οι βάσεις για τη ρύθμιση της νομικής μορφής, του διοικητικού και οργανωτικού πλαισίου, αλλά και του καθεστώτος χρηματοδότησης του νέου φορέα (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 113). Επιδιώχθηκε η σύσταση ενός ενιαίου ταμείου υγείας, στο οποίο μονοπωλιακά θα συγκεντρώνονταν όλοι οι πόροι υγείας, με σκοπό την αύξηση της διαπραγματευτικής του δύναμης έναντι των προμηθευτών υγείας, αλλά και την εξοικονόμηση πόρων (Οικονόμου 2012: 99-100). Αυτό είχε ως επακόλουθο την ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης των τελευταίων σε ένα ενιαίο σύστημα υγείας (Οικονόμου 2012: 99-100).

Ωστόσο, εξ αρχής επισημάνθηκαν συγκεκριμένες αδυναμίες, οι οποίες αποδυνάμωσαν την εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Καταστατικός στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ήταν η παροχή υπηρεσιών υγείας στην πλειοψηφία των ασφαλισμένων στους παραπάνω Ο.Κ.Α., οι οποίοι από την πλευρά τους παρουσίαζαν τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τους οικονομικούς τους πόρους. Οι επιμέρους αδυναμίες κάθε ασφαλιστικού φορέα προβλέφθηκε να υπερκεραστούν μέσα από τη σύνταξη ενός ενιαίου κανονισμού ο οποίος να διασφαλίζει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα αυτών των υπηρεσιών προς όλους τους ασφαλισμένους. Ο συγκεκριμένος κανονισμός ήταν ανεξάρτητος από τους συμβαλλόμενους ασφαλιστικούς φορείς, προκειμένου κάθε ασφαλισμένος να έχει

---

χρηματοδοτική βάση της κοινωνικής ασφάλισης περιορίστηκε, αδυνατώντας έτσι να ανταποκριθεί στις αυξημένες υγειονομικές ανάγκες των πολιτών (Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467).

<sup>66</sup> Σύμφωνα με την έρευνα των Σίσκου *et. al.* (2008), οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος αντιμετώπιζαν προβλήματα κατά τις συναλλαγές τους με τα ταμεία των Ο.Κ.Α. Αυτό οφειλόταν: α) στις γραφειοκρατικές διαδικασίες που χαρακτήριζαν τις διοικητικές υπηρεσίες και τις ιατρικές πράξεις, β) στις καθυστερήσεις στην καταβολή αποζημιώσεων και γ) στη γενικότερη ασάφεια όσον αφορά τις παροχές που καλύπτονταν από το εκάστοτε ασφαλιστικό ταμείο (Σίσκου *et. al.* 2008: 669).

<sup>67</sup> Απώτερος στόχος ήταν να ενταχθούν κλάδοι υγείας και άλλων ασφαλιστικών ταμείων.

ισότιμη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες (ιατρούς, διαγνωστικές και απεικονιστικές εξετάσεις, φάρμακα και άλλα θεραπευτικά μέσα). Ωστόσο, δεν υπήρξε σχετική πρόβλεψη για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών για ένα αρκετά μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού που αποτελείτο από τους απόρους, τους μετανάστες, τις μειονεκτικές κοινωνικές ομάδες και τους ανασφάλιστους (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 113).

Επιπλέον, παρατηρήθηκε μια πολυσημία αρμοδιοτήτων: ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αποτελούσε παροχέα υπηρεσιών υγείας (με τα Πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α.), αλλά ταυτόχρονα και αγοραστή αυτών των υπηρεσιών (με τους κλάδους υγείας των Ο.Κ.Α.) (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 113). Η συγκεκριμένη αδυναμία, που παλαιότερα αφορούσε αποκλειστικά το Ι.Κ.Α., μεταφέρθηκε στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος όντας υπό την εποπτεία δυο υπουργείων (Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) αδυνατούσε να το διαχειριστεί.

Επιπρόσθετα, παρουσιάστηκαν αρκετές αρρυθμίες ως προς το διοικητικό πλαίσιο και την περιφερειακή συγκρότηση του συστήματος υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Πιο συγκεκριμένα, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αρθρώθηκε βάσει των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.), οι μονάδες Π.Φ.Υ., οι οποίες συντονίζονταν από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., σύμφωνα με τον νόμο 3852/2010 αρθρώθηκαν σε επίπεδο δήμων, ενώ οι μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας (τα νοσοκομεία) αρθρώθηκαν σε επίπεδο περιφέρειας (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 113-114).<sup>68</sup>

### 3.2.3 Οι δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ε.Σ.Υ.

Η αύξηση των δαπανών υγείας τη δεκαετία του 1980 εξέφρασαν την πρόθεση της τότε κυβέρνησης για μια στροφή προς τα αριστερά (Mossialos *et. al.* 2002, στο Σίσκου *et. al.* 2008: 664), έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ισότιμη και δωρεάν πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας της χώρας. Οι δαπάνες αυτές σχετίστηκαν: α) με την αύξηση της απασχόλησης και τη βελτίωση του μισθολογίου των ιατρών, β) με την ενίσχυση και την αναβάθμιση των κτιριακών υποδομών και του τεχνολογικού εξοπλισμού των μονάδων πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Ε.Σ.Υ. και γ) με τη βελτίωση της ποιότητας και της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Οικονόμου 2012: 85). Μέχρι το 2004, οι συνολικές δαπάνες για την

<sup>68</sup> Όπως εύστοχα σχολιάζουν οι Γιανασμίδης και Τσιαούση (2012: 114), «καταλήγουμε έτσι στο παράδοξο φαινόμενο, τα Κέντρα Υγείας να εντάσσονται σε δημοτικό επίπεδο, ενώ ανήκουν στα νοσοκομεία, που εντάσσονται σε επίπεδο περιφέρειας, και να συντονίζονται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., που αρθρώνεται σύμφωνα με τις Δ.Υ.ΠΕ.».

υγεία (δημόσιες και ιδιωτικές) έφτασαν το 10% του Α.Ε.Π. (Σίσκου *et. al.* 2008: 664). Η αύξηση αυτή, ωστόσο, άρχισε να κατευθύνεται περισσότερο προς την ενίσχυση της απασχόλησης και των αμοιβών των ιατρών και όχι προς τη βελτίωση των κτιριακών υποδομών και του εξοπλισμού των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Σίσκου *et. al.* 2008: 665).

Μέχρι το τέλος του 1988 είχαν ολοκληρωθεί τρία νέα πανεπιστημιακά νοσοκομεία (στο Ηράκλειο, στα Ιωάννινα και την Πάτρα), ενώ κατασκευάστηκαν νομαρχιακά νοσοκομεία και ανακαινίστηκαν ήδη υπάρχοντα (Κουρής *et. al.* 2007: 53· Οικονόμου 2012: 85). Στόχος, αρχικά, ήταν η συγκρότηση ενός οργανωμένου δικτύου παροχής υπηρεσιών υγείας κυρίως για τον λαό της υπαίθρου διά μέσου των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων, προκειμένου να καλυφθούν τα κενά και να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την υπόλοιπη χώρα, μέσα από τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. σε εικοσιτετράωρη βάση (Αλεξιάδη & Χαμαλίδου 1991: 101, στο Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 108· Ταβλαντά *et. al.* 2006: 72· Οικονόμου 2012: 50, 84).<sup>69</sup> Αυτό συνάγεται από το γεγονός ότι ενώ με τον νόμο 1397/1983 υπήρξε πρόβλεψη για τη δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας σε ολόκληρη την επικράτεια, μέχρι το τέλος του 1988 συστάθηκαν 156 Κέντρα Υγείας στις αγροτικές περιοχές (Κουρής *et. al.* 2007: 53), σε αντίθεση με τις αστικές περιοχές όπου δεν παρατηρήθηκε κάτι αντίστοιχο (Abel Smith *et. al.* 1994: 34· Μπένος 1996α, στο Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 108· Ταβλαντά *et. al.* 2006: 75· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143).<sup>70</sup> Επίσης, στις περιπτώσεις εκείνες όπου συστάθηκαν αστικού τύπου Κέντρα Υγείας, η λειτουργία τους δεν συμπορεύτηκε σύμφωνα με τις καταστατικές προβλέψεις, με αποτέλεσμα να μην καταφέρουν να επιτελέσουν την αποστολή τους, πέραν ελαχίστων εξαιρέσεων. Η αποδυνάμωση των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου αποτελεί, βέβαια, απότοκο όχι μόνο της περιθωριοποίησης του ζητήματος της αναβάθμισης των

---

<sup>69</sup> Με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις που έγιναν στον τομέα της υγείας, μετά την υπογραφή του Μνημονίου, οι πολίτες επιβαρύνονται με 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη σε κέντρο υγείας (Οικονόμου 2012: 50).

<sup>70</sup> Με την εφαρμογή του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» (2000-2006), το οποίο πρότεινε φιλόδοξες παρεμβάσεις για την Π.Φ.Υ., ιδρύθηκαν 8 νέα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου (Οικονόμου 2012: 50), ενώ αναβαθμίστηκαν 2 επιπλέον. Μέχρι το 2005 λειτουργούσαν 183 Κέντρα Υγείας σε μη αστικές περιοχές και μόνο 4 Κέντρα Υγείας σε αστικές περιοχές (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109-110). Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση του Κέντρου Υγείας Βύρωνα, το οποίο ιδρύθηκε 20 χρόνια μετά από τον νόμο που καθιέρωνε ουσιαστικά τη σύστασή των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου (1397/1983) (Βραχάτης και Παπαδόπουλος 2012: 13). Μέχρι και σήμερα, λειτουργούν περίπου 200 Κέντρα Υγείας για αγροτικές και ημιαστικές περιοχές, 89 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, 1.460 Περιφερειακά Ιατρεία, 43 Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία, όπως επίσης και τα πρωινά και απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων της χώρας (Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Θεοδώρου *et. al.* 2005, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 324· Οικονόμου 2012: 50).



δημόσιων υποδομών, αλλά και της προώθησης του ιδιωτικού τομέα υγείας, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, με την ψήφιση του νόμου 2071/1992 (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109· Οικονόμου 2012: 59).

Άμεσο επακόλουθο της έλλειψης και της αναποτελεσματικότητας των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου ήταν, πέρα από τη διόγκωση της ζήτησης υπηρεσιών Π.Φ.Υ. προς τον ιδιωτικό τομέα (Οικονόμου 2012: 59), η επιβάρυνση των Εξωτερικών Ιατρείων των μονάδων δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Τα νοσοκομεία, πέρα από την παροχή υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, αναγκάστηκαν να ανταποκριθούν και στις ανάγκες των πολιτών για παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ.<sup>71</sup> Αυτό, βέβαια, οφείλεται κυρίως στην αδυναμία του Ε.Σ.Υ.: α) να θέσει σε εφαρμογή έναν μηχανισμό ελέγχου της εισόδου, της παραπομπής και του προσανατολισμού των πολιτών μέσα στο σύστημα υγείας και β) να αναπτύξει πολιτικές υποκατάστασης της νοσοκομειακής φροντίδας από την Π.Φ.Υ. ή από εναλλακτικές μορφές νοσηλείας, όπως είναι η νοσηλεία στο σπίτι ή η νοσηλεία ημέρας (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 172· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325· Οικονόμου 2012: 49, 59· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 111). Άμεσο παρεπόμενο αυτού του γεγονότος ήταν: α) η δυσλειτουργία και η αδυναμία των μονάδων δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης να ανταποκριθούν στις βασικές τους προτεραιότητες και στους θεωρητικούς τους στόχους, β) η δέσμευση οικονομικών πόρων για υπηρεσίες που θα μπορούσαν να έχουν αντιμετωπιστεί από εξωνοσοκομειακές δομές, γ) η ύπαρξη λιστών αναμονής για εξειδικευμένες και πολυδάπανες υπηρεσίες, χωρίς να έχει προηγηθεί σχετική παραπομπή από τον γενικό ιατρό, δ) η επίταση των ήδη υπάρχουσών ανισοτήτων στην κατανομή του ιατρικού προσωπικού στις βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης,<sup>72</sup> ε) η παράκαμψη του σημείου επαφής των πολιτών με τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., στ) η αδυναμία ελέγχου της δια-περιφερειακής ροής των ασθενών και ζ) η διάσπαση της συνέχειας ανάμεσα στις βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης (Abel Smith *et. al.* 1994: 26, 30· Μωραΐτης *et. al.* 1995· Βερενίκη & Υφαντής 2003, στο

<sup>71</sup> Παρόμοια φαινόμενα παρατηρήθηκαν και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. των Ο.Κ.Α. Οι ασθενείς δεν χρησιμοποιούσαν τις υγειονομικές υπηρεσίες που τους προσέφερε το ασφαλιστικό τους ταμείο αλλά κατέφευγαν είτε σε μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης είτε σε ιδιώτες ιατρούς για την παροχή υπηρεσιών που ήδη είχαν πληρώσει μέσω των ασφαλιστικών τους εισφορών (Abel Smith *et. al.* 1994: 30).

<sup>72</sup> Γενικότερα, ο χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως αμιγώς νοσοκομειοκεντρικός, αν λάβει κανείς υπόψη την κατανομή του ιατρικού προσωπικού στις διάφορες βαθμίδες φροντίδας υγείας. Ενδεικτικό παράδειγμα αυτού του φαινομένου είναι το γεγονός ότι το 2000, η δευτεροβάθμια βαθμίδα περίθαλψης απορρόφησε το 49,2% του ιατρικού προσωπικού και το 90% του νοσηλευτικού προσωπικού, θέτοντας τις δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. υπό καθεστώς υποστελέχωσης (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325).

Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325· Ταβλαντά *et. al.* 2006: 75· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 141· Αλεξιάδου *et. al.* 2008: 110· Οικονόμου 2012: 49, 51, 80).

Η αρρυθμία και η ασυνέχεια που παρατηρήθηκε ανάμεσα στις βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης οφείλεται, όπως ήδη έχει σχολιαστεί, στην αδυναμία των νομοθετικών μεταρρυθμίσεων των τελευταίων δεκαετιών να συγκροτήσουν ένα αποκεντρωμένο σύστημα υγείας, τα διάφορα επίπεδα του οποίου θα βρίσκονταν σε συνεκτική σχέση μεταξύ τους. Για παράδειγμα, ενώ η οργανωτική και επιστημονική διασύνδεση των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων με τις μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης αποτέλεσε κομβικό ζήτημα όλων των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων, στην πράξη κατέστη αδύνατη η δημιουργία ενός ενιαίου πλαισίου κλιμακούμενης και αλληλοϋποστηριζόμενης παροχής υπηρεσιών υγείας από όλες τις βαθμίδες περίθαλψης, κατά το πρότυπο «πρόληψη – διάγνωση – θεραπεία – αποκατάσταση» (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 145· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13). Στόχος των νομοθετικών και θεωρητικών διακηρύξεων ήταν η μετάβαση από ένα σύστημα υγείας αμιγώς νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα σε ένα σύστημα όπου η θέση της Π.Φ.Υ. θα ήταν ενισχυμένη,<sup>73</sup> καθώς θα λειτουργούσε ως συνδετικός κρίκος με τη νοσοκομειακή φροντίδα και, κυρίως, ως φίλτρο όλων των ιατρικών περιστατικών, πριν αυτά προωθηθούν στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας (Souliotis & Lionis 2004, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 41· Οικονόμου 2012: 51).<sup>74</sup> Στην πράξη, ωστόσο, παρουσιάστηκε αδυναμία αποτελεσματικής διασύνδεσης των

<sup>73</sup> Σύμφωνα με το Στρατηγικό Σχέδιο τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2007-2013) του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η Π.Φ.Υ. αποτελούσε τη νέα κατεύθυνση του Ε.Σ.Υ., με προτεραιότητα στις υποβαθμισμένες περιοχές όπου παρατηρούνται οι μεγαλύτερες ανισότητες, και με απώτερο στόχο την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Αυτό θα επιτυγχανόταν με: α) την ορθολογική κατανομή των μονάδων Π.Φ.Υ., β) την ίδρυση νέων Κέντρων Υγείας αστικού τύπου και ιατρείων σε δήμους, γ) τη χρήση των πολυιατρείων του Ι.Κ.Α., δ) την ίδρυση νέων Κέντρων Υγείας στην περιφέρεια, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας στην τοπική κοινωνία, ε) τις κινητές μονάδες υπηρεσιών υγείας, στ) την ενοποίηση των κλάδων υπηρεσιών υγείας των Ο.Κ.Α. και την ένταξή τους στο Ε.Σ.Υ., υπό την επίβλεψη και τον συντονισμό του Υπουργείου, και ζ) τον συνδυασμό και την ενίσχυση του θεσμού του γενικού οικογενειακού ιατρού σε συνεργασία και με εξωτερικούς γιατρούς (2007: 35-36). Οι παραπάνω προτάσεις σχετίζονται με τις παρεμβάσεις που είχαν τεθεί προγραμματικά και στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» (2000-2006), οι οποίες δεν υλοποιήθηκαν και μετατέθηκαν για την επόμενη προγραμματική περίοδο 2007-2013 (Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 145). Βέβαια, στην πράξη το σύστημα εξακολουθεί να είναι νοσοκομειοκεντρικό με την Π.Φ.Υ. να παίζει υποβαθμισμένο ρόλο.

<sup>74</sup> Ένα τέτοιου είδους φίλτράρισμα των ιατρικών περιστατικών θα μπορούσε να περιορίσει την άσκοπη ζήτηση πολυδάπανων εξειδικευμένων υπηρεσιών των πολιτών από τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και, συνακόλουθα, τόσο τις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 41).

επιμέρους βαθμίδων υγειονομικής φροντίδας αλλά και εδραίωσης ενός κλίματος επιχειρησιακής και συναδελφικής σχέσης ανάμεσα στους υγειονομικούς λειτουργούς (Abel Smith *et. al.* 1994: 27· Οικονόμου 2012: 51).

Επίσης, ενώ είχε τονιστεί, από τη διακήρυξη της Alma-Ata ακόμη, ότι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. είναι η διεπιστημονική και διατομεακή συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να καταρτιστεί μια ομάδα υγείας που θα αντιμετωπίζει κάθε πρόβλημα στην ολότητά του, κάτι τέτοιο δεν επιτεύχθηκε. Αντιθέτως, τόσο μέσα στα πλαίσια των δομών Π.Φ.Υ. όσο και στη σχέση αυτών με τις άλλες βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης, με άλλα λόγια τόσο σε οριζόντιο όσο και σε κάθετο επίπεδο, παρατηρήθηκε ασυνέχεια, αποσπασματικότητα, έλλειψη συνεργασίας και συναδελφικότητας (Abel Smith *et. al.* 1994: 27· Μωραΐτης *et. al.* 1995· Βερενίκη & Υφαντής 2003, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326· Φιλαλήθης 1996). Σε επίπεδο οργάνωσης των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων, παρατηρήθηκε, επίσης, αδυναμία εφαρμογής πρακτικών οδηγιών και κατευθυντήριων γραμμών για τα διαγνωστικά, κλινικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα, με αποτέλεσμα την ετερογένεια στις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 171· Λιονής & Μερκούρης 2001, στο Σουλιώτης & Λιονής 2003: 466-467· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14).

Η ενίσχυση των κτιριακών υποδομών των μονάδων Π.Φ.Υ. γενικότερα δεν συνοδεύτηκε από ανάλογη μέριμνα επαρκούς στελέχωσής τους —ποσοτικής και ποιοτικής— σε ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό) (Κουρής *et. al.* 2007: 53· Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14· Οικονόμου 2012: 59). Τα Κέντρα Υγείας απαρτίστηκαν από ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που είχαν μια ιατρο-κεντρική αντίληψη για την άσκηση της Π.Φ.Υ., λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης και κατάρτισης (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325). Στην πλειονότητα των περιπτώσεων, δεν είχαν ειδίκευση στη γενική ιατρική<sup>75</sup> ή κάποιον σχετικό προσανατολισμό στην Π.Φ.Υ. ή άλλες φορές ήταν ανειδίκευτοι ιατροί υποχρεωτικής θητείας (Abel Smith *et. al.* 1994: 27, 31· Οικονόμου 2012: 51). Δεν είχαν στη διάθεσή τους, επίσης, διαγνωστικά

---

<sup>75</sup> Μέχρι το 2003 οι ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής ήταν 1.100-1.200, ενώ οι ανάγκες ξεπερνούσαν τις 7.000 θέσεις (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325). Ενώ σε άλλα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης το ποσοστό των γενικών ιατρών καλύπτει το 25% του συνόλου του ιατρικού προσωπικού, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 4,5%, το χαμηλότερο συγκριτικά (OECD 2010a, 2010b, στο Οικονόμου 2012: 49-50).

εργαλεία και άλλα μέσα διαλογής για συγκεκριμένες ασθένειες (Λιονής & Μερκούρης 2001, στο Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467). Αποτέλεσμα των παραπάνω ήταν να ταυτιστεί το περιεχόμενο της Π.Φ.Υ. με τη συνταγογράφηση, τον ιατρικό έλεγχο και την παραπομπή ασθενών στα νοσοκομεία, αφήνοντας στο περιθώριο την προαγωγή υγείας, την πρόληψη και τον έλεγχο παραγόντων κινδύνου, την αγωγή υγείας, τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την παροχή φροντίδας στο σπίτι, αλλά και τη διάγνωση ψυχικών διαταραχών και άλλων μη αναγνωρισμένων νοσημάτων (Μπένος 1996β· Θεοδώρου *et. al.* 2001, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325-326· Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 171· Γεωργούση *et. al.* 2002, στο Οικονόμου 2012: 51· Σουλιώτης & Λιονής 2003: 466-467· Οικονόμου 2012: 59). Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν επίσης ελλιπές και, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, ανεκπαιδευτο και περιορισμένο σε ρόλους παραδοσιακούς (Abel Smith 1994: 31· Markaki *et. al.* 2006, στο Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 145). Το γεγονός αυτό συνδυάστηκε με την αναποτελεσματικότητα των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης, τα οποία γίνονταν χωρίς ενιαίο και κεντρικό σχεδιασμό και κυρίως εξαρτώνταν από προσωπικές πρωτοβουλίες, όπως επίσης και με την απουσία διαδικασιών συστηματικής ανασκόπησης της ιατρικής βιβλιογραφίας από την πλευρά του προσωπικού (Abel Smith *et. al.* 1994: 34· Λιονής & Μερκούρης 2001, στο Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14).

Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε καμία πρωτοβουλία ισότιμης κατανομής και συμμετρικής σύνθεσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας αστικών και αγροτικών περιοχών, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες του πληθυσμού. Παρατηρήθηκε, δηλαδή, ελλιπής στελέχωση και απαξίωση του κτιριακού και τεχνολογικού εξοπλισμού των Κέντρων Υγείας των αγροτικών περιοχών σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές,<sup>76</sup> η οποία οφείλεται στην ελλιπή χρηματοδότηση, στην έλλειψη οργάνωσης, αλλά και στο γεγονός ότι δεν δόθηκαν υλικά και ηθικά κίνητρα στους ιατρούς, προκειμένου να κατευθυνθούν προς την πρωτοβάθμια βαθμίδα περίθαλψης (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325· Οικονόμου 2012: 51, 59, 74).<sup>77,78</sup> Οι παραπάνω αδυναμίες προκάλεσαν

<sup>76</sup> Το 2000 η κάλυψη των θέσεων ιατρικού προσωπικού στα Κέντρα Υγείας δεν ξεπερνούσε το 47% στο σύνολο της χώρας, ενώ σήμερα δεν ξεπερνάει το 55%. Στα Κέντρα Υγείας που βρίσκονται κοντά σε αστικά κέντρα η κάλυψη ξεπερνά το 70%, σε αντίθεση με τα Κέντρα Υγείας απομακρυσμένων περιοχών, όπου η κάλυψη σε προσωπικό δεν ξεπερνά το 31% (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325· Θεοδώρου *et. al.* 2005, στο Οικονόμου 2012: 51).

<sup>77</sup> Σύμφωνα με την έκθεση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π. 2007, στο Οικονόμου 2012: 59), η αριθμητική στελέχωση και η κατανομή του προσωπικού δεν ήταν σε

γεωγραφικές ανισότητες και αρρυθμίες ως προς την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε υψηλής ποιότητας παροχές υγείας, καθώς επίσης και ως προς την αποδοτικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (Abel Smith *et. al.* 1994: 27, 31-32· Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325· Οικονόμου 2012: 51).<sup>79</sup> Επιπλέον, οδήγησαν ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών στη ζήτηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στον ιδιωτικό τομέα υγείας<sup>80</sup> ή στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Πέρα, όμως, από τη γεωγραφική ανισοκατανομή του υγειονομικού προσωπικού, γενικότερα οι ιατροί της δημόσιας υγείας, λειτουργώντας μέσα σε ένα χαλαρό και γεμάτο ασυνέχειες και λειτουργικά κενά πλαίσιο, όπου οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν είχαν ουσιαστικές αρμοδιότητες πάνω σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, υιοθέτησαν μια κουλτούρα επαγγελματικής αυθαιρεσίας και γραφειοκρατίας. Οι χαμηλοί μισθοί και η απουσία κινήτρων αποδοτικότητας ενθάρρυναν τη μείωση της παραγωγικότητας<sup>81</sup> και της τυπικότητάς τους απέναντι στο δημόσιο ιατρικό λειτούργημα,<sup>82</sup> ενώ επίσης συνέβαλαν στη μεγιστοποίηση του χρόνου που αφιέρωναν στα ιδιωτικά τους ιατρεία, ανεξάρτητα από το εάν τους επιτρεπόταν να ασκούν ιδιωτική ιατρική (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325· Sissouras *et. al.* 1999· Mossialos *et. al.* 2005, στο Οικονόμου 2012: 77, 85). Επιπλέον, εντάθηκαν αντιδεοντολογικές συμπεριφορές και πρακτικές, οι οποίες προκάλεσαν δυσαρέσκεια

---

αντιστοιχία με τις υγειονομικές ανάγκες ανά γεωγραφική περιοχή. Σε πολλές περιπτώσεις, η στελέχωση των Κέντρων Υγείας αγροτικών περιοχών με πρόσθετο προσωπικό, εξειδικευμένο στην Π.Φ.Υ., δεν έγινε με τέτοιο τρόπο, ώστε να καλύπτονται τα λειτουργικά κενά (Οικονόμου 2012: 51).

<sup>78</sup> Γενικότερα, οι ιατροί δημόσιας υγείας θεωρούνταν κατώτερης ποιότητας σε σύγκριση με τους νοσοκομειακούς ιατρούς. Αυτό φάνηκε ακόμα και μέσα από τις μισθολογικές ρυθμίσεις: οι αποδοχές τους ήταν σαφώς χαμηλότερες από αυτές των νοσοκομειακών ιατρών (Abel Smith *et. al.* 1994: 28· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325).

<sup>79</sup> Ενδεικτικά, ο θεσμός του επισκέπτη ιατρού, που προβλέφθηκε να εφαρμοστεί στα Κέντρα Υγείας που υπολείπονταν συγκεκριμένων ειδικοτήτων, δεν λειτούργησε στον βαθμό που θα έπρεπε ή, σε άλλες περιπτώσεις, δεν λειτούργησε καθόλου (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109).

<sup>80</sup> Όπως κατέγραψαν οι Σίσκου *et. al.* (2008: 667) στην έρευνά τους για τη ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα, και ειδικά σε ό,τι αφορά την εξωνοσοκομειακή φροντίδα, ο πληθυσμός των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών απευθυνόταν περισσότερο συχνά σε ιδιώτες παθολόγους και χειρουργούς, σε σύγκριση με τον πληθυσμό των αστικών περιοχών. Η αρνητική συσχέτιση του βαθμού αστικότητας μιας περιοχής με τη ζήτηση υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στον ιδιωτικό τομέα υγείας σχετίζεται με την ελλιπή στελέχωση των δημόσιων δομών Π.Φ.Υ. στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές (Θεοδώρου *et. al.* 2005, στο Σίσκου *et. al.* 2008: 667).

<sup>81</sup> Γενικότερα, η αμοιβή με μισθό έχει ταυτιστεί με την έλλειψη κινήτρων, συνεπώς τη μειωμένη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υγειονομικών λειτουργιών (Σούλης 1999, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 41).

<sup>82</sup> Σύμφωνα με την Έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας (1994: 31-32), οι ιατροί αισθάνονταν ελάχιστη επαγγελματική ικανοποίηση, όντας εγκλωβισμένοι μέσα στη δημοσιοϋπαλληλική τους ιδιότητα και μέσα σε μισθολογικές κλίμακες οι οποίες δεν επιβράβευαν την ευσυνειδησία και την τήρηση της ιατρικής δεοντολογίας.

στους ασθενείς.<sup>83</sup> Παράνομες δραστηριότητες, όπως τα φακελάκια, ο χρηματισμός από φαρμακευτικές εταιρείες, διαγνωστικά κέντρα, ιδιωτικές κλινικές, ακόμα και από φαρμακεία, η παραπομπή των ασθενών σε ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα κ.λπ.),<sup>84</sup> το καθεστώς ατιμωρησίας των παρανομώντων ιατρών, αλλά και η απουσία αποτελεσματικού ελέγχου της ιατρικής πρακτικής,<sup>85</sup> υπονόμισαν τις προσπάθειες για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της εξυπηρέτησης των ασθενών στις δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ. (Abel Smith *et. al.* 1994: 29-30· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325, 2009: 40, 44).

Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τα προβλήματα πρόσβασης σε αυτές, κατέστησε το σύστημα αναξιόπιστο στα μάτια των πολιτών, οι οποίοι ήταν την εμπιστοσύνη τους απέναντί του (Abel Smith *et. al.* 1994: 29-30· Eurobarometer 1998, στο Σίσκου *et. al.* 2008: 665· Οικονόμου 2012: 79-80). Η έλλειψη εμπιστοσύνης και η έλλειψη ικανοποίησης απέναντι στις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. εκφράστηκε μέσα από την ίδια τη στάση και τη ροή των πολιτών στα διάφορα τμήματα του συστήματος υγείας: οι ασθενείς δεν αρκούσαν στη γνωμάτευση ενός ιατρού, αλλά αναζητούσαν και μια δεύτερη γνώμη σε άλλον ιατρό του συστήματος ή σε κάποιον ιδιώτη. Συνέπεια αυτών ήταν οι πρόσθετες ιδιωτικές δαπάνες,<sup>86</sup> η επιβάρυνση των ασφαλιστικών ταμείων, η υπερφόρτωση του συστήματος υγείας και, εντέλει, η ουσιαστική υπονόμιση της δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325-326· Οικονόμου 2012: 60).

Πέρα όμως από την ελλιπή μέριμνα όσον αφορά τη στελέχωση και την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, παρατηρήθηκαν και ελλείψεις όσον αφορά την υλικοτεχνική υποδομή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325· Σ.Ε.Υ.Υ.Π. 2007, στο

<sup>83</sup> Η αμοιβή κατά πράξη έχει κυρίως ενοχοποιηθεί για φαινόμενα ηθικού κινδύνου (Σούλης 1999, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 41).

<sup>84</sup> Τα φακελάκια και γενικότερα η καταβολή πρόσθετων δαπανών από ίδιες πηγές των ασθενών έφτανε το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία (Tountas *et. al.* 2002, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2008: 325).

<sup>85</sup> Η απουσία συστηματικού ελέγχου της συνταγογράφησης φαρμάκων και εξετάσεων, των οποίων η ποιότητα πολλές φορές τίθετο υπό αμφισβήτηση, αλλά και γενικότερα η αναποτελεσματικότητα του συστήματος παραπομπών των ασθενών σε ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. προκάλεσε τεράστια οικονομική επιβάρυνση στα ασφαλιστικά ταμεία (Θεοδώρου *et. al.* 2001· Tountas *et. al.* 2002, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326).

<sup>86</sup> Μέχρι το 2004, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, οι οποίες αφορούσαν άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα, άτυπες πληρωμές, αλλά και πληρωμές συμμετοχής, έφταναν το 47%, ξεπερνώντας τον μέσο όρο των χωρών-μελών του Ο.Ο.Σ.Α. (Σίσκου *et. al.* 2008: 665).

Οικονόμου 2012: 59). Τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό έργο σε πολλές περιπτώσεις παρακωλύθηκε λόγω βασικών ελλείψεων στην υλικοτεχνική υποδομή και στον εξοπλισμό των μονάδων Π.Φ.Υ. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα Κέντρα Υγείας (κυρίως των μη αστικών περιοχών) και τα Περιφερειακά Ιατρεία να υπολειτουργούν, συρρικνώνοντας το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, καθιστώντας πολλούς από τους στόχους της Π.Φ.Υ. ανενεργούς και οδηγώντας, σε πολλές περιπτώσεις, τους πολίτες σε δομές Π.Φ.Υ. του ιδιωτικού τομέα (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109· Θεοδώρου *et. al.* 2001, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325).

Αυτό το γεγονός σχετίζεται άμεσα με τη γενικότερη αδυναμία του δημόσιου τομέα υγείας να ανταποκριθεί στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης, αξιοποιώντας τα εργαλεία της σύγχρονης τεχνολογίας τόσο για την ιατρική πρακτική και την έρευνα όσο και για τη διαχείριση των μονάδων (Λιονής & Μερκούρης 2001, στο Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325-326· Οικονόμου 2012: 60). Παρόλο που ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός στην υγεία αποτέλεσε στρατηγικό στόχο (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2007: 39),<sup>87</sup> δεν μπόρεσε να εφαρμοστεί ένα οργανωμένο πληροφοριακό σύστημα το οποίο να διευκολύνει: α) την καθημερινότητα του πολίτη κατά τις συναλλαγές του με το Ε.Σ.Υ., β) τη διοίκηση και την οικονομική διαχείριση των μονάδων και γ) την ιατρική και νοσηλευτική πρακτική. Οι τεχνικές ψηφιοποίησης και τηλεϊατρικής (e-health) δεν κατάφεραν να εφαρμοστούν ευρέως, όπως επίσης και οι διαδικασίες ανασκόπησης ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας. Επίσης, δεν αναπτύχθηκαν αποτελεσματικά οι φιλόδοξες εφαρμογές ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και κατάρτισης ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου των ασθενών (Λιονής & Μερκούρης 2001, στο Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14· Οικονόμου 2012: 60).

Ειδικά η κατάρτιση ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου δεν μπόρεσε να ευοδωθεί, καθώς ήταν ήδη υπαρκτή η έλλειψη μηχανοργάνωσης και η δυσλειτουργία συστηματικής τήρησης αρχείου ιατρικών δεδομένων και πληροφοριών των ασθενών, με σκοπό την ενιαία χρήση τους τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας (Abel Smith *et. al.* 1994: 33· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-

---

<sup>87</sup> Σύμφωνα με το Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο (2007-2013) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προβλέφθηκε η δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην Π.Φ.Υ. και στην υποστήριξη του πληθυσμού που συνεχώς γηράσκει και, συνεπώς, ασκεί μεγαλύτερη πίεση στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας [αύξηση αναγκών προνοσοκομειακής φροντίδας, κατ' οίκον υπηρεσιών (τηλεϊατρικής, τηλε-παρακολούθησης ειδικά σε δύσβατες και νησιωτικές περιοχές) και υπηρεσιών αποκατάστασης] (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης 2007: 39).

Αναγνωστοπούλου 2008: 325· Σ.Ε.Υ.Υ.Π. 2007, στο Οικονόμου 2012: 59).<sup>88</sup> Το συγκεκριμένο προβληματικό σημείο επιδεινώθηκε, λόγω της αδυναμίας οργάνωσης ενός δικτύου καταχώρησης και ανάλυσης των ιατρικών πληροφοριών, προκειμένου να διευκολυνθεί η διακίνηση και η αξιοποίηση των ιατρικών δεδομένων τόσο μέσα στα πλαίσια των ίδιων των μονάδων Π.Φ.Υ. όσο και μεταξύ των επιμέρους βαθμίδων υγειονομικής περίθαλψης (Abel Smith 1994: 33· Λιονής & Μερκούρης 2001, στο Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467).

Επιπρόσθετα, η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού δεν ευοδώθηκε σύμφωνα με τους προβλεπόμενους στόχους. Παρόλο που αποτελούσε πάγια διατύπωση, τόσο σε νομοθετικό όσο και σε θεωρητικό επίπεδο, ότι οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί, αλλά και γενικότερα οι ιατροί της Π.Φ.Υ., μπορούν να συμβάλουν στον πλουραλιστικό χαρακτήρα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.,<sup>89</sup> κάτι τέτοιο δεν επιτεύχθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό. Τόσο η αδυναμία των ελληνικών υπηρεσιών υγείας να προωθήσουν, με άμεσο και αποτελεσματικό τρόπο, ολοκληρωμένα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για τους ενδιαφερόμενους ιατρούς (Abel Smith *et. al.* 1994: 34), όσο και η προσφορά υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από ιδιωτικούς φορείς, όπως αυτή προωθήθηκε με τον νόμο 2071/1992 και εντεύθεν, αποδυνάμωσαν σε καθοριστικό βαθμό τον θεσμό. Ειδικά σε νομοθετικό επίπεδο, παρόλο που με τον νόμο 1397/1983 ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού προτάθηκε ως ο βασικός πυλώνας της Π.Φ.Υ. (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109· Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 145· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 110-111), στη συνέχεια τέθηκε στο περιθώριο. Μάλιστα, στον νόμο 2071/1992 δεν υπήρξε καν σχετική πρόβλεψη (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109), ενώ και οι νόμοι που ακολούθησαν (2194/1994, 2889/2001) δεν συνέβαλαν στην ουσιαστική υλοποίηση του θεσμού (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 109-110). Ο θεσμός και οι υπηρεσίες του οικογενειακού ιατρού τέθηκαν ξανά στο προσκήνιο με τον νόμο 3235/2004, σύμφωνα με τον οποίο θα καθορίζονταν και οικονομικά κίνητρα, προκειμένου να ενισχυθεί αυτού του είδους η ιατρική πρακτική.

Επιπλέον, ενώ σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata, η συμμετοχή της τοπικής κοινότητας αποτελούσε βασικό παράγοντα για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη

---

<sup>88</sup> Όπως παρατήρησαν οι Abel Smith *et. al.* (1994: 29, 32), υπήρχε υπόνοια ότι οι ιατροί απέφευγαν να τηρούν ιατρικά αρχεία για λόγους φοροδιαφυγής.

<sup>89</sup> Όπως σημειώνουν οι Σουλιώτης & Λιονής (2003: 466), οι γενικοί/οικογενειακοί ιατροί, και γενικότερα οι ιατροί της Π.Φ.Υ., μπορούν να συμβάλουν: α) στην έγκαιρη διάγνωση ψυχικών και παθολογικών νόσων που επιδέχονται θεραπεία, β) στον προληπτικό εμβολιασμό, γ) στην παρακολούθηση ομάδων υψηλού κινδύνου, δ) στη διαχείριση και αντιμετώπιση επειγουσών ιατρικών περιπτώσεων κ.λπ.



