



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΟΝΟΜΑ

ΑΓΑΠΙΔΗΣ Σ. ΙΩΑΝΝΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ
ΔΗΜΟΥ ΑΙΓΑΛΕΩ**



Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2011



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ



**ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΝΟΜΑ

ΑΓΑΠΙΔΗΣ Σ. ΙΩΑΝΝΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ
ΔΗΜΟΥ ΑΙΓΑΛΕΩ**



ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΑΛΕΩ

*Επιβλέπων Καθηγητής : Οικονόμου Χαράλαμπος
Επίκουρος Καθηγητής*

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2011



Master of Science
in
“HEALTH MANAGEMENT”



TEI
PIRAEUS

AGAPIDIS S. IOANNIS

TITLE

**THE ROLE OF LOCAL SELF-GOVERNMENT IN PRIMARY
HEALTH CARE: THE EXAMPLE OF MUNICIPALITY OF
EGALEO**



Supervisor Professor: Oikonomou Charalampos

Assistant Professor

Graduate Thesis Submitted for the Degree
“Master in Health Management”

Piraeus, 2011

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της διπλωματικής αυτής εργασίας Καθηγητή κ. Χαράλαμπο Οικονόμου, για την αμέριστη καθοδήγηση, συμπαράσταση και συνεργασία κατά την εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» γιατί συνέβαλαν στην εκπαιδευτική μου αυτή εμπειρία, με γνώσεις που θα αποτελέσουν αφετηρία για την προσωπική και την επαγγελματική μου εξέλιξη και την βελτίωση του επαγγελματικού ρόλου μου.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στον Δήμο Αιγάλεω και ειδικά στους εργαζόμενους στην κοινωνική υπηρεσία του δήμου όπου μου παρείχαν κάθε βοήθεια σε ότι και αν τους ζήτησα για την εκπόνηση της έρευνάς μου, καθώς και στους συναδέλφους μου για την συμπαράστασή τους.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην Έλσα Τσούπρη υποψήφια Διδάκτωρ στην Ακαδημία Αθηνών για την υποστήριξή της και την βοήθεια της στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και στην ολοκλήρωση αυτής της προσπάθειας.

Περίληψη

Στη χώρα μας η μείζονα θεσμική μεταρρύθμιση που φέρει το κωδικό όνομα «Καλλικράτης» δεν συνιστά μια απλή διαφοροποίηση της χωροθέτησης της τοπικής αυτοδιοίκησης (ΤΑ). Αποτελεί μια ριζική αναδιάρθρωση της Ελληνικής Πολιτείας, μέσω της οποίας το ενιαίο κεντρικό κράτος υποχωρεί εκχωρώντας αρμοδιότητες σε υποκρατικές οντότητες, τις αυτοδιοικούμενες Περιφέρειες. Οι τελευταίες δεν θα διαθέτουν αυτόνομη κανονιστική αρμοδιότητα, εξοπλίζονται, ωστόσο, με σημαντικές αρμοδιότητες, αναπτυξιακής και κοινωνικής υφής. Η εξέλιξη αυτή δεν αποτελεί μεμονωμένο φαινόμενο στον ευρωπαϊκό χώρο, αντιθέτως, σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε) παρατηρείται την τελευταία εικοσαετία μια ισχυρή τάση συνταγματικής μεταρρύθμισης, με σκοπό την ενίσχυση της ΤΑ. Αυτό είναι εμφανές και από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας εργασίας για την οργάνωση της ΤΑ στις διάφορες χώρες της Ε.Ε.

Επιπλέον, στα πλαίσια αυτής της εργασίας η μελέτη επεκτάθηκε και όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στα διάφορα συστήματα υγείας στην Ε.Ε. Ανεξάρτητα από τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των διαφόρων συστημάτων υγείας και των γενικότερων αρχών που το διέπουν, το σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) σε όλες τις χώρες έχει σαν βασικούς στόχους την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας. Η σύγχρονη λοιπόν τάση που επικρατεί είναι η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων ΠΦΥ προσανατολισμένων στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.

Στη χώρα μας η μεταρρύθμιση και ο εκσυγχρονισμός του συστήματος της ΠΦΥ είναι όσο ποτέ άλλοτε αναγκαίος δεδομένης της κοινωνικής δυσαρέσκειας και της κρίσιμης οικονομικής συγκυρίας. Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται και από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας εργασίας όπου με τη βοήθεια ερωτηματολογίου μελετήθηκε σε τοπικό επίπεδο (Δήμος Αιγάλεω) η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι αντιλήψεις των ερωτηθέντων για τις παροχές των ασφαλιστικών τους φορέων. Τα άτομα της μελέτης δεν ήταν πολύ ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει ο ασφαλιστικός τους φορέας, με αποτέλεσμα να κάνουν χρήση αυτών κυρίως για συνταγογράφηση φαρμάκων και πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων. Όσον αφορά τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του δήμου τους εμφανίστηκαν να μην κάνουν συχνά χρήση αυτών, με την

πλειονηφία των ερωτηθέντων να θεωρεί ως μη ικανοποιητικό το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εξέφρασαν δε την ανάγκη για προσλήψεις ιατρικού προσωπικού, βελτιώσεις στους χρόνους αναμονής για ραντεβού, την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και διάφορα άλλα ζητήματα. Τα συμπεράσματα μας όπως είναι αναμενόμενο συμφωνούν με την κοινή διαπίστωση για καλύτερη οργάνωση του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από την κοινότητα και ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχομένως αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την πρόληψη και τη προαγωγή της υγείας.