βελτίωση και την προαγωγή της υγείας (WHO 1978: 4),<sup>90</sup> στην περίπτωση του Ε.Σ.Υ. παρατηρήθηκε έλλειψη συλλογικής συμμετοχής στην οργάνωση, την υλοποίηση και τον έλεγχο των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 145). Μέχρι σήμερα, η τοπική κοινωνία εξακολουθεί να παραμένει αμέτοχη σ' αυτή τη διαδικασία που από τη φύση της ευνοεί αυτού του είδους την ανατροφοδότηση ανάμεσα σε όλους τους μετέχοντες στις υπηρεσίες υγείας.

Οι προαναφερθείσες παθογένειες είχαν ήδη επισημανθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1990. Οι Abel Smith *et. al.* (1994: 33) είχαν τονίσει ότι ένα καίριο προβληματικό ζήτημα του Ε.Σ.Υ. ήταν ότι δεν έχει τεθεί σε εφαρμογή ένα σύστημα για τη διασφάλιση της ποιότητας και της καταλληλότητας των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Πραγματικά, παρ' όλες τις θεωρητικές προβλέψεις, δεν τέθηκαν οι βάσεις για την αξιολόγηση των επιμέρους βαθμίδων δημόσιας υγείας, προκειμένου να επισημανθούν προβλήματα ή ελλείψεις και να τροποποιηθούν ή να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες με βάση συγκεκριμένες προδιαγραφές και στόχους (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326). Αντιθέτως, απουσίασαν οι μηχανισμοί ελέγχου της κατανομής των πόρων και, γενικότερα, ένα οργανωμένο πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης και διοίκησης των μονάδων υγείας βασισμένο σε συγκεκριμένους δείκτες επίδοσης,<sup>91</sup> έτσι ώστε να γίνονται σεβαστές οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, της ποιότητας και της διαθεσιμότητας αυτών των υπηρεσιών, της ικανοποίησης των χρηστών και της ισορροπίας μεταξύ κόστους και αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326-327, 2009: 44· Οικονόμου 2012: 60, 80-81). Παρόλο που η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας<sup>92</sup> αποτελεί μια έννοια που σε παγκόσμιο επίπεδο έχει τεθεί στο επίκεντρο των ερευνών για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας, το ελληνικό σύστημα υγείας

<sup>90</sup> Ο καταλυτικός ρόλος της κοινότητας στη λήψη των αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία αποτελεί διαχρονικό αίτημα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 1981· WHO 2008).

<sup>91</sup> Όπως συνοψίζουν οι Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2008: 327) τις απόψεις των Φιλαλήθης (1996), Σούλης (1999), Σουλιώτης & Λιονής (2003) κ.ά., οι προτεινόμενοι δείκτες αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η οργανωτική και διοικητική διάρθρωση των δομών της Π.Φ.Υ., β) η κτιριακή υποδομή των επιμέρους μονάδων, γ) η επάρκεια και η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού τόσο μέσα στο σύστημα υγείας όσο και μέσα στις δομές της Π.Φ.Υ., δ) η αναλογία κόστους / αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας, ε) η αποδοτικότητα των πόρων, στ) η ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ζ) η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα στην πρόσβαση, στη χρήση και στη δαπάνη υγείας, η) οι δαπάνες του μοντέλου σε σχέση με τις δαπάνες του συστήματος υγείας κ.ά.

<sup>92</sup> Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας σχετίζεται με τις αρχές της αξιοπρέπειας, της αυτονομίας, της έγκαιρης προσοχής, της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών, της επικοινωνίας, της δυνατότητας επιλογής των προμηθευτών, της κοινωνικής υποστήριξης και της ποιότητας του περιβάλλοντος χώρου (Οικονόμου 2012: 81).

εμφάνισε το χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με 15 χώρες-μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. (Valentine *et. al.* 2003, στο Οικονόμου 2012: 81).

### 3.2.4 Οι δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Ο.Κ.Α. και των Ο.Τ.Α.

Το κενό των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που παρουσιάστηκε στα μεγάλα αστικά κέντρα επιχειρήθηκε να καλυφθεί, σε επίπεδο δημοσίου, από τις υπηρεσίες και τα προγράμματα Π.Φ.Υ. των Ο.Κ.Α. και των Ο.Τ.Α. Παρόλο που με τον νόμο 1397/1983 προβλεπόταν η κατάργηση των μονάδων Π.Φ.Υ. των παραπάνω φορέων, προκειμένου να ενισχυθεί το δίκτυο των Κέντρων Υγείας αστικού και αγροτικού τύπου και των Περιφερειακών τους Ιατρείων, κάτι τέτοιο δεν μπόρεσε να υλοποιηθεί. Επιπλέον, δεν μπόρεσε να δημιουργηθεί ειδικός λογαριασμός για την εκ μέρους των ασφαλιστικών ταμείων απόδοση των δαπανών περίθαλψης προς τα Κέντρα Υγείας (Οικονόμου 2012: 84), ενώ επίσης διατηρήθηκαν οι πολυκερματισμένες δομές και υπηρεσίες Π.Φ.Υ., οι οποίες δεν μπόρεσαν να ενταχθούν πλήρως στο σύστημα Π.Φ.Υ., λόγω της απουσίας συνέχειας και συνοχής ανάμεσα στα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης. Τα βασικά προβλήματα των συγκεκριμένων δομών και υπηρεσιών σχετίστηκαν με την αδυναμία 24ωρης κάλυψης, τη συχνή εναλλαγή τού προσωπικού, την αναποτελεσματική διασύνδεσή τους με τις υπόλοιπες δομές υγείας και την κεντρική πολιτική Π.Φ.Υ., αλλά και τη λανθασμένη λειτουργία τους ως δομών δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 110· Mariolis *et. al.* 2008: 124, στο Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 13).

Ειδικότερα, τα πολυιατρεία του Ι.Κ.Α.<sup>93</sup> παρείχαν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών που άπτονταν της Π.Φ.Υ. (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση, προαγωγή της υγείας, οδοντιατρικές υπηρεσίες, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, γυναικολογικές εξετάσεις, ιατρική της εργασίας, εμβολιασμούς, επιδημιολογική έρευνα, πρώτες βοήθειες, συνταγογράφηση κ.λπ.) (Οικονόμου 2012: 54). Είχαν, επίσης, τη μεγαλύτερη πυκνότητα ιατρικού προσωπικού, ειδικά σε σχέση με τον αριθμό των δικαιούχων, καθώς επίσης και αρκετά μεγάλο αριθμό μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 171). Ωστόσο, παρ' όλες τις φιλόδοξες προβλέψεις, το μεγαλύτερο μέρος των παρεχόμενων υπηρεσιών του Ι.Κ.Α. περιορίστηκε στη συνταγογράφηση και στην παραπομπή των ασφαλισμένων είτε σε

<sup>93</sup> Μέχρι το 2007, τα πολυιατρεία και οι υγειονομικές μονάδες του Ι.Κ.Α., 272 τον αριθμόν, εξυπηρετούσαν τις ανάγκες Π.Φ.Υ. των αστικών περιοχών (Ι.Κ.Α. 2011, στο Οικονόμου 2012: 54).

μονάδες δευτεροβάθμιας φροντίδας είτε σε ιδιωτικά κέντρα και εργαστήρια για τη διενέργεια πολυδάπανων διαγνωστικών εξετάσεων (Οικονόμου 2012: 54-55). Επιπλέον, σε ό,τι αφορά τον θεσμό του οικογενειακού ιατρού, διαπιστώθηκε ότι ο παθολόγος του Ι.Κ.Α. παρείχε υπηρεσίες οικογενειακής ιατρικής οι οποίες δεν είχαν συνεκτική σχέση με το υπόλοιπο σύστημα Ι.Κ.Α., ενώ δεν τίθεντο υπό συγκεκριμένο έλεγχο (Μωραΐτης *et. al.* 1995· Λιονής & Μερκούρης 2000· Νικολάκης & Οικονόμου 2002, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 325).

Το ασφαλιστικό ταμείο του Ο.Γ.Α., μην έχοντας δικές του μονάδες Π.Φ.Υ., έδωσε τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους του να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (μικροβιολογικές ή παρακλινικές εξετάσεις και συνταγογράφηση) μέσω των Αγροτικών Ιατρείων, των Κέντρων Υγείας, των Εξωτερικών Ιατρείων των δημόσιων ή των ιδιωτικών μονάδων δευτεροβάθμιας περίθαλψης και, τέλος, μέσω συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών (Οικονόμου 2012: 55). Ωστόσο, το κόστος της επίσκεψης σε ιδιώτες ιατρούς βάρυνε τους ίδιους τους ασφαλισμένους. Ο Ο.Α.Ε.Ε. και ο Ο.Π.Α.Δ., επειδή επίσης ως ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν διέθεταν δικές τους δομές Π.Φ.Υ., παρείχαν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. μέσω συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών, αλλά και ιδιωτικών εργαστηρίων και διαγνωστικών κέντρων (Οικονόμου 2012: 55). Γενικότερα, το συγκεκριμένο καθεστώς ανάγκασε τους ασφαλισμένους να καλύπτονται από αμφιλεγόμενης ποιότητας και επάρκειας υπηρεσίες, οι οποίες βασίζονταν σε συμβάσεις του κάθε ασφαλιστικού φορέα με ιδιώτες ιατρούς ή άλλες δομές του ιδιωτικού τομέα υγείας (Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467). Ο μεγάλος αριθμός των ασφαλισμένων που απευθυνόταν σε συμβεβλημένους ιατρούς αλλά και ο τρόπος αμοιβής των τελευταίων (κατά πράξη ή περίπτωση) οδήγησαν, όπως αναφέρει ο Οικονόμου (2012: 60), στην εισαγωγή προκλητής ζήτησης, αυξάνοντας έτσι τις δαπάνες που έπρεπε να καταβάλουν τα ασφαλιστικά ταμεία.

Σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης, πολλοί δήμοι ανέπτυξαν δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. μέσα από τη λειτουργία Δημοτικών Ιατρείων και Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Ειδικότερα, τα Δημοτικά Ιατρεία παρείχαν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες (άτομα με χαμηλά εισοδήματα, ανασφάλιστους, μετανάστες) δωρεάν υπηρεσίες, οι οποίες άπτονταν της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας, της θεραπείας ιατρικών περιστατικών που δεν έχριζαν νοσηλείας, της μετανοδοκομειακής φροντίδας, της αποκατάστασης, της παρακολούθησης χρονίως πασχόντων, της κοινωνικής φροντίδας, αλλά και της συνταγογράφησης (Οικονόμου 2012: 56). Παρόλο που η κοινωνική προσφορά των Δημοτικών Ιατρείων ήταν εύλογη,

θεωρήθηκε πολύ δύσκολο να γίνει αποτίμηση του έργου και της βαρύτητάς τους, λόγω του ότι δεν υπήρχαν σε πανελλαδικό επίπεδο συγκεντρωτικά στοιχεία ως προς τη στελέχωση, τον εξοπλισμό, το προφίλ των ασθενών, τη ζήτηση, αλλά και το κόστος των υπηρεσιών που παρέχονταν (Οικονόμου 2012: 56). Επιπλέον, η ήδη υπάρχουσα αμηχανία ως προς τη χρηματοδότηση πρωτοβουλιών κοινωνικής πολιτικής από την τοπική αυτοδιοίκηση περιόρισε αρκετά την όποια προσδοκία για την οργάνωση ενός ολοκληρωμένου και αποτελεσματικού συστήματος Π.Φ.Υ. σε επίπεδο δήμων (Σκαμνάκης 2006, στο Οικονόμου 2012: 56). Τα Κ.Α.Π.Η. συνέβαλαν στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, στον προληπτικό εμβολιασμό, στον έλεγχο νοσημάτων, στην αγωγή υγείας και στην κοινωνική φροντίδα (μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι») (Οικονόμου 2012: 56).<sup>94</sup> Ωστόσο, η εφαρμογή και η αποτελεσματικότητα αυτών των υπηρεσιών εξαρτήθηκε από οργανωτικούς και οικονομικούς παράγοντες (αριθμός μελών Κ.Α.Π.Η., σύνθεση προσωπικού, χρηματοδότηση κ.λπ.) (Γεωργούση *et. al.* 2002, στο Οικονόμου 2012: 56).

### 3.2.5 Οι δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ιδιωτικού τομέα

Τις τελευταίες δεκαετίες οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, αλλά και ο ίδιος ο ιδιωτικός τομέας υγείας αυξήθηκαν με ραγδαίους ρυθμούς, μέσα σε ένα κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον ελλιπούς χρηματοδότησης του δημόσιου τομέα υγείας, ανεπάρκειας και αναποτελεσματικότητας των δημόσιων δομών παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και μειωμένης ικανοποίησης του πληθυσμού για τις παρεχόμενες δημόσιες υπηρεσίες (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 171· Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Σίσκου *et. al.* 2008: 669· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 39· Οικονόμου 2012: 57). Το παραπάνω φαινόμενο, βέβαια, σχετίζεται άμεσα με την αύξηση της προσφοράς από ιατρούς, την αύξηση των εισοδημάτων των εργαζομένων τα προηγούμενα χρόνια, καθώς επίσης και με το διαρκώς εντεινόμενο ενδιαφέρον των τελευταίων για την ιδιωτική ασφάλιση (Λιαρόπουλος 1996, στο Σίσκου *et. al.* 2008: 669· Οικονόμου 2012: 57). Τα παραπάνω δεδομένα θα μπορούσαν να συμβάλουν στην

---

<sup>94</sup> Όπως σημειώνουν οι Ταβλαντά *et. al.* (2006: 75), ο τομέας κοινωνικής προστασίας άρχισε να οργανώνεται στα πρότυπα άλλων ευρωπαϊκών κρατών. Ένας τέτοιος πρωτοποριακός θεσμός ήταν και τα Κ.Α.Π.Η., τα οποία αναδιοργάνωσαν τον τομέα κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα.

αιτιολόγηση της αυξανόμενης ζήτησης ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας έναντι πληρωμής (Mossialos 2005, στο Σίσκου *et. al.* 2008: 669).<sup>95</sup>

Ωστόσο, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, είχαν τεθεί οι βάσεις, έστω νομοθετικά, προκειμένου το εθνικό σύστημα υγείας να ενδυναμωθεί με δημόσιες δαπάνες, να ανακτήσει την εμπιστοσύνη των πολιτών και να μετριάσει τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, προωθώντας έτσι το κοινωνικό αγαθό της δωρεάν παροχής υγειονομικής φροντίδας. Ένα σημαντικό μέτρο το οποίο είχε τεθεί σε εφαρμογή με τον νόμο 1397/1983 ήταν η απαγόρευση σύστασης νέων ιδιωτικών κλινικών και νοσηλευτηρίων. Πράγματι, ορισμένα από τα ήδη υπάρχοντα ιδιωτικά νοσηλευτήρια (κυρίως μικρές κλινικές) απορροφήθηκαν από το κράτος, ενώ άλλα αναγκάστηκαν να διακόψουν τη λειτουργία τους λόγω οικονομικής αδυναμίας (οι ασφαλιστικοί οργανισμοί κατέβαλλαν χαμηλά νοσήλια) (Abel Smith *et. al.* 1994: 34· Οικονόμου 2012: 18). Ωστόσο, κάποιες κλινικές αλλά και μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία κατάφεραν να επιβιώσουν, συνάπτοντας συμβάσεις με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και δημόσια ασφαλιστικά ταμεία (Οικονόμου 2012: 18).

Αυτό που δεν μπόρεσε να αποφευχθεί ήταν η υπερδιόγκωση του ιδιωτικού διαγνωστικού τομέα υγείας. Ενώ αρχικός στόχος ήταν η ισότιμη και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας με ευθύνη του δημοσίου, στη συνέχεια δόθηκε έμφαση κυρίως στην άμεση (χρονικά) πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, ανεξάρτητα από τον χαρακτήρα (δημόσιο ή ιδιωτικό) του φορέα (Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Σίσκου *et. al.* 2008: 669). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, δημιουργήθηκαν —κυρίως στην Αθήνα— πάρα πολλά ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια (Οικονόμου 2012: 84), μέσα στα πλαίσια των τεράστιων ιδιωτικών επενδύσεων προς την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία (Κυριόπουλος *et. al.* 1994β· Κυριόπουλος 1995, στο Οικονόμου 2012: 58). Τα κέντρα αυτά προσέφεραν πρωτοβάθμιες διαγνωστικές υπηρεσίες, αναπληρώνοντας το κενό που είχε δημιουργηθεί από την έλλειψη Κέντρων Υγείας αστικού τύπου ή πολυϊατρείων διαφόρων Ο.Κ.Α.

Ωστόσο, η λειτουργία αυτών των ιδιωτικών δομών δεν εντάχθηκε μέσα σε ένα συγκεκριμένο ρυθμιστικό πλαίσιο, προκειμένου να ελέγχεται και να αξιολογείται η διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και, κυρίως, το κόστος, τα οφέλη, η

---

<sup>95</sup> Μάλιστα, το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής δαπάνης υγείας βάρυνε τους ίδιους τους χρήστες [out of pocket], καθώς η ιδιωτική ασφάλιση δεν είχε την αναμενόμενη αποδοχή από το σύνολο των πολιτών (Liaropoulos & Tragakes 1998· Tountas *et. al.* 2005, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 39· Σουλιώτης 2000, στο Σουλιώτης & Λιονής 2003: 467· Οικονόμου 2012: 18).

αποδοτικότητα και η χρησιμότητα αυτών των υπηρεσιών προς τους χρήστες (Οικονόμου 2012: 57, 76). Σε πολλές περιπτώσεις, μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι αυτού του είδους οι ιδιωτικές δομές δεν λειτουργούσαν με συγκεκριμένους κανονισμούς, ούτε εντάσσονταν μέσα σε ένα πλαίσιο ελέγχου των παραπομπών,<sup>96</sup> ενώ προσέφεραν εξαιρετικά δαπανηρές υπηρεσίες αμφίβολης ωστόσο καταλληλότητας και ποιότητας, επιβαρύνοντας αρκετά τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης με τα οποία ήταν συμβεβλημένα<sup>97</sup> (Abel Smith *et. al.* 1994: 34· Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 170· Σουλιώτης 2000, στο Κουρής *et. al.* 2007: 53-54· Θεοδώρου *et. al.* 2001· Τountas *et. al.* 2002, στο Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326· Υφαντόπουλος 2003, στο Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 143· Οικονόμου 2012: 57, 59-60, 76, 84). Επιπλέον, δεν συνέβαλλαν ούτε αυτά στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών και τη μετονοσοκομειακή φροντίδα (Σουλιώτης & Λιόνης 2003: 467), παρόλο που προώθησαν υπηρεσίες αποκατάστασης (μέσω ιδιωτικών φυσιοθεραπευτηρίων) και φροντίδας (μέσω γηριατρικών κέντρων) (Οικονόμου 2012: 18).

Ουσιαστικά, ακόμα και κατά τη δεκαετία του 1980 αλλά και τις επόμενες δεκαετίες όπου και νομοθετικά πλέον προβλέφθηκε η απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα υγείας,<sup>98</sup> δεν μπόρεσαν να αμβλυνθούν οι ανισότητες όσον αφορά την ποιότητα και τη χρηματοδότηση των παροχών υγείας από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ειδικά για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, υπήρξε μεγάλη απόκλιση ανάμεσα στις τιμές και τις αμοιβές που κατέβαλλαν τα ταμεία και αυτά που οι ασφαλισμένοι πλήρωναν ιδιωτικά. Το γεγονός αυτό οδήγησε σε μια εκτεταμένη παραοικονομία και διαφθορά, δημιουργώντας έτσι σημαντικά ηθικά και οικονομικά προβλήματα στους πολίτες και στο σύστημα υγείας (Souliotis & Kyriopoulos 2003, στο Κουρής *et. al.* 2007: 54· Σίσκου *et. al.* 2008: 664· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2009: 44).

---

<sup>96</sup> Όπως σημειώνουν οι Κυριόπουλος *et. al.* (2000: 170), σε αντίθεση με άλλες χώρες της δυτικής και της βόρειας Ευρώπης, δεν λειτούργησε ένας μηχανισμός παραπομπής, προσανατολισμού και παρακολούθησης των ασθενών στα επόμενα επίπεδα περίθαλψης.

<sup>97</sup> Όπως σημειώνουν οι Mousiama *et. al.* (2001, στο Οικονόμου 2012: 58), η απουσία ρύθμισης και αξιολόγησης της βιοϊατρικής τεχνολογίας των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων οδήγησε τα ασφαλιστικά ταμεία σε μια αμηχανία ως προς την αποτίμηση της αναγκαιότητας των υπηρεσιών που καλούνταν να αποζημιώσουν.

<sup>98</sup> Ο νόμος 2071/1992 προέβλεψε την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα υγείας, ενώ επανέφερε τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών και νοσηλευτηρίων. Εκτός αυτού, δόθηκε η δυνατότητα στα ασφαλιστικά ταμεία να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, αλλά ακόμη και με ιδιωτικά νοσοκομεία, για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας, ενώ επίσης δόθηκαν φορολογικά κίνητρα, προκειμένου οι πολίτες να συμμετέχουν στο κόστος περίθαλψης μέσω ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Οικονόμου 2012: 86). Αλλά και ο νόμος 2194/1994, παρόλο που επανέφερε σε ισχύ συγκεκριμένες διατάξεις του νόμου 1397/1983, δεν κατήργησε τις διατάξεις που αφορούσαν την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα υγείας, έτσι όπως αυτή προβλέφθηκε με το νόμο 2071/1992.

Παρόλο που μέχρι σήμερα δεν έχει γίνει ακριβής καταγραφή και ολοκληρωμένος έλεγχος της ποιότητας και της αποδοτικότητας των παροχών του ιδιωτικού τομέα υγείας, ούτε επίσης και έλεγχος της κατανομής των δαπανών υγείας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14· Σίσκου *et. al.* 2008: 664· Οικονόμου 2012: 18),<sup>99</sup> σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ειδικών, η συμμετοχή των ιδιωτικών δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης αυξήθηκε, έχοντας ανέλθει στο 50% και 30% της προσφοράς, αντίστοιχα (Σίσκου *et. al.* 2008: 664). Όσον αφορά τη χρηματοδότηση, υπολογίζεται ότι οι δημόσιες και οι ιδιωτικές πηγές συμμετέχουν περίπου με ίσα ποσοστά, με τις ιδιωτικές δαπάνες να αυξάνονται προοδευτικά (Tountas *et. al.* 2005, στο Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14· Σίσκου *et. al.* 2008: 664, 668, 670). Σε αυτό αναμφισβήτητα συνέβαλαν: α) ο ιατρικός πλουραλισμός του ιδιωτικού τομέα υγείας (ιδιωτικά ιατρεία, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών κ.λπ.), β) η αξιοποίηση των εργαλείων της σύγχρονης τεχνολογίας στην ιδιωτική ιατρική πρακτική και, κυρίως, γ) η αδυναμία των δημόσιων δομών Π.Φ.Υ. να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στον ρόλο τους, ιδιαίτερα μέσα στα αστικά κέντρα (Αλεξιάδου *et. al.* 2005: 109-110· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326· Tountas *et. al.* 2005, στο Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14).<sup>100</sup>

Γενικότερα, οι ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (όπως επίσης και οι ιδιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης), λειτουργώντας πολλές φορές ανταγωνιστικά προς τους δημόσιους φορείς Π.Φ.Υ. και ανταποκρινόμενες στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, κέρδισαν την εμπιστοσύνη του τελευταίου (Σίσκου *et. al.* 2008: 664, 670). Η ανεπαρκής χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος Π.Φ.Υ. αλλοίωσε τη δομή και την οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών, οδηγώντας έτσι τους πολίτες στον ιδιωτικό τομέα υγείας, του οποίου ο ρόλος κατέστη συμπληρωματικός (Ζηλίδης & Φιλαλήθης 1994· Mossialos *et. al.* 2005· Souliotis & Kyriopoulos 2005, στο Σίσκου *et. al.* 2008: 668-669· Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 171), αλλά ουσιαστικά ανταγωνιστικός.

Ωστόσο, η βαθύτερη αιτία αυτού του φαινομένου ήταν η αποθέωση των δυνάμεων της αγοράς και η υιοθέτηση των αρχών του οικονομικού νεοφιλελευθερισμού στις πολιτικές της υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εδραίωση της συγκεκριμένης

<sup>99</sup> Η Ελλάδα είναι από τις χώρες-μέλη του Ο.Ο.Σ.Α. που δεν έχουν εφαρμόσει το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (Σίσκου *et. al.* 2008: 664· Οικονόμου 2012: 29).

<sup>100</sup> Ωστόσο, σημειώνεται ότι τα δομικά προβλήματα του δημόσιου τομέα υγείας, και συγκεκριμένα του συστήματος παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., απαντούν και στον ιδιωτικό τομέα της υγείας (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14).

φιλοσοφίας —η οποία άλλωστε εξακολουθεί να επικρατεί σε ολόκληρο τον κόσμο— και την αποδυνάμωση των αρχών της ισότητας, της αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης στις υπηρεσίες υγείας (Σωτηριάδου *et. al.* 2011: 146). Όπως σημειώνουν οι Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2008: 325-326, 2009: 44), η Π.Φ.Υ. εκτέθηκε σε φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών, οι οποίες απαιτούσαν πρόσθετες και υπέρογκες, πολλές φορές, ιδιωτικές δαπάνες, επιβαρύνοντας έτσι τα ασφαλιστικά ταμεία και τον δημόσιο προϋπολογισμό και ακυρώνοντας, εντέλει, τον χαρακτήρα της δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης (Οικονόμου 2012: 57).

### 3.4 Ανακεφαλαίωση

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα αποτελεί μια έννοια εξαιρετικά ταλαιπωρημένη και διαστρεβλωμένη. Δεν θα ήταν υπερβολικό να ειπωθεί ότι η Π.Φ.Υ. αποτελεί θύμα μιας σειράς αλληπάληλων νομοθετικών μεταρρυθμίσεων, οι οποίες δεν κατάφεραν να εκφράσουν μια συγκροτημένη, επιστημονικά τεκμηριωμένη και υπερκομματική εθνική πολιτική υγείας για τη χώρα. Επιπλέον, δεν υπήρξε αποτέλεσμα ενός κοινωνικού και πολιτικού διαλόγου (περνώντας ακόμη και μέσα από την ατραπό της σύγκρουσης και της συναίνεσης) όσον αφορά τον χαρακτήρα και την οργάνωση του Ε.Σ.Υ. αλλά και της Π.Φ.Υ. ειδικότερα. Παρόλο που το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας έχει συνείδηση του ρόλου της Π.Φ.Υ. ως του πρώτου σταδίου επαφής ενός πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας, άλλες βασικές συνιστώσες της, όπως είναι η αλληλεπίδρασή της με την κοινωνία, η ουσιαστική πρόληψη και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, η βελτίωση της ποιότητας ζωής του κ.λπ., παραμένουν θεωρητικές και, κυρίως, έννοιες οι οποίες προκαλούν σύγχυση και ασάφεια στα συμβαλλόμενα μέρη.

Γενικότερα, από τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η Π.Φ.Υ. προσφέρεται από ένα δίκτυο δημόσιων και ιδιωτικών δομών, φορέων και προμηθευτών, το οποίο όχι απλά δεν αντανakλά έναν ενιαίο και επιτελικό σχεδιασμό από την πλευρά της κεντρικής πολιτικής διοίκησης, αλλά, όντας άναρχα αναπτυγμένο και εμφανώς πολυκερατισμένο ανά ασφαλιστικό τομέα, δυσχεραίνει, ακόμα και σήμερα, τον ουσιαστικό συντονισμό και έλεγχο του, οδηγώντας το έτσι σε χαμηλή αποδοτικότητα. Η οργάνωση και η διοίκηση του συστήματος υγείας βασίζεται σε ξεπερασμένες αντιλήψεις, παραμένοντας συγκεντρωτική και γραφειοκρατική, υπό την κύρια ευθύνη του Υπουργείου Υγείας. Κάθε επιμέρους φορέας παροχής Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας



με δική του οργανωτική και διοικητική δομή, διαφορετικό φορέα εποπτείας, διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης, διαφορετική στελέχωση και υλικοτεχνική υποδομή, διαφορετικές συνθήκες εργασίας, αμοιβές και παροχές προς τους ασφαλισμένους.

Το συγκεκριμένο προβληματικό καθεστώς παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. φαίνεται πως έχει επιδεινωθεί με τη σταδιακή υποχρηματοδότηση του δημόσιου τομέα υγείας, ειδικά μέσα στα πλαίσια των δημοσιονομικών περιορισμών που επέβαλε η οικονομική πολιτική των τελευταίων χρόνων. Επιπρόσθετα, οι πολιτικές και νομοθετικές επιλογές οι οποίες ευνόησαν την άνθηση του ιδιωτικού τομέα υγείας έχουν καταστήσει το ελληνικό σύστημα υγείας ως το πλέον ιδιωτικοποιημένο και ανισότιμο σε σύγκριση με τα συστήματα υγείας άλλων ευρωπαϊκών κρατών. Απότοκο των παραπάνω είναι η απαξίωση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. τόσο από τους ίδιους τους λειτουργούς της όσο και από τους χρήστες της, οι οποίοι μάλιστα κατευθύνονται προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας, αυξάνοντας έτσι τις ιδιωτικές δαπάνες, επιβαρύνοντας τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά ουσιαστικά υπονομεύοντας το κοινωνικό αγαθό της δωρεάν υγειονομικής περίθαλψης.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ ΤΗΣ

#### 4.1 Εισαγωγή

Στόχος του τέταρτου κεφαλαίου της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η προσέγγιση του ζητήματος της αξιολόγησης της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το συγκεκριμένο ζήτημα προσεγγίζεται διττά: τόσο μέσα από εμπειρικές μελέτες οι οποίες πραγματεύονται τις στάσεις και τις αξιολογικές κρίσεις των ίδιων των πολιτών-χρηστών όσον αφορά την προσβασιμότητα, την ανταποκρισιμότητα, τη διαθεσιμότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. της χώρας τους, όσο και μέσα από έρευνες οι οποίες έχουν επικεντρώσει το ενδιαφέρον τους στην καταγραφή και τη διερεύνηση των στάσεων των υγειονομικών λειτουργών απέναντι στο επάγγελμα και το εργασιακό τους περιβάλλον.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, απώτερος στόχος του κεφαλαίου είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων εμπειρικής έρευνας, η οποία πραγματοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο και τον Οκτώβριο του 2014 στην Αθήνα, όσον αφορά τη διερεύνηση των απόψεων των υγειονομικών λειτουργών της Π.Φ.Υ. σχετικά με το ίδιο το σύστημα Π.Φ.Υ. της χώρας και, πιο συγκεκριμένα, η συσχέτιση των απόψεών τους με δείκτες αξιολόγησης όπως είναι: α) η οργανωτική και διοικητική διάρθρωση των δομών της Π.Φ.Υ., β) η κτιριακή και υλικοτεχνική τους υποδομή, γ) η ποσοτική και ποιοτική τους στελέχωση, δ) η αναλογία κόστους / αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας, ε) η αποδοτικότητα των πόρων, στ) η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα στην πρόσβαση, στη χρήση και στη δαπάνη υγείας κ.ά.

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει βιβλιογραφική επισκόπηση των πορισμάτων ερευνών με θέμα την αξιολόγηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από τους πολίτες και τους υγειονομικούς λειτουργούς (ως προς την εργασιακή τους ικανοποίηση), ενώ στη συνέχεια θα γίνει παρουσίαση των πορισμάτων της δικής μας έρευνας, όπως αυτή οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε με βάση τα πρότυπα των σύγχρονων ερευνητικών εργασιών (σκοποθεσία έρευνας – μεθοδολογία έρευνας και επεξεργασίας δεδομένων – αποτελέσματα έρευνας – συζήτηση).

#### 4.2 Αξιολόγηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους πολίτες

Είναι γεγονός ότι οι παθογένειες του συστήματος Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, όπως αυτές αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως επιχειρήματα υπέρ της άποψης ότι η Π.Φ.Υ., και δη η ανθρωποκεντρική σκοποθεσία της, δεν θα μπορούσαν να είναι τίποτα άλλο παρά ένα ανέφικτο όνειρο. Πραγματικά, πέρα από το ελληνικό παράδειγμα, σε πολλές ακόμη χώρες του εξωτερικού η ιδέα της Π.Φ.Υ. παρερμηνεύτηκε, περιορίστηκε στους στόχους και την εμβέλειά της, κατακερματίστηκε ή αγνοήθηκε πλήρως (Φιλαλήθης 2008: 108). Για παράδειγμα, ένας από τους βασικούς της στόχους, η άρση των ανισοτήτων στην υγεία, ταυτίστηκε με την ευτελή παροχή υπηρεσιών υγείας σε φτωχές χώρες και όχι με την αποτελεσματική και αποδοτική παροχή αυτών των υπηρεσιών ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό γόητρο των ενδιαφερόμενων κρατών (Φιλαλήθης 2008: 108). Επιπλέον, ακόμα και σε πιο αναπτυγμένες χώρες, η ποιότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πολλές περιπτώσεις κρίθηκε ως χαμηλή και αναποτελεσματική (Καδδά *et. al.* 2010: 64).

Σε διεθνές επίπεδο, η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας πραγματοποιήθηκε, βασίστηκε και, κάποιες φορές, περιορίστηκε σε πορίσματα ειδικών επιτροπών εμπειρογνομόνων, σε οικονομικοτεχνικές αναλύσεις, σε πολιτικές εισηγήσεις, σε θεωρητικές και εμπειρικές έρευνες, σε άρθρα, σε μελέτες και σε δημοσιεύσεις (ατομικές ή συλλογικές) επιστημόνων και ειδικών σε θέματα διοίκησης της υγείας, υγειονομικών στρατηγικών και σχεδιασμού προγραμμάτων και μεταρρυθμίσεων.<sup>101</sup> Ωστόσο, γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι, αφού η συγκρότηση ενός αποδοτικού συστήματος Π.Φ.Υ. εξαρτάται πρωτίστως από τις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά της ίδιας της κοινότητας, κυρίως όμως από τη συμμετοχή των μελών της στη λήψη αποφάσεων (WHO 1978: 4), θα έπρεπε να δοθεί έμφαση στην καταγραφή και στη μελέτη των απόψεων των πολιτών όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας<sup>102</sup> και, εν

<sup>101</sup> Αυτό φαίνεται άλλωστε και από την πραγμάτευση του θέματος της Π.Φ.Υ. στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας εργασίας, τα οποία βασίστηκαν σε μια βιβλιογραφική και κριτική επισκόπηση μελετών, ερευνών, άρθρων και βιβλίων, τα οποία στο σύνολό τους κάνουν μια κριτική προσέγγιση των πολιτικών υγείας που εφαρμόστηκαν στη χώρα.

<sup>102</sup> Όπως σχολιάζουν οι Παπαγιαννοπούλου *et. al.* (2008: 79) και η Καλογεροπούλου (2011: 671), η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μπορεί να βασιστεί τόσο σε κλινικές μελέτες όσο και στη μέτρηση της ικανοποίησης των ίδιων των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Ο συνδυασμός αυτός μπορεί να προσφέρει ασφαλή συμπεράσματα για τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα των επιμέρους δομών και επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης του Ε.Σ.Υ.

προκειμένω, όσον αφορά την προσβασιμότητα, την ανταποκρισιμότητα, τη διαθεσιμότητα, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Η εκτίμηση των αναγκών των πολιτών θα επέτρεπε όχι μόνο την καταγραφή και την αναγνώριση του μεγέθους τους, αλλά κυρίως την ιεράρχησή τους, προκειμένου με αυτόν τον τρόπο: α) να τεθούν σε εφαρμογή αντισταθμιστικά και προληπτικά μέτρα, β) να γίνουν καίριες παρεμβάσεις σε δυνητικά προβληματικούς τομείς, γ) να βελτιωθεί η θεραπευτική αποτελεσματικότητα, δ) να μειωθεί η νοσηρότητα των πολιτών, ε) να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στ) να αυξηθεί η αποτελεσματικότητά τους, ζ) να τεθούν οι βάσεις για τη σωστή πληροφόρηση και εκπαίδευση των πολιτών όσον αφορά τη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων σε έναν τόσο νευραλγικό τομέα, όπως είναι αυτός της υγείας, και η) να επιτευχθεί ουσιαστικός έλεγχος των δαπανών υγείας (WHO 1978: 4· Poulton 1996, στο Καδδά *et. al.* 2010: 64-65· Drain 2001, στο Τούντας *et. al.* 2003: 497· Φιλαλήθης 2008: 108).

Πραγματικά, τα τελευταία χρόνια πραγματοποιούνται πάρα πολλές έρευνες οι οποίες εστιάζουν στη μελέτη των αξιολογικών κρίσεων των πολιτών απέναντι στις υπηρεσίες υγείας της χώρας τους.<sup>103</sup> Ειδικότερα, επιχειρείται η συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών με: α) τις προσδοκίες τους ως προς τις υπηρεσίες υγείας, τις προδιαγραφές, τα πρότυπα παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που οι μονάδες υγείας θέτουν, προβάλλουν και υπόσχονται προς τους ασθενείς, και β) τα κοινωνικοοικονομικά και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών (Moore & Bopp 1999· Míaoulis *et. al.* 2009, στο Καλογεροπούλου 2011: 668· Παπαγιαννοπούλου *et. al.* 2008).

Ειδικά στον ελλαδικό χώρο, παρόλο που παρατηρείται μια παρόμοια ερευνητική τάση, σημειώνονται αρκετές δυσχέρειες όσον αφορά την εκτίμηση των αναγκών των πολιτών λόγω έλλειψης προσωπικού, επαρκούς χρόνου για την πραγματοποίηση τέτοιου είδους εμπειρικών ερευνών, αλλά και κατάλληλης εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας σε τέτοιου είδους ζητήματα (Καδδά *et. al.* 2010: 65). Επιπλέον, πολλές έρευνες εστιάζουν το ενδιαφέρον τους κυρίως στη μελέτη των απόψεων των πολιτών για τη Δ.Φ.Υ. και όχι τόσο για την Π.Φ.Υ. (Καδδά *et. al.*

---

<sup>103</sup> Στη διεθνή βιβλιογραφία παρουσιάζονται πάνω από 1.000 δημοσιεύσεις τον χρόνο με θέμα τη μελέτη των απόψεων των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας της χώρας τους (Sitzia & Wood 1997, στο Τούντας *et. al.* 2003: 497). Ενδεικτικά: DiMatteo 1980· Lochman 1983· Hall *et. al.* 1990· Judge & Solomon 1993· Benson & Marano 1995· Schaffler *et. al.* 1996· Poulton 1996· Snell 1996· Ford *et. al.* 1997· Caris-Verhallen *et. al.* 1997· Sitzia & Wood 1997· Gourley & Duncan 1998· Kennedy *et. al.* 1998· Schlesinger *et. al.* 1999· Drain 2001· Campbell *et. al.* 2001· Bidaut-Russel *et. al.* 2002· Siponen & Valimaki 2003· West *et. al.* 2005· Abu-Mourad 2007.

2010: 66). Παρά, λοιπόν, την παρατηρούμενη δυσαρέσκεια των πολιτών για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας (Abel Smith *et. al.* 1994: 30· Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 174· Τούντας *et. al.* 2003: 501· Σουλιώτης *et. al.* υπό δημοσίευση),<sup>104,105</sup> οι μελέτες που καταγράφουν τις απόψεις των πολιτών είναι σαφώς περιορισμένες, ενώ ακόμη και αυτές που πραγματοποιούνται δεν αξιοποιούνται επαρκώς, προκειμένου να επέλθουν οι απαραίτητες διορθωτικές αλλαγές (Τούντας *et. al.* 2003: 497-498).

Με βάση τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για τις απόψεις των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., και συγκεκριμένα σε ό,τι αφορά τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, φαίνεται ότι οι άνδρες έχουν θετικότερες στάσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες (Καδδά *et. al.* 2010: 66, 69· Νικολάου 2012: 60). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η χρήση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από τους άνδρες είναι σαφώς μικρότερη, συνεπώς οι απαιτήσεις τους είναι μειωμένες σε σχέση με αυτές των γυναικών, οι οποίες, λόγω των αυξημένων τους ευθυνών και των πολλαπλών τους κοινωνικών ρόλων, χρησιμοποιούν σε μεγαλύτερη συχνότητα τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., συνεπώς έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις (Τούντας *et. al.* 2003: 501· Καδδά *et. al.* 2010: 69).<sup>106</sup> Επίσης, ενώ σκιαγραφείται η ανάγκη ανίχνευσης και αξιολόγησης των αναγκών υγείας των

---

<sup>104</sup> Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η δυσαρέσκεια των πολιτών απέναντι στις υπηρεσίες υγείας της χώρας φαίνεται πρωτίστως από τον ίδιο τον τρόπο χρήσης τους από τους ίδιους. Όπως παρατηρούν οι Abel Smith *et. al.* (1994: 30), πολλοί ασθενείς υποτιμούν τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από το ταμείο τους, καταφεύγοντας σε ιδιώτες ιατρούς ή σε μονάδες Δ.Φ.Υ. για προβλήματα ήσσονος σοβαρότητας. Επίσης, η ταύτιση πρακτικών όπως είναι οι παραπληρωμές (το «φακελάκι») με τη σωστή και ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα αποτελεί ένδειξη των αρνητικών στάσεων των πολιτών απέναντι στις παρεχόμενες υπηρεσίες (Abel Smith *et. al.* 1994: 30· Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 174). Σε έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 1992, η Ελλάδα παρουσίασε το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών από τις υγειονομικές υπηρεσίες και το υψηλότερο ποσοστό αρνητικών απόψεων όσον αφορά την επάρκειά τους (Abel Smith *et. al.* 1994: 30). Αυτού του είδους η αρνητική αξιολόγηση οφείλεται στο υψηλό κόστος χρόνου, στη γραφειοκρατία και στη συνακόλουθη δυσχέρεια πρόσβασης των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας, καθώς επίσης και στη χαμηλή ποιότητα αυτών των υπηρεσιών, η οποία είναι απόρροια της έλλειψης μηχανισμών ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας, της συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας κ.λπ. (Κυριόπουλος *et. al.* 2000: 174).

<sup>105</sup> Παρόλο που η πλειονότητα των ερευνών σκιαγραφεί και καταδεικνύει ουσιαστικά την αρνητική στάση των πολιτών απέναντι στις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, πολλές μελέτες καταγράφουν την ικανοποίηση των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας των μονάδων Δ.Φ.Υ. και το κλινικό έργο εξειδικευμένων κέντρων (βλ. ενδεικτικά: Κυριόπουλος *et. al.* 1994α· Νιάκας & Γναρδέλης 2000· Καμπάντα & Νιάκας 2004· Παπαγιαννοπούλου *et. al.* 2008· Καλογεροπούλου 2011· Νικολάου 2011· Μυτάρης 2012). Η ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται να είναι μεγαλύτερη σε ό,τι αφορά τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες των νοσοκομείων και το κλινικό έργο (ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες) άλλων εξειδικευμένων κέντρων (π.χ. ψυχικής υγείας). Αντιθέτως, η αξιολόγηση δεν είναι τόσο θετική σε ζητήματα που αφορούν την ξενοδοχειακή (στέγαση, σίτιση, υγιεινή), τη διαχειριστική και τη λειτουργική τους υποδομή (χρόνος και λίστες αναμονής, πρόσβαση, οργάνωση υπηρεσιών κ.λπ.) (Νιάκας & Γναρδέλης 2000, στο Καλογεροπούλου 2011: 671· Καμπάντα & Νιάκας 2004: 358· Παπαγιαννοπούλου *et. al.* 2008: 80· Μυτάρης 2012). Σε μελέτη της Καλογεροπούλου, οι συμμετέχοντες στην έρευνα εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για συγκεκριμένους τομείς, όπως ήταν η προστασία των δικαιωμάτων και ο σεβασμός των θρησκευτικών πεποιθήσεων, της ιδιωτικής ζωής και της ανθρώπινης αξιοπρέπειάς τους (Καλογεροπούλου 2011: 669).

<sup>106</sup> Γενικότερα, παρατηρούνται διαφορές όσον αφορά τον τρόπο αντίδρασης και τον βαθμό προσαρμογής των ανδρών και των γυναικών στις ασθένειες (Καδδά *et. al.* 2010: 69).

μεγαλύτερης ηλικίας πολιτών, οι οποίοι είναι συχνότεροι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, οι εργαζόμενοι αξιολογούν θετικότερα τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σε σχέση με τους συνταξιούχους (Καδδά *et. al.* 2010: 67, 69).<sup>107</sup> Ωστόσο, άλλες μελέτες (όσον αφορά τις άλλες βαθμίδες περίθαλψης) καταδεικνύουν ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία πολίτες, και μάλιστα όσοι έχουν χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και κατοικούν εκτός του λεκανοπεδίου της Αττικής, έχουν θετικότερες στάσεις απέναντι στις υπηρεσίες υγείας, σε σύγκριση με εκείνους που είναι νεότεροι σε ηλικία, ανήκουν σε ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα<sup>108</sup> και μένουν μόνιμα στην Αθήνα, οι οποίοι έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις και προσδοκίες (Νιάκας & Γναρδέλης 2000, στο Τούντας *et. al.* 2003: 501 και στο Καλογεροπούλου 2011: 671· Ραφτόπουλος 2002· Καμπάντα & Νιάκας 2004: 359· Νικολάου 2011: 60-61).<sup>109</sup> Γενικότερα, δημογραφικοί παράγοντες όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα, η κοινωνικο-οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο μόρφωσης, αλλά και παράγοντες όπως η περιοχή όπου βρίσκεται η μονάδα υγείας, η διάρκεια νοσηλείας, η βελτίωση των συμπτωμάτων, οι προσδοκίες των ασθενών αποτελούν μεταβλητές οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη διερεύνηση των απόψεων και των αναγκών των πολιτών ως προς τις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου με αυτόν τον τρόπο να τίθενται σε εφαρμογή αποτελεσματικά προγράμματα παρέμβασης και πρόληψης (Campbell *et. al.* 2001: 93· Crow *et. al.* 2002, στο Καλογεροπούλου 2011: 671-672· Ραφτόπουλος 2002· Τούντας *et. al.* 2003: 501-502· Καδδά *et. al.* 2010: 69-70).

Επιπλέον, φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δίνει μεγάλη έμφαση στα ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών: αυτό που τους ενδιαφέρει πρωτίστως είναι η χρονική διαθεσιμότητα, το ενδιαφέρον, η προσοχή και η διάθεση των υγειονομικών λειτουργών για παροχή εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Αυτό

---

<sup>107</sup> Στη δική τους έρευνα οι Campbell *et. al.* (2001: 93) παρατήρησαν ότι οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς αξιολογούσαν θετικότερα τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σε σύγκριση με τους νεότερους σε ηλικία. Κάτι τέτοιο αντανάκλα τις ενδεχόμενες πολιτισμικές διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες σε ό,τι αφορά την προθυμία των πληροφορητών να κάνουν αρνητικές αξιολογήσεις. Φαίνεται ότι η αυξημένη νοσηρότητα και οι επίσης αυξημένοι δείκτες αναζήτησης και χρήσης ιατρικών συμβουλών, που χαρακτηρίζει τους μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς, συντελούν όχι απλά στην αυξημένη επαφή τους με τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. αλλά και στη συνακόλουθη θετική αποτίμηση των τελευταίων από τους πρώτους. Ωστόσο, άλλες έρευνες καταδεικνύουν ότι οι πιο συχνοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας τείνουν να μην είναι ικανοποιημένοι από το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Fitzpatrick 1990, στο Τούντας *et. al.* 2003: 501).

<sup>108</sup> Ωστόσο, στην έρευνα των Campbell *et. al.* (2001: 93) παρατηρήθηκε ότι οι αξιολογήσεις των λιγότερο εύπορων πολιτών δεν ήταν τόσο ευνοϊκές, κυρίως ως προς την εντύπωση που είχαν για τις ικανότητες του ιατρού τους και τη διάθεσή τους να τον συστήσουν και σε άλλους ασθενείς.

<sup>109</sup> Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι αρχικές τους προσδοκίες για τις υπηρεσίες υγείας που καταναλώνουν (Crow *et. al.* 2002, στο Καλογεροπούλου 2011: 671-672).

σχετίζεται τόσο με την ίδια τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού (προθυμία, ευγένεια, ανταπόκριση, ηθική βοήθεια, ψυχολογική υποστήριξη, ανθρωπιστικό ενδιαφέρον) όσο και με την παροχή επιστημονικής βοήθειας, την καθοδήγηση και την αποτελεσματική φροντίδα και παρέμβαση (Παπαγιαννοπούλου *et. al.* 2008: 79-80· Καδδά *et. al.* 2010: 66-68· Καλογεροπούλου 2011: 669, 671).<sup>110</sup> Η παραπάνω τάση αντανακλά την επιθυμία των πολιτών: α) να έχουν μια ουσιαστική επαφή με τον θεράποντα ιατρό τους ή το νοσηλευτικό προσωπικό, β) να ενημερώνονται πλήρως για την πάθηση, τα συμπτώματα, τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας, τη φαρμακευτική αγωγή και τη μετα-νοσοκομειακή φροντίδα,<sup>111</sup> και γ) να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν τη θεραπεία και την προαγωγή της υγείας τους (Καδδά *et. al.* 2010: 68· Καλογεροπούλου 2011: 669, 671). Φαίνεται ότι οι πολίτες δεν ενδιαφέρονται αποκλειστικά για την ιατρική αντιμετώπιση του προβλήματός τους, αλλά επίσης για την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων που σχετίζονται με αυτό (Καδδά *et. al.* 2010: 68).<sup>112</sup> Αυτό ουσιαστικά σχετίζεται με την ίδια την έννοια της Π.Φ.Υ., η οποία οφείλει να αντιμετωπίζει ολιστικά και ολοκληρωμένα κάθε ιατρικό περιστατικό, χωρίς να αποκόβει τον ίδιο τον ασθενή από την ευθύνη και την επιλογή.

---

<sup>110</sup> Κάτι αντίστοιχο παρατήρησαν και οι Caris-Verhallen *et. al.* (1997, στο Καδδά *et. al.* 2010: 67), οι οποίοι στη δική τους έρευνα διαπίστωσαν ότι η ενημέρωση και η ηθική στήριξη του υγειονομικού προσωπικού συμβάλλει θετικά στη συμμόρφωση των ασθενών στο θεραπευτικό τους πρόγραμμα και στην αποδοχή της νόσου τους, με απώτερη συνέπεια την αλλαγή της στάσης τους και την έμφαση στην πρόληψη. Βλ. επίσης Steven & Douglas 1988· Schauflier *et. al.* 1996· Snell 1996· Siponen & Valimaki 2003· Καμπάντα & Νιάκας 2004.

<sup>111</sup> Η επιθυμία των ασθενών να έχουν πλήρη ενημέρωση για τα ιατρικά τους δεδομένα εκφράζεται επίσης μέσα από τη θετική τους στάση απέναντι στην ύπαρξη ενημερωτικών φυλλαδίων και πληροφοριακού υλικού σχετικού με την ιατρική τους περίπτωση (Καδδά *et. al.* 2010: 68). Κάτι αντίστοιχο έχει διαπιστωθεί και σε έρευνες του εξωτερικού, όπου τονίζεται η επιτακτική ανάγκη για την ανάπτυξη νέων μεθόδων για την ενημέρωση των ασθενών για θέματα που αφορούν την προσωπική τους περίπτωση· βλ. Paragiannis *et. al.* (1995), Johnson *et. al.* (2003), Zebiene *et. al.* (2004), Costa Matthew *et. al.* (2007).

<sup>112</sup> Ομοίως, οι Benson & Marano (1995, στο Καδδά *et. al.* 2010: 68) και West *et. al.* (2005, στο Καδδά *et. al.* 2010: 68) διαπίστωσαν ότι η θετική αξιολόγηση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας είναι ανάλογη της διαθεσιμότητας και της διαλεκτικότητας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους ίδιους. Ομοίως, οι Glasson *et. al.* (2006, στο Καδδά *et. al.* 2010: 68) και Zebiene *et. al.* (2004, στο Καδδά *et. al.* 2010: 68) διαπίστωσαν ότι η προσωπική επαφή των ασθενών με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά πρωταρχική υγειονομική ανάγκη των πρώτων, ενώ αποτελεί ουσιαστικά τον πιο αποτελεσματικό τρόπο, προκειμένου να ενημερώνονται ασφαλώς και αξιόπιστα.



#### 4.3 Η εργασιακή ικανοποίηση των υγειονομικών λειτουργών ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Εκτός από τη διερεύνηση των απόψεων των πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας της χώρας τους, πολλές μελέτες έχουν επικεντρώσει το ερευνητικό τους ενδιαφέρον στην καταγραφή και τη διερεύνηση των στάσεων των ίδιων των υγειονομικών λειτουργών απέναντι στο επάγγελμα και το εργασιακό τους περιβάλλον. Μια τέτοιου είδους κατεύθυνση της έρευνας θα μπορούσε να είναι πολύ χρήσιμη και ωφέλιμη, καθώς φαίνεται ότι υπάρχει στενή σχέση ανάμεσα στην εργασιακή ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τελικά παρέχει (Bodur 2002: 353). Πιο συγκεκριμένα, πολλές έρευνες δίνουν έμφαση στη μελέτη της εργασιακής ικανοποίησης των υγειονομικών λειτουργών και στη συσχέτισή της με δημογραφικές και κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους όπως είναι η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η ειδικότητα, ο τομέας και το περιεχόμενο της εργασίας, οι συνθήκες εργασίας, ο τόπος εργασίας (αστικός – μη αστικός), οι συνάδελφοι, οι οικονομικές απολαβές, οι ώρες εργασίας κ.ά. (Bodur 2002: 353). Για παράδειγμα, έχει παρατηρηθεί ότι διαφορετικές ομάδες πληροφορητών οι οποίες συγκροτούνται με βάση την ειδικότητά τους στη μονάδα υγείας όπου εργάζονται (π.χ. ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλεύτες/νοσηλεύτριες, μαίες, τεχνολόγοι, παρασκευαστές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, διοικητικό προσωπικό κ.λπ.) κατατάσσουν τον εαυτό τους σε διαφορετική βαθμίδα ως προς την εργασιακή τους ικανοποίηση (Dunkin *et. al.* 1992, στο Bodur 2002: 353· Freeborn & Hooker 1995: 719· Bodur 2002: 354).

Στο εξωτερικό, η πλειονότητα των ερευνών σχετικά με την εργασιακή ικανοποίηση στον τομέα της υγείας έχει δώσει έμφαση στη μελέτη των απόψεων κυρίως του ιατρικού προσωπικού (Lichtenstein 1984, στο Freeborn & Hooker 1995: 715), και δευτερευόντως του νοσηλευτικού προσωπικού, των βοηθών ιατρών [physician assistants]<sup>113</sup> και άλλων ειδικοτήτων όπως είναι οι μαίες, οι τεχνολόγοι υγείας κ.λπ. Σε ό,τι αφορά τις στάσεις των ιατρών απέναντι στο λειτούργημά τους, φαίνεται ότι, ενώ εκφράζουν τη συνολική τους ικανοποίηση για τον χώρο στον οποίο εργάζονται (κυρίως πρόκειται για ιατρούς ασφαλιστικών οργανισμών), αξιολογούν αρνητικά συγκεκριμένες

---

<sup>113</sup> Οι βοηθοί ιατρών [physician assistants] αποτελούν μια ειδικότητα του αμερικανικού συστήματος υγείας, η οποία, όπως και το νοσηλευτικό προσωπικό, προσφέρει υπηρεσίες Π.Φ.Υ. αλλά και υπηρεσίες στους τομείς της παθολογίας, της οικογενειακής ιατρικής, της παιδιατρικής και των επειγόντων περιστατικών. Ανάμεσα στα καθήκοντά τους είναι η άμεση αντιμετώπιση των πιο συχνών ιατρικών περιστατικών και η εκτέλεση μικροεπεμβάσεων, ενώ συνήθως ο ακριβής ρόλος τους καθορίζεται από τον προϊστάμενο ιατρό και τον τομέα στον οποίο ανήκουν (Freeborn & Hooker 1995: 715-716).

εκφάνσεις του εργασιακού τους περιβάλλοντος, όπως είναι: α) ο φόρτος εργασίας, β) η άσκηση ελέγχου στο πρόγραμμά τους, γ) ο χρόνος που μπορούν να διαθέσουν στους ασθενείς τους, δ) οι οικονομικές τους απολαβές και ε) η έλλειψη ευκαιριών για ακαδημαϊκή ή διοικητική εξέλιξη (Luft 1980· Freeborn 1985, στο Freeborn & Hooker 1995: 715· Hojat *et. al.* 1995, στο Bodur 2002: 354). Ομοίως, οι βοηθοί ιατρών, οι νοσηλευτές και το λοιπό προσωπικό θέτουν υπό συζήτηση θέματα που άπτονται του μισθολογικού και του κοινωνικού τους στάτους, των ευκαιριών που τους δίνονται για επαγγελματική ανέλιξη, της αποδοχής και της υποστήριξης που έχουν από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, των ευθυνών και των αρμοδιοτήτων που τους ανατίθενται, καθώς και της αυτονομίας που τους παρέχεται κατά τη φροντίδα των ασθενών (Baker *et. al.* 1989· Willis 1992· Clawson & Osterweis 1993, στο Freeborn & Hooker 1995: 715). Πιο συγκεκριμένα, καταγράφεται η θετική στάση των βοηθών ιατρών —όπως επίσης των νοσηλευτών και άλλων ειδικοτήτων— απέναντι: α) στο μέγεθος των ευθυνών και την ποικιλία των αρμοδιοτήτων που τους ανατίθενται, β) στην υποστήριξη που δέχονται από τους συναδέλφους, γ) στην εργασιακή ασφάλεια που νιώθουν, δ) στο ωράριο εργασίας, ε) στην εποπτεία, στ) στα ασφαλιστικά οφέλη που έχουν, ζ) στον μισθό τους και η) στις ευκαιρίες για συνεχιζόμενη κατάρτιση (Freeborn & Hooker 1995: 717-718). Αντιθέτως, αξιολογείται αρνητικά: α) το σύστημα αδειών, β) ο φόρτος εργασίας, γ) ο έλεγχος που τους ασκείται όσον αφορά την ταχύτητα της δουλειάς τους, δ) οι ευκαιρίες για επαγγελματική ανέλιξη και ε) η απροθυμία των ιατρών να τους αναθέτουν συγκεκριμένα καθήκοντα ή να τους αξιοποιούν αποτελεσματικά κατά την ιατρική τους πρακτική (Johnson *et. al.* 1985, στο Freeborn & Hooker 1995: 715, 717-718). Σε έρευνες που σχετίζονται με τη διερεύνηση των απόψεων των ιατρικών βοηθών σε μη ασφαλιστικούς οργανισμούς [non health maintenance organizations], καταγράφεται η ικανοποίησή τους για την εργασιακή τους εμπειρία και τις συνθήκες πρακτικής τους άσκησης (Freeborn & Hooker 1995: 715). Θεωρούν ότι βρίσκονται σε υψηλότερο επίπεδο στην ιεραρχία και ότι έχουν μεγαλύτερο γόητρο σε σύγκριση με το νοσηλευτικό προσωπικό (Holmes & Fasser 1993, στο Freeborn & Hooker 1995: 715). Οι μαιέες, επίσης, αξιολογούν αρνητικά την ποικιλία και τις δυσκολίες που προκύπτουν κατά την εργασία τους, ειδικά όταν αυτή θα πρέπει να είναι σύμφωνη με τους ισχύοντες κανόνες διοίκησης της χώρας όπου εργάζονται (Bodur 2002: 354).

Σε έρευνα των Γεωργούση & Κυριόπουλος (1996) σχετικά με το προφίλ και την εργασιακή ικανοποίηση των γενικών και οικογενειακών ιατρών στην Ελλάδα,

καταγράφονται οι εξής τάσεις: α) Οι γενικοί ιατροί των Κέντρων Υγείας παρέχουν σε ικανοποιητικό βαθμό ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών Π.Φ.Υ.,<sup>114</sup> αν και δεν έχουν καλές υποδομές και αποτελεσματική πρόσβαση σε υποστηρικτικές υπηρεσίες. Συχνά, ο φόρτος εργασίας τους δεν σχετίζεται με ιατρικά αλλά με διοικητικά θέματα, η διεκπεραίωση των οποίων είναι υποχρεωτική, αλλά καθόλου ανταποδοτική. Δηλώνουν τον προβληματισμό τους για τις συνθήκες εργασίας, ενώ τονίζουν την αναντιστοιχία που υπάρχει ανάμεσα στις προσπάθειές τους και την τελική τους ανταμοιβή. Επιβεβαιώνουν το μέτριο προφίλ της Π.Φ.Υ. στη χώρα, το οποίο θεωρούν ότι επιβαρύνεται από τις αντίστοιχες υπηρεσίες που προσφέρουν οι οικογενειακοί ιατροί των μονάδων Π.Φ.Υ. του Ι.Κ.Α. και οι ιδιώτες οικογενειακοί ιατροί. β) Οι οικογενειακοί ιατροί των μονάδων Π.Φ.Υ. του Ι.Κ.Α. παρέχουν κυρίως εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, ενώ αξιολογούν αρνητικά τη, σε πολλές περιπτώσεις, χωρίς νόημα εργασία τους.<sup>115</sup> γ) Οι ιδιώτες οικογενειακοί ιατροί, οι οποίοι επίσης προσφέρουν εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, δηλώνουν ικανοποιημένοι από την εργασία τους, ενώ τονίζουν την αντιστοιχία που παρατηρούν ανάμεσα στην προσπάθεια και την τελική τους ανταμοιβή (Γεωργούση & Κυριόπουλος 1996: 129, 132-133). Όσον αφορά τον νοσηλευτικό χώρο, σε έρευνα της Κυριακίδου (1990) σημειώνεται ότι ένα σεβαστό ποσοστό νοσηλευτών δεν είναι ικανοποιημένο από την εργασία του, ενώ είναι προφανής η ανεπάρκειά του ως προς τις γνώσεις του για την Π.Φ.Υ., την Κοινοτική Νοσηλευτική και τον θεσμό της νοσηλείας στο σπίτι. Η αρνητική στάση εδράζεται: α) στην έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης του επαγγέλματός τους, β) στον μη ικανοποιητικό μισθό τους και γ) στην έλλειψη περιγραφής των καθηκόντων τους (Κυριακίδου 1990: 93). Συνεπώς, τόσο η εργασιακή ικανοποίηση, όπως επίσης η ειδικευση στη δημόσια υγιεινή, η κατάρτιση και η ενημέρωσή τους για την Π.Φ.Υ. και την Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στη διαμόρφωση της θετικής στάσης των νοσηλευτών απέναντι στον ρόλο τους μέσα στην κοινότητα και, ειδικότερα, απέναντι στον θεσμό της νοσηλείας στο σπίτι (Κυριακίδου 1990: 92).

---

<sup>114</sup> Μειονεκτούν μόνο στον τομέα της πρόληψης σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά δεδομένα (Γεωργούση & Κυριόπουλος 1996: 132).

<sup>115</sup> Μάλιστα, σημειώνεται ότι σε περίπτωση που οι αποδοχές και οι συνθήκες εργασίας ήταν ίδιες, ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος δεν θα επέλεγε το ιατρικό επάγγελμα (Γεωργούση & Κυριόπουλος 1996: 129).

#### 4.4 Αξιολόγηση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους λειτουργούς της

##### 4.4.1 Σκοποθεσία έρευνας

Μέχρι σήμερα, η αξιολόγηση των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας έχει βασιστεί σε συγκεκριμένους δείκτες και κριτήρια, τα οποία σχετίζονται με την υγεία των χρηστών αυτών των υπηρεσιών, την ισότητα και την πρόσβασή τους σε αυτές, αλλά και τον συνακόλουθο βαθμό ικανοποίησής τους, την ποιότητα και την επάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς επίσης και με τη σχέση ανάμεσα στο κόστος και την αποτελεσματικότητά της (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 326).<sup>116</sup> Όπως αναφέρθηκε ήδη στα προηγούμενα κεφάλαια, στην Ελλάδα πολλές εμπειρικές έρευνες έχουν δώσει έμφαση: α) στη μελέτη των απόψεων των πολιτών, ως χρηστών υγειονομικών υπηρεσιών, σχετικά με τις υπηρεσίες των επιμέρους βαθμίδων περίθαλψης του Ε.Σ.Υ., και β) στη διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης των υγειονομικών λειτουργών. Ωστόσο, καμία έρευνα δεν έχει επιχειρήσει να διερευνήσει τη στάση των υγειονομικών λειτουργών απέναντι σε συγκεκριμένους δείκτες που έτσι και αλλιώς χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων των υγειονομικών λειτουργών της Π.Φ.Υ. σχετικά με το ίδιο το σύστημα Π.Φ.Υ. της χώρας και, πιο συγκεκριμένα, η συσχέτιση των απόψεών τους με δείκτες αξιολόγησης<sup>117</sup> όπως είναι: α) η οργανωτική και διοικητική διάρθρωση των δομών της Π.Φ.Υ., β) η κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή των επιμέρους μονάδων, γ) η ποσοτική και ποιοτική στελέχωση των μονάδων Π.Φ.Υ., με άλλα λόγια η επάρκεια και η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού μέσα στις δομές της Π.Φ.Υ., δ) η αναλογία κόστους / αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας, ε) η αποδοτικότητα των πόρων, στ) η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα στην πρόσβαση, στη χρήση και στη δαπάνη υγείας κ.ά. Απώτερος στόχος της εργασίας είναι: α) η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, β) η ανίχνευση της αναγκαιότητας και της σημαντικότητας του

<sup>116</sup> Σχετικά με ζητήματα που αφορούν γενικότερα την αξιολόγηση της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και την Κύπρο, βλ. επίσης: Κυριακίδου 1990· Κούτης 1993· Μάτσας 2002· Χατζηκοκολάκη 2003· Θεοδωράκης 2003· Γιαννακόπουλος 2006· Σαμούτης 2008· Ζαχαριάδου 2008· Ερευνίδου 2008· Κουναλάκης 2009· Παναγουλοπούλου 2010· Κουκόσιας 2010· Οικονόμου 2012.

<sup>117</sup> Βλ. ενδεικτικά: Φιλαλήθης 1996· Σούλης 1999· Σουλιώτης & Λιονής 2003· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008.

συστήματος Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και γ) η καταγραφή εφικτών προτάσεων για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

#### 4.4.2 Μεθοδολογία έρευνας και επεξεργασίας δεδομένων

Για την εκτίμηση της στάσης των λειτουργών Π.Φ.Υ. απέναντι στο συγκεκριμένο υποσύστημα υγείας επιλέχθηκε ένα δείγμα 180 εργαζομένων από 8 μονάδες υγείας Π.Ε.Δ.Υ. του λεκανοπεδίου της Αττικής, και ειδικότερα από: α) τη μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Δεληγιώργη, β) τη μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Νέας Ιωνίας, γ) τη μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Νέας Φιλαδέλφειας, δ) τη μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Πλατείας Αττικής,<sup>118</sup> ε) τη μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Αγίων Αναργύρων, στ) τη μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Αιγάλεω, ζ) τη μονάδα υγείας Καμινίων και η) τη μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Ιλίου.<sup>119</sup> Τα συγκεκριμένα υποκαταστήματα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. επιλέχθηκαν με βασικά κριτήρια: α) την ευκολία πρόσβασης και τον βαθμό εξυπηρέτησης των πολιτών σε αυτά, συνεπώς την ένταση της χρήσης των πόρων (ποσοστό κάλυψης), και β) το φάσμα (το εύρος) των υπηρεσιών που προσφέρουν.<sup>120</sup> Το ποσοστό ανταπόκρισης [response rate] των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 70,6%, με άλλα λόγια συμπλήρωσαν και παρέδωσαν το ερωτηματολόγιο 127 άτομα, τα οποία και αποτέλεσαν το τελικό δείγμα, το οποίο μελετήθηκε για την παρούσα έρευνα.<sup>121</sup>

<sup>118</sup> Οι μονάδες υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Δεληγιώργη, Νέας Ιωνίας, Νέας Φιλαδέλφειας και Πλατείας Αττικής ανήκουν στην 1<sup>η</sup> Δ.Υ.Πε.

<sup>119</sup> Οι μονάδες υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Αγίων Αναργύρων, Αιγάλεω, Καμινίων και Ιλίου ανήκουν στη 2<sup>η</sup> Δ.Υ.Πε.

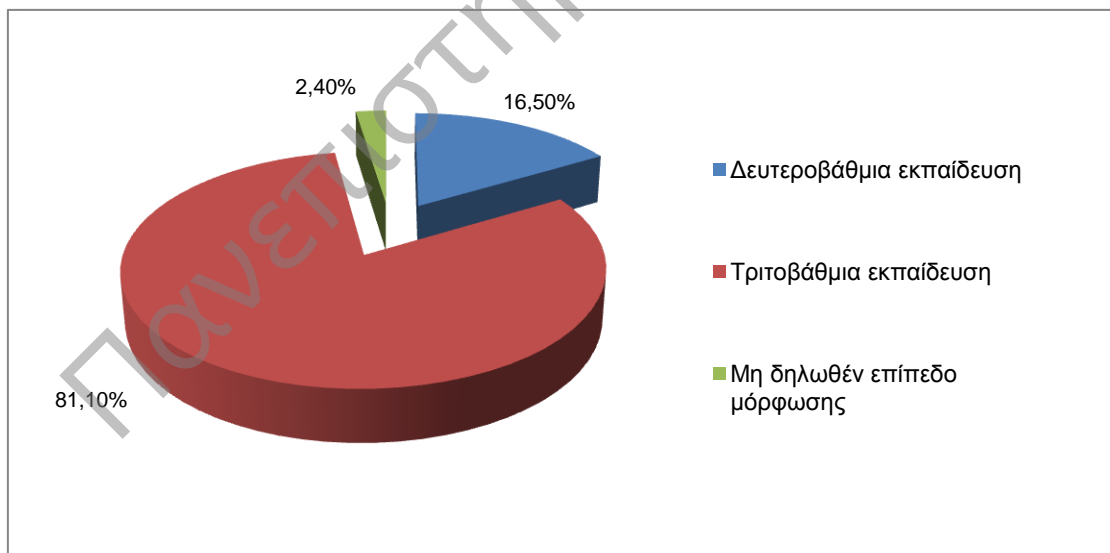
<sup>120</sup> Πιο συγκεκριμένα, η μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Νέας Ιωνίας έχει ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, φαρμακείο, κέντρο ενεσοθεραπείας, σταθμό προστασίας Μάνας και Παιδιού, κέντρο προληπτικής οδοντιατρικής και ιατρεία ποικίλων ειδικοτήτων. Η μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Νέας Φιλαδέλφειας έχει ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, σταθμό προστασίας Μάνας και Παιδιού και ιατρεία ποικίλων ειδικοτήτων. Η μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Πλατείας Αττικής έχει ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, ιατρείο προληπτικής οδοντιατρικής, φαρμακείο, σταθμό προστασίας Μάνας και Παιδιού και ιατρεία ποικίλων ειδικοτήτων (I.K.A., Μονάδες υγείας). Η μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Αγίων Αναργύρων έχει ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, τμήμα υπερήχων, κέντρο Μάνας και Παιδιού, τμήμα οδοντοπροσθετικής και ιατρεία ποικίλων ειδικοτήτων. Η μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Αιγάλεω έχει ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, κοινωνικές υπηρεσίες, σταθμό προστασίας Μάνας και Παιδιού και ιατρεία ποικίλων ειδικοτήτων. Η μονάδα υγείας Π.Ε.Δ.Υ. Καμινίων έχει ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, σταθμό προστασίας Μάνας και Παιδιού και ιατρεία ποικίλων ειδικοτήτων.

<sup>121</sup> Από τις μονάδες υγείας Π.Ε.Δ.Υ. που απευθυνθήκαμε μόνο οι εργαζόμενοι στο υποκατάστημα της Δεληγιώργη και του Ιλίου δεν συμμετείχαν τελικά στην έρευνα. Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι των συγκεκριμένων υποκαταστημάτων εξέφρασαν τον φόβο τους σε ό,τι είχε να κάνει με τα προσωπικά τους στοιχεία, παρόλο που τόσο σε προφορικό όσο και σε γραπτό επίπεδο είχαν διαβεβαιωθεί ότι θα διασφαλιστεί το απόρρητο των στοιχείων τους, το οποίο θα αξιοποιείται αποκλειστικά για δημογραφικούς και στατιστικούς λόγους.

Στόχος ήταν να συμπεριληφθούν στο δείγμα όσο το δυνατόν περισσότερες ειδικότητες οι οποίες προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στις μονάδες Π.Φ.Υ. της Αθήνας, προκειμένου έτσι να εκφραστούν όλες οι πιθανές αποκλίνουσες απόψεις των επαγγελματιών υγείας. Για τον λόγο αυτό, ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η δειγματοληψία κατά στρώματα, η οποία δίνει ακριβέστερες εκτιμήσεις για τις διάφορες παραμέτρους του πληθυσμού που τυγχάνει κάθε φορά μελέτης, ενώ προσδίδει υψηλό βαθμό αντιπροσωπευτικότητας στο δείγμα και αναδεικνύει την ποιότητα των δεδομένων (Φίλιας 2003: 396· Παπαγιαννοπούλου *et. al.* 2008: 74· Καλογεροπούλου 2011: 668). Στην έρευνα συμμετείχαν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι οποίοι συνιστούν ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του ιατρικού και του παραϊατρικού προσωπικού των μονάδων Π.Φ.Υ. της Αθήνας. Πιο συγκεκριμένα, το 16,5% του δείγματος ανήκε στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το 81,1% στην τριτοβάθμια εκπαίδευση (βλ. γράφημα 4.1). Από τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, το 44,9% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης και το 36,2% απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (βλ. γράφημα 4.2).

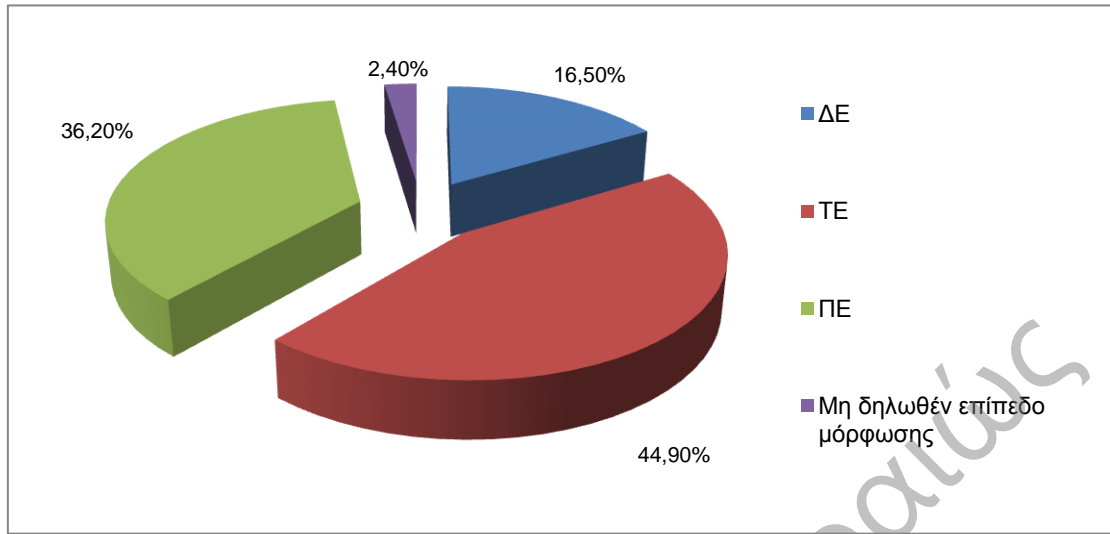
Γράφημα 4.22

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του επιπέδου μόρφωσης των πληροφορητών



Γράφημα 4.23

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του επιπέδου μόρφωσης των πληροφορητών

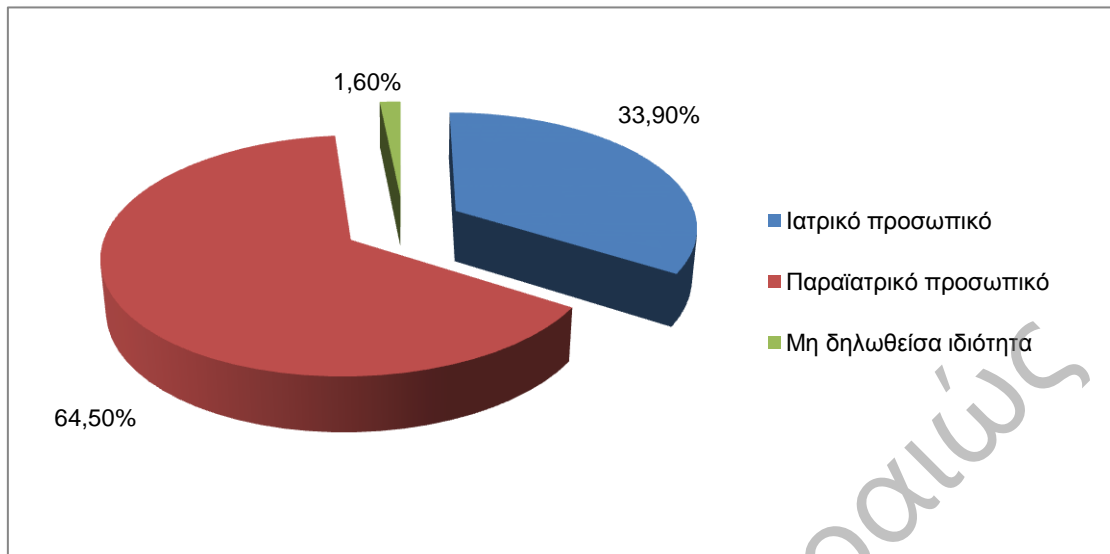


Όσον αφορά την επαγγελματική ιδιότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα, το 33,9% ανήκε στο ιατρικό προσωπικό, το οποίο επιδιώχθηκε να αντιπροσωπευτεί από όλες σχεδόν τις ειδικότητες που προσφέρουν υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στις αντίστοιχες μονάδες υγείας Π.Ε.Δ.Υ. της Αθήνας: γενικοί ιατροί (1), παθολόγοι (3), βιοπαθολόγοι (1), ορθοπεδικοί (5), γυναικολόγοι (1), παιδίατροι (4), καρδιολόγοι (1), χειρουργοί (1), ακτινοδιαγνώστες (5), μικροβιολόγοι (1), πνευμονολόγοι (4), ενδοκρινολόγοι (1), ωτορινολαρυγγολόγοι (2), δερματολόγοι (1), ουρολόγοι (2), νευρολόγοι (1) και οδοντίατροι (6).<sup>122</sup> Το 64,5% των πληροφορητών ανήκε στο παραϊατρικό προσωπικό, το οποίο αντιπροσωπεύτηκε από τις εξής ειδικότητες: νοσηλευτές (22), μαίες (8), τεχνολόγοι ιατρικών εργαστηρίων (9), παρασκευαστές ιατρικών εργαστηρίων (7), τεχνολόγοι ακτινολόγοι (15), χειριστές ακτινολογικού (4), επισκέπτες υγείας (7), κοινωνικοί λειτουργοί (2), οδοντοτεχνίτες (4) και βοηθοί φαρμακείου (1). Από το σύνολο του δείγματος, μόνο 2 πληροφορητές δεν σημείωσαν την επαγγελματική τους ιδιότητα (βλ. γράφημα 4.3).