Λέξεις κλειδιά: Τοπική Αυτοδιοίκηση, Δήμος Αιγιάλεω, Νομοσχέδιο Καλλικράτης, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), Προαγωγή της υγείας.

Abstract

In our country the major reformation which is known as “Kallikratis” is not a simple spatial differentiation of local self-government. It’s a radical reformation of Greek country through which the united central government subsidizes, assigning relevancies to sub-governmental entities, the self-governed peripheries. The latest won’t have autonomic relevancies, but they would be supplied with important relevancies concerning developmental and social issues. This is not a single phenomenon of change in Europe, but on the contrary in the European Union (EU) it is observed the last 20 years a strong tendency of constitutional reformation which aims to reinforce the role of self-government. This is also clear from the research performed for the present study regarding the organization of self-government in different countries of EU.

Moreover, in the context of the present study we expanded our research with reference to primary health care (PHC) in the different health systems in EU. Independently from the organizational and functional peculiarities of the different health systems and the major principles of them, the system of PHC in all countries has as major goal, the prevention of disease and health promotion. The contemporary tendency is the generation of completed systems of PHC with regard to the demands of local society.

In our country the reformation and the update of the system of PHC is really necessary due to social dissatisfaction and crucial stringency. This fact is also enforced from the research performed in the present study, in which with a questionnaire we worked out the provision of PHC services locally (Municipality of Egaleo) and the perceptions of the asked people for the effectiveness and care provision, through social security organizations. The participants of the study were dissatisfied from the health services provided from their social security organizations and as a result they used them only for prescription for medicines and in order to perform medical tests. Regarding the primary services provided by their municipality, it was found that the participants didn’t use them often and the majority of them believe that the level of the provided services isn’t satisfactory. They stated that it is crucial to employ medical personnel, ameliorate the waiting time of appointments, implement general practitioners (GPs) and different other issues. Our results, as it’s expected are in consistence with the general ascertainment for better organization of

the services of PHC from the community and redistribution of the resources from the expensive and probably ineffective hospital care towards prevention and health promotion.

Key words: Self-government, Municipality of Egaleo, law of “Kallikratis”, primary health care (PHC), health promotion.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1 Η τοπική αυτοδιοίκηση	Σελ. 1
1.1 Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον	Σελ. 1
1.2 Η τοπική αυτοδιοίκηση στις χώρες της Ε.Ε	Σελ. 1
12.1 Γερμανία	Σελ. 1
1.2.1.1 Το παράδειγμα του δήμου του Βερολίνου	Σελ. 2
1.2.2 Σουηδία	Σελ. 3
1.2.3 Ιταλία	Σελ. 3
1.2.4 Ηνωμένο Βασίλειο	Σελ. 5
1.2.4.1 Αρμοδιότητες δήμων	Σελ. 5
1.2.5 Αυστρία	Σελ. 8
1.2.6 Βέλγιο	Σελ. 8
1.2.7 Γαλλία	Σελ. 9
1.2.8 Βουλγαρία	Σελ. 9
1.2.9 Δανία	Σελ. 9
1.2.10 Ισπανία	Σελ. 10
1.2.11 Εσθονία	Σελ. 10
1.2.12 Ιρλανδία	Σελ. 10
1.2.13 Κύπρος	Σελ. 11
1.2.14 Λιθουανία	Σελ. 11
1.2.15 Λετονία	Σελ. 12
1.2.16 Ολλανδία	Σελ. 12
1.2.17 Λουξεμβούργο	Σελ. 12
1.2.18 Ουγγαρία	Σελ. 13
1.2.19 Πολωνία	Σελ. 13
1.2.20 Μάλτα	Σελ. 13
1.2.21 Ρουμανία	Σελ. 14
1.2.22 Πορτογαλία	Σελ. 15
1.2.23 Σλοβακία	Σελ. 15
1.2.24 Σλοβενία	Σελ. 15
1.2.25 Τσεχία	Σελ. 16
1.2.26 Φινλανδία	Σελ. 16