<sup>122</sup> Μόνο 3 ιατροί δεν μας δήλωσαν την ειδικότητά τους.

Γράφημα 4.24

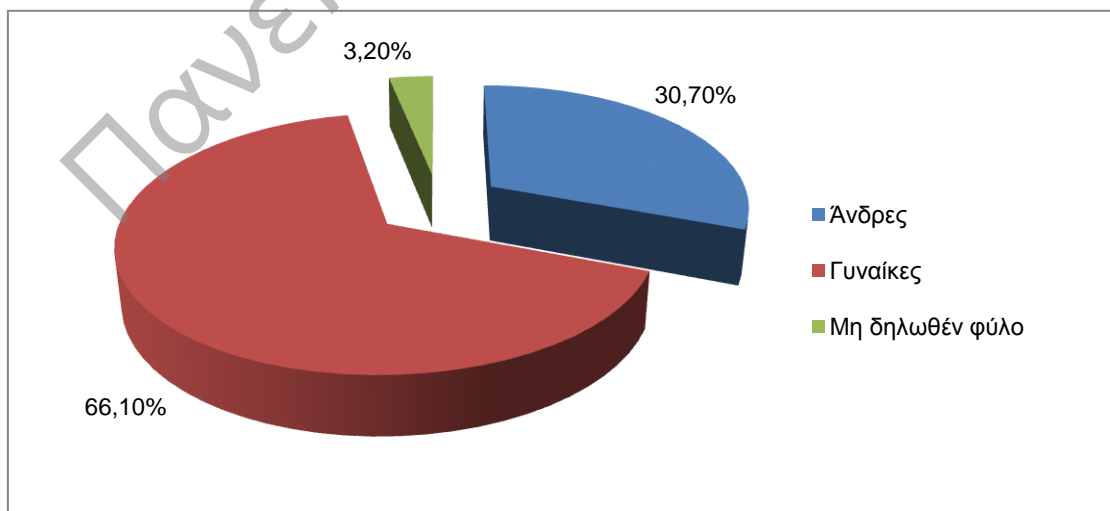
Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης της γενικής επαγγελματικής ιδιότητας των πληροφορητών



Παρόλο που επιδιώχθηκε η όσο το δυνατόν ισομερής αντιπροσώπευση των δύο φύλων, η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, το 66,1% ήταν γυναίκες και το 30,7% άνδρες, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό δεν σημείωσε το συγκεκριμένο δημογραφικό δεδομένο στο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσε (βλ. γράφημα 4.4).

Γράφημα 4.25

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης του φύλου των πληροφορητών

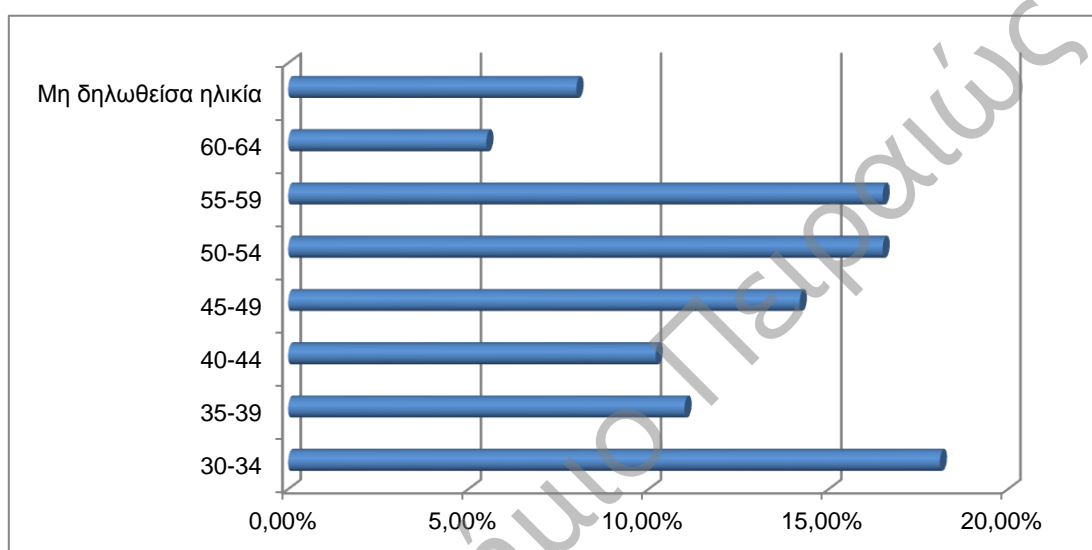




Η μέση ηλικία τους ήταν τα 42,3 έτη, με μέγιστη την ηλικία των 64 ετών και ελάχιστη την ηλικία των 30 ετών. Όπως φαίνεται και από το γράφημα 4.5, οι ηλικιακές ομάδες των 30-34, 45-49, 50-54 και 55-59 σημείωσαν τα μεγαλύτερα ποσοστά αντιπροσώπευσης (18,1%, 14,2%, 16,2% και 16,2% αντίστοιχα). Από το σύνολο των πληροφορητών, το 8% δεν σημείωσε την ηλικία του.

Γράφημα 4.26

Ποσοστά (%) αντιπροσώπευσης των ηλικιακών ομάδων του δείγματος



Για τη διεξαγωγή της έρευνας σχεδιάστηκε ερωτηματολόγιο,<sup>123</sup> η συγκρότηση του οποίου βασίστηκε στη λεπτομερή ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Πέρα από τα δημογραφικά στοιχεία, τα οποία ήταν απαραίτητα για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, το ερωτηματολόγιο συμπεριέλαβε ποσοτικές και ποιοτικές μεταβλητές οι οποίες σχετίζονται με την αξιολόγηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο απαρτίστηκε από 16 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 12 ήταν κλειστές ερωτήσεις ολικής ή μερικής άγνοιας (δηλαδή με προκατασκευασμένες απαντήσεις, οργανωμένες, σε πολλές περιπτώσεις, με βάση την τριτοβάθμια ή την πενταβάθμια κλίμακα Likert) και οι 4 ήταν ανοιχτές ερωτήσεις, προκειμένου να δοθεί η δυνατότητα στους ίδιους τους πληροφορητές να διατυπώσουν τις απόψεις τους ελεύθερα. Ένας ενδεχόμενος περιορισμός της μελέτης μας ήταν η μετατροπή των ποιοτικών

<sup>123</sup> Βλ. Ερωτηματολόγιο έρευνας, Παράρτημα.

μεταβλητών του ερωτηματολογίου (των ανοιχτών ερωτήσεων) σε ποσοτικές, προκειμένου να τύχουν της πρέπουσας στατιστικής ανάλυσης.

Η συγκρότηση των ερωτήσεων βασίστηκε στη επιθυμία μας να προσεγγίσουμε τις απόψεις του δείγματος για συγκεκριμένους δείκτες αξιολόγησης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. της χώρας. Στόχος μας ήταν η εκμείωση των αξιολογικών κρίσεων των πληροφορητών όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. της χώρας, με βάση ποσοτικές και ποιοτικές μεταβλητές, όπως είναι: α) η οργανωτική διάρθρωση και η διοικητική διαχείριση των δομών της Π.Φ.Υ., β) η κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή των επιμέρους μονάδων, γ) η σχέση της Π.Φ.Υ. με τις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας, δ) η ποσοτική και ποιοτική στελέχωση, η επάρκεια και η κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού μέσα στις δομές της Π.Φ.Υ., και ε) η διοικητική και οργανωτική της διασύνδεση με τις μονάδες Δ.Φ.Υ. (ερωτήσεις 1-3).<sup>124</sup> Επιπλέον, θεωρήσαμε σκόπιμο να δώσουμε τη δυνατότητα στους ίδιους τους μετέχοντες στην έρευνα να προτείνουν συγκεκριμένες αλλαγές ή παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να γίνουν για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (ερωτήσεις 4 και 8-11).<sup>125</sup> Επιδιώξαμε, επίσης, να ανιχνεύσουμε τις απόψεις των πληροφορητών για την αναγκαιότητα και τη σημασία της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, και μάλιστα ως προς συγκεκριμένες εκφάνσεις της σχέσης της με το Ε.Σ.Υ. και τους καταστατικούς και θεωρητικούς της στόχους (ερωτήσεις 5-7).<sup>126</sup> Αυτοτελή θέση στο ερωτηματολόγιο είχε η προσέγγιση των απόψεων των πληροφορητών για τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού μέσα στο σύστημα Π.Φ.Υ. (ερωτήσεις 12-13)<sup>127</sup> και, τέλος, η σκιαγράφηση των γνώσεών τους για άλλα πρότυπα Π.Φ.Υ. του εξωτερικού (ερωτήσεις 14-16).<sup>128</sup>

Παρόλο που αρχική μας πρόθεση ήταν να πραγματοποιηθεί το σύνολο της έρευνας με τη μέθοδο της δομημένης συνέντευξης, εκτιμήθηκε εντέλει ότι κάτι τέτοιο θα ήταν σχεδόν αδύνατο, λόγω του πιεσμένου προγράμματος του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού που θα λάμβανε μέρος στην έρευνα. Για τον λόγο αυτό, προτιμήθηκε η διανομή γραπτών ερωτηματολογίων στους εργαζόμενους των μονάδων Π.Φ.Υ., προκειμένου να τα συμπληρώσουν σύμφωνα με τον προσωπικό τους προγραμματισμό και τη χρονική τους διαθεσιμότητα. Η διανομή τους πραγματοποιήθηκε τον Σεπτέμβριο και τον Οκτώβριο του 2014. Ένα θετικό στοιχείο που συνέβαλε καθοριστικά στη

<sup>124</sup> Βλ. Ερωτηματολόγιο έρευνας, Παράρτημα.

<sup>125</sup> Βλ. Ερωτηματολόγιο έρευνας, Παράρτημα.

<sup>126</sup> Βλ. Ερωτηματολόγιο έρευνας, Παράρτημα.

<sup>127</sup> Βλ. Ερωτηματολόγιο έρευνας, Παράρτημα.

<sup>128</sup> Βλ. Ερωτηματολόγιο έρευνας, Παράρτημα.

μαζικότερη συγκέντρωση πληροφορητών και ερωτηματολογίων ήταν η βοήθεια που είχαμε από συνάδελφους εργαζόμενους στα υποκαταστήματα όπου απευθυνθήκαμε, οι οποίοι λειτούργησαν ως σύνδεσμοι ανάμεσα στον ερευνητή και τους μετέχοντες στην έρευνα.

Για την επεξεργασία των ερωτηματολογίων σχεδιάστηκε ειδική βάση δεδομένων, με στόχο την ελαχιστοποίηση των λαθών καταχώρησης μέσα από τη διενέργεια ελέγχων στις ακραίες τιμές και τις αποκλίσεις από τις μέσες τιμές. Χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 17 (Statistical Package for Social Sciences), στο οποίο εισήχθησαν τα δεδομένα, προκειμένου να γίνει στατιστικός έλεγχος της ομοιογένειάς τους και να ακολουθήσει η στατιστική επεξεργασία και ανάλυσή τους.

#### 4.4.3 Αποτελέσματα έρευνας

Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των πληροφορητών σχετικά με το εάν θεωρούν το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. αναγκαίο και σημαντικό, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος εξήρε την αναγκαιότητα και τη σημασία του μέσα στο εθνικό σύστημα υγείας (87,4% και 91,1% αντίστοιχα· βλ. πίνακες 4.1 & 4.2 και γραφήματα 4.6 & 4.7). Το ποσοστό των πληροφορητών που έδωσε αρνητική απάντηση στις συγκεκριμένες ερωτήσεις ήταν πολύ χαμηλό (3,15% και 4,1% αντίστοιχα), ενώ επίσης χαμηλό ήταν το ποσοστό των πληροφορητών οι οποίοι δεν θέλησαν να απαντήσουν στη συγκεκριμένη ερώτηση (9,45% και 4,9% αντίστοιχα). Παρά, λοιπόν, τα παραπάνω αποτελέσματα, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος καταδεικνύει τη θετική του στάση απέναντι στη συγκεκριμένη βαθμίδα περίθαλψης, ειδικά σε ό,τι αφορά την επίγνωση της αναγκαιότητας και του ρόλου της τόσο μέσα στο σύστημα υγείας όσο και μέσα στην ίδια την κοινωνία.

**Πίνακας 4.18**

**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (5) του ερωτηματολογίου «Θεωρείτε το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. αναγκαίο;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	111	87,4	91,0
Όχι	4	3,15	94,3
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	12	9,45	100,0
<b>Total</b>	127	100,0	

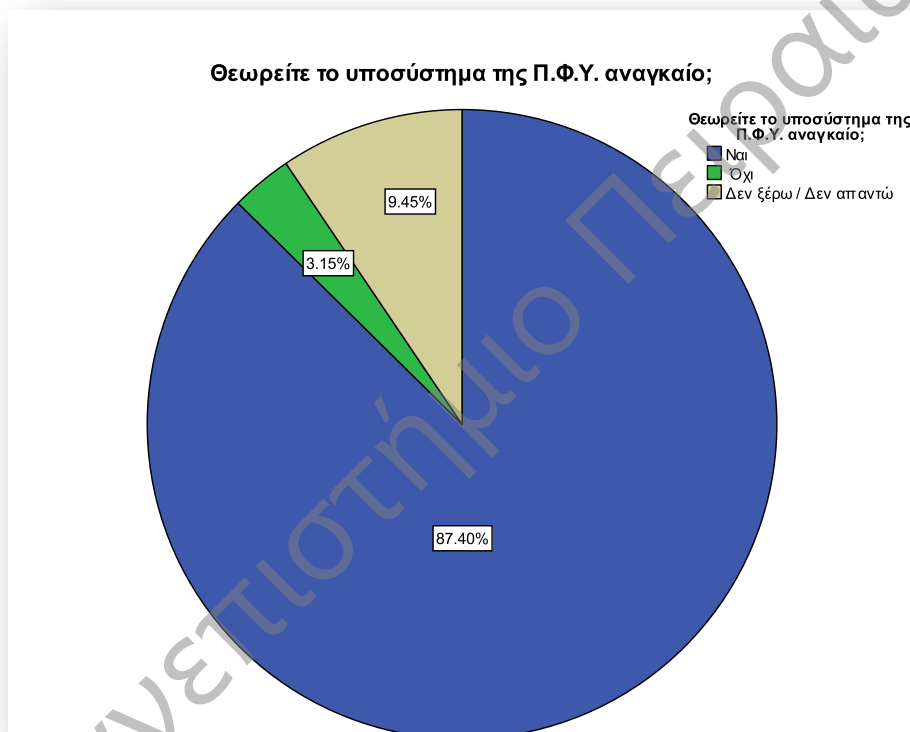
Πίνακας 4.19

Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (6) του ερωτηματολογίου «Θεωρείτε το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. σημαντικό;»

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	112	91,1	91,1
Όχι	5	4,1	95,1
Δεν ξέρω / Δεν απαντώ	6	4,9	100,0
<b>Total</b>	<b>123</b>	<b>100,0</b>	

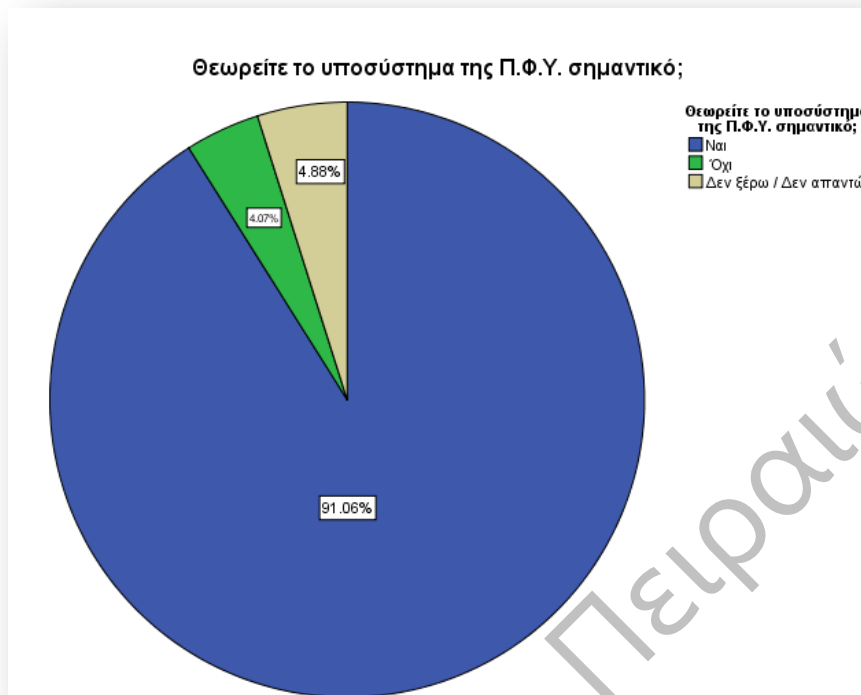
Γράφημα 4.27

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (5) του ερωτηματολογίου



Γράφημα 4.28

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (6) του ερωτηματολογίου



Μάλιστα, η αναγκαιότητα και σημασία του συστήματος Π.Φ.Υ., κατά τη γνώμη τους, σχετίζεται με συγκεκριμένα δεδομένα που αφορούν τον χαρακτήρα, τις καταστατικές αρχές και τη θέση του μέσα στο Ε.Σ.Υ. (βλ. πίνακα 4.3 και γράφημα 4.8). Οι πληροφορητές υποστηρίζουν ότι η Π.Φ.Υ. μπορεί να συμβάλει: α) στην υλοποίηση του τρίπτυχου «πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση» (11,5%), β) στην επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και στη συνακόλουθη εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία (10,8% και 7,5% αντίστοιχα), γ) στην παροχή πρώτων βοηθειών και στην άμεση επίλυση ιατρικών περιστατικών (10,2% και 8,4% αντίστοιχα), δ) στην εύρυθμη λειτουργία και οργάνωση του Ε.Σ.Υ. (9,9% και 9,6%) και ε) στην παροχή ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας (7,2% και 6,2% αντίστοιχα), παρόλο που η διεπιστημονική τους διαχείριση δεν θίγεται ως σημαντική (2,7%). Ειδικά το τελευταίο θα μπορούσε να αποτελέσει ένδειξη της, αν όχι αρνητικής, τουλάχιστον αδιάφορης στάσης των πληροφορητών απέναντι στη διατομεακή συνεργασία που θα μπορούσε να αναπτυχθεί σε οριζόντιο επίπεδο, με στόχο την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας.

Πολλοί πληροφορητές, επίσης, εξέφρασαν μια μονοκατευθυντική οπτική για τη σχέση του συστήματος Π.Φ.Υ. με την ίδια την τοπική κοινωνία όπου εφαρμόζεται. Ενώ

δίνεται έμφαση στη συμβολή της Π.Φ.Υ. στην ανάπτυξη και την ευημερία της τοπικής κοινωνίας (7%), δεν παρατηρείται η ίδια έμφαση στην αμφίδρομη σχέση που θα μπορούσε να υπάρχει ανάμεσα σε αυτούς τους δύο πόλους. Παρόλο που καταστατικά η Π.Φ.Υ. οφείλει να στηρίζεται στη συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας στη λήψη αποφάσεων σχετικά με ζητήματα πρόληψης, αντιμετώπισης νοσημάτων και προαγωγής της δημόσιας υγείας, ένα εξαιρετικά μικρό ποσοστό πληροφορητών (3,8%) κατέδειξε ως σημαντική μια τέτοιου είδους συμβολή. Αυτού του είδους η τάση αντανακλά ουσιαστικά την ίδια την πραγματικότητα: Μέχρι σήμερα, σε ελάχιστες περιπτώσεις η τοπική κοινωνία συμμετέχει ενεργά στην ανατροφοδότηση που θα ήταν ευκαταίω να υπάρχει ανάμεσα σε όλους τους μετέχοντες [stakeholders] στις υπηρεσίες υγείας (παρόχους, λειτουργούς, χρήστες). Χαμηλά ποσοστά, συνεπώς μειωμένη προτεραιότητα καταγράφηκε επίσης σε ό,τι αφορά τη συμβολή της Π.Φ.Υ. στην αποδοτική διαχείριση των πόρων και του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (4,9%).

**Πίνακας 4.20**

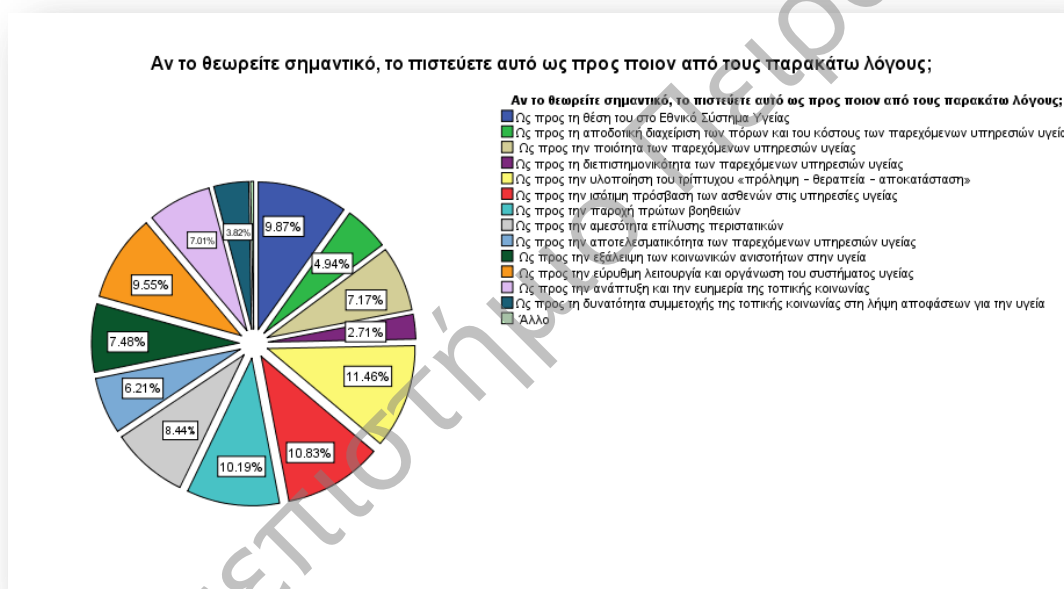
**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (7) του ερωτηματολογίου «Αν το θεωρείτε σημαντικό, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Ως προς τη θέση του στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	62	9,9	9,9
Ως προς τη αποδοτική διαχείριση των πόρων και του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	31	4,9	14,8
Ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	45	7,2	22,0
Ως προς τη διεπιστημονικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	17	2,7	24,7
Ως προς την υλοποίηση του τρίπτυχου «πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση»	72	11,5	36,1
Ως προς την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας	68	10,8	47,0
Ως προς την παροχή πρώτων βοηθειών	64	10,2	57,2
Ως προς την αμεσότητα επίλυσης περιστατικών	53	8,4	65,6
Ως προς την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας	39	6,2	71,8
Ως προς την εξάλειψη των κοινωνικών	47	7,5	79,3

ανισοτήτων στην υγεία			
Ως προς την εύρυθμη λειτουργία και οργάνωση του συστήματος υγείας	60	9,6	88,9
Ως προς την ανάπτυξη και την ευημερία της τοπικής κοινωνίας	44	7,0	95,9
Ως προς τη δυνατότητα συμμετοχής της τοπικής κοινωνίας στη λήψη αποφάσεων για την υγεία	24	3,8	99,7
Άλλο	2	,3	100,0
<b>Total</b>	<b>628</b>	<b>100,0</b>	

**Γράφημα 4.29**

**Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (7) του ερωτηματολογίου**



Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των πληροφορητών σχετικά με το εάν θεωρούν ικανοποιητικές και αποδοτικές τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, θα μπορούσε να σημειωθεί ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (συνολικά το 65% περίπου των πληροφορητών) έχει διαμορφώσει μια αρνητική άποψη για το συγκεκριμένο ζήτημα, ενώ το 26% υιοθετεί μια ουδέτερη στάση (βλ. πίνακα 4.4 και γράφημα 4.9). Είναι ενδιαφέρον ότι κανένας πληροφορητής δεν επέλεξε την απάντηση «πάρα πολύ», ενώ μόνο το 9,4% σημείωσε ότι οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. είναι πολύ ικανοποιητικές και αποδοτικές. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αρνητική τάση των λειτουργών των μονάδων Π.Φ.Υ. ενός αστικού κέντρου όπως είναι η Αθήνα

απέναντι στο ίδιο το σύστημα Π.Φ.Υ. συνάδει με την αρνητική στάση των πολιτών απέναντι σ' αυτές τις υπηρεσίες, αλλά και τη γενικότερη κριτική που έχει ασκηθεί από την ακαδημαϊκή κοινότητα και λοιπούς φορείς και ειδικές επιτροπές για τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. της χώρας.<sup>129</sup>

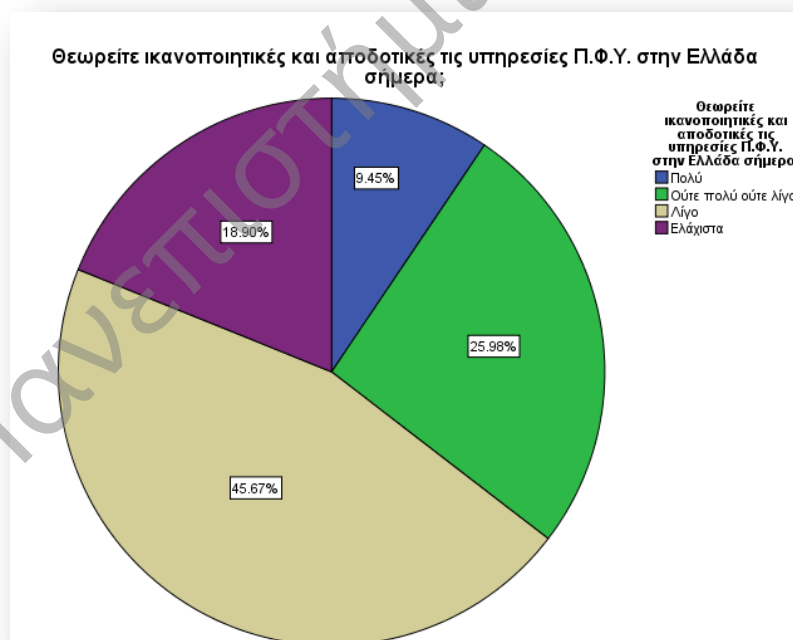
**Πίνακας 4.21**

**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (1) του ερωτηματολογίου «Θεωρείτε ικανοποιητικές και αποδοτικές τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα σήμερα;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Πολύ	12	9,4	9,4
Ούτε πολύ ούτε λίγο	33	26,0	35,4
Λίγο	58	45,7	81,1
Ελάχιστα	24	18,9	100,0
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	

**Γράφημα 4.30**

**Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (1) του ερωτηματολογίου**



<sup>129</sup> Βλ. υποκεφάλαια 4.2 και 4.3.



Οι πληροφορητές εκείνοι οι οποίοι δήλωσαν την ικανοποίησή τους για τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σημείωσαν ότι η θετική τους άποψη σχετίζεται κυρίως με: α) την κτιριακή υποδομή των μονάδων Π.Φ.Υ. (22,3%), β) την ποιοτική στελέχωσή τους σε ανθρώπινο δυναμικό το οποίο έχει γνώσεις και εμπειρία, ενώ είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και καταρτισμένο (19,8%), και γ) το ωράριο λειτουργίας τους (14%) (βλ. πίνακα 4.5 και γράφημα 4.10). Είναι ενδιαφέρον ότι σημειώθηκαν εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά θετικής αξιολόγησης σε τομείς που σχετίζονται με: α) τις διαδικασίες της εσωτερικής αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών των δημόσιων δομών Π.Φ.Υ. (2,5%), β) την αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας και των ψηφιακών εργαλείων κατά την ιατρική και παραϊατρική πρακτική (πρόσβαση του προσωπικού στο διαδίκτυο και σε ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τηλεϊατρική, e-health, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κ.λπ.) (3,3%), γ) το σύστημα παραπομπών ανάμεσα στις δομές Π.Φ.Υ. και Δ.Φ.Υ. (4,1%) και δ) την ποσοτική στελέχωση και την ισότιμη κατανομή του προσωπικού στις μονάδες Π.Φ.Υ., με βάση τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού (5% και 5,8% αντίστοιχα). Φαίνεται ότι δεν αξιολογείται επίσης αρκετά θετικά το ισχύον ωράριο εργασίας (8,3%) και η επάρκεια των μονάδων Π.Φ.Υ. ως προς την υλικοτεχνική τους υποδομή (εξοπλισμό, αναλώσιμα υλικά κ.λπ.) (9,9%).

**Πίνακας 4.22**

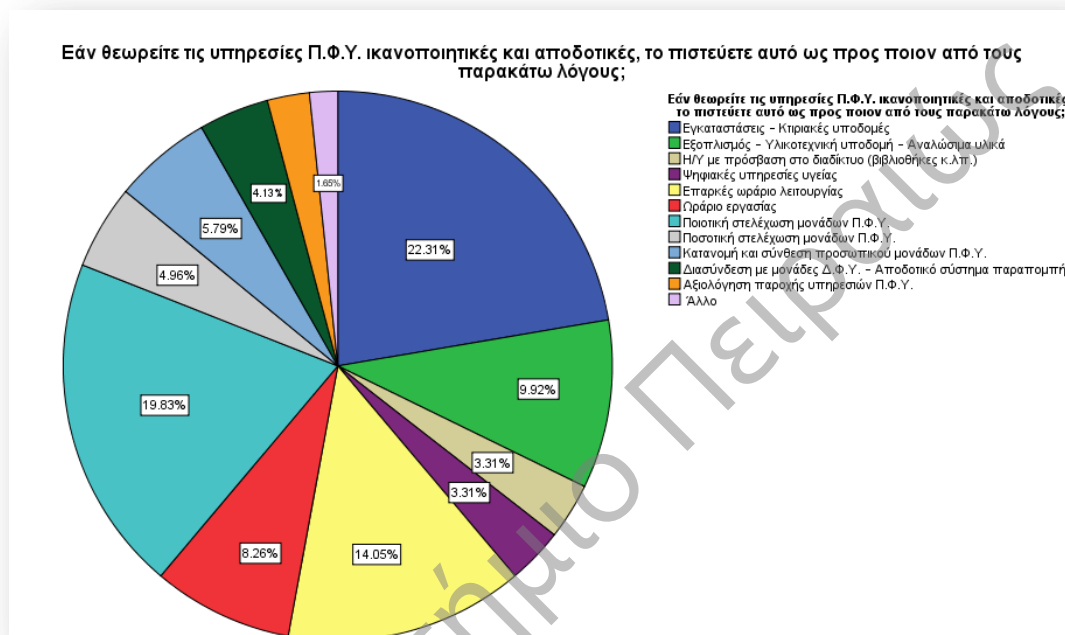
**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (2) του ερωτηματολογίου «Εάν θεωρείτε τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ικανοποιητικές και αποδοτικές, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Εγκαταστάσεις – Κτιριακές υποδομές	27	22,3	22,3
Εξοπλισμός – Υλικοτεχνική υποδομή – Αναλώσιμα υλικά	12	9,9	32,2
Η/Υ με πρόσβαση στο διαδίκτυο (βιβλιοθήκες κ.λπ.)	4	3,3	35,5
Ψηφιακές υπηρεσίες υγείας	4	3,3	38,8
Επαρκές ωράριο λειτουργίας	17	14,0	52,9
Ωράριο εργασίας	10	8,3	61,2
Ποιοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.	24	19,8	81,0
Ποσοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.	6	5,0	86,0
Κατανομή και σύνθεση προσωπικού μονάδων Π.Φ.Υ.	7	5,8	91,7
Διασύνδεση με μονάδες Δ.Φ.Υ. – Αποδοτικό	5	4,1	95,9

σύστημα παραπομπής			
Αξιολόγηση παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	3	2,5	98,3
Άλλο	2	1,7	100,0
<b>Total</b>	121	100,0	

Γράφημα 4.31

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (2) του ερωτηματολογίου



Στη χαμηλή θετική αξιολόγηση που παρατηρήθηκε σε συγκεκριμένους δείκτες ποιότητας θα μπορούσε επίσης να προστεθεί η σαφής αρνητική αξιολόγηση που εξέφρασε η πλειονότητα των πληροφορητών όσον αφορά τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. των ερευνώμενων δομών ενός αστικού κέντρου όπως είναι η Αθήνα. Αυτό που θα μπορούσε να σημειωθεί είναι ότι δεν διακρίνεται μια εμφανής αρνητική στάση των πληροφορητών απέναντι σε συγκεκριμένες εκφάνσεις της οργανωσιακής και διαχειριστικής δομής του συστήματος Π.Φ.Υ. της χώρας (βλ. πίνακα 4.6 και γράφημα 4.11). Παρόλο, δηλαδή, που φαίνεται ότι υπάρχει μια αρνητική τάση ως προς: α) τις ανεπάρκειες των μονάδων Π.Φ.Υ. στην υλικοτεχνική τους υποδομή και τον εξοπλισμό τους (13,4%), β) την ποσοτική στελέχωσή τους σε ανθρώπινο δυναμικό (12,4%), γ) τη γραφειοκρατική νοοτροπία (10,4%) και δ) την ποιοτική στελέχωση των μονάδων Π.Φ.Υ. με κατάλληλα εκπαιδευμένο και ειδικά καταρτισμένο προσωπικό (10%), η διάχυση των αρνητικών αξιολογήσεων αφήνει το περιθώριο να εικάσουμε ότι οι

πληροφορητές δεν επιθυμούν να καταδείξουν συγκεκριμένα προβληματικά στοιχεία του χαρακτήρα και της οργάνωσης της Π.Φ.Υ. (και του Ε.Σ.Υ. γενικότερα), αλλά το σύνολό τους, χωρίς να θέτουν προτεραιότητα σε κάποιο από αυτά. Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα της έρευνάς μας αποτελείται από ποικίλες ειδικότητες της Π.Φ.Υ., καθεμία από τις οποίες προφανώς επιθυμεί να αναδείξει με τις απαντήσεις της διαφορετικούς δείκτες αρνητικής αξιολόγησης, με βάση τις δικές της ανάγκες και τα δικά της εργασιακά χαρακτηριστικά. Γεγονός, πάντως είναι ότι τα εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά που σημειώνονται σε γενικότερα θέματα που αφορούν το ωράριο λειτουργίας των μονάδων Π.Φ.Υ. (2,5%), το ωράριο εργασίας των ίδιων (2%), την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας (3,6%) και τον φόρτο της εργασίας τους (4,1%) εκφράζουν την πεποίθηση των πληροφορητών ότι οι συγκεκριμένοι τομείς δεν θεωρούνται αναγκαία κριτήρια για τη συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Είναι ενδιαφέρον ότι οι πληροφορητές έχουν επίγνωση των χρόνιων προβλημάτων που απασχολούν τον χώρο της υγείας. Θεωρούν ότι η αναποτελεσματική εφαρμογή του συστήματος παραπομπών ανάμεσα στις βαθμίδες περίθαλψης και η γενικότερη ανεπιτυχής διασύνδεση των μονάδων Π.Φ.Υ. με τα νοσοκομεία (9%) αποτελούν εκφάνσεις μια βασικής, και μάλιστα χρόνιας, αδυναμίας του Ε.Σ.Υ. να αναπτύξει και να εφαρμόσει πολιτικές υποκατάστασης της νοσοκομειακής φροντίδας με άλλες εναλλακτικές μορφές φροντίδας που μπορούν να παρασχεθούν μέσα από το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα θα μπορούσε να συνδυαστεί με την επίσης παρατηρούμενη αρνητική στάση των πληροφορητών απέναντι στο νοσοκομειοκεντρικό σύστημα (5,6%). Επιπρόσθετα, ένα μέρος του δείγματος (8,8%) θεωρεί ότι η κατανομή και η σύνθεση του προσωπικού στις μονάδες Π.Φ.Υ., συνεπώς η ίδια η πολιτική στελέχωσης και διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, αποτελεί έναν τομέα όπου παρουσιάζονται προβλήματα τα οποία υποσκάπτουν την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Παρόλο που η επάρκεια των μονάδων Π.Φ.Υ. ως προς τον εξοπλισμό και την υλικοτεχνική τους υποδομή αποτελεί έναν σαφή δείκτη αρνητικής αξιολόγησης (13,4%), φαίνεται ότι οι πληροφορητές δεν αξιολογούν το ίδιο αρνητικά τις κτιριακές υποδομές του συστήματος Π.Φ.Υ. (5,8%). Τέλος, τα παρατηρούμενα χαμηλά ποσοστά αρνητικής αξιολόγησης της ανεπάρκειας του συστήματος Π.Φ.Υ. να αξιοποιήσει τα εργαλεία της ψηφιακής τεχνολογίας για την άσκηση ιατρικού και παραϊατρικού έργου (5,5% και 6,5%), σε συνδυασμό με τα επίσης παρατηρούμενα χαμηλά ποσοστά θετικής

αξιολόγησης αυτής της δυνατότητας (3,3% αντίστοιχα· βλ. πίνακα 4.5), υποδεικνύουν, κατά κάποιο τρόπο, τον μειωμένο βαθμό προτεραιότητας που δίνουν οι ίδιοι οι πληροφορητές στην αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας κατά την ιατρική πρακτική, την έρευνα και τη διοίκηση των μονάδων Π.Φ.Υ. Προφανώς, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι κάθε πληροφορητής αξιολογεί με διαφορετικό τρόπο το συγκεκριμένο εργαλείο, σύμφωνα με τις συμβάσεις, τις ανάγκες και τα εργασιακά χαρακτηριστικά της ειδικότητάς του, καθώς επίσης και σύμφωνα με τα ατομικά του χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο), όπως αυτά μπορούν να συσχετιστούν με την επαφή του με την τεχνολογία. Η συγκεκριμένη ουδέτερη στάση θα μπορούσε να αποτελέσει σαφή ένδειξη του έντονου φαινομένου του ηλεκτρονικού αναλφαβητισμού, ο οποίος παρατηρείται κυρίως σε μεγαλύτερης ηλικίας λειτουργούς της Π.Φ.Υ. και δυσχεραίνει την δυνατότητά τους να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά και με ταχύτητα στα εκάστοτε ιατρικά περιστατικά.

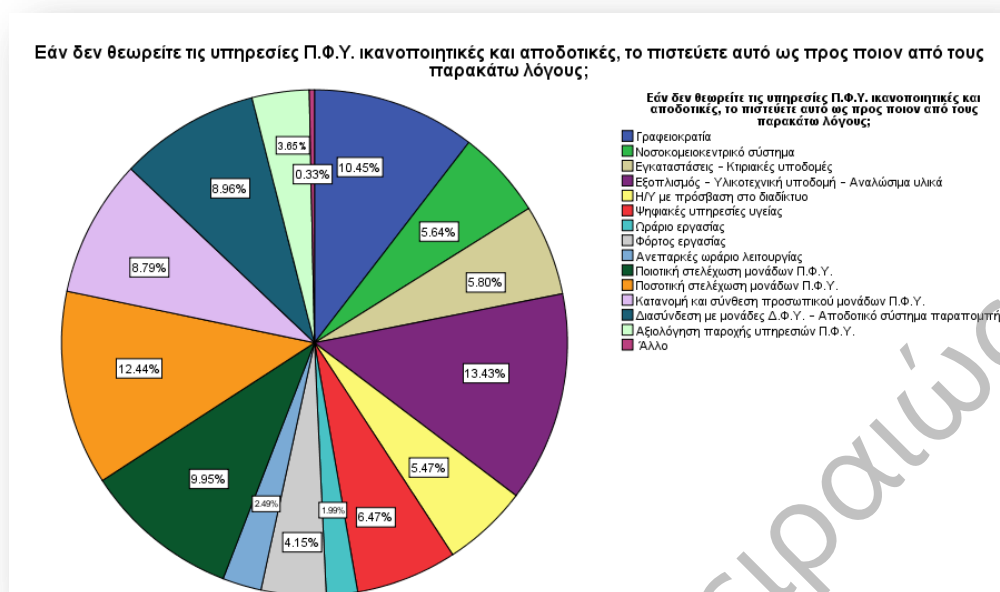
**Πίνακας 4.23**

**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (3) του ερωτηματολογίου «Εάν δεν θεωρείτε τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ικανοποιητικές και αποδοτικές, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Γραφειοκρατία	63	10,4	10,4
Νοσοκομειοκεντρικό σύστημα	34	5,6	16,1
Εγκαταστάσεις – Κτιριακές υποδομές	35	5,8	21,9
Εξοπλισμός – Υλικοτεχνική υποδομή – Αναλώσιμα υλικά	81	13,4	35,3
Η/Υ με πρόσβαση στο διαδίκτυο	33	5,5	40,8
Ψηφιακές υπηρεσίες υγείας	39	6,5	47,3
Ωράριο εργασίας	12	2,0	49,3
Φόρτος εργασίας	25	4,1	53,4
Ανεπαρκές ωράριο λειτουργίας	15	2,5	55,9
Ποιοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.	60	10,0	65,8
Ποσοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.	75	12,4	78,3
Κατανομή και σύνθεση προσωπικού μονάδων Π.Φ.Υ.	53	8,8	87,1
Διασύνδεση με μονάδες Δ.Φ.Υ. – Αποδοτικό σύστημα παραπομπής	54	9,0	96,0
Αξιολόγηση παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	22	3,6	99,7
Άλλο	2	,3	100,0
<b>Total</b>	<b>603</b>	<b>100,0</b>	

Γράφημα 4.32

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (3) του ερωτηματολογίου



Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των πληροφορητών στις ερωτήσεις 4 και 8 του ερωτηματολογίου<sup>130</sup> σχετικά με το ποιες αλλαγές ή παρεμβάσεις θα πρότειναν οι ίδιοι με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ., θα μπορούσε να σημειωθεί η ακόλουθη ιεράρχηση: Οι πληροφορητές δίνουν μεγάλη έμφαση: α) στην ποσοτική στελέχωση των μονάδων Π.Φ.Υ. (9%· βλ. πίνακα 4.7 και γράφημα 4.12) (αν και δεν δίνουν έμφαση στην αύξηση του αριθμού των γενικών ιατρών· πρβ. ποσοστό 4,9%), β) στη διάθεση οικονομικών πόρων για τη λειτουργία τους (8,6% και 6,6%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13, αντίστοιχα), γ) στην ανανέωση και την επάρκεια του εξοπλισμού και της υλικοτεχνικής υποδομής των μονάδων Π.Φ.Υ. (8,4% και 4,1%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13, αντίστοιχα),<sup>131</sup> δ) στην πραγματοποίηση προγραμμάτων εξειδίκευσης, με στόχο την κατάρτιση και την περαιτέρω εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού πάνω στην Π.Φ.Υ. (7% και 2,5%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13, αντίστοιχα)<sup>132</sup> και ε)

<sup>130</sup> Επιλέξαμε να διατυπώσουμε την ίδια περίπου ερώτηση σε διαφορετικό σημείο του ερωτηματολογίου, με διαφορετική μορφή ωστόσο (η ερώτηση 4 ήταν ανοιχτή, ενώ η ερώτηση 8 κλειστή), προκειμένου να εκμαιεύσουμε περισσότερες αυθόρμητες απαντήσεις των πληροφορητών όσον αφορά το ζήτημα των παρεμβάσεων και των αλλαγών που θα πρότειναν για τα προβληματικά σημεία του συστήματος Π.Φ.Υ.

<sup>131</sup> Μάλιστα, έγινε λόγος για τη διενέργεια διαγωνισμών προμήθειας αναλώσιμων (2,5%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13).

<sup>132</sup> Παρόλο που ένα μέρος του δείγματος (4,1%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13) τονίζει ότι πρέπει να ισχυροποιηθεί ο θεσμός του γενικού ιατρού, δεν δίνεται αντίστοιχη έμφαση στην πραγματοποίηση

στη διασύνδεση των μονάδων Π.Φ.Υ. με τις μονάδες Δ.Φ.Υ. μέσω ενός αποτελεσματικού συστήματος παραπομπών (6,4% και 5,8%· βλ. πίνακες 7 & 8 και γραφήματα 12 & 13, αντίστοιχα). Οι παραπάνω προτάσεις και η ταξινόμησή τους ως άμεσης προτεραιότητας παρεμβάσεις βρίσκονται σχεδόν σε αντιστοιχία με την ιεράρχηση των δεικτών αρνητικής αξιολόγησης που καταγράφηκε παραπάνω (βλ. πίνακα 4.6). Συνεπώς, θα μπορούσε να καταδειχθεί ο εύλογος προβληματισμός του δείγματος για συγκεκριμένες εκφάνσεις του συστήματος Π.Φ.Υ. στα αστικά κέντρα, οι οποίες ουσιαστικά σχετίζονται με την επαρκή (ποσοτικά) στελέχωση των μονάδων με προσωπικό το οποίο: α) είναι καταρτισμένο και εξειδικευμένο πάνω στην Π.Φ.Υ., β) διαθέτει τα εργαλεία, τον εξοπλισμό και τις υποδομές προκειμένου να ασκεί ορθά το λειτούργημά του (κάτι το οποίο θα πρέπει να βρίσκεται σε αναλογία με τη χρηματοδότηση της Π.Φ.Υ.) και γ) βρίσκεται σε αγαστή διασύνδεση με τα υπόλοιπα επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, μέσα από ένα αποτελεσματικό σύστημα παραπομπών.

Είναι ενδιαφέρον, ωστόσο, ότι άλλες εκφάνσεις του συστήματος Π.Φ.Υ. δεν χαρακτηρίζονται από ανάλογο βαθμό προτεραιότητας σε επίπεδο αλλαγών ή παρεμβάσεων. Πρόκειται για τους τομείς: α) των κτιριακών υποδομών και των εγκαταστάσεων των μονάδων Π.Φ.Υ. (4,5%· βλ. πίνακα 4.7 και γράφημα 4.12), β) της εφαρμογής ενός συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και του ίδιου του προσωπικού (3,5% και 6,6%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13, αντίστοιχα), γ) της διεπιστημονικής συνεργασίας των λειτουργών της (4,3% και 0,8%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13) και δ) της ανάπτυξης δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία (3,4%· βλ. πίνακα 4.7 και γράφημα 4.12). Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα θα μπορούσε ερμηνευτεί συνδυαστικά με τις παρατηρήσεις που ήδη έχουν σημειωθεί παραπάνω όσον αφορά: α) το χαμηλό ποσοστό αρνητικής αξιολόγησης των κτιριακών υποδομών των μονάδων (βλ. πίνακα 4.6), β) τα χαμηλά ποσοστά θετικής και αρνητικής αξιολόγησης του συστήματος αξιολόγησης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (βλ. πίνακες 4.5 και 4.6), γ) το χαμηλό ποσοστό αναγκαιότητας και σημασίας της διεπιστημονικής συνεργασίας (βλ. πίνακα 4.3) και δ) την έλλειψη αμφίδρομης σχέσης ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας και την τοπική κοινωνία (βλ. πίνακα 4.3). Θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι πληροφορητές, παρόλο που θίγουν σταθερά τις ανεπάρκειες του συστήματος σε ό,τι αφορά τον

---

προγραμμάτων συνεχούς κατάρτισης στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής (4,1%· βλ. πίνακα 4.7 και γράφημα 4.12).

εξοπλισμό και τα αναλώσιμα υλικά των μονάδων Π.Φ.Υ., θεωρούν ότι οι ίδιες οι κτιριακές υποδομές και οι εγκαταστάσεις είναι επαρκείς για τις εκάστοτε ανάγκες. Επιπλέον, επιβεβαιώνεται ότι η αξιολόγηση ως διαδικασία βελτίωσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. απουσιάζει από την εργασιακή νοοτροπία του δείγματος. Αυτό θα μπορούσε να συσχετιστεί με τη γενικότερη νοοτροπία του δημόσιου τομέα της χώρας, όπου η απουσία αντικειμενικής και κριτικής αξιολόγησης αποτελεί έναν βασικό παράγοντα για πολλές κακοδαιμονίες. Τέλος, φαίνεται ότι τόσο η ιδέα της διεπιστημονικής προσέγγισης του φαινομένου της υγείας και η δημιουργία ομάδων υγείας, όσο και η ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία στη λήψη αποφάσεων για θέματα προαγωγής και προστασίας της υγείας των πολιτών αποτελούν ζητήματα τα οποία δεν έχουν εδραιωθεί στη συνείδηση των λειτουργών της Π.Φ.Υ.

Παρόλο που παραπάνω σημειώθηκαν χαμηλά ποσοστά θετικής και αρνητικής αξιολόγησης όσον αφορά την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών και των ψηφιακών εργαλείων για τις υπηρεσίες υγείας (βλ. πίνακες 4.5 και 4.6), φαίνεται ότι οι πληροφορητές συνειδητοποιούν την αναγκαιότητα τέτοιου είδους εφαρμογών, όπως είναι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η τηλεϊατρική, ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, η ηλεκτρονική μηχανοργάνωση, η online διασύνδεση των μονάδων Π.Φ.Υ. κ.ά. (5,7% και 0,8%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13). Επιπλέον, σημειώνεται η θετική στάση του δείγματος απέναντι σε παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν σε θέματα που άπτονται: α) της ενίσχυσης του θεσμού του οικογενειακού/προσωπικού ιατρού (5,7%· βλ. πίνακα 4.7 και γράφημα 4.12), β) της εφαρμογής εναλλακτικών τρόπων νοσηλείας (εν προκειμένω, της εφαρμογής της κατ' οίκον νοσηλείας), προκειμένου να απαγκιστρωθεί το σύστημα υγείας από τον έντονα νοσοκομειοκεντρικό του χαρακτήρα (5,7% και 3,3%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13, αντίστοιχα), και προγραμμάτων προαγωγής της υγείας, εμβολιασμών και πρόληψης ασθενειών (12,4%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), γ) της βελτίωσης της πρόσβασης των χρηστών στο σύστημα Π.Φ.Υ. (5,7%· βλ. πίνακα 4.7 και γράφημα 4.12), δ) της ορθολογικής στελέχωσης και της λειτουργικής κατανομής και σύνθεσης του προσωπικού στις μονάδες Π.Φ.Υ. (5,3% και 15,7%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13), ε) της παροχής κινήτρων απόδοσης προς τους επαγγελματίες υγείας για τη στήριξη της Π.Φ.Υ. (4,4% και 1,7%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13), στ) της γενικότερης αλλαγής της φιλοσοφίας όσον αφορά την έννοια και τον χαρακτήρα της Π.Φ.Υ. (3,3% και 0,8%· βλ. πίνακες 4.7 & 4.8 και γραφήματα 4.12 & 4.13), ζ) της λειτουργίας των μονάδων Π.Φ.Υ. επί εικοσιτετραώρου

βάσης (9,9%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), η) της συμπεριφοράς των υγειονομικών λειτουργιών προς τους χρήστες των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. (3,3%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), θ) της ισόρροπης γεωγραφικής κατανομής των μονάδων Π.Φ.Υ., καθώς επίσης και της ορθολογικής τους διαχείρισης, η οποία σχετίζεται με τη συγχώνευση και την ανεξαρτητοποίηση μονάδων Π.Φ.Υ. (3,3% και 1,7%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), ι) της αντιμετώπισης της γραφειοκρατίας (3,3%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), ια) της ορθολογικής λειτουργίας των εργαστηρίων των μονάδων Π.Φ.Υ. (2,5%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), ιβ) της απεξάρτησης της Π.Φ.Υ. από τον ιδιωτικό τομέα υγείας (2,5%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13),<sup>133</sup> ιγ) της κατάργησης της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών (1,7%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), ιδ) της τήρησης του ωραρίου (0,8%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), ιε) της αύξησης του χρόνου εξέτασης κάθε ασθενή και της μείωσης των περιστατικών που ένας ιατρός μπορεί να δέχεται κάθε μέρα (0,8%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13), ιστ) της απαγκρίστρωσης των υγειονομικών λειτουργιών από αλλότρια καθήκοντα (0,8%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13) και ιζ) της παραπομπής των χρηστών σε εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας (0,8%· βλ. πίνακα 4.8 και γράφημα 4.13) (βλ. επίσης συγκεντρωτικό πίνακα 4.9).

**Πίνακας 4.24**

**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (8) του ερωτηματολογίου «Ποιες αλλαγές ή παρεμβάσεις πρέπει να γίνουν για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Διάθεση περισσότερων οικονομικών πόρων για τις δομές Π.Φ.Υ.	97	8,6	8,6
Βελτίωση εγκαταστάσεων – κτιριακών υποδομών	51	4,5	13,1
Ανανέωση εξοπλισμού – Νέες υλικοτεχνικές υποδομές – Επάρκεια αναλώσιμων υλικών	95	8,4	21,5
Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών – Έμφαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας	65	5,7	27,2
Εκπαίδευση, κατάρτιση και εξειδίκευση προσωπικού	79	7,0	34,2
Προγράμματα συνεχούς κατάρτισης στη Γενική Ιατρική	46	4,1	38,3

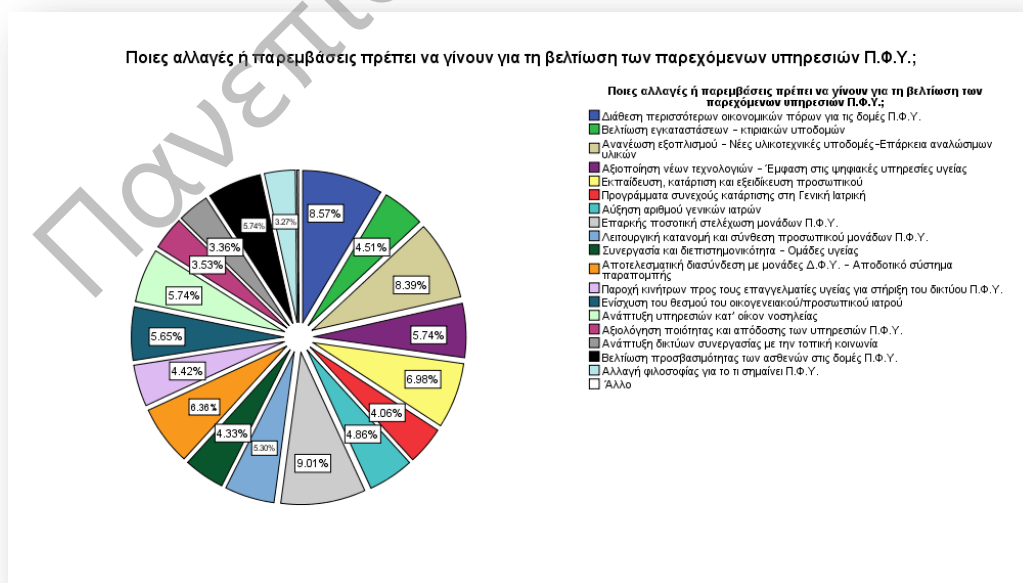
<sup>133</sup> Συγκεκριμένα έγινε αναφορά στη διακοπή των συμβάσεων των ασφαλιστικών φορέων με ιδιωτικά εργαστήρια.



Αύξηση αριθμού γενικών ιατρών	55	4,9	43,1
Επαρκής ποσοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.	102	9,0	52,1
Λειτουργική κατανομή και σύνθεση προσωπικού μονάδων Π.Φ.Υ.	60	5,3	57,4
Συνεργασία και διεπιστημονικότητα – Ομάδες υγείας	49	4,3	61,7
Αποτελεσματική διασύνδεση με μονάδες Δ.Φ.Υ. – Αποδοτικό σύστημα παραπομπής	72	6,4	68,1
Παροχή κινήτρων προς τους επαγγελματίες υγείας για στήριξη του δικτύου Π.Φ.Υ.	50	4,4	72,5
Ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού/προσωπικού ιατρού	64	5,7	78,2
Ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας	65	5,7	83,9
Αξιολόγηση ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	40	3,5	87,5
Ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία	38	3,4	90,8
Βελτίωση προσβασιμότητας των ασθενών στις δομές Π.Φ.Υ.	65	5,7	96,6
Αλλαγή φιλοσοφίας για το τι σημαίνει Π.Φ.Υ.	37	3,3	99,8
Άλλο	2	,2	100,0
<b>Total</b>	<b>1132</b>	<b>100,0</b>	

Γράφημα 4.33

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (8) του ερωτηματολογίου



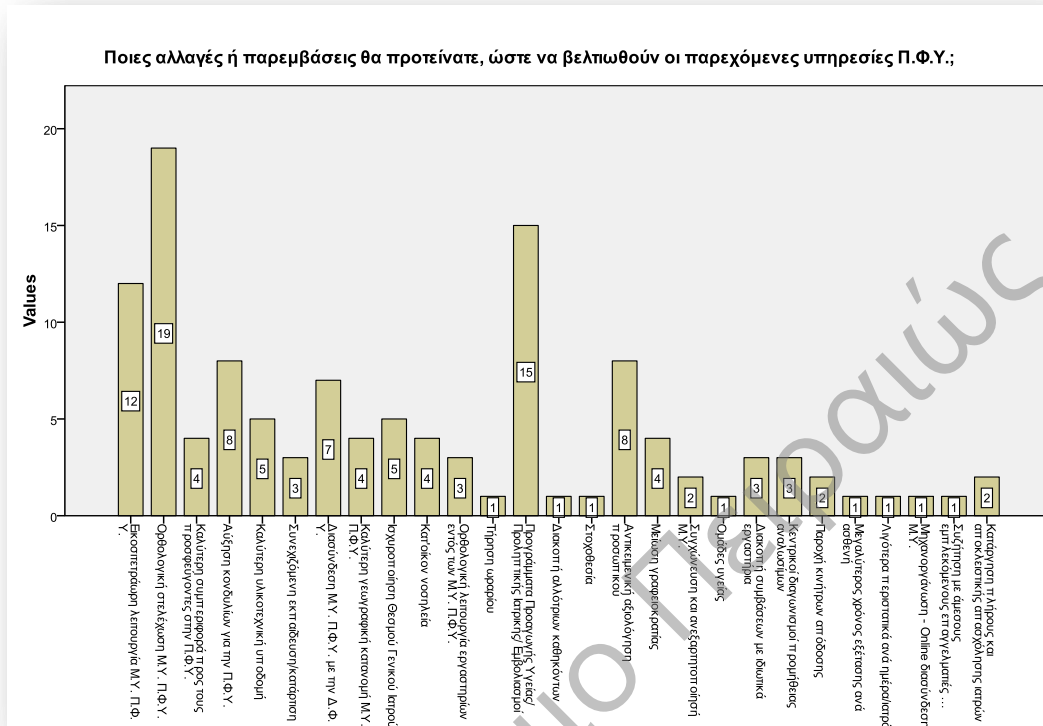
Πίνακας 4.25

Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (4) του ερωτηματολογίου «Ποιες αλλαγές ή παρεμβάσεις θα προτεινάτε, ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.?»

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Εικοσιτετράωρη λειτουργία Μ.Υ. Π.Φ.Υ.	12	9,9	9,9
Ορθολογική στελέχωση Μ.Υ. Π.Φ.Υ.	19	15,7	25,6
Καλύτερη συμπεριφορά προς τους προσφεύγοντες στην Π.Φ.Υ.	4	3,3	28,9
Αύξηση κονδυλίων για την Π.Φ.Υ.	8	6,6	35,5
Καλύτερη υλικοτεχνική υποδομή	5	4,1	39,7
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση/κατάρτιση	3	2,5	42,1
Διασύνδεση Μ.Υ. Π.Φ.Υ. με την Δ.Φ.Υ.	7	5,8	47,9
Καλύτερη γεωγραφική κατανομή Μ.Υ. Π.Φ.Υ.	4	3,3	51,2
Ισχυροποίηση Θεσμού Γενικού Ιατρού	5	4,1	55,4
Κατ' οίκον νοσηλεία	4	3,3	58,7
Ορθολογική λειτουργία εργαστηρίων εντός των Μ.Υ. Π.Φ.Υ.	3	2,5	61,2
Τήρηση ωραρίου	1	,8	62,0
Προγράμματα Προαγωγής Υγείας/ Προληπτικής Ιατρικής/ Εμβολιασμοί	15	12,4	74,4
Διακοπή αλλότριων καθηκόντων	1	,8	75,2
Στοχοθεσία	1	,8	76,0
Αντικειμενική αξιολόγηση προσωπικού	8	6,6	82,6
Μείωση γραφειοκρατίας	4	3,3	86,0
Συγχώνευση και ανεξαρτητοποίηση Μ.Υ.	2	1,7	87,6
Ομάδες υγείας	1	,8	88,4
Διακοπή συμβάσεων με ιδιωτικά εργαστήρια	3	2,5	90,9
Κεντρικοί διαγωνισμοί προμήθειας αναλωσίμων	3	2,5	93,4
Παροχή κινήτρων απόδοσης	2	1,7	95,0
Μεγαλύτερος χρόνος εξέτασης ανά ασθενή	1	,8	95,9
Λιγότερα περιστατικά ανά ημέρα/ιατρό	1	,8	96,7
Μηχανοργάνωση - Online διασύνδεση Μ.Υ.	1	,8	97,5
Συζήτηση με άμεσους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας	1	,8	98,3
Κατάργηση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ιατρών	2	1,7	100,0
<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>	

### Γράφημα 4.34

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (4) του ερωτηματολογίου



Πίνακας 4.26

Συγκεντρωτικός πίνακας προτάσεων των πληροφορητών για αλλαγές ή παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν στο σύστημα Π.Φ.Υ. της χώρας

1. Επαρκής ποσοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.
2. Διάθεση περισσότερων οικονομικών πόρων για τις δομές Π.Φ.Υ.  
Αύξηση κονδυλίων για την Π.Φ.Υ.
3. Ανανέωση εξοπλισμού – Νέες υλικοτεχνικές υποδομές – Επάρκεια αναλώσιμων υλικών  
Καλύτερη υλικοτεχνική υποδομή  
Κεντρικοί διαγωνισμοί προμήθειας αναλωσίμων
4. Εκπαίδευση, κατάρτιση και εξειδίκευση προσωπικού  
Συνεχιζόμενη εκπαίδευση/κατάρτιση  
Προγράμματα συνεχούς κατάρτισης στη Γενική Ιατρική
5. Αποτελεσματική διασύνδεση με μονάδες Δ.Φ.Υ. – Αποδοτικό σύστημα παραπομπής  
Διασύνδεση Μ.Υ. Π.Φ.Υ. με την Δ.Φ.Υ.
6. Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών – Έμφαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας  
Μηχανοργάνωση - Online διασύνδεση Μ.Υ.
7. Ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού/προσωπικού ιατρού

8. Ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας  
Προγράμματα Προαγωγής Υγείας/ Προληπτικής Ιατρικής/ Εμβολιασμοί  
Κατ' οίκον νοσηλεία
9. Βελτίωση προσβασιμότητας των ασθενών στις δομές Π.Φ.Υ.
10. Λειτουργική κατανομή και σύνθεση προσωπικού μονάδων Π.Φ.Υ.  
Ορθολογική στελέχωση Μ.Υ. Π.Φ.Υ.
11. Αύξηση αριθμού γενικών ιατρών  
Ισχυροποίηση Θεσμού Γενικού Ιατρού
12. Βελτίωση εγκαταστάσεων – κτιριακών υποδομών
13. Παροχή κινήτρων προς τους επαγγελματίες υγείας για στήριξη του δικτύου Π.Φ.Υ.  
Παροχή κινήτρων απόδοσης
14. Συνεργασία και διεπιστημονικότητα – Ομάδες υγείας  
Ομάδες υγείας
15. Αξιολόγηση ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.  
Αντικειμενική αξιολόγηση προσωπικού
16. Ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία
17. Αλλαγή φιλοσοφίας για το τι σημαίνει Π.Φ.Υ.  
Στοχοθεσία
18. Εικοσιτετράωρη λειτουργία Μ.Υ. Π.Φ.Υ.
19. Καλύτερη συμπεριφορά προς τους προσφεύγοντες στην Π.Φ.Υ.
20. Καλύτερη γεωγραφική κατανομή Μ.Υ. Π.Φ.Υ.  
Συγχώνευση και ανεξαρτητοποίηση Μ.Υ.
21. Ορθολογική λειτουργία εργαστηρίων εντός των Μ.Υ. Π.Φ.Υ.
22. Μείωση γραφειοκρατίας
23. Διακοπή συμβάσεων με ιδιωτικά εργαστήρια
24. Κατάργηση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ιατρών
25. Τήρηση ωραρίου
26. Μεγαλύτερος χρόνος εξέτασης ανά ασθενή  
Λιγότερα περιστατικά ανά ημέρα/ιατρό
27. Διακοπή αλλότριων καθηκόντων
28. Συζήτηση με άμεσους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας

Είναι ενδιαφέρον ότι η ιεράρχηση των προτάσεων των πληροφορητών, όπως καταγράφηκε με βάση τις απαντήσεις τους στις ερωτήσεις 4.4 και 4.8 εκφράζεται σε μεγάλο βαθμό και στις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 9 («Ποιες από αυτές είναι εφικτές;») (βλ. πίνακα 4.11 και γράφημα 4.14· πρβ. πίνακες 4.7-4.9). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους πληροφορητές, α) η ποσοτική στελέχωση των μονάδων Π.Φ.Υ. (8,7%), β) η ανανέωση του εξοπλισμού και της υλικοτεχνικής υποδομής τους (8,4%), γ) η διάθεση οικονομικών πόρων για τη στήριξη των δομών

Π.Φ.Υ. (7,9%) και δ) η πραγματοποίηση σεμιναρίων που θα έχουν ως στόχο την εκπαίδευση και την κατάρτιση του υγειονομικού προσωπικού πάνω στην Π.Φ.Υ. (7,3%) αποτελούν προτάσεις οι οποίες έχουν περισσότερες πιθανότητες να υλοποιηθούν. Η παρατηρούμενη αντιστοιχία θα μπορούσαμε να πούμε ότι εκφράζει με σαφήνεια την προτεραιότητα που δίνει το δείγμα της έρευνάς μας στους συγκεκριμένους τομείς της Π.Φ.Υ., οι οποίοι σχετίζονται με την ανανέωση της οργανωτικής της δομής, την οικονομική και διοικητική της διαχείριση και τη μέριμνα για την ποιότητα και την εξειδίκευση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Πρόκειται αναμφισβήτητα για μια επιφανειακή και προκαταρκτική θέαση του χαρακτήρα και της λειτουργίας της Π.Φ.Υ. στη χώρα.

Ακολουθούν οι προτάσεις που σχετίζονται με: α) την ανάπτυξη των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας (6,2%), β) την αύξηση των ιατρών με ειδικότητα γενικής ιατρικής (5,9%), γ) τη λειτουργική κατανομή του προσωπικού στις μονάδες Π.Φ.Υ. (5,7%), δ) την αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών και την έμφαση τις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας (5,6%), ε) την αποτελεσματική διασύνδεση των μονάδων Π.Φ.Υ. με αυτές της Δ.Φ.Υ. (5,6%), στ) την ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού (5,6%) και ζ) τη βελτίωση της πρόσβασης των ασθενών στις δομές Π.Φ.Υ. (5,1%). Θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι πληροφορητές έχουν επίγνωση των προβλημάτων διαχείρισης που απαντούν στις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., είτε αυτά σχετίζονται με τη στελέχωση και την κατανομή του προσωπικού των μονάδων, η οποία δεν χαρακτηρίζεται από οικονομία και αποτελεσματικότητα, ενώ επίσης έχει θέσει στο περιθώριο την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, είτε με την υλοποίηση εναλλακτικών τρόπων νοσηλείας και προαγωγής της υγείας (κατ' οίκον νοσηλεία, θεσμός οικογενειακού ιατρού), είτε με τη διασύνδεση ανάμεσα στα επιμέρους επίπεδα περίθαλψης, είτε με την ανταπόκριση του παρόντος συστήματος Π.Φ.Υ. στις απαιτήσεις των επιστημών της ιατρικής και της διοίκησης υγείας, οι οποίες δίνουν προτεραιότητα στον ψηφιακό εκσυγχρονισμό των υγειονομικών υπηρεσιών.

Αυτό που παρατηρείται επίσης είναι ότι υπάρχει αντίστοιχη χαμηλή ιεράρχηση σε τομείς και ζητήματα της Π.Φ.Υ. που και στις προηγούμενες ερωτήσεις χαρακτηρίστηκαν από μειωμένη προτεραιότητα. Πρόκειται για εκείνες τις προτάσεις οι οποίες σχετίζονται με: α) την πραγματοποίηση προγραμμάτων συνεχιζόμενης κατάρτισης στη γενική ιατρική (4,5%), β) τη δημιουργία ομάδων υγείας και την προώθηση της διεπιστημονικής συνεργασίας για την αντιμετώπιση ασθενειών και την προαγωγή της υγείας (4,5%), γ) την παροχή κινήτρων για τη στήριξη του δικτύου

Π.Φ.Υ. από τους ίδιους τους λειτουργούς της (4,3%), δ) τη βελτίωση των κτιριακών υποδομών των μονάδων Π.Φ.Υ. (4,1%), ε) την αξιολόγηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (3,5%), στ) την ανάπτυξη δικτύου αμφίδρομης συνεργασίας με την τοπική κοινωνία (3,5%) και ζ) την αλλαγή φιλοσοφίας ως προς τη σημασία της Π.Φ.Υ. (3,4%). Λαμβάνοντας υπόψη τα συγκεκριμένα ποσοστά και σε συνδυασμό με τις απαντήσεις των πληροφορητών στις ερωτήσεις 4 και 8, επιβεβαιώνεται η περιθωριοποίηση κεφαλαιωδών ζητημάτων που αφορούν την Π.Φ.Υ. και που ουσιαστικά τη συγκροτούν ως διαχρονικά επίκαιρη έννοια. Φαίνεται ότι οι πληροφορητές δεν έχουν πλήρη επίγνωση της αναγκαιότητας των βασικών συνιστωσών της Π.Φ.Υ., όπως είναι η ολιστική αντιμετώπιση του φαινομένου της υγείας μέσα από τη συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων υγείας, η συμβολή του γενικού ιατρού στους στόχους της Π.Φ.Υ. και η συμμετοχή της τοπικής κοινωνίας στη λήψη αποφάσεων για ό,τι σχετίζεται με την πρόληψη, τη θεραπεία και την προαγωγή της δημόσιας υγείας. Επιπλέον, είναι εξαιρετικά ενδιαφέρον ότι η αξιολόγηση της ποιότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών Π.Φ.Υ., συνεπώς η αξιολόγηση του ιατρικού και παραϊατρικού έργου των λειτουργών της Π.Φ.Υ. δεν τίθεται σταθερά σε προτεραιότητα από τους πληροφορητές.

**Πίνακας 4.27**

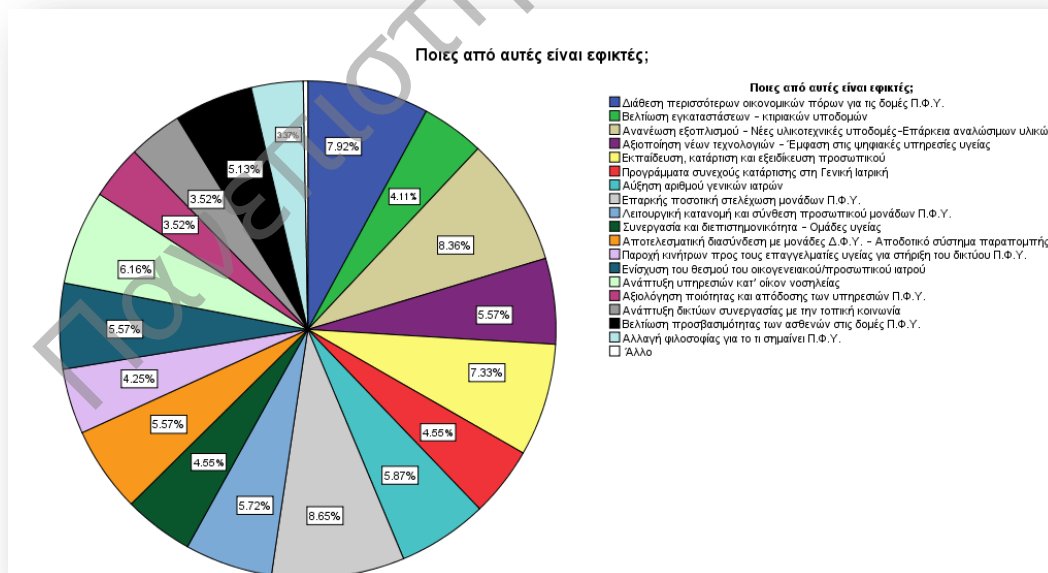
**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (9) του ερωτηματολογίου «Ποιες από αυτές είναι εφικτές;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Διάθεση περισσότερων οικονομικών πόρων για τις δομές Π.Φ.Υ.	54	7,9	7,9
Βελτίωση εγκαταστάσεων – κτιριακών υποδομών	28	4,1	12,0
Ανανέωση εξοπλισμού – Νέες υλικοτεχνικές υποδομές–Επάρκεια αναλώσιμων υλικών	57	8,4	20,4
Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών – Έμφαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας	38	5,6	26,0
Εκπαίδευση, κατάρτιση και εξειδίκευση προσωπικού	50	7,3	33,3
Προγράμματα συνεχούς κατάρτισης στη Γενική Ιατρική	31	4,5	37,8
Αύξηση αριθμού γενικών ιατρών	40	5,9	43,7
Επαρκής ποσοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.	59	8,7	52,3
Λειτουργική κατανομή και σύνθεση	39	5,7	58,1

προσωπικού μονάδων Π.Φ.Υ.			
Συνεργασία και διεπιστημονικότητα – Ομάδες υγείας	31	4,5	62,6
Αποτελεσματική διασύνδεση με μονάδες Δ.Φ.Υ. – Αποδοτικό σύστημα παραπομπής	38	5,6	68,2
Παροχή κινήτρων προς τους επαγγελματίες υγείας για στήριξη του δικτύου Π.Φ.Υ.	29	4,3	72,4
Ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού/προσωπικού ιατρού	38	5,6	78,0
Ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας	42	6,2	84,2
Αξιολόγηση ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	24	3,5	87,7
Ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία	24	3,5	91,2
Βελτίωση προσβασιμότητας των ασθενών στις δομές Π.Φ.Υ.	35	5,1	96,3
Αλλαγή φιλοσοφίας για το τι σημαίνει Π.Φ.Υ.	23	3,4	99,7
Άλλο	2	,3	100,0
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>100,0</b>	

Γράφημα 4.35

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (9) του ερωτηματολογίου



Η στάση του δείγματος απέναντι στη χρονική επίτευξη των παραπάνω προτάσεων δεν είναι αυστηρά προσανατολισμένη προς έναν συγκεκριμένο χρονικό ορίζοντα, παρατηρείται με άλλα λόγια μια διάχυση των απόψεων των πληροφορητών. Πιο

συγκεκριμένα, το 26,9% των πληροφορητών υποστήριξε ότι οι αλλαγές αυτές είναι πραγματοποιήσιμες βραχυπρόθεσμα, το 38,5% σημείωσε ότι κάτι τέτοιο θα μπορούσε να επιτευχθεί μεσοπρόθεσμα, ενώ το 33,8% δήλωσε ότι τέτοιου είδους αλλαγές ή μεταρρυθμίσεις είναι εφικτές σε μακροπρόθεσμο πλαίσιο (βλ. πίνακα 4.12 και γράφημα 4.15).

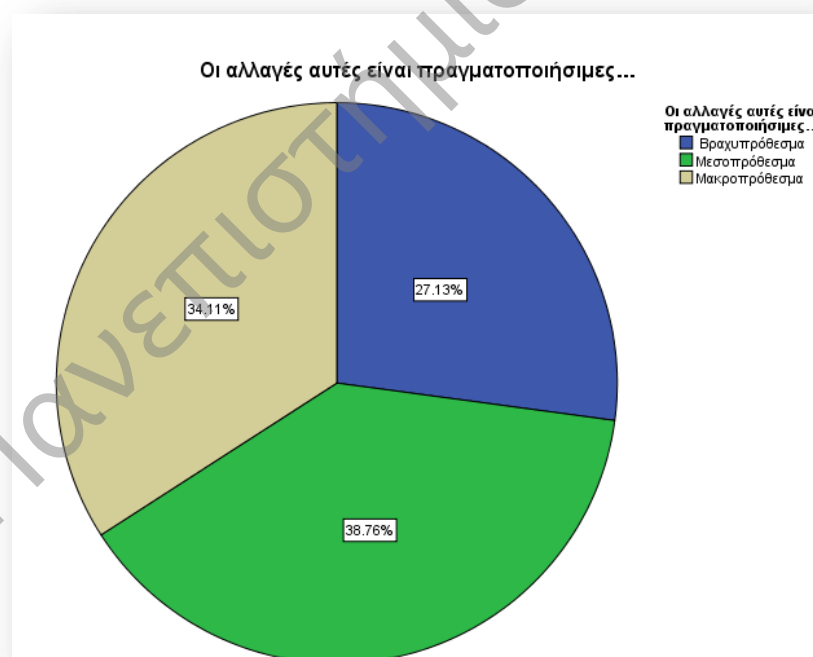
**Πίνακας 4.28**

**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (10) του ερωτηματολογίου «Οι αλλαγές αυτές είναι πραγματοποιήσιμες...»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Βραχυπρόθεσμα	35	26,9	26,9
Μεσοπρόθεσμα	50	38,5	65,4
Μακροπρόθεσμα	45	34,6	100,0
<b>Total</b>	130	100,0	

**Γράφημα 4.36**

**Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (10) του ερωτηματολογίου**



Με βάση τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ερώτηση 11 (ανοιχτή ερώτηση) σχετικά με την παράθεση των λόγων που, κατά τη γνώμη των πληροφορητών, οι παραπάνω προτάσεις θα μπορούσαν να καταστούν ανέφικτες, σκιαγραφείται η στάση του



δείγματος απέναντι στις βασικές εκφάνσεις των πολιτικών υγείας που εφαρμόστηκαν στον ελλαδικό χώρο τις τελευταίες δεκαετίες (βλ. πίνακα 4.12 και γράφημα 4.16). Πιο συγκεκριμένα, το 29% του δείγματος σημείωσε ότι η έλλειψη οικονομικών πόρων αποτελεί τη βασική αιτία η οποία παρακωλύει στον μέγιστο βαθμό οποιαδήποτε πρωτοβουλία αλλαγής ή μεταρρύθμισης στον χώρο της Π.Φ.Υ. Επιπρόσθετα, το 5,2% εξειδίκευσε την απάντησή του, σημειώνοντας χαρακτηριστικά ότι η σύγχρονη οικονομική δυσπραγία στην οποία έχει περιέλθει η χώρα αποτελεί έναν παράγοντα που περιορίζει από πολλές απόψεις τη δυνατότητα για μια ουσιαστική αλλαγή στον χώρο της υγείας. Πραγματικά, τα τελευταία 5 έτη (2010-2014) γίνεται ολοένα και πιο δύσκολο να εγκριθούν δαπάνες για τις ανάγκες όχι μόνο της Π.Φ.Υ. αλλά και άλλων πολλών υπηρεσιών του στενού αλλά και του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Παρόλ' αυτά, ένα μέρος των πληροφορητών τόνισε ότι ένας βασικός λόγος που υπονομεύει τέτοιου είδους πρωτοβουλίες είναι η έλλειψη πολιτικής βούλησης (16,1%), η απουσία μιας σταθερής πολιτικής στρατηγικής στον χώρο της υγείας (1,3%), όπως επίσης και ο σκόπιμος σχεδιασμός πολιτικών οι οποίες ευνοούν την αλόγιστη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας (10,3%). Ειδικά το τελευταίο θα μπορούσε να ερμηνευτεί συνδυαστικά με την άποψη που επίσης καταγράφηκε, σύμφωνα με την οποία το αγαθό της υγείας εκλαμβάνεται ως ένα προϊόν (0,6%). Αρκετοί επίσης πληροφορητές ανέφεραν ότι οι δυσχέρειες στην επίτευξη τέτοιου είδους αλλαγών είναι άμεσα συνυφασμένες με τα προβληματικά σημεία που αφορούν την οργάνωση και τη διοίκηση του συστήματος υγείας, το οποίο παραμένει προσκολλημένο σε ξεπερασμένες αντιλήψεις γραφειοκρατικού χαρακτήρα (5,8%).

Πολλοί επίσης πληροφορητές σημείωσαν ότι η ήδη καταγεγραμμένη αποτυχία των διοικητικών δομών δημόσιας υγείας να διαχειριστούν με αποτελεσματικότητα τις υπηρεσίες που βρίσκονται υπ' ευθύνη τους αποτελεί ένα καίριο ζήτημα που συμβάλλει στην υπονόμευση οποιασδήποτε διαρθρωτικής αλλαγής ή μεταρρύθμισης. Πιο συγκεκριμένα, ένα μέρος του δείγματος έκανε λόγο για την έλλειψη προγραμματισμού και τα προβληματικά σημεία στη διοίκηση των δημόσιων δομών Π.Φ.Υ. (7,7%), τις σπατάλες και τη γενικότερη κακή διαχείριση των οικονομικών πόρων των μονάδων (1,3%), την αδυναμία αποτελεσματικής και οικονομικής στελέχωσης και κατανομής του προσωπικού στις μονάδες Π.Φ.Υ. (7,1%), την ελλιπή τεχνολογική υποστήριξή τους (0,6%) και την έλλειψη κατάλληλων υποδομών (0,6%).

Σε αντιστοιχία με τις μέχρι τούδε παρατηρήσεις μας σχετικά με τη στάση των πληροφορητών απέναντι στην αξιολόγηση και την προσωπική και συλλογική τους

ευθύνη ως λειτουργών Π.Φ.Υ., θα μπορούσαμε να καταγράψουμε μια σχετική περιθωριοποίηση του συγκεκριμένου κρίσιμου ζητήματος και σε αυτό το σημείο. Πιο συγκεκριμένα, μόνο το 3,2% του δείγματος έκανε λόγο για την ευθύνη των ίδιων των υγειονομικών λειτουργών όσον αφορά την υλοποίηση και την εφαρμογή αλλαγών στο σύστημα Π.Φ.Υ, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 3,9% ανέφερε ως αιτίες κακών τον βλαβερό συνδικαλισμό (συνδικαλισμός για τον συνδικαλισμό και όχι για την εξασφάλιση δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των εργαζομένων) και τη σύγκρουση συμφερόντων των ενδιαφερόμενων μερών, όπως λόγου χάρη τα ιατρικά συμφέροντα (π.χ. τη λειτουργία «παραμάγαζων» εντός των Μ.Υ., τα συμφέροντα των ιατρικών συλλόγων και την κατ' επέκταση πολιτική τους κατεύθυνση —ένα από τα ισχυρότερα «λόμπυ» που ανθίστανται πάντα σε μεταρρυθμίσεις που ίσως θίγουν πάγιες θέσεις τους), τα χρόνια και παγιωμένα, σε πολλές περιπτώσεις, συμφέροντα των υπαλλήλων-λειτουργών του συστήματος που συνήθως οφείλονται σε κατάλοιπα κακώς εννοούμενης δημοσιούπαλληλικής κουλτούρας. Επιπρόσθετα, πολλοί πληροφορητές σχολίασαν αρνητικά την αδιαφορία των ενδιαφερόμενων μερών (3,2%), τη βλαβερή νοοτροπία και την έλλειψη γόνιμου ενδιαφέροντος από την πλευρά των υγειονομικών λειτουργών για επαγγελματική εξέλιξη και περαιτέρω εκπαίδευση και κατάρτιση στο άμεσο αντικείμενο ενασχόλησης τους (2,6%) (παρά το ότι επίσης αρκετοί σημείωσαν την αναγκαιότητά τους στην αντίστοιχη ερώτηση του ερωτηματολογίου μας: πρβ. πίνακα 4.7), την απουσία αντικειμενικής αξιολόγησης του προσωπικού (1,9%) και την αναξιοκρατία (1,3%). Ελάχιστο ήταν το ποσοστό του δείγματος (0,3%) το οποίο απέδωσε ευθύνες στους ίδιους τους ασφαλισμένους, για την απαξίωση του συστήματος Π.Φ.Υ., καθώς επίσης και στη γενικότερη απουσία αμφίδρομης και ανατροφοδοτικής σχέσης ανάμεσα στις δομές Π.Φ.Υ. και την τοπική κοινωνία.

**Πίνακας 4.29**

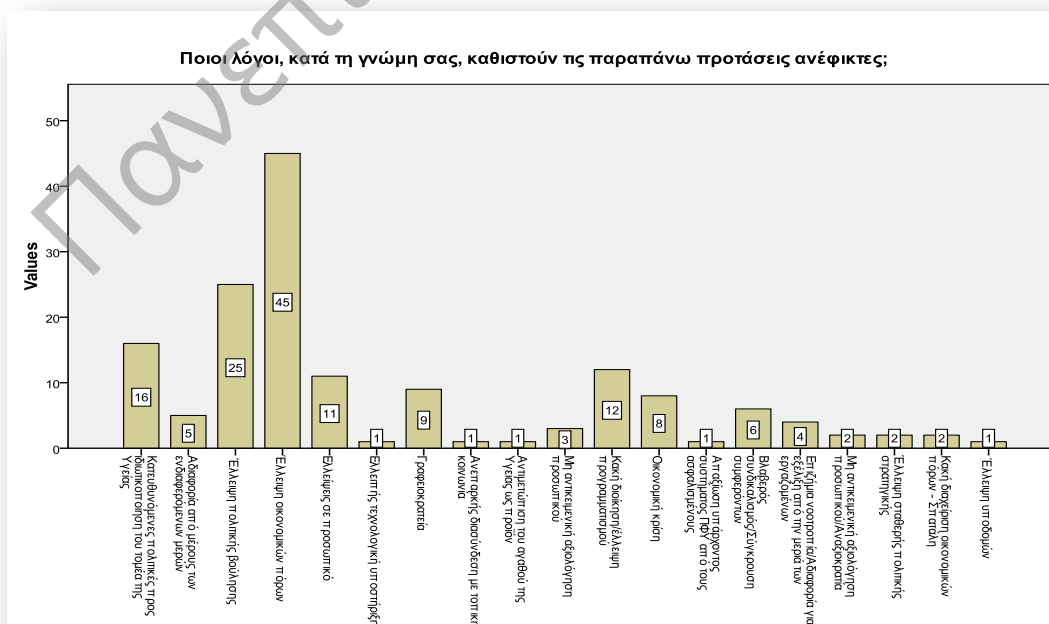
**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (10) του ερωτηματολογίου «Ποιοι λόγοι, κατά τη γνώμη σας, καθιστούν τις παραπάνω προτάσεις ανέφικτες;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Κατευθυνόμενες πολιτικές προς ιδιωτικοποίηση του τομέα της Υγείας	16	10,3	10,3
Αδιαφορία από μέρους των ενδιαφερόμενων μερών	5	3,2	13,5
Έλλειψη πολιτικής βούλησης	25	16,1	29,7

Έλλειψη οικονομικών πόρων	45	29,0	58,7
Ελλείψεις σε προσωπικό	11	7,1	65,8
Ελλιπής τεχνολογική υποστήριξη	1	,6	66,5
Γραφειοκρατία	9	5,8	72,3
Ανεπαρκής διασύνδεση με τοπική κοινωνία	1	,6	72,9
Αντιμέτωπιση του αγαθού της Υγείας ως προϊόν	1	,6	73,5
Μη αντικειμενική αξιολόγηση προσωπικού	3	1,9	75,5
Κακή διοίκηση/έλλειψη προγραμματισμού	12	7,7	83,2
Οικονομική κρίση	8	5,2	88,4
Απαξίωση υπάρχοντος συστήματος ΠΦΥ από τους ασφαλισμένους	1	,6	89,0
Βλαβερός συνδικαλισμός/Σύγκρουση συμφερόντων	6	3,9	92,9
Επιζήμια νοοτροπία/Αδιαφορία για εξέλιξη από την μεριά των εργαζομένων	4	2,6	95,5
Μη αντικειμενική αξιολόγηση προσωπικού/Αναξιοκρατία	2	1,3	96,8
Έλλειψη σταθερής πολιτικής στρατηγικής	2	1,3	98,1
Κακή διαχείριση οικονομικών πόρων – Σπατάλη	2	1,3	99,4
Έλλειψη υποδομών	1	,6	100,0
<b>Total</b>	<b>155</b>	<b>100,0</b>	

Γράφημα 4.37

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (11) του ερωτηματολογίου



Παρόλο που σε πολλές χώρες του εξωτερικού (π.χ. στον Καναδά, στη Σουηδία, στην Ισπανία, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Ολλανδία, στη Γερμανία κ.α.) ο θεσμός του οικογενειακού (γενικού) ιατρού αποτελεί, ουσιαστικά και πρακτικά, τον βασικό πυλώνα του συστήματος υγείας τους (ανεξάρτητα από το εργασιακό καθεστώς μέσα στο οποίο εντάσσεται: εντός ή εκτός του εθνικού συστήματος υγείας, αμοιβή με μισθό, κατά κεφαλή ή κατά πράξη),<sup>134</sup> στην Ελλάδα, όπως ήδη έχει σχολιαστεί, ο συγκεκριμένος θεσμός παραμένει στο περιθώριο της συνείδησης των πολιτικών προϊστάμενων, των διοικούντων την υγεία, των ιατρικών λειτουργών και των ίδιων των πολιτών. Ειδικά σε ό,τι αφορά τις απόψεις των υγειονομικών λειτουργών σχετικά με τον συγκεκριμένο θεσμό, ήδη από τις απαντήσεις των πληροφορητών στις ερωτήσεις 8 και 9 του ερωτηματολογίου σκιαγραφείται η ουδέτερη στάση τους απέναντι στην ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού (γενικού) ιατρού και στην προώθηση προγραμμάτων κατάρτισης στην ειδικότητα της γενικής ιατρικής (βλ. πίνακες 4.7, 4.8 και 4.10). Ωστόσο, ενώ φαίνεται ότι η ενίσχυση του συγκεκριμένου θεσμού δεν αποτελεί θέμα άμεσης προτεραιότητας, η πλειονότητα του δείγματος (81,5%) θεωρεί σημαντικό τον ρόλο του οικογενειακού ιατρού στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (βλ. πίνακα 4.13 και γράφημα 4.17).

**Πίνακας 4.30**

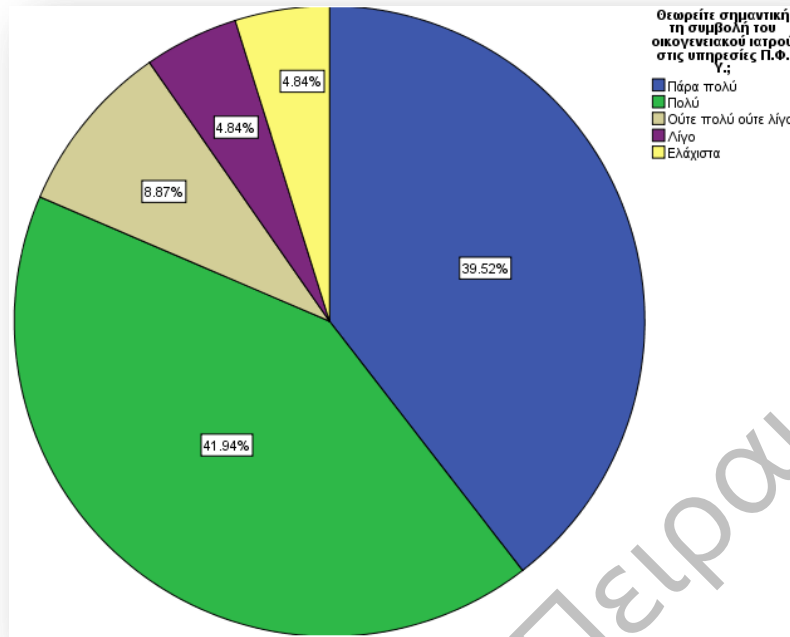
**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοτών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (12) του ερωτηματολογίου «Θεωρείτε σημαντική τη συμβολή του οικογενειακού ιατρού στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Πάρα πολύ	49	39,5	39,5
Πολύ	52	41,9	81,5
Ούτε πολύ ούτε λίγο	11	8,9	90,3
Λίγο	6	4,8	95,2
Ελάχιστα	6	4,8	100,0
<b>Total</b>	124	100,0	

<sup>134</sup> Βλ. υποσημειώσεις 135-141.

Γράφημα 4.38

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (12) του ερωτηματολογίου



Μάλιστα, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο γεγονός ότι ο οικογενειακός (γενικός) ιατρός: α) μπορεί να ασκήσει προληπτικό και προσημπτωματικό έλεγχο στους ασθενείς του (17,3%), β) έχει σφαιρική γνώση και εποπτεία των κοινωνικών χαρακτηριστικών και των συνθηκών ζωής και εργασίας των ασθενών του (15,2%), γ) μπορεί να κρίνει την παραπομπή ενός ασθενή του στις υπόλοιπες βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης (14,3%), ελέγχοντας έτσι τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και λειτουργώντας ως φύλακας [gatekeeper], δ) έχει υπ' ευθύνη του την κατάρτιση και την τήρηση ιατρικού φακέλου για κάθε ασθενή του (13,1%), ε) μπορεί να διαχειριστεί τη φροντίδα και την αποκατάσταση των ασθενών του, όντας σε διασύνδεση με άλλες ειδικότητες ιατρών και άλλες μονάδες υγείας (12,9%), στ) προσεγγίζει κάθε ιατρικό πρόβλημα ολιστικά, δηλαδή από ιατρική, κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά (10,8%), ζ) μπορεί να διαχειριστεί χρόνια νοσήματα και παράγοντες κινδύνου που αφορούν την κοινότητα μέσα στην οποία εργάζεται (9,9%) και η) χρησιμοποιεί λιγότερους πόρους σχετικά με άλλες ιατρικές ειδικότητες (6,5%) (βλ. πίνακα 4.14 και γράφημα 4.18). Γενικότερα, το δείγμα των πληροφορητών αναγνωρίζει, έστω θεωρητικά, τον ρόλο και τη συμβολή του οικογενειακού (γενικού) ιατρού στους καταστατικούς και αμιγώς ανθρωποκεντρικούς σκοπούς της Π.Φ.Υ., οι οποίοι σχετίζονται με: α) το τρίπτυχο της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης, β) την προαγωγή της υγείας των μελών της

κοινότητας μέσα στην οποία ασκεί το λειτούργημά του, γ) την οικονομική και αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, δ) τη διεπιστημονική συνεργασία όλων των επαγγελματιών υγείας και κυρίως στ) την ολιστική αντιμετώπιση των ιατρικών προβλημάτων.

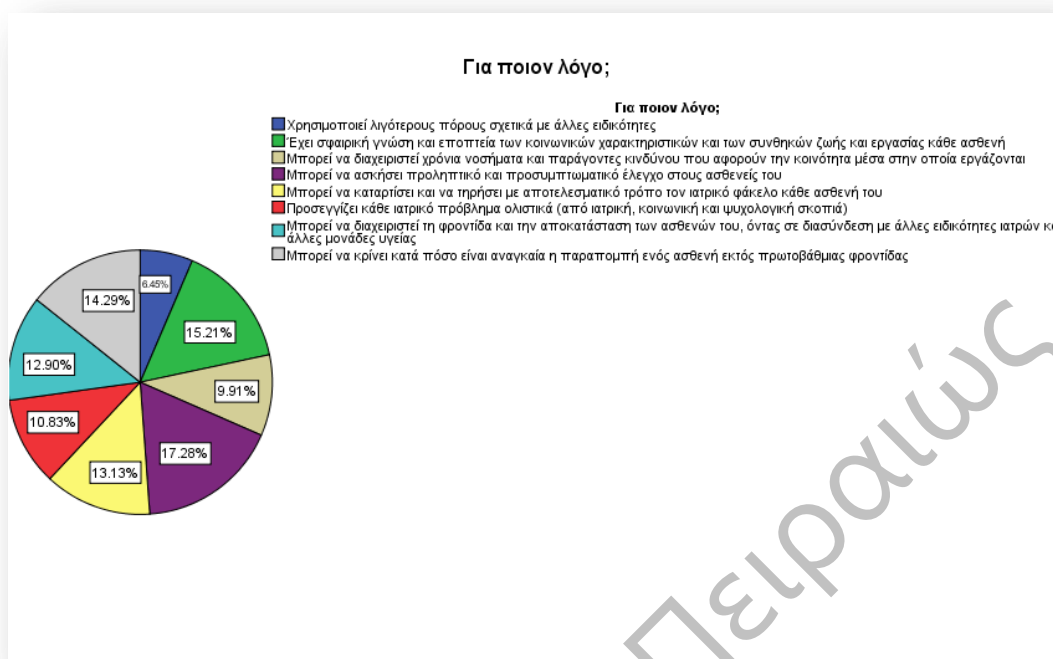
**Πίνακας 4.31**

**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (13) του ερωτηματολογίου «Για ποιον λόγο;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Χρησιμοποιεί λιγότερους πόρους σχετικά με άλλες ειδικότητες	28	6,5	6,5
Έχει σφαιρική γνώση και εποπτεία των κοινωνικών χαρακτηριστικών και των συνθηκών ζωής και εργασίας κάθε ασθενή	66	15,2	21,7
Μπορεί να διαχειριστεί χρόνια νοσήματα και παράγοντες κινδύνου που αφορούν την κοινότητα μέσα στην οποία εργάζονται	43	9,9	31,6
Μπορεί να ασκήσει προληπτικό και προσυμπτωματικό έλεγχο στους ασθενείς του	75	17,3	48,8
Μπορεί να καταρτίσει και να τηρήσει με αποτελεσματικό τρόπο τον ιατρικό φάκελο κάθε ασθενή του	57	13,1	62,0
Προσεγγίζει κάθε ιατρικό πρόβλημα ολιστικά (από ιατρική, κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά)	47	10,8	72,8
Μπορεί να διαχειριστεί τη φροντίδα και την αποκατάσταση των ασθενών του, όντας σε διασύνδεση με άλλες ειδικότητες ιατρών και άλλες μονάδες υγείας	56	12,9	85,7
Μπορεί να κρίνει κατά πόσο είναι αναγκαία η παραπομπή ενός ασθενή εκτός πρωτοβάθμιας φροντίδας	62	14,3	100,0
<b>Total</b>	434	100,0	

### Γράφημα 4.39

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (13) του ερωτηματολογίου



Σε ερώτηση σχετικά με το εάν οι πληροφορητές γνωρίζουν άλλα συστήματα των πληροφορητών που δήλωσαν ότι έχουν γνώση άλλων προτύπων Π.Φ.Υ. του και πρότυπα Π.Φ.Υ. του εξωτερικού, μόνο το 37,9% απάντησε ότι γνωρίζει κάποιο συγκεκριμένο, ενώ το 62,1% δήλωσε την άγνοιά του ως προς το συγκεκριμένο ζήτημα (βλ. πίνακα 4.15 και γράφημα 4.19). Το συγκεκριμένο δεδομένο αποτελεί ένδειξη της ελλιπούς γνώσης και κατάρτισης πληροφορητών όσον αφορά τη θεωρητική έννοια αλλά και τα έμπρακτα παραδείγματα αποτελεσματικών, αν όχι πετυχημένων, συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά τον κόσμο.

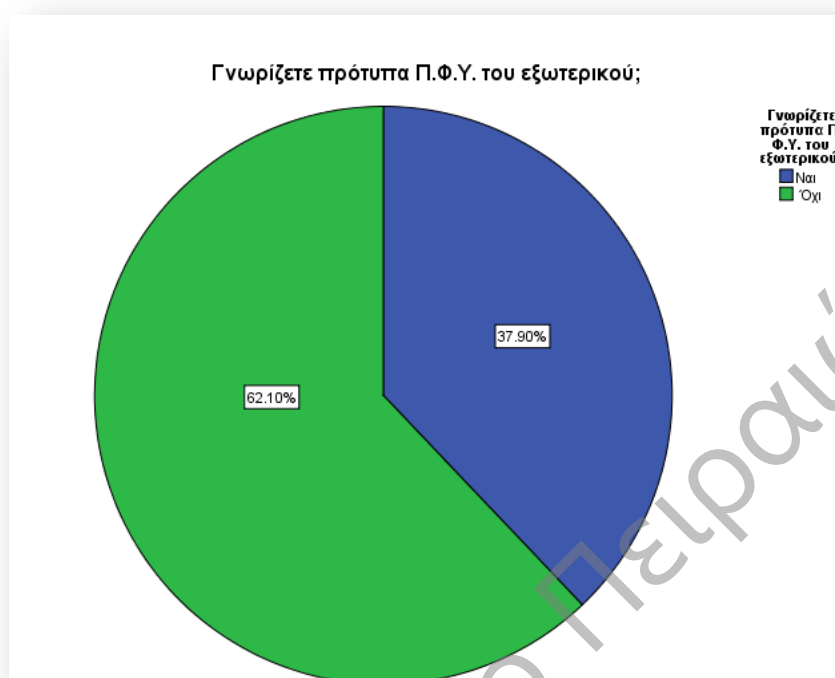
Πίνακας 4.32

Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (14) του ερωτηματολογίου «Γνωρίζετε πρότυπα Π.Φ.Υ. του εξωτερικού;»

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Ναι	47	37,9	37,9
Όχι	77	62,1	100,0
<b>Total</b>	<b>124</b>	<b>100,0</b>	

**Γράφημα 4.40**

**Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (14) του ερωτηματολογίου**



Από το ποσοστό εξωτερικού, το 37,9% δήλωσε ότι γνωρίζει το σύστημα Π.Φ.Υ. του Ηνωμένου Βασιλείου και το 30,3% το σύστημα Π.Φ.Υ. της Σουηδίας (βλ. πίνακα 4.16 και γράφημα 4.20α). Πολλοί επίσης πληροφορητές ανέφεραν και τα συστήματα Π.Φ.Υ.: α) της Γερμανίας (26,9%), β) των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής (19,2%), γ) της Γαλλίας (11,5%), δ) της Ιταλίας (7,7%), ε) της Ολλανδίας (7,7%), στ) της Φινλανδίας (3,8%), ζ) της Κούβας (3,8%), η) της Ουγγαρίας (3,8%), θ) της Ρουμανίας (3,8%), ι) του Καναδά (3,8%), ια) του Βέλγιου (3,8%) και ιβ) της Τουρκίας (3,8%) (βλ. πίνακα 4.16β και γράφημα 4.20β).

**Πίνακας 4.33α**

**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (15) του ερωτηματολογίου «Ποιας χώρας;»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Ηνωμένο Βασίλειο	25	37,9	37,9
Σουηδία	20	30,3	68,2
Άλλο	21	31,8	100,0
<b>Total</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	



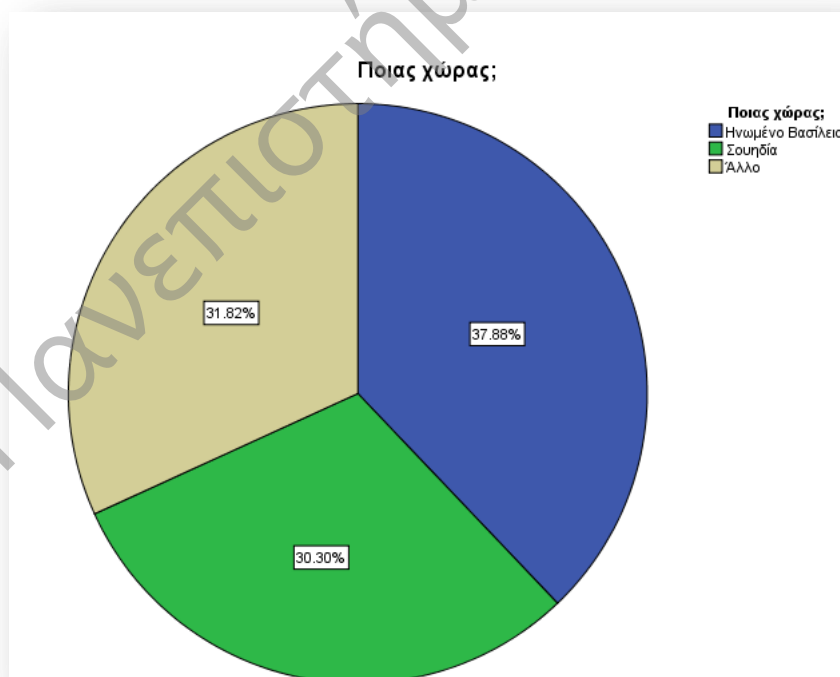
Πίνακας 4.16β

Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (15) του ερωτηματολογίου «Ποιας χώρας;», και ποιο συγκεκριμένα στο ανοιχτό κελί «Άλλο»

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Η.Π.Α.	5	19,2	19,2
Γαλλία	3	11,5	30,8
Ιταλία	2	7,7	38,5
Φινλανδία	1	3,8	42,3
Κούβα	1	3,8	46,2
Ουγγαρία	1	3,8	50,0
Ρουμανία	1	3,8	53,8
Γερμανία	7	26,9	80,8
Καναδάς	1	3,8	84,6
Βέλγιο	1	3,8	88,5
Τουρκία	1	3,8	92,3
Ολλανδία	2	7,7	100,0
<b>Total</b>	26	100,0	

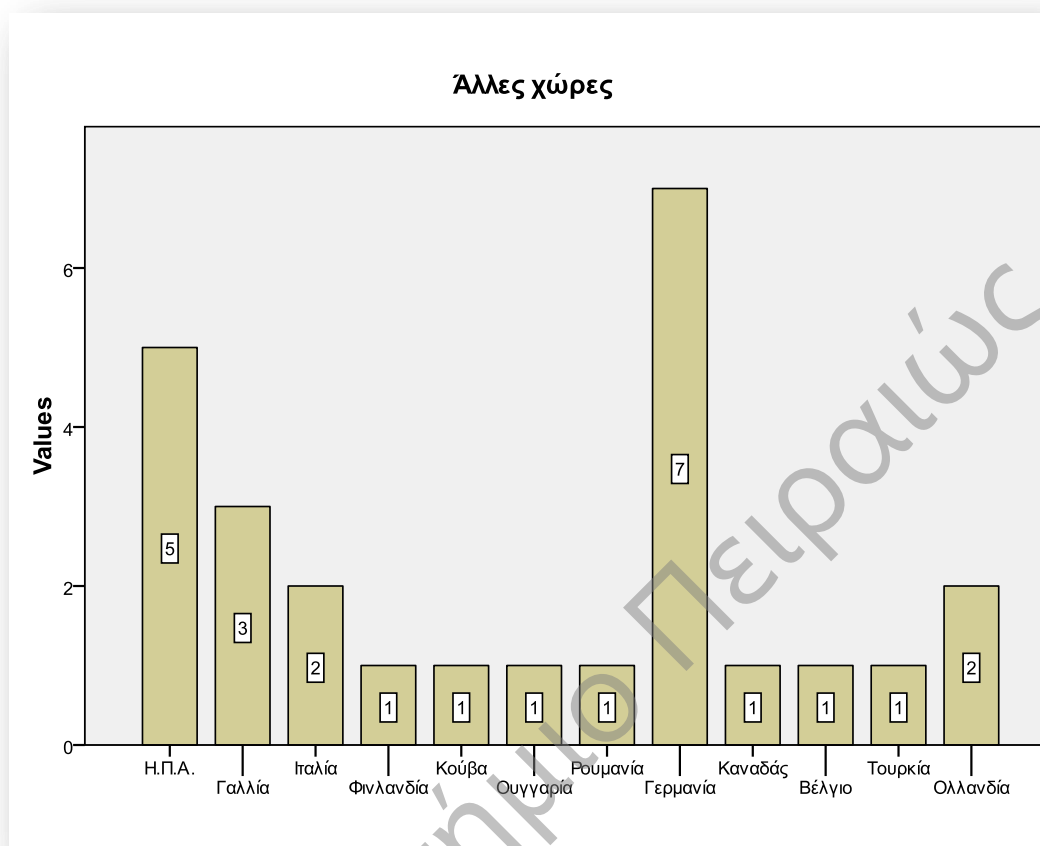
Γράφημα 4.41α

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (15) του ερωτηματολογίου



Γράφημα 4.20β

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (15) του ερωτηματολογίου, και πιο συγκεκριμένα στο ανοιχτό κελί «Άλλο»



Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση 16 (ανοιχτή) του ερωτηματολογίου, φαίνεται ότι οι πληροφορητές που έχουν γνώση συγκεκριμένων συστημάτων Π.Φ.Υ. διακρίνουν και προκρίνουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τους τα οποία θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στο τοπικό σύστημα Π.Φ.Υ., όντας δοκιμασμένα και θετικά αξιολογημένα. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται λόγος για: α) την καταλυτική παρουσία του γενικού ιατρού (28,9%),<sup>135</sup> β) τη γενικότερη αποκεντρωμένη και

<sup>135</sup> Για παράδειγμα, στη Σουηδία, στην Ισπανία, στην Ιταλία και στον Καναδά η Π.Φ.Υ. οργανώνεται πάνω στον άξονα των γενικών και οικογενειακών ιατρών, οι οποίοι έχουν ως βασικό ρόλο τον έλεγχο της χρήσης των υπηρεσιών υγείας [gatekeepers]. Εργάζονται, ως επί το πλείστον, σε κοινοτικά Κέντρα Υγείας, ενώ έχουν αρκετή αυτονομία στην άσκηση του έργου τους (Saltman, & Figueras 1997, στο Τούντας 2003: 80· Health Canada 1999, στο Τούντας 2003: 81). Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο ρόλος των γενικών ιατρών [General Practitioners, GPs] είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του εθνικού συστήματος υγείας, και πιο συγκεκριμένα του συστήματος Π.Φ.Υ. (Paul 1995, στο Τούντας 2003: 82): α) προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πάνω στο τρίπτυχο «διάγνωση – πρόληψη – θεραπεία» (Lister 1998· WHO 1999, στο Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 107), β) κάνουν προληπτικές εξετάσεις, παιδικούς εμβολιασμούς και μικροεπεμβάσεις, γ) εργάζονται σε υποβαθμισμένες περιοχές, δ) κάνουν κατ' οίκον επισκέψεις, καθώς είναι διαθέσιμοι καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και της νύχτας (Brennan *et. al.* 2000, στο Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 107), κυρίως όμως ε) διαχειρίζονται τους οικονομικούς

περιφερειακή διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, και πιο συγκεκριμένα για την ενεργή εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης στον τομέα της οργάνωσης και συγκρότησης της Π.Φ.Υ.,<sup>136</sup> προκειμένου να αποσυμφοριστούν οι μονάδες Δ.Φ.Υ. (11,1%), γ) την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, δ) την αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας κατά την ιατρική και παραϊατρική πρακτική (6,7%), ε) τη συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων υγείας (6,7%),<sup>137</sup> στ) την ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων για τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. (4,4%),<sup>138</sup> ζ) την αλλαγή της εργασιακής σχέσης των υγειονομικών λειτουργών, και πιο συγκεκριμένα την άρση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησής τους,<sup>139</sup> η) την ορθολογική

---

πόρους που τους παρέχει το εθνικό σύστημα υγείας για την αγορά νοσοκομειακών ή άλλου είδους υγειονομικών υπηρεσιών για τους ασθενείς τους, με βάση συμβόλαια αποζημίωσης κατά πράξη, και στ) λειτουργούν ως φύλακες [gatekeepers], ελέγχοντας τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κατευθύνοντας τους ασθενείς τους στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης (Τούντας 2003: 82· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 107).

<sup>136</sup> Για παράδειγμα, στη Σουηδία, σύμφωνα με τον νόμο Health and Medical Services Act (1982) και με τη μεταρρύθμιση του Dagmar (1985), η χρηματοδότηση και η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας ασκείται από τις τοπικές αρχές, οι οποίες συγκροτούνται από 21 νομαρχιακά (περιφερειακά) συμβούλια και 290 δημοτικά συμβούλια (Τούντας 2003: 83· Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 107). Κάθε νομαρχιακό (περιφερειακό) συμβούλιο χωρίζεται σε επιμέρους περιοχές υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες περιλαμβάνουν ένα νοσοκομείο και δομές Π.Φ.Υ., οι οποίες με τη σειρά τους χωρίζονται σε επιμέρους τομείς οι οποίοι αντιστοιχούν στους δήμους της χώρας (European observatory on health care systems 2001, στο Τούντας 2003: 83). Αλλά και στην Ισπανία έχει υιοθετηθεί, ένα αποκεντρωμένο σύστημα διοίκησης της υγείας. Παρόλο που η χρηματοδότηση του συστήματος βασίζεται κυρίως στη φορολογία και ο ρόλος του κράτους είναι καθοριστικός, παρατηρείται η συγκρότηση περιφερειακών προϋπολογισμών υγείας, οι οποίοι καλύπτουν καθεμία από τις 17 ημιαυτόνομες περιφέρειες της χώρας, σε συνάρτηση πάντα με τον πληθυσμό τους (Center on strategies for public and civil entrepreneurs 2001, στο Τούντας 2003: 80). Στην Ιταλία, επίσης, το σύστημα υγείας είναι αποκεντρωμένο, καθώς κάθε περιφέρεια έχει αρμοδιότητες διοίκησης και χρηματοδότησης (μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών) των υπηρεσιών υγείας που της αντιστοιχούν, μέσα από τη συγκρότηση τομέων υγείας (Τούντας 2003: 80).

<sup>137</sup> Για παράδειγμα, στην Ισπανία, στη Γερμανία, στην Ολλανδία και στο Ηνωμένο Βασίλειο οι γενικοί ιατροί εργάζονται είτε ατομικά στα ιατρεία τους [solo practice] είτε ομαδικά [group practice]. Ειδικά στο Ηνωμένο Βασίλειο, μέσα στα πλαίσια των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων του 1991, δημιουργήθηκαν σχήματα-δίκτυα οικογενειακών ιατρών [GPs Fundholders], στόχος των οποίων ήταν η διαχείριση των οικονομικών πόρων, που λάμβαναν από τον ετήσιο προϋπολογισμό για την αγορά υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία (δημόσια ή ιδιωτικά) για τον πληθυσμό που κάλυπταν γεωγραφικά (Center on strategies for public and civil entrepreneurs 2001, στο Τούντας 2003: 82· Pollock 2004· Υφαντόπουλος *et. al.* 2005, στο Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 107). Το 1999, τα δίκτυα οικογενειακών ιατρών αντικαταστάθηκαν από τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας [Primary Care Groups, PCGs], οι οποίες: α) παρείχαν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, β) συνεργάζονταν με τις τοπικές και τις υγειονομικές αρχές για την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού που κάλυπταν και γ) ασκούσαν συμβουλευτικό ρόλο σε θέματα υπηρεσιών υγείας, με στόχο την καταπολέμηση των ανισοτήτων στον χώρο της υγείας (Bindman *et. al.* 2001, στο Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 107). Το 2002, οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας αντικαταστάθηκαν από τα PCTs [Primary Care Trusts], μέσα στα πλαίσια της σκοποθεσίας των ιθύνοντων να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να μειώσουν τον χρόνο αναμονής των ασθενών στα νοσοκομεία (Γιανασμίδης & Τσιαούση 2012: 107). Γενικότερα, η ομαδική πρακτική συνιστά πλέον ένα νέο συλλογικό μοντέλο Π.Φ.Υ. (Wolper 2001, στο Τούντας 2003: 82· Τούντας 2003: 80).

<sup>138</sup> Βλ. προηγούμενες υποσημειώσεις.

<sup>139</sup> Για παράδειγμα, στον Καναδά οι γενικοί και οικογενειακοί ιατροί στην πλειοψηφία τους αποτελούν μέρος του δημόσιου συστήματος υγείας και αμείβονται κατά πράξη από τις τοπικές αρχές, αν και ήδη από την προηγούμενη δεκαετία εφαρμόζεται και το σύστημα πληρωμής κατά κεφαλή (Health Canada 1999, στο Τούντας 2003: 81). Στο Ηνωμένο Βασίλειο και στην Ολλανδία, οι ιατροί με ειδικότητα γενικής

αντιμετώπιση των περιστατικών, πριν αυτά προωθηθούν σε δευτεροβάθμιο επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης (4,4%),<sup>140</sup> θ) τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής (4,4%),<sup>141</sup> ι) την ανανέωση και την επάρκεια του τεχνολογικού εξοπλισμού, της υλικοτεχνικής υποδομής και των αναλώσιμων των μονάδων Π.Φ.Υ. (2,2%), ια) την παροχή πρώτων βοηθειών σε επείγοντα περιστατικά (2,2%), ιβ) την επαρκή ποσοτική στελέχωση των μονάδων υγείας (2,2%), ιγ) την παρακολούθηση και τη σύζευξη των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. με τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας (2,2%), ιδ) την εφαρμογή εναλλακτικών μορφών νοσηλείας, πρόληψης και προαγωγής της υγείας (κατ' οίκον νοσηλεία, κοινωνική ιατρική) (2,2%)<sup>142</sup> και ιε) την εφαρμογή προγραμμάτων πρακτικής άσκησης των τελειόφοιτων επιστημόνων, δυνάμει επαγγελματιών υγείας (2,2%) (βλ. πίνακα 4.17 και γράφημα 4.21).

**Πίνακας 4.34**

**Πίνακας συχνοτήτων και ποσοστών (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (16) του ερωτηματολογίου «Ποια βασικά χαρακτηριστικά τους γνωρίζετε, τα οποία θα μπορούσαν να εφαρμοστούν και στο ελληνικό σύστημα Π.Φ.Υ.»»**

	Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Ορθολογική κατανομή και χρήση πόρων	2	4,4	4,4
Ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στις Υ.Υ.	4	8,9	13,3
Ψηφιακές υπηρεσίες/E-health	3	6,7	20,0
Ανανέωση τεχνολογικού εξοπλισμού	1	2,2	22,2
Παροχή Α' βοηθειών σε επείγοντα περιστατικά	1	2,2	24,4
Πλήρως εξοπλισμένες Μ.Υ. (εξοπλισμός, αναλώσιμα και προσωπικό)	1	2,2	26,7
Εμπλοκή τοπικής αυτοδιοίκησης σε Π.Φ.Υ. για	5	11,1	37,8

ιατρικής είναι κυρίως συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί, οι οποίοι αμείβονται κυρίως κατά κεφαλή, αλλά και κατά πράξη για ορισμένες υπηρεσίες (Wolper 2001, στο Τούντας 2003: 83· Τούντας 2003: 82).

<sup>140</sup> Για παράδειγμα, στη Σουηδία, δικαίωμα παραπομπής των ασθενών σε ιατρούς άλλων ειδικοτήτων, σε διαγνωστικά κέντρα ή ακόμη και σε νοσοκομεία έχουν μόνο οι γενικοί ιατροί. Μάλιστα, οι ίδιοι ρυθμίζουν τα συγκεκριμένα ραντεβού ή χορηγούν παραπεμπτικό σημείωμα, το οποίο πρέπει να διαθέτει ο ασθενής προκειμένου ο χρόνος αναμονής να είναι πιο σύντομος. Με τον τρόπο αυτό, τα Κέντρα Υγείας λειτουργούν ως φίλτρο όλων των περιστατικών που χρήζουν φροντίδας: η παραπομπή ενός περιστατικού στην επόμενη βαθμίδα περίθαλψης προϋποθέτει την αντίστοιχη γνωμάτευση του υπεύθυνου γενικού ιατρού.

<sup>141</sup> Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μία από τις αρμοδιότητες του γενικού ιατρού είναι η πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων και παιδικών εμβολιασμών (Brennan *et. al.* 2000, στο Γιανασμίδης & Τσιαούσης 2012: 107).

<sup>142</sup> Για παράδειγμα, στον Καναδά, η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας, καθώς επίσης και η εξωνοσοκομειακή φροντίδα αποτελούν βασικούς άξονες της Π.Φ.Υ. Ειδικά το τελευταίο επιτυγχάνεται με την εφαρμογή υπηρεσιών όπως είναι η φροντίδα στην κοινότητα [community care] και οι μονάδες άμεσης πρόσβασης [one-stop-shopping] (European observatory on health care systems 2001, στο Τούντας 2003: 81). Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχουν ιδιώτες ιατροί, Κέντρα Υγείας, άλλα ειδικά κέντρα, χειρουργεία και κλινικές ημέρας, κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού κ.λπ. (Wieners 2001, στο Τούντας 2003: 79).

αποσυμφόρηση Δ.Φ.Υ.			
Καταλυτική παρουσία Γ.Ι. /Gatekeeper/General Practitioner	13	28,9	66,7
Ιατρικό προσωπικό όχι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης	2	4,4	71,1
Δράσεις ανάλογα με τις ανάγκες της κοινωνίας	1	2,2	73,3
Ευελιξία και αποτελεσματικότητα	1	2,2	75,6
Ορθολογική αντιμετώπιση περιστατικών Π.Φ.Υ. για αποσυμφόρηση Δ.Φ.Υ.	2	4,4	80,0
Προγράμματα κατ'οικον νοσηλείας	1	2,2	82,2
Ομάδες υγείας	3	6,7	88,9
Κοινωνική Ιατρική	1	2,2	91,1
Επάρκεια αναλώσιμων υλικών	1	2,2	93,3
Απασχόληση τελειοφοίτων επαγγελματιών υγείας για πρακτική άσκηση	1	2,2	95,6
Προληπτικές εξετάσεις	2	4,4	100,0
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100,0</b>	

Γράφημα 4.42

Ποσοστό (%) των απαντήσεων του δείγματος στην ερώτηση (16) του ερωτηματολογίου



#### 4.4.4 Συζήτηση

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος καταδεικνύει τη θετική του στάση απέναντι στην Π.Φ.Υ., ειδικά σε ό,τι αφορά την επίγνωση της αναγκαιότητας και του ρόλου της μέσα στο σύστημα υγείας και την τοπική κοινωνία. Η αναγκαιότητα και η σημασία του συστήματος Π.Φ.Υ. σχετίζεται με συγκεκριμένα δεδομένα που αφορούν τον χαρακτήρα, τις καταστατικές αρχές και τη θέση του μέσα στο Ε.Σ.Υ. Οι πληροφορητές υποστηρίζουν ότι η Π.Φ.Υ. συμβάλλει: α) στην υλοποίηση του τρίπτυχου «πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση», β) στην επίτευξη της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και στην εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, γ) στην παροχή πρώτων βοηθειών και στην άμεση επίλυση ιατρικών περιστατικών, δ) στην εύρυθμη λειτουργία και οργάνωση του Ε.Σ.Υ. και ε) στην παροχή ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας. Βέβαια, η διαχείριση των ιατρικών περιστατικών από διεπιστημονικές ομάδες υγείας δεν θίγεται ως σημαντική, πράγμα το οποίο θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένδειξη της, αν όχι αρνητικής, τουλάχιστον αδιάφορης στάσης των πληροφορητών απέναντι στη διατομεακή συνεργασία που θα μπορούσε να αναπτυχθεί σε οριζόντιο επίπεδο, με στόχο την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Επιπλέον, φαίνεται πως έχει διαμορφωθεί μια μονοκατευθυντική οπτική από την πλευρά του δείγματος όσον αφορά τη συμβολή της τοπικής κοινωνίας στη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας.

Περίπου τα 2/3 του δείγματος θεωρούν μη αποδοτικές τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Η συγκεκριμένη αρνητική στάση των πληροφορητών συνάδει επίσης με την παρατηρούμενη αρνητική στάση των πολιτών απέναντι στις ίδιες υπηρεσίες.<sup>143</sup> Υψηλά ποσοστά θετικής αξιολόγησης λαμβάνουν δείκτες όπως: α) η κτιριακή υποδομή των μονάδων, β) η ποιοτική στελέχωσή τους σε ανθρώπινο δυναμικό και γ) το ωράριο λειτουργίας τους. Ωστόσο, χαμηλά ποσοστά θετικής αξιολόγησης λαμβάνουν δείκτες όπως: α) η επάρκεια των μονάδων σε υλικοτεχνική υποδομή, β) η εσωτερική αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών, γ) η αξιοποίηση της σύγχρονης τεχνολογίας και των ψηφιακών εργαλείων κατά την ιατρική και παραϊατρική πρακτική, δ) το σύστημα παραπομπής περιστατικών ανάμεσα στις δομές Π.Φ.Υ και Δ.Φ.Υ. και ε) η ποσοτική στελέχωση των μονάδων σε ανθρώπινο δυναμικό.

---

<sup>143</sup> Βλ. υποκεφάλαιο 4.2.

Υψηλά ποσοστά αρνητικής αξιολόγησης λαμβάνουν δείκτες όπως: α) η ανεπάρκεια των μονάδων ως προς την υλικοτεχνική τους υποδομή, την ποσοτική και την ποιοτική τους στελέχωση και κατανομή και β) ο γραφειοκρατικός χαρακτήρας των υπηρεσιών. Εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά αρνητικής αξιολόγησης λαμβάνουν δείκτες όπως: α) το ωράριο λειτουργίας των μονάδων Π.Φ.Υ., β) το ωράριο και ο φόρτος εργασίας των λειτουργών και γ) η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αξιοσημείωτη είναι η επίγνωση των πληροφορητών για την ανεπιτυχή διασύνδεση των μονάδων Π.Φ.Υ. με τις μονάδες Δ.Φ.Υ., πράγμα το οποίο καταδεικνύει τη χρόνια αδυναμία του Ε.Σ.Υ. να υποκαταστήσει τη νοσοκομειακή φροντίδα με την Π.Φ.Υ., όπου αυτό είναι δυνατόν. Τέλος, το χαμηλό ποσοστό αρνητικής αξιολόγησης το οποίο σημειώθηκε όσον αφορά την ανεπάρκεια του συστήματος Π.Φ.Υ. να αξιοποιήσει τα εργαλεία της ψηφιακής τεχνολογίας για την άσκηση ιατρικού και παραϊατρικού έργου φαίνεται πως εκφράζει τον μειωμένο βαθμό προτεραιότητας που δίνουν οι πληροφορητές σ' αυτόν τον τομέα.

Οι αλλαγές και οι παρεμβάσεις που οι ίδιοι οι πληροφορητές προτείνουν για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ. χαρακτηρίζονται από πλουραλισμό και θα μπορούσαν να συνοψιστούν με βάση τους ακόλουθους άξονες, η ιεράρχηση των οποίων εκφράζει αδρομερώς και τη στάση τους απέναντι στην πιθανότητα επίτευξής τους: α) χρηματοδότηση Π.Φ.Υ. (αύξηση χορηγούμενων κονδυλίων από τον κρατικό προϋπολογισμό για την Π.Φ.Υ.),<sup>144</sup> β) στελέχωση, κατανομή και διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού (ποσοτική και ποιοτική στελέχωση,<sup>145</sup> ορθολογική κατανομή του προσωπικού στις μονάδες Π.Φ.Υ., ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού/προσωπικού ιατρού,<sup>146</sup> παροχή κινήτρων απόδοσης,<sup>147</sup> πραγματοποίηση προγραμμάτων εξειδίκευσης,<sup>148</sup> αλλαγές στη σχέση εργασίας<sup>149</sup> κ.λπ.), γ) υλικοτεχνική

---

<sup>144</sup> Γενικότερα, οι μεταρρυθμίσεις στον χώρο της Π.Φ.Υ. εξαρτώνται από την υλοποίηση ενός ευρύτερου και καλά σχεδιασμένου προγράμματος μεταρρυθμίσεων του δημοσιονομικού και χρηματοδοτικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων της φορολογίας και των ασφαλιστικών εισφορών, προκειμένου να διασφαλιστεί η οικονομική διαχείριση των πόρων και η ικανοποίηση των εμπλεκόμενων μερών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 329· Οικονόμου 2012: 95).

<sup>145</sup> Πρβ. επίσης Κυριόπουλος et. al. (2000: 178), Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2008: 328), Έλληνας (2010: 21), Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 14) και Σωτηριάδου et. al. (2011: 146).

<sup>146</sup> Ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού είναι αναγκαίος, καθώς μπορεί να προσφέρει μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών φροντίδας στους χρήστες, καθώς επίσης και να αναλάβει τη διαχείριση του συστήματος παραπομπής [gate-keeping] των ασθενών σε ειδικούς (Κυριόπουλος 2000: 181-186· Σουλιάτης & Λιονής 2003: 469-470· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 328-329· Έλληνας 2010: 22).

<sup>147</sup> Υποστηρίζεται ότι πρέπει να δημιουργηθούν οι κατάλληλες προϋποθέσεις, έτσι ώστε οι επαγγελματίες υγείας να συμβάλουν ουσιαστικά στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ., καθώς επίσης να δοθούν κίνητρα προκειμένου να ενισχύσουν τις μονάδες Π.Φ.Υ. της περιφέρειας και των παραμεθόριων περιοχών (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 328· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14).

<sup>148</sup> Ομοίως, οι Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 14) προτείνουν ότι πρέπει να αναπτυχθούν προγράμματα συνεχούς κατάρτισης στη γενική ιατρική, καθώς επίσης να τεθούν οι βάσεις για την

υποδομή (ανανέωση και επάρκεια εξοπλισμού και υλικοτεχνικής υποδομής μονάδων Π.Φ.Υ.)<sup>150</sup> και δ) διοικητική και οργανωτική διάρθρωση μονάδων Π.Φ.Υ. (ισόρροπη γεωγραφική κατανομή μονάδων Π.Φ.Υ., ορθολογική διαχείριση,<sup>151</sup> ισότιμη πρόσβαση των χρηστών σε αυτές,<sup>152</sup> αύξηση ωραρίου λειτουργίας,<sup>153</sup> βελτίωση διασύνδεσης των μονάδων Π.Φ.Υ. με τις μονάδες Δ.Φ.Υ.,<sup>154</sup> εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων νοσηλείας<sup>155</sup> και προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας,<sup>156</sup> αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας στις υπηρεσίες υγείας<sup>157</sup> κ.λπ.). Η ταξινόμηση των παραπάνω αξόνων στις πρώτες θέσεις της ιεραρχίας υποδηλώνει ουσιαστικά την

---

ακαδημαϊκή διασύνδεση των μονάδων Π.Φ.Υ. τόσο με μονάδες Δ.Φ.Υ. όσο και με τμήματα ιατρικής πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. Οι Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2008: 328) υποστηρίζουν ότι είναι επίσης αναγκαία η αλλαγή των προγραμμάτων σπουδών των ιατρικών σχολών (σε προπτυχιακό και μεταπτυχιακό επίπεδο), έτσι ώστε να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο η κατάρτιση των φοιτητών σε θέματα οικογενειακής/γενικής ιατρικής, αλλά και να αυξηθούν τα κίνητρό τους ως προς την επιλογή της συγκεκριμένης ειδικότητας. Επιπλέον, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη μετεκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού (κοινωνική νοσηλευτική, αξιοποίηση επισκεπτών υγείας) (Έλληνας 2010: 22).

<sup>149</sup> Πρβ. επίσης Οικονόμου (2012: 95).

<sup>150</sup> Πρβ. επίσης Έλληνας (2010: 21) και Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 14).

<sup>151</sup> Γενικότερα, τονίζεται η ανάγκη εφαρμογής αποτελεσματικών τρόπων διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης των μονάδων Π.Φ.Υ. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 328).

<sup>152</sup> Μάλιστα, προτείνεται η ανάπτυξη συγκεκριμένων αλγορίθμων για την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, όπως επίσης η πραγματοποίηση εκστρατειών ενημέρωσης, προκειμένου να αρθεί η έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στο δημόσιο σύστημα Π.Φ.Υ. (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14). Γενικότερα, προτείνεται η προώθηση ενός πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας της Π.Φ.Υ. το οποίο θα εδράζεται στον σεβασμό προς τον χρήστη και τις ανάγκες του, είτε αυτές αφορούν την πρόσβαση στις Μ.Υ., είτε την εξυπηρέτηση, είτε τις υποδομές, είτε την επαγγελματική δεοντολογία των λειτουργών κ.λπ. (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 329). Βλ. επίσης Κυριόπουλος et. al. (2000: 177).

<sup>153</sup> Βλ. επίσης Κυριόπουλος et. al. (2000: 182).

<sup>154</sup> Ομοίως, οι Σωτηριάδου et. al. (2011: 146) και οι Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 14) υποστηρίζουν ότι είναι αναγκαία η αποτελεσματική διασύνδεση της Π.Φ.Υ. με τα νοσοκομεία και τα κέντρα τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μάλιστα, οι Κυριόπουλος et. al. (2000: 177) υποστηρίζουν ότι επιβάλλεται ο επαναπροσδιορισμός των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου η Π.Φ.Υ. να καταστεί ο πυρήνας του Ε.Σ.Υ., ενώ η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα να λειτουργούν υποστηρικτικά. Πρβ. επίσης Έλληνας (2010: 22).

<sup>155</sup> Υποστηρίζεται ότι πρέπει να τεθούν σε εφαρμογή οι υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας, της βραχείας νοσηλείας, της επείγουσας περίθαλψης και άλλων υπηρεσιών οι οποίες θα μπορούσαν να ενταχθούν στο φάσμα της Π.Φ.Υ. (φυσιοθεραπεία, οδοντιατρική φροντίδα, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, προσχολικής και σχολικής αγωγής, εργαστηριακές εξετάσεις, υπηρεσίες πρόληψης και αποκατάστασης, κοινωνικής φροντίδας, τηλεφωνικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες κ.λπ.) (Κυριόπουλος et. al. 2000: 182· Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 328· Έλληνας 2010: 21-22· Σωτηριάδου et. al. 2011: 146). Τέτοιου είδους υπηρεσίες θα μπορούσαν να συντελέσουν στην αποσυμφόρηση των μονάδων Δ.Φ.Υ. και στην ουσιαστική παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

<sup>156</sup> Πρβ. επίσης Έλληνας (2010: 21-22), Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 14) και Οικονόμου (2012: 95).

<sup>157</sup> Πρβ. επίσης Κουρής et. al. (2007: 64). Μάλιστα, τονίζεται ιδιαίτερα η δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, το οποίο μπορεί να συμβάλει στην ολιστική αντιμετώπιση κάθε περιστατικού (Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14), η κάρτα υγείας, καθώς επίσης η χρήση της τηλεϊατρικής σε απομακρυσμένες περιοχές (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 328· Έλληνας 2010: 22· Σωτηριάδου et. al. 2011: 146). Προτείνεται, επίσης, η ανάπτυξη ηλεκτρονικών οδηγιών και αλγορίθμων οι οποίοι θα κατευθύνουν τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη συνταγογράφηση, η εισαγωγή κλινικών ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων κ.λπ. (Κυριόπουλος et. al. 2000: 178· Σουλιώτης & Λιονής 2003: 470· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14· Οικονόμου 2012: 95-96).



προτεραιότητα που δίνει το δείγμα της έρευνάς μας στους συγκεκριμένους τομείς της Π.Φ.Υ.

Αντιθέτως, φαίνεται ότι δεν δίνεται μεγάλη έμφαση σε ζητήματα που αφορούν: α) τη βελτίωση των κτιριακών υποδομών των μονάδων Π.Φ.Υ., β) την ουσιαστική εφαρμογή ενός συστήματος αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών,<sup>158</sup> γ) τη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων υγείας<sup>159</sup> και δ) την ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία.<sup>160</sup> Τα παραπάνω δεδομένα υποδηλώνουν ότι συγκεκριμένες εκφάνσεις της έννοιας της Π.Φ.Υ. (ασχέτως αν αποτελούν κεφαλαιώδη και διαχρονικά ζητήματά της) δεν έχουν εδραιωθεί στη συνείδηση των λειτουργών της Π.Φ.Υ.

Σύμφωνα με τους πληροφορητές, οι λόγοι που καθιστούν ανέφικτες πολλές από τις προτάσεις τους σχετίζονται με: α) την έλλειψη οικονομικών πόρων και τη γενικότερη οικονομική κρίση στην οποία έχει περιέλθει η χώρα, β) την έλλειψη πολιτικής βούλησης για τη συγκρότηση και την εφαρμογή μιας σταθερής και συνεκτικής εθνικής στρατηγικής στον χώρο της υγείας,<sup>161</sup> γ) την απουσία δραστικών επεμβάσεων ενάντια στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας, δ) τον παραδοσιακά συγκεντρωτικό, γραφειοκρατικό και, ουσιαστικά, αναποτελεσματικό χαρακτήρα της διοίκησης,<sup>162</sup> την

---

<sup>158</sup> Ωστόσο, τονίζεται ιδιαίτερα η αποτελεσματικότητα του ελέγχου και της αξιολόγησης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και της ανατροφοδότησης με βάση πραγματικά δεδομένα χρήσης και λειτουργίας, έτσι ώστε να επιτευχθούν οι απαραίτητες διορθωτικές αλλαγές (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 328· Σωτηριάδου et. al. 2011: 146· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14). Προτείνεται, επίσης, ο έλεγχος της κλινικής αποτελεσματικότητας του προσωπικού ιατρού (Σουλιάτης & Λιονής 2003: 470), η ανάπτυξη ιατρικών πρωτοκόλλων διάγνωσης και αλγόριθμων θεραπείας, η άσκηση τεκμηριωμένης ιατρικής [evidence-based medicine] και η εφαρμογή διαδικασιών ιατρικού ελέγχου [medical audit] (Κυριόπουλος et. al. 2000: 178· Σουλιάτης & Λιονής 2003: 470· Βραχάτης & Παπαδόπουλος 2012: 14· Οικονόμου 2012: 85).

<sup>159</sup> Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι η διεπιστημονική συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην Π.Φ.Υ. μπορεί να συμβάλει: α) στη συνειδητοποίηση του ρόλου κάθε επαγγελματία ξεχωριστά, β) στην ανάπτυξη του αλληλοσεβασμού και της συναδελφικότητας των επαγγελματιών υγείας, γ) στην παροχή σύγχρονων και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και δ) στον περιορισμό της νοσοκομειοκεντρικής περιθαλψής και την ισόρροπη διασύνδεση των επιμέρους επιπέδων υγειονομικής φροντίδας (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2008: 328· Έλληνας 2010: 21-22· Σωτηριάδου et. al. 2011: 146· Οικονόμου 2012: 95).

<sup>160</sup> Ωστόσο, οι Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (2008: 328), Έλληνας (2010: 21, 23) και Σωτηριάδου et. al. (2011: 146) τονίζουν την ανάπτυξη ενός δικτύου συνεργασίας των μονάδων Π.Φ.Υ. με την τοπική κοινωνία (π.χ. εκπαιδευτικούς, συλλόγους γονέων και κηδεμόνων, συνδικαλιστικές ενώσεις, εθελοντικές οργανώσεις κ.λπ.) και τις τοπικές αρχές, με στόχο την πρόληψη και την αγωγή υγείας. Πρβ. επίσης Κυριόπουλος et. al. (2000: 177-178) σχετικά με την έμφαση που πρέπει να δοθεί στην κάλυψη των αναγκών, στην παράλληλη μελέτη των κοινωνικών, οικονομικών, επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της κοινότητας αναφοράς και, κυρίως, στον κοινοτικό προσανατολισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών μέσα από μια διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών και λήψης αποφάσεων.

<sup>161</sup> Και οι Κουρής et. al. (2007: 64) και Έλληνας (2010: 23) υποστηρίζουν ότι η επιτυχία μιας υγειονομικής μεταρρύθμισης εξαρτάται πρωτίστως από την πολιτική βούληση, τη διακομματική συνεργασία και τη συναίνεση όλων των εμπλεκόμενων πλευρών.

<sup>162</sup> Όπως σημειώνουν οι Βραχάτης & Παπαδόπουλος (2012: 14), πρέπει να διαμορφωθεί ένα υγιές πλαίσιο επικοινωνίας μεταξύ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής και των αποκεντρωμένων μονάδων Π.Φ.Υ. Σε αυτό μπορούν να συμβάλουν και οι τοπικές αρχές,

έλλειψη προγραμματισμού και την κακή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, ε) την αδυναμία ορθολογικής στελέχωσης και κατανομής του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και στ) την ελλιπή υποστήριξη του σε επίπεδο υλικοτεχνικής υποδομής, εξοπλισμού και τεχνολογίας. Είναι ενδιαφέρον ότι η ατομική και συλλογική ευθύνη των ίδιων των λειτουργών της Π.Φ.Υ. δεν τέθηκε ως πρώτη γραμμής ζήτημα, γεγονός που υποδηλώνει την απροθυμία των πληροφορητών να κάνουν αυτοκριτική για θέματα του κλάδου τους, όπως είναι ο βλαβερός συνδικαλισμός, η σύγκρουση συμφερόντων, η κακώς εννοούμενη δημοσιοϋπαλληλική κουλτούρα, η αναξιοκρατία, η απουσία αντικειμενικής αξιολόγησης, η έλλειψη γόνιμου ενδιαφέροντος για την επαγγελματική τους εξέλιξη και την περαιτέρω κατάρτισή τους στο άμεσο αντικείμενο ενασχόλησής τους.<sup>163</sup>

Η στάση της πλειονότητας του δείγματος απέναντι στον θεσμό του οικογενειακού ιατρού είναι θετική, παρόλο που η όποια διαρθρωτική παρέμβαση σ' αυτό το θέμα δεν αξιολογείται ως άμεσης προτεραιότητας. Τονίζεται η συμβολή του οικογενειακού ιατρού: α) στην ολιστική και ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των ιατρικών περιστατικών, όντας σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας, β) στη φροντίδα και την αποκατάσταση ασθενών, στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και άλλων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την κοινότητα, αλλά και στην πρόληψη ασθενειών, γ) στην εποπτεία των κοινωνικών χαρακτηριστικών και των συνθηκών ζωής και εργασίας των ασθενών του, μέσα από την κατάρτιση και την τήρηση του ιατρικού τους φακέλου, δ) στην παροχή κατευθυντήριων γραμμών και στην παραπομπή των ασθενών στις υπόλοιπες βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης και ε) στον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας και στη συνακόλουθη εξοικονόμηση πόρων.<sup>164</sup>

Επιπλέον, ένα μεγάλο μέρος των πληροφορητών έχει ελλιπή γνώση όσον αφορά σχετικά παραδείγματα αποτελεσματικών συστημάτων Π.Φ.Υ. στον υπόλοιπο κόσμο. Ωστόσο, καταγράφεται η ενδελεχής ή μερική γνώση των συστημάτων Π.Φ.Υ. του Ηνωμένου Βασιλείου, της Σουηδίας, τη Γερμανίας, των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, της Γαλλίας, της Ιταλίας, της Ολλανδίας, της Φινλανδίας, της Κούβας, της Ουγγαρίας, της Ρουμανίας, του Καναδά, του Βέλγιου και της Τουρκίας. Προκρίνονται μάλιστα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τα οποία θα μπορούσαν να τεθούν σε

---

προκειμένου να επιτευχθεί η μετάβαση από τη συγκεντρωτική διοίκηση στην αυτοδιαχείριση [self-governing] (Ελληνας 2010: 23).

<sup>163</sup> Και οι Κουρής et. al. (2007: 64) τονίζουν ιδιαίτερα το γεγονός ότι οι ίδιοι οι υγειονομικοί λειτουργοί οφείλουν να κινητοποιηθούν και να προσαρμοστούν στα εκάστοτε νέα δεδομένα τα οποία αφορούν το πλαίσιο λειτουργίας της Π.Φ.Υ.

<sup>164</sup> Πρβ. επίσης Κυριόπουλος et. al. (2000: 181-186) και Σουλιώτης & Λιονής (2003: 469-470).

εφαρμογή και στο τοπικό μας παράδειγμα. Πιο συγκεκριμένα: α) η ενισχυμένη παρουσία του γενικού ιατρού, β) η αποκεντρωμένη και περιφερειακή διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, γ) η ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, δ) η αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας κατά την ιατρική και παραϊατρική πρακτική, ε) η συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων υγείας, στ) η ορθολογική κατανομή και χρήση των πόρων για τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., ζ) η αλλαγή της εργασιακής σχέσης των υγειονομικών λειτουργών, η) η ορθολογική αντιμετώπιση των περιστατικών, πριν αυτά προωθηθούν σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, θ) τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής, ι) η ανανέωση και η επάρκεια του τεχνολογικού εξοπλισμού, της υλικοτεχνικής υποδομής και των αναλώσιμων των μονάδων Π.Φ.Υ., ια) η παροχή πρώτων βοηθειών σε επείγοντα περιστατικά, ιβ) η επαρκής ποσοτική στελέχωση των μονάδων υγείας, ιγ) η παρακολούθηση και η σύζευξη των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. με τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, ιδ) η εφαρμογή εναλλακτικών μορφών νοσηλείας, πρόληψης και προαγωγής της υγείας και ιε) η εφαρμογή προγραμμάτων πρακτικής άσκησης των τελειόφοιτων επιστημόνων, δυνάμει επαγγελματιών υγείας.

#### **4.5 Ανακεφαλαίωση**

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος έχει επίγνωση της αναγκαιότητας και του ρόλου της Π.Φ.Υ. μέσα στο σύστημα υγείας και την τοπική κοινωνία. Η αναγκαιότητα και η σημασία του συστήματος Π.Φ.Υ. σχετίζεται με συγκεκριμένα δεδομένα που αφορούν τον χαρακτήρα, τις καταστατικές αρχές και τη θέση του μέσα στο Ε.Σ.Υ. Ωστόσο, τα 2/3 περίπου των πληροφορητών δεν εκφράζουν την ικανοποίησή τους όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα. Η συγκεκριμένη αρνητική στάση βρίσκεται σε αντιστοιχία με τα πορίσματα εμπειρικών ερευνών οι οποίες αφορούν τόσο την αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών από τους ίδιους τους πολίτες όσο και τη διερεύνηση της εργασιακής ικανοποίησης των υγειονομικών λειτουργών.

Αυτό που παρατηρείται είναι ότι οι πληροφορητές αξιολογούν θετικά κυρίως την κτιριακή υποδομή, την ποιοτική στελέχωση και το ωράριο λειτουργίας των μονάδων Π.Φ.Υ. Ωστόσο, αξιολογούν αρνητικά τις ανεπάρκειες των μονάδων ως προς την υλικοτεχνική τους υποδομή, την ποσοτική τους στελέχωση, το γραφειοκρατικό και

νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα διοίκησης και την προβληματική τους διασύνδεση με τις μονάδες Δ.Φ.Υ. Οι ίδιοι τομείς αποτελούν κεντρικής σημασίας και στις αλλαγές και παρεμβάσεις που προτείνουν να γίνουν στο σύστημα Π.Φ.Υ. Δίνεται έμφαση κυρίως στην αύξηση της χρηματοδότησης της Π.Φ.Υ., στην αποτελεσματική και επαρκή στελέχωση και διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού στις μονάδες Π.Φ.Υ. (ορθολογική κατανομή, κίνητρα απόδοσης, προγράμματα κατάρτισης κ.λπ.), στην ενίσχυση της υλικοτεχνικής τους υποδομής και στη βελτίωση της διοικητικής και οργανωτικής τους διάρθρωσης (ορθολογική κατανομή μονάδων, αποτελεσματική διασύνδεσή τους με μονάδες Δ.Φ.Υ., εφαρμογή εναλλακτικών τρόπων νοσηλείας και προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, αξιοποίηση ψηφιακής τεχνολογίας κ.λπ.). Ζητήματα τα οποία αφορούν την εφαρμογή ενός αντικειμενικού συστήματος αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών, τη δημιουργία διεπιστημονικών ομάδων υγείας και την ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία αποτελούν δευτερεύουσας σημασίας θέματα και φαίνεται πως δεν έχουν εδραιωθεί στη συνείδηση των πληροφορητών.

Οι λόγοι που καθιστούν ανέφικτες πολλές από τις προτάσεις τους σχετίζονται κυρίως με την έλλειψη οικονομικών πόρων και τη γενικότερη οικονομική κρίση στην οποία έχει περιέλθει η χώρα, την έλλειψη πολιτικής βούλησης, την απουσία δραστικών επεμβάσεων ενάντια στην ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας, τον συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό χαρακτήρα της διοίκησης, την έλλειψη προγραμματισμού και την κακή διαχείριση των διαθέσιμων πόρων, την αδυναμία ορθολογικής στελέχωσης και κατανομής του ανθρώπινου δυναμικού και την ελλιπή υποστήριξή του σε επίπεδο υλικοτεχνικής υποδομής, εξοπλισμού και τεχνολογίας. Είναι ενδιαφέρον ότι δεν δίνεται έμφαση στην ατομική και συλλογική ευθύνη των ίδιων των λειτουργών της Π.Φ.Υ., γεγονός που υποδηλώνει την απροθυμία των πληροφορητών να ασκήσουν ουσιαστική κριτική σε θέματα όπως ο βλαβερός συνδικαλισμός, τα συμφέροντα, η κακώς εννοούμενη δημοσιοϋπαλληλική κουλτούρα, η αναξιοκρατία, η απουσία αντικειμενικής αξιολόγησης και η έλλειψη ενδιαφέροντος για το άμεσο αντικείμενο ενασχόλησής τους.

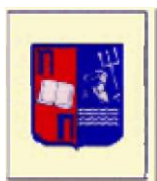
Παρόλο που η ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού δεν αξιολογείται ως άμεσης προτεραιότητας παρέμβαση, οι πληροφορητές αναγνωρίζουν τη συμβολή του στην ολιστική και ανθρωποκεντρική αντιμετώπιση των ιατρικών περιστατικών, τη φροντίδα και την αποκατάσταση ασθενών, στην κατάρτιση και την τήρηση του ιατρικού τους φακέλου, στην παραπομπή των ασθενών στις υπόλοιπες βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης, στον έλεγχο των υπηρεσιών υγείας και στη συνακόλουθη

εξοικονόμηση πόρων, στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και άλλων παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την κοινότητα και στην πρόληψη ασθενειών.

Γεγονός είναι ότι ένα μεγάλο μέρος των πληροφορητών έχει ελλιπή γνώση άλλων συστημάτων Π.Φ.Υ. που εφαρμόζονται σε χώρες του εξωτερικού. Ωστόσο, κρίνεται ότι θα μπορούσαν να τεθούν σε εφαρμογή στο τοπικό μας παράδειγμα πολλά θετικά τους χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα η αποκεντρωμένη και περιφερειακή διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, η ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων, η αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας και σύγχρονου εξοπλισμού, η συγκρότηση διεπιστημονικών ομάδων υγείας, η ενισχυμένη παρουσία του γενικού ιατρού, η εφαρμογή ενός αποτελεσματικού συστήματος παραπομπών, η ευρεία εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής, παροχής εναλλακτικών μορφών νοσηλείας και πρώτων βοηθειών, η επαρκής ποσοτική στελέχωση των μονάδων υγείας και η σύζευξη των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. με τις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



Πανεπιστήμιο Πειραιώς  
Τμήμα  
Οικονομικής Επιστήμης

Τ.Ε.Ι. Πειραιά  
Τμήμα  
Διοίκησης Επιχειρήσεων



Θα ήθελα την βοήθεια σας, συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί, το οποίο αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος Διοίκησης της Υγείας του Πανεπιστημίου Πειραιώς και αφορά τα «**Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Αξιολόγηση από τους λειτουργούς της**», το οποίο ολοκληρώνω με την εκπόνηση της προαναφερθείσας εργασίας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα, οι απαντήσεις είναι πλήρως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς στο πλαίσιο της συγκεκριμένης εργασίας. Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας, ελπίζοντας πως ο αριθμός των ερωτήσεων δε θα σας κουράσει πολύ!

Γιώργος Ξύδης

1. Θεωρείτε ικανοποιητικές και αποδοτικές τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα σήμερα;

- Πάρα πολύ
- Πολύ
- Ούτε πολύ ούτε λίγο
- Λίγο
- Ελάχιστα

2. Εάν θεωρείτε τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ικανοποιητικές και αποδοτικές, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους; (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από έναν λόγους.)

- Εγκαταστάσεις – Κτιριακές υποδομές
- Εξοπλισμός – Υλικοτεχνική υποδομή – Αναλώσιμα υλικά
- Η/Υ με πρόσβαση στο διαδίκτυο (βιβλιοθήκες κ.λπ.)
- Ψηφιακές υπηρεσίες υγείας (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τηλεϊατρική, e-health, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κ.λπ.)
- Επαρκές ωράριο λειτουργίας
- Ωράριο εργασίας
- Ποιοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ. (γνώσεις, εκπαίδευση, κατάρτιση, εξειδίκευση, εμπειρία)

- Ποσοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.
- Κατανομή και σύνθεση προσωπικού μονάδων Π.Φ.Υ.
- Διασύνδεση με μονάδες Δ.Φ.Υ. – Αποδοτικό σύστημα παραπομπής
- Αξιολόγηση παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Άλλο: .....

3. Εάν δεν θεωρείτε τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. ικανοποιητικές και αποδοτικές, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους; (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από έναν λόγους.)

- Γραφειοκρατία
- Νοσοκομειοκεντρικό σύστημα
- Εγκαταστάσεις – Κτιριακές υποδομές
- Εξοπλισμός – Υλικοτεχνική υποδομή – Αναλώσιμα υλικά
- Η/Υ με πρόσβαση στο διαδίκτυο (βιβλιοθήκες κ.λπ.)
- Ψηφιακές υπηρεσίες υγείας (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τηλεϊατρική, e-health, ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κ.λπ.)
- Ωράριο εργασίας
- Φόρτος εργασίας
- Ανεπαρκές ωράριο λειτουργίας
- Ποιοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ. (γνώσεις, εκπαίδευση, κατάρτιση, εξειδίκευση, εμπειρία)
- Ποσοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ.
- Κατανομή και σύνθεση προσωπικού μονάδων Π.Φ.Υ.
- Διασύνδεση με μονάδες Δ.Φ.Υ. – Αποδοτικό σύστημα παραπομπής
- Αξιολόγηση παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Άλλο: .....

4. Ποιες αλλαγές ή παρεμβάσεις θα προτεινάτε, ώστε να βελτιωθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ.;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



5. Θεωρείτε το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. αναγκαίο;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

6. Θεωρείτε το υποσύστημα της Π.Φ.Υ. σημαντικό;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

7. Αν το θεωρείτε σημαντικό, το πιστεύετε αυτό ως προς ποιον από τους παρακάτω λόγους; (Μπορείτε να επιλέξετε παραπάνω από έναν λόγους.)

- Ως προς τη θέση του στο Εθνικό Σύστημα Υγείας
- Ως προς τη αποδοτική διαχείριση των πόρων και του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Ως προς τη διεπιστημονικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Ως προς την υλοποίηση του τρίπτυχου «πρόληψη – θεραπεία – αποκατάσταση»
- Ως προς την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας
- Ως προς την παροχή πρώτων βοηθειών
- Ως προς την αμεσότητα επίλυσης περιστατικών
- Ως προς την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας
- Ως προς την εξάλειψη των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία
- Ως προς την εύρυθμη λειτουργία και οργάνωση του συστήματος υγείας
- Ως προς την ανάπτυξη και την ευημερία της τοπικής κοινωνίας
- Ως προς τη δυνατότητα συμμετοχής της τοπικής κοινωνίας στη λήψη αποφάσεων για την υγεία
- Άλλο: .....

8. Ποιες αλλαγές ή παρεμβάσεις πρέπει να γίνουν για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.;

- Διάθεση περισσότερων οικονομικών πόρων για τις δομές Π.Φ.Υ.
- Βελτίωση εγκαταστάσεων – κτιριακών υποδομών
- Ανανέωση εξοπλισμού – Νέες υλικοτεχνικές υποδομές – Επάρκεια αναλώσιμων υλικών
- Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών – Έμφαση στις ψηφιακές υπηρεσίες υγείας
- Εκπαίδευση, κατάρτιση και εξειδίκευση προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού)
- Προγράμματα συνεχούς κατάρτισης στη Γενική Ιατρική
- Αύξηση αριθμού γενικών ιατρών

- Επαρκής ποσοτική στελέχωση μονάδων Π.Φ.Υ. (ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό)
- Λειτουργική κατανομή και σύνθεση προσωπικού μονάδων Π.Φ.Υ.
- Συνεργασία και διεπιστημονικότητα – Ομάδες υγείας
- Αποτελεσματική διασύνδεση με μονάδες Δ.Φ.Υ. – Αποδοτικό σύστημα παραπομπής
- Παροχή κινήτρων προς τους επαγγελματίες υγείας για στήριξη του δικτύου Π.Φ.Υ.
- Ενίσχυση του θεσμού του οικογενειακού/προσωπικού ιατρού
- Ανάπτυξη υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας
- Αξιολόγηση ποιότητας και απόδοσης των υπηρεσιών Π.Φ.Υ.
- Ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας με την τοπική κοινωνία
- Βελτίωση προσβασιμότητας των ασθενών στις δομές Π.Φ.Υ.
- Αλλαγή φιλοσοφίας για το τι σημαίνει Π.Φ.Υ.
- Άλλο: .....

9. Ποιες από αυτές είναι εφικτές;

.....

.....

.....

.....

10. Οι αλλαγές αυτές είναι πραγματοποιήσιμες...

- Βραχυπρόθεσμα
- Μεσοπρόθεσμα
- Μακροπρόθεσμα

11. Ποιοι λόγοι, κατά τη γνώμη σας, καθιστούν τις παραπάνω προτάσεις ανέφικτες;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

12. Θεωρείτε σημαντική τη συμβολή του οικογενειακού ιατρού στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ.;

- Πάρα πολύ
- Πολύ

- Ούτε πολύ ούτε λίγο
- Λίγο
- Ελάχιστα

13. Για ποιον λόγο;

- Χρησιμοποιεί λιγότερους πόρους σχετικά με άλλες ειδικότητες
- Έχει σφαιρική γνώση και εποπτεία των κοινωνικών χαρακτηριστικών και των συνθηκών ζωής και εργασίας κάθε ασθενή
- Μπορεί να διαχειριστεί χρόνια νοσήματα και παράγοντες κινδύνου που αφορούν την κοινότητα μέσα στην οποία εργάζονται
- Μπορεί να ασκήσει προληπτικό και προσυμπτωματικό έλεγχο στους ασθενείς του
- Μπορεί να καταρτίσει και να τηρήσει με αποτελεσματικό τρόπο τον ιατρικό φάκελο κάθε ασθενή του
- Προσεγγίζει κάθε ιατρικό πρόβλημα ολιστικά (από ιατρική, κοινωνική και ψυχολογική σκοπιά)
- Μπορεί να διαχειριστεί τη φροντίδα και την αποκατάσταση των ασθενών του, όντας σε διασύνδεση με άλλες ειδικότητες ιατρών και άλλες μονάδες υγείας
- Μπορεί να κρίνει κατά πόσο είναι αναγκαία η παραπομπή ενός ασθενή εκτός πρωτοβάθμιας φροντίδας

14. Γνωρίζετε πρότυπα Π.Φ.Υ. του εξωτερικού;

- Ναι
- Όχι

15. Ποιας χώρας;

- Ηνωμένο Βασίλειο
- Σουηδία
- Άλλο: .....

16. Ποια βασικά χαρακτηριστικά τους γνωρίζετε, τα οποία θα μπορούσαν να εφαρμοστούν και στο ελληνικό σύστημα Π.Φ.Υ.;

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΗ

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου είναι **άκρως εμπιστευτικό**. Οι πληροφορίες που αφορούν τους ερωτώμενους **δεν θα γίνουν γνωστές σε καμία περίπτωση**.

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΗ

---

Όνομα .....  
Επώνυμο .....  
Τόπος κατοικίας .....  
Φύλο .....  
Ηλικία .....  
Μόρφωση .....  
Επάγγελμα/Ειδικότητα .....

#### Στοιχεία επικοινωνίας ερευνητή:

**Ξύδης Γεώργιος**

Πτυχιούχος Τμήματος Ραδιολογίας – Ακτινολογίας ΤΕΙ Αθηνών  
Μεταπτυχιακός Φοιτητής Διοίκησης Υγείας Πανεπιστημίου Πειραιά

Διεύθυνση οικίας: Σπύρου Φωκά 5 - Άγιοι Ανάργυροι – Τ.Κ. 13562 – Αθήνα

Τηλ.: 213 0142211 – 6972240099

e-mail: [georgxyd@yahoo.gr](mailto:georgxyd@yahoo.gr) ή [georgxyd@gmail.com](mailto:georgxyd@gmail.com)

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική βιβλιογραφία

- Abel Smith, B. *et. al.* (1994), Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Φαρμέτρικα, Αθήνα.
- Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, Α. (2008), Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, *Νοσηλευτική*, 47(3), 320-333.
- (2009), Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα, *Νοσηλευτική*, 48(1), 37-49.
- Αλεξιάδη, Α.Δ. & Χαμαλίδου, Α. (1991), Το νομοθετικό και οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης, *Διοικητική Μεταρρύθμιση*, 47-48.
- Αλεξιάδου, Σ.Α., Αλεξιάδου, Ε.Α. & Χαμαλίδου, Α. (2005), Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *Διοικητική Ενημέρωση*, 35, 106-110.
- Ανδριώτη, Δ., Γεωργούση, Ε. & Κυριόπουλος, Γ. (1996), Ο γενικός γιατρός στην Ελλάδα και στις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης: Συγκλίσεις και διαφοροποιήσεις, *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 99-117.
- Βερενίκη, Σ. & Υφαντής, Χ. (2003), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα Νοσοκομεία, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 15, 82-86.
- Βραχάτης, Δ. & Παπαδόπουλος, Α. (2012), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές, *Νοσηλευτική*, 51(1), 10-17.
- Γεωργούση, Ε. & Κυριόπουλος, Γ. (1991), Σχεδιασμός – Οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 10, 128-133.
- (1996), Τα εργασιακά χαρακτηριστικά των γενικών-οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα: Σκιαγράφηση των διαφοροποιήσεων εντός του συστήματος, *Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 119-134.
- (2000), Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μια Ενιαία Υγειονομική Αγορά, στο: Ε. Γεωργούση, Γ. Κυριόπουλος & Τ.

- Μπεαζόγλου (επιμ.) Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Γεωργούση, Ε., Οικονόμου, Χ., Δανηλίδου, Ν. & Κυριόπουλος, Γ. (2002), Αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα ΚΑΠΗ, στο: Γ. Δημολιάτης, Γ. Κυριόπουλος, Δ. Λάγγας & Τ. Φιλαλήθης (επιμ.) Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Γιανασμίδης, Α. & 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, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1), 106-115.
- Γιαννακόπουλος, Ε. (2006), Επιδημιολογική διερεύνηση των αναγκών για φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα, Διδακτορική διατριβή, Εργαστήριο Υγιεινής, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
- Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος (1998), Ποιότητα στη Δημόσια Διοίκηση, Αθήνα.
- Έλληνας, Δ. (2010), Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθενείας, σε σύστημα υγείας, Ιατρικά Θέματα, 48, 17-23.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007), Λευκή Βίβλος. Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της ΕΕ για την περίοδο 2008-2013, COM(2007), 630 τελικό, Βρυξέλλες.
- Ερευνίδου, Α. (2008), Η χρόνια φλεβική ανεπάρκεια των κάτω άκρων: Μελέτη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε επισκέπτες ιατρείων γενικής ιατρικής, Διδακτορική Διατριβή, Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- Ζαχαριάδου, Θ. (2008), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Γενική Ιατρική στην Κύπρο: Ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης και σχεδιασμός μιας πιλοτικής παρέμβασης σε αγροτικές και αστικές περιοχές στην ευρύτερη περιοχή της Λευκωσίας, Διδακτορική Διατριβή, Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- Ζδούκος, Θ. (2008), Σχέδιο νόμου για την Π.Φ.Υ.: Η ολοκλήρωση της ιδιωτικοποίησης και εμπορευματοποίησης της περίθαλψης, Ιατρικά Θέματα, 51, 29-30.
- Ζηλίδης, Χ. (2005), Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας: Η Μεταρρύθμιση 2000-4, Mediforce, Αθήνα.

- Ζηλίδης, Χ. & Φιλαλήθης, Α. (1994), Περιφερειακές διαφοροποιήσεις των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 3, 171-183.
- Θεοδωράκης, Π. Ν. (2003), Εκτίμηση παραμέτρων ποιότητας των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους νομούς Ιωαννίνων και Αργυροκάστρου της ελληνοαλβανικής: Μια συμβολή στη γενική ιατρική, Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ. (2001), Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ., Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Φαρατσέλη, Ο. & Λιαρόπουλος, Α. (2005), Η οργάνωση και διοίκηση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Ελλάδα, στο: Ν. Τσάμης (επιμ.) *Θεωρία και Πρακτική της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 23-44.
- Ι.Κ.Α. (2011), Στατιστικό Δελτίο Έτους 2007, Ι.Κ.Α., Αθήνα.
- Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν. & Ανδρουλάκη, Ζ. (2010), Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, *Το βήμα του Ασκληπιού*, 9(1), 61-75.
- Καλογεροπούλου, Μ. (2011), Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667-673.
- Καμπάντα, Μ. & Νιάκας, Δ. (2004), Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4), 354-362.
- Κουκόσιας, Ν. (2010), Η κατανομή του ιατρικού προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στα κέντρα υγείας της Θεσσαλίας: Σχέση με τη νοσηρότητα και η συμβολή της Π.Φ.Υ. στη δημόσια υγεία, Διδακτορική Διατριβή, Πνευμονολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα.
- Κουναλάκης, Δ. (2009), Ανάπτυξη και εφαρμογή λογισμικού κατάλληλου για χρήση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης, Κ. & Φιλαλήθης, Α. (2006), Οι υγειονομικές μεταρρυθμίσεις στην Ελλάδα: Παράγοντες αποτυχίας και κανόνες ορθού μεταρρυθμιστικού σχεδιασμού, *Διοικητική Ενημέρωση*, 39, 82-90.

- (2007), Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μια ιστορική επισκόπηση, *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1, 35-67.
- Κούτης, Α. (1992), Αλλαγή παραδείγματος στην Ιατρική: Η εισαγωγή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 4, 193-198.
- (1993), Η μελέτη Σπηλίου. Μεθοδολογική προσέγγιση της έρευνας και ανάπτυξης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Κοινωνικής & Οικογενειακής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- Κυριακίδου, Ε. (1990), Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της θέσεως των νοσηλευτών προς το θεσμό «Νοσηλεία στο σπίτι», Διδακτορική Διατριβή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. (1995), Επενδύσεις και τεχνολογία στην υγεία, στο: Δ. Νιάκας, Γ. Κυριόπουλος & Γ. Στάθης (επιμ.) Πολιτική για την Υγεία: Οργάνωση, Χρηματοδότηση, Τεχνολογία, Γνώση, Αθήνα.
- (1996) Η πρωτοβάθμια φροντίδα και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του, στο: Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήθης (επιμ.) Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 17-43.
- Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε. & Γεννηματά, Α. (1994α), Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια, στο: Γ. Κυριόπουλος & Ε. Γεωργούση (επιμ.) Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., Λέβητ, Τ. & Νιάκας, Δ. (1994β), Η διαχείριση της Βιοϊατρικής Τεχνολογίας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Δημολιάτης, Γ., Μερκούρης, Μ. Π., Οικονόμου, Χ., Τσάκος, Γ., Φιλαλήθης, Α. et. al. (2000), Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12(4), 169-188.
- Λιονής, Χ. (1996), Ερευνητικά δεδομένα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη: Πραγματικότητα και προοπτικές, Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 77-98.
- Λιονής, Χ. & Μερκούρης, Μ. Π. (2000), Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, 7-19.



- (2001), Η Γενική/Οικογενειακή Ιατρική σε σταυροδρόμι: Προϋποθέσεις απαραίτητες για την εδραίωσή της στην Ελλάδα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 13, 8-9.
- Λιαρόπουλος, Λ. (1996), Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, Forum, Αθήνα.
- (2005), Να καταργηθεί η κοινωνική ασφάλιση, Ο Κόσμος του Επενδυτή, 16-17 Ιουλίου.
- (2006), Παγκοσμιοποίηση και κοινωνικό κράτος: Ευρώπη και Αμερική, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Μακρυδημήτρης, Α. & Μιχαλόπουλος, Ν. (2000), Εκθέσεις Εμπειρογνομώνων για τη Δημόσια Διοίκηση 1950-1998, Παπαζήσης, Αθήνα (στο Κουρής, Σουλιώτης και Φιλαλήθης 2007).
- Μάτσας, Π. (2002), Η αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως δομικού συστατικού του υγειονομικού συστήματος της Κύπρου, Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Υγιεινής, Τομέας Βιολογικών Επιστημών και Προληπτικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
- Μπένος, Α. (1996α), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Προϋπόθεση-στόχος για τον επαναπροσδιορισμό των Υπηρεσιών Υγείας και ταυτόχρονα ρεαλιστική πρόταση για την υπέρβαση της κρίσης του Υγειονομικού Τομέα, Πρακτικά Ημερίδας «Η Υγειονομική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα», Θεσσαλονίκη, 43-53.
- (1996β), Γενικός ιατρός: Ηγέτης της ομάδας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή διαχειριστής υπηρεσιών και πόρων; στο: Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήθης (επιμ.) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 207-217.
- Μυτάρης, Δ. (2012), Έρευνα για την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, Πτυχιακή εργασία, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ηράκλειο.
- Μωραΐτης, Ε. (2000), Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας: Εφικτή λύση ή Ουτοπία; στο: Ε. Γεωργούση, Γ. Κυριόπουλος και Τ. Μπεαζόγλου (επιμ.) Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Μωραΐτης, Ε., Γεωργούση, Ε., Ζηλίδης, Χ., Θεωδώρα, Μ. & Πολύζος, Ν. (1995), Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα.
- Νιάκας, Δ. (1993), Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη: Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

- Νιάκας Δ. & Γναρδέλης Χ. (2000), Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, *Ιατρική*, 77, 464-470.
- Νικολάκης, Κ. & Οικονόμου, Χ. (2002), Περιφερειακή Κατανομή του Ιατρικού Δυναμικού στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη: Το Παράδειγμα του ΙΚΑ, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, 57-61.
- Νικολάου, Ε. (2011), Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας, *Μεταπτυχιακή εργασία*, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- Νόμος 1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ 143Α/1983.
- Νόμος 1579/1985, Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 217Α/1985.
- Νόμος 2071/1992, Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας, ΦΕΚ 123Α/1992.
- Νόμος 2194/1994, Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 34Α/1994.
- Νόμος 2519/1997, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 165Α/1997.
- Νόμος 2889/2001, Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 37Α/2001.
- Νόμος 3172/2003, Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσια Υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 197Α/2003.
- Νόμος 3235/2004, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΦΕΚ 53Α/2004.
- Νόμος 3329/2005, Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 81Α/2005.
- Νόμος 2716/1999, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 96Α/1999.
- Νόμος 3852/2010, Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης – Πρόγραμμα Καλλικράτης, ΦΕΚ 87Α/2010.
- Νόμος 3846/2010, Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 66Α/2010.
- Νόμος 3918/2011, Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ 31Α/2011.

- Νόμος 4238/2014, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, ΦΕΚ 38Α/2014.
- Οικονόμου, Ν. (2012), Μέτρηση αποδοτικότητας των ελληνικών Κέντρων Υγείας – Περιφερειακών Ιατρείων: Η περίπτωση της Περιφέρειας Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας, Ηπείρου και Ιονίων Νήσων, Διδακτορική Διατριβή, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Οικονόμου, Χ. (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) / 7, ΙΝ.Ε. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. – Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.
- Οικονόμου, Χ., Κυριόπουλος, Γ. & Καραλής, Γ. (2000), Περιφερειακή κατανομή των πόρων στο νοσοκομειακό τομέα στην Ελλάδα: Διαχρονική προσέγγιση, Νοσοκομειακά Χρονικά, 62(3), 229-234.
- Παναγουλοπούλου, Ε. (2010), Η πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας σε έναν αγροτικό πληθυσμό της Κρήτης: Ελλείψεις και δυνατότητες στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Διδακτορική Διατριβή, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιεράκος, Γ., Σαρρής, Γ. & Υφαντόπουλος, Γ. (2008), Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1), 73-82.
- Παπούλιας, Δ. Β. & Τσούκας, Χ. (1998), Κατευθύνσεις για τη Μεταρρύθμιση του Κράτους, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα.
- Ραφτόπουλος, Β. (2002), Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Ρομπόλης, Σ. (1997), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Από τον κρατικό έλεγχο της προσφοράς στον κρατικό έλεγχο της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, στο: Γ. Κυριόπουλος & Α. Σισσούρας (επιμ.) Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Σαμαράς, Μ., Μπένος, Α., Τερζίδης, Ι. & Ταξόπουλος, Ν. (1996), Δημογραφική μελέτη πληθυσμού περιοχής ευθύνης Κ.Υ. Ζαγκλιβερίου, στο: Πρακτικά 8<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου Γενικής Ιατρικής (Χαλκιδική, 17-21 Απριλίου 1996), Χαλκιδική, 72.

- Σαμούτης, Γ. (2008), Αξιολόγηση μιας πιλοτικής παρέμβασης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της Κύπρου για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, Διδακτορική Διατριβή, Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Λευκωσία.
- Σ.Ε.Υ.Υ.Π. (2007), Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων 2006, Σ.Ε.Υ.Υ.Π., Αθήνα.
- Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. & Λιαρόπουλος, Λ. (2008), Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5), 663-672.
- Σκαμνάκης, Χ. (2006), Τοπική αυτοδιοίκηση και υπηρεσίες υγείας, στο: Κ. Σουλιώτης (επιμ.) Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός Σχεδιασμός, Οργάνωση και Διοίκηση, Οικονομική Λειτουργία, Τομεακές Πολιτικές, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σούλης, Σ. (1999), Οικονομική της υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Σουλιώτης, Κ. (2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, Παπαζήσης, Αθήνα.
- (2003), Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα: Το ασύμπτωτο μεταξύ στόχων και πολιτικής, Επιλεγμένες εργασίες του 9<sup>ου</sup> Επιστημονικού Συνεδρίου του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα: Κοινωνική αλλαγή στη σύγχρονη Ελλάδα (1980-2001) (Πάντειο Πανεπιστήμιο, 9-12 Απριλίου 2003), Αθήνα.
- (2004), Η ανάληψη κυβερνητικών καθηκόντων ως παράγοντας αλλοίωσης των προγραμμάτων των κομμάτων στην Ελλάδα: Η περίπτωση των προγραμμάτων υγείας, στο: Γ. Κοντογιώργης, Κ. Λάβδας κ.ά. (επιμ.) Τριάντα χρόνια Δημοκρατία – Το πολιτικό σύστημα της Τρίτης Ελληνικής Δημοκρατίας 1974-2004 (Πρακτικά Συνεδρίου, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο 20-22 Μαΐου 2004), τόμος Β', Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης Πανεπιστημίου Κρήτης – Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Σουλιώτης, Κ. & Λιονής, Χ. (2003), Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20, 466-476.
- Σουλιώτης, Κ., Παπανικολάου, Β. & Κυριόπουλος, Γ. (υπό δημοσίευση), Κριτική ανασκόπηση των ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα. Θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο, Νοσοκομειακά Χρονικά.

- Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (2008).
- Σωτηριάδου, Κ., Μαλλιάρου, Μ. & Σαράφης Π. (2001), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Κατάσταση και προοπτικές, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 3(4), 140-148.
- Ταβλαντά, Μ., Τζιάρου, Κ., Χασιώτη, Α., Λιάτας, Δ., Ταβλαντά, Θ., Ζαντόπουλος, Γ. Ζ., Πογιατζής, Κ. & Ταβλαντάς, Π. (2006), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στις επαρχίες Άργους - Ναυπλίας του νομού Αργολίδας. Παρόν και προσδοκίες, Ιατρικό Βήμα (Σεπτέμβριος – Οκτώβριος 2006), 68-76.
- Τούντας, Γ. (2001), Τα συστήματα υγείας τον 21<sup>ο</sup> αιώνα, Ιατρική, 79, 215-217.
- (2003), Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(1), 76-87.
- Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ. & Χουλιάρα Λ. (2003), Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5), 97-503.
- Τσερμενίδης, Ι., Μπαλίτας, Σ., Σαραντίδου, Σ., Μπένος, Α. & Κουτσογιαννόπουλος, Β. Χ. (1993), Κάλυψη με εμβολιασμούς ενός παιδικού πληθυσμού, Παιδιατρική, 56, 511-520.
- Τσουκανά, Π., Καβάκα, Ν., Gruffydd, Μ., Γαβανά, Μ., Ραφτόπουλος, Π., Ιωαννίδου, Ε. & Μπένος, Α. (1998), Φροντίδα στο σπίτι: Η εμπειρία της Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας Τριανδρίας, στο: Πρακτικά 4<sup>ου</sup> Συνεδρίου Γηριατρικής και Γεροντολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος «Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας» (Θεσσαλονίκη, 3-5 Δεκεμβρίου 1998), Θεσσαλονίκη, 114.
- Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994), Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (2000), Γενικό Στρατηγικό και Επιχειρησιακό Σχέδιο για την Υλοποίηση του Προγράμματος Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον πολίτη», Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2007), Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο, Δ΄ Προγραμματική Περίοδος (2007-2013), Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ. (2003), Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

- Υφαντόπουλος, Γ., Πολυγένης, Δ. & Τακουμάκης, Ι. (2005), Το βρετανικό σύστημα υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 22, 73-96.
- Φιλαλήθης, Α. (1982), Υγεία για όλους το 2000 και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: ουτοπία, παγίδα ή εφικτός στόχος;, *Ιατρική*, 42, 257-264.
- (1996), Οι σύγχρονες εξελίξεις στα συστήματα υγείας και η γενική οικογενειακή ιατρική, στο: Γ. Κυριόπουλος & Τ. Φιλαλήθης (επιμ.) *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 235-249.
- (2008), 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας;, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 20(3), 108-111.
- Φίλιας, Β. (2003), Εισαγωγή στη μεθοδολογία και τις τεχνικές των κοινωνικών ερευνών, *Σπουδαστήριο Κοινωνιολογίας ΠΑΣΠΕ – Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Χατζηκοκολάκη, Μ. (2003), Αξιολόγηση της λειτουργίας των κέντρων υγείας στην Ελλάδα, *Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*, Αθήνα.

### **Ξένη βιβλιογραφία**

- Abu-Mourad, T. (2007), *Primary Health Care in Gaza Strip-Palestine*, PhD Thesis, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Heraklion, Crete.
- Ahgren, B. (2010), Competition and integration in Swedish health care, *Health Policy*, 96, 91-97.
- Albin, B., Hjelm, K., & Zhang, W. C. (2010), Health care systems in Sweden and China: Legal and formal organizational aspects, *Health Res Policy Syst*, 8, 20.
- Anell, A., Rosen, P., & Hjortberg, C. (1997), Choice and participation in the health services: a survey of preferences among Swedish residents, *Health Policy*, 40, 157-168.
- Baker, J. A., Oliver, D., Donahue, W., & Huckabee, M. (1989), Predicting the satisfaction among practicing physician assistants, *J Am Acad Physician Assistants*, 2, 461-470.
- Benson, V. & Marano, A. (1995), Current Estimates from the National Health Interview Survey, *Vital Health Statistics*, 10(199), 1-428.

- Bidaut-Russel, M., Gabriel, S. E., Scott, C. G., & Yawn, B. (2002), Determinants of patient satisfaction in chronic illness, *Arthritis Rheum*, 47, 494-500.
- Bindman, A., Weiner, J. P., & Majeed, A. (2001), Primary care groups in the United Kingdom: Quality and accountability, *Health Aff (Millwood)*, 20, 132-145.
- Bodur, S. (2002), Job satisfaction of health care staff employed at health centres in Turkey, *Occupational Medicine*, 52(6), 353-355.
- Boerma, W. (1994), Activity profiles of General Practitioners in Europe, Nivel, Ουτρέχτη.
- Brennan, J., Fennessy, E., & Moran, D. (2000), The financing of primary health care in Ireland, The Society of Actuaries, Dublin, Ireland.
- Caris-Verhallen, W. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1997), The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 915-933.
- Campbell, J. L., Ramsay, J., & Green, J. (2001), Age, gender, socioeconomic and ethnic differences in patient's assessments of primary health care, *Quality in Health Care*, 10(2), 90-95.
- Center on strategies for public and civil entrepreneurs (2001), An exploration of future hospital care in 10 countries, Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs, Amsterdam.
- Clawson, D. K. & Osterweis, M. (1993), The roles of physician assistants and nurse practitioners in primary care, Association of Academic Health Centers, Washington, DC.
- Costa Matthew, L., Van Rensburg, L., & Rushton, N. (2007), Does teaching style matter? A randomised trial of group discussion versus lectures in orthopaedic undergraduate teaching, *Medical Education*, 41(2), 24-27.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. et. al. (2002), The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature, *Health Technol Assess*, 6, 1-244.
- Department of Health (2002), Liberating the talents: Helping primary care trusts and nurses to deliver the NHS plan, UK.
- DiMatteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980), Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills, *Medical Care*, 18(4), 376-387.

- Drain, M. (2001), Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions, *The Journal of ambulatory care management*, 24, 30-46.
- Dunkin, J., Juhl, N., Stratton, T., Geller, J., & Ludtke, R. (1992), Job satisfaction and retention of rural community health nurses in North Dakota. *Journal of Rural Health*, 8, 268-275.
- Economou, Ch. (2010), Greece: Health System Review: Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- Economou, Ch. & Giorno, C. (2009), Improving the performance of the public health care system in Greece, Economic Department Working Paper 722, OECD.
- Eurobarometer (1998), Citizens and health systems: Main results from a Eurobarometer survey, Luxembourg.
- European observatory on health care systems (2001), Healthcare systems in transition: Sweden, European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Fitzpatrick, P. (1990), Measurement of patient satisfaction, in: A. Hopkins & S. Curtis (eds.) *Measuring the outcomes of medical care*, King's Fund, London.
- Ford, R. C., Bach, S. A. & Fottler, M. D. (1997), Methods of measuring patient satisfaction in health organizations, *Health care management review*, 22, 74-89.
- Freeborn, D. K. (1985), Physician satisfaction in a prepaid group practice HMO, *Group Health Journal*, 6, 3-12.
- Freeborn, D. K. & Hooker, R. S. (1995), Satisfaction of physician assistants and other non-physician providers in a managed care setting, *Public Health Reports*, 110, 714-719.
- Glasson, J., Chang, E., Chenoweth, L., Hanconk, K., Hall, T., Hill-Murray, F., & Collier, L. (2006), Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward, *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 588-598.
- Glenngård, A. H., Hjalte, F., Svensson, M., Anell, A., & Bankauskaite, V. (2005), Health care systems in transition: Sweden, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Goodwin, N. (2008), The future of Primary Care in Europe, presented at the conference: The future of Primary Health Care in Europe II, September 15-17, University of Southampton, United Kingdom.



- Gourley, G. & Duncan, D. (1998), Patient satisfaction and quality of life: Humanistic outcomes, *Am J Manag Care*, 4, 746-752.
- Green, A., Ross, D., & Mirzoev, T. (2007), Primary health care and England: The coming of age of Alma Ata? *Health Policy*, 80, 11-31.
- Hall, J. A., Feldstein, M., Fretwell, M. D., & Epstein, A. M. (1990), Older patients health status and satisfaction with medical care in an HMO population, *Medical Care*, 28, 261-270.
- Hancock, T. & Garrett, M. (1995), Health challenges and strategies in the 21<sup>st</sup> century, *Futures*, 27(9/10), 935-951.
- Hanning, M. (1996), Maximum waiting-time guarantee – an attempt to reduce waiting lists in Sweden, *Health Policy*, 36, 17-35.
- Health Canada (1999), Canada's health care system. Health System and Policy Division, Ontario.
- Holmes, S. E. & Fassler, L. E. (1993), Occupational stress among physician assistants, *J Am Acad Physician Assistants*, 6, 172-178.
- Johnson, R. E., Freeborn, D. K., & McCally, M. (1985), Delegation of office visits in primary care to physician assistants and nurse practitioners, *Physician Assistant*, 9, 159-169.
- Johnson, L. K., Edelman, A., & Jensen, J. (2003), Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions, *American journal of obstetrics & Gynecology*, 188(5), 1202-1204.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Veloski, J. J., & Xu, G. (1995), Primary care and non-primary care physicians: a longitudinal study of their similarities, differences, and correlates before, during and after medical school, *Acad Med*, 70(1 Suppl.), S17-S28.
- Judge, K. & Solomon, K. (1993), Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction, *Journal of Social Policy*, 22, 229-327.
- Kennedy, B., Kawachi, R., Glass, R., & Prothrow-Stith, D. (1998), Income distribution, socioeconomic status and self-rated health in the United States: Multilevel Analysis, *British Medical Journal*, 317(7163), 917-921.
- Liaropoulos, L. (1998), Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective, in: S. Dracopoulou (ed.) *Ethics and Values in Health Care Management*, Routledge, London.

- Liaropoulos, L. & Tragakes, E. (1998), Public/private financing in Greek health care system: Implications for equity, *Health Policy*, 43, 153-169.
- Lichtenstein, R. L. (1984), The job satisfaction and retention of physicians in organized settings: a literature review, *Med Care*, 41: 139-179.
- Lionis, C. & Trelle, E. (1999), Health Needs Assessment in General Practice: The Cretan Approach, *European Journal of General Practice*, 5, 75-77.
- Lionis, C., Symvoulakis, E.K., Markaki, A., Vardavas, C., Papadakaki, M., Daniilidou, N. et. al. (2009), Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review, *Int J Integr Care*, 9, e88.
- Lister, J. (2008), *The NHS after 60. For patients or profits?* Middlesex University Press, London, 267-289.
- Lochman, J.E. (1983), Factors related to patients' satisfaction with their medical care, *Community Health*, 9(2), 91-109.
- Luft, H. S. (1980), *Health maintenance organization: dimensions of performance*, John Wiley and Sons, New York.
- Mariolis, A., Merkouris, B., & Lionis, C. (2004), Introducing general practice in urban Greece: Focus on morbidity profile, *Eur J Gen Pract*, 10, 105-106.
- Mariolis, A., Mihas, C., Alevizos, A., Mariolis-Sapsakos, T., Marayiannis, K., Papathanasiou, M. et. al. (2008), Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece, *BMC Health Serv Res*, 8, 124.
- Markaki, A., Antonakis, N., Philalithis, A., & Lionis, C. (2006), Primary health care nursing staff in Crete: an emerging profile, *Nursing Review*, 53, 16-18.
- Miaoulis, G., Gutman, J., & Snow, M. (2009), Closing the gap: The patient-physician disconnect, *Health Mark Q*, 26, 56-68.
- Mitropoulos, J. & Sissouras, A. (2004), Rationalising the allocation of central resources to the health care regions in Greece, Paper presented in the 5th European Conference of Health Economics, LSE, 8-11 September 2004, London.
- Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J. & Kutzin, J. (2002), Funding health care: Options for Europe, *European Observatory on Health Care Systems Series*.
- Mossialos, E., Allin, S. & Davaki, K. (2005), Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia, *Health Economics*, 14, S151-S168.
- Moore, St., & Bopp, K. D. (1999), How consumers evaluate health care quality: Part I. *Health Mark Q*, 16, 1-6.

- Mousiama, T., Ioakimidou, S., Largatzi, E., Kaitelidou, D. & Liaropoulos, L. (2001), Health technology assessment in the area of prevention, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 17(3), 338-357.
- OECD (2010a), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing, Paris.
- (2010b), *OECD Health Data*, OECD, Paris.
- Oikonomidou, E., Anastasiou, F., Dervas, D., Patri, F., Karaklidis, D., Moustakas, P. et al. (2010), Rural primary care in Greece: Working under limited resources, *Int J Qual Health Care*, 22, 333-337.
- Ontario Hospital Association (2001), *Future health, hospitals in the 21st century*, Ontario Hospital Association, Ontario.
- Organization for Economic Co-operation and Development (1993), *The Reform of Health Care. A comparative analysis of seven OECD countries*, OECD, Paris.
- (1994), *The Reform of Health Care. A review of seventeen countries*, OECD, Paris.
- Papagiannis, A., Richards, R., & Shale, D. J. (1995), Patient satisfaction with information provided at an outpatient clinic for respiratory diseases, *Respiratory medicine*, 9(10), 673-676.
- Paul, S. (1995), *Capacity building for health sector reform*, WHO, Geneva.
- Pollock, A. (2004), *NHS Plc: The privatization of our health care*, Verso, London, 125-156.
- Polyzos, N., Economou, C., & Zilidis, C. (2008), National Health Policy in Greece: Regulations or Reforms? The Sisyphus myth, *European Research Studies*, XI(3), 91-118.
- Poulton, B. C. (1996), Use of the consultation satisfaction questionnaire to examine patients' satisfaction with general practitioners and community nurses: reliability, replicability and discriminant validity, *British Journal of General Practice*, 46(402), 26-31.
- Saltman, R. & Figueras, J. (1997), *European Health Care Reform. Analysis of current strategies*, WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72, Copenhagen.
- Schlesinger, M., Druss, B., & Thomas, T. (1999), No exit? The effect of health status on dissatisfaction and disenrollment from health plans, *Health Services Research*, 34, 547-576.
- Schauffler, H. H., Rodriguez, T., & Milstein, A. (1996), Health education and patient satisfaction, *The Journal of Family Practice*, 42(1), 62-68.

- Siponen, U. & Välimäki, M. (2003), Patients' satisfaction with outpatient psychiatric care, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 129-135.
- Sissouras, A., Karokis, A., & Mossialos, E. (1999), Health care and cost containment in Greece, in: E. Mossialos & J. Le Grand (eds.) *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Ashgate, Aldershot.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997), Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Social science & medicine*, 45, 1829-1843.
- Snell, J. (1996), Patients' assessment of medical care quality. *Hosp Top*, 74, 38-43.
- Souliotis, K. & Kyriopoulos, J. (2003), Health expenditures in Greece: Measurement problems and policy issues, *Applied Health Economics and Health Policy*, 2(3).
- (2005), The hidden economy and health expenditures in Greece: Measurement problems and policy issues, *Appl Health Econ Health Policy*, 2, 129-133.
- Souliotis, K. & Lionis, C. (2004), Creating an integrated health care system in Greece: A primary care perspective, *Journal of medical systems*, 28, 643-652.
- Steven, I. D. & Douglas, R. M. (1988), Dissatisfaction in general practice: What do patients really want? *The Medical Journal of Australia*, 148, 280-282.
- Toth, F. (2010), Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms, *Health Policy*, 95, 82-89.
- Tountas, Y., Karnaki, P., & Pavi, E. (2002), Reforming the reform: The Greek National Health System in transition, *Health Policy*, 62, 15-29.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., & Souliotis, K. (2005), The “unexpected” growth of the private health sector in Greece, *Health Policy*, 74, 167-180.
- Tountas, Y., Oikonomou, N., Pallikarona, G., Dimitrakaki, C., Tzavara C., Souliotis, K. et. al. (2011), Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: The Hellas Health I study, *Health Services Management Research*, 24, 8-18.
- Tsalikis, G. (1988), Evaluation of the socialist health policy in Greece, *International Journal of Health Services*, 18(4), 543-561.
- United Nations (1948), *Universal Declaration of Human Rights*, General Assembly of the United Nations, Paris.
- Valentine, N., Ortiz. H. P., Tandon, A., Kawabata, K., Evans, D., & Murray, Ch. (2003), Patient experiences with health services: Population surveys from 16 OECD

- countries, in: Ch. Murray, & D. Evans (eds) Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism, WHO, Geneva.
- West, E., Barron, D. N., & Reeves, R. (2005), Overcoming the barriers to patient-centered care: time tools and training, *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 35-43.
- Wieners, W. (2001), Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena, Jossey-Bass Inc, San Francisco.
- Wilkin, D., Dowswell, T., & Leese, B. (2001), Modernising primary and community health services, *Br Med J*, 322, 1522-1524.
- Willis, J. B. (1992), Explaining the salary discrepancy between male and female Pa, *J Am Acad Physician Assistants*, 5, 280-288.
- Wolper, L. F. (2001), Διοίκηση υπηρεσιών υγείας, Mediforce, Αθήνα.
- World Health Organization (1978), Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, WHO, Geneva.
- (1981), Global strategy for health for all by the year 2000, Geneva.
- (1997), Highlights on health in the Netherlands, WHO Regional Office for Europe, European Commission, Denmark.
- (1998), Health Promotion Glossary, Geneva.
- (1999), Health care systems in transition, European Observatory on Health Care Systems, United Kingdom.
- (2008), Primary Health Care: Now more than ever, World Health Report, Geneva.
- Zebiene, E., Razgauskas, E., Basys, V., Baubiniene, A., Gurevicius, R., Padaiga, Z., & Svab, I. (2004), Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania, *International Journal for Quality in Health Care*, 16(1), 83-89.

#### Διαδικτυακές πηγές

- Ιός (2002), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η ρεαλιστική ουτοπία στην υγεία, *Ελευθεροτυπία*, 17/2/2002. Στο: <http://www.iospress.gr/ios2002/ios20020217a.htm> (προσπελάστηκε στις 18/7/2014).
- Μπένος, Α. (2000), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας το 2000: Ένα όνειρο για την αναζωογόνηση μιας ταλαιπωρημένης και παρεξηγημένης έννοιας, *Ιατρικά Θέματα*

16,

12-15.

Στο:

[http://www.healthp.org/documents/show\\_node.php/200533117762972300371662876230g2Bp9ty7oX0331zV791G.doc?ND\\_Code=2005331171632275991341003106142xk8X1t69680X0331Df20](http://www.healthp.org/documents/show_node.php/200533117762972300371662876230g2Bp9ty7oX0331zV791G.doc?ND_Code=2005331171632275991341003106142xk8X1t69680X0331Df20) (προσπελάστηκε στις 18/7/2014).

Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης. Στο: [http://www.med.uoc.gr/5\\_1\\_4\\_gr.php](http://www.med.uoc.gr/5_1_4_gr.php) (προσπελάστηκε στις 25/9/2014).

Υπουργείο Υγείας, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία – Πρόνοια» 2000-2006. Συνοπτική έκθεση υλοποίησης. Στο: [www.moh.gov.gr/articles/europe-world/90-koinotika-plaisia?fdl=67](http://www.moh.gov.gr/articles/europe-world/90-koinotika-plaisia?fdl=67) (προσπελάστηκε στις 5/8/2014).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