1.3 Η τοπική αυτοδιοίκηση στην Ελλάδα	Σελ. 18
1.3.1 Ιστορική εξέλιξη	Σελ. 19
1.3.2 Νομοσχέδιο Καποδίστριας	Σελ. 20
1.3.3 Νομοσχέδιο Καλλικράτης	Σελ. 21
1.3.4 Συμπεράσματα	Σελ. 25
Κεφάλαιο 2 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	Σελ. 26
2.1 Υγεία	Σελ. 26
2.2 Προαγωγή της υγείας	Σελ. 26
2.2.1 Ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας	Σελ. 28
2.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)	Σελ. 28
2.3.1 Εννοιολογική προσέγγιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Σελ. 30
2.3.2 Το Σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Σελ. 31
2.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε Διάφορα Συστήματα	Σελ. 34
2.4.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής	Σελ. 34
2.4.2 Καναδάς	Σελ. 36
2.4.3 Ηνωμένο Βασίλειο	Σελ. 37
2.4.4 Ισπανία	Σελ. 40
2.4.5 Σουηδία	Σελ. 42
2.4.6 Γαλλία	Σελ. 45
2.4.7 Γερμανία	Σελ. 47
2.4.8 Δανία	Σελ. 48
2.4.9 Ιταλία	Σελ. 48
2.4.10 Πορτογαλία	Σελ. 49
2.4.11 Διαπιστώσεις και Συμπεράσματα	Σελ. 50
2.5 Η Ελληνική Πραγματικότητα Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	Σελ. 52
2.5.1 Ιστορική Αναδρομή	Σελ. 52
2.5.2 Οι προτάσεις για τον εκσυγχρονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Σελ. 63
2.5.2.1 «Δημιουργία αστικών κέντρων υγείας στα πλαίσια του Ν. 1397/83»	Σελ.64

2.5.2.2	Η οργάνωση της ΠΦΥ στο πρότυπο του Βρετανικού ΕΣΥ	Σελ. 65
2.5.2.3	Δημιουργία Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Σελ. 65
2.5.2.4	Δημιουργία «Κοινοπραξιών ΠΦΥ και Δημοτικών Ιατρείων ΠΦΥ»	Σελ. 67
2.5.2.5	Ανάθεση της ευθύνης παροχής ΠΦΥ στους ασφαλιστικούς οργανισμούς	Σελ. 67
2.5.2.6	Δημιουργία «Δικτύων ΠΦΥ» στα πλαίσια του Ν. 2519/97	Σελ. 69
2.5.2.7	Η πρόταση «εκσυγχρονισμού» της ΠΦΥ στα πλαίσια των ΠΕΣΥ	Σελ. 70
2.5.3	Η αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης	Σελ. 71
2.6	Συμπεράσματα	Σελ. 75
Κεφάλαιο 3	Δήμος Αιγάλεω και ΠΦΥ	Σελ. 76
3.1	Κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δήμου Αιγάλεω	Σελ. 76
3.2	Υπηρεσίες ΠΦΥ του δήμου Αιγάλεω	Σελ. 77
3.3	Μεθοδολογία της έρευνας με θέμα: «Επίπεδο ικανοποίησης δημοτών Αιγάλεω για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην πόλη τους »	Σελ. 81
3.3.1	Υπόβαθρο της έρευνας	Σελ. 81
3.3.2	Σκοπός της έρευνας	Σελ. 81
3.3.3	Στόχοι της έρευνας	Σελ. 81
3.3.4	Μεταβλητές	Σελ. 82
3.3.5	Δείγμα	Σελ. 83
3.3.6	Ποσοτική έρευνα (ερωτηματολόγιο)	Σελ. 83
3.3.7	Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων	Σελ. 84
3.3.8	Τήρηση κανόνων εχεμυθείας	Σελ. 84
3.4	Παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας	Σελ. 85
3.4.1	Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας	Σελ. 85
3.5	Συμπεράσματα	Σελ. 120

Κεφάλαιο 4 Συμπεράσματα-Προτάσεις	Σελ. 122
4.1 Συμπεράσματα	Σελ. 122
4.1.1 Η αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης στην τοπική αυτοδιοίκησης	Σελ. 122
4.1.2 Η αυτοδιοίκηση φορέας ποιοτικών και οικονομικών υπηρεσιών υγείας	Σελ. 124
4.2 Προτάσεις	Σελ. 125
4.2.1 Η οργάνωση των δήμων στο πλαίσιο του νέου ισχυρού ρόλου τους	Σελ. 125
4.2.2 Η κοινωνική πολιτική βασικός πυλώνας των νέων αρμοδιοτήτων της Αυτοδιοίκησης	Σελ. 125
4.2.3 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση	Σελ. 127
Βιβλιογραφία	Σελ. 131
Διαδικτυακοί τόποι	Σελ. 134
Παράρτημα Α	Σελ. 135
Παράρτημα Β	Σελ. 138
Παράρτημα Γ	Σελ. 140

Κατάλογος Πινάκων, Εικόνων και Διαγραμμάτων

Πίνακες

Πίνακας 1. Κατανομή ομόσπονδων κρατιδίων, περιφερειών, νομών, δήμων στις Ευρωπαϊκές χώρες.	Σελ. 17
Πίνακας 2. Συνοπτικά οι αλλαγές του νόμου Καλλικράτη	Σελ. 23
Πίνακας 3. Μονάδες ΠΦΥ των έξι φορέων & συμβεβλημένος ιδιωτικός τομέας	Σελ. 68
Πίνακας 4. Χάρτης Κέντρων Υγείας, Περιφερειακών Ιατρείων, Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων, Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων φυλακών ανά Περιφέρεια	Σελ. 73

Εικόνες

Εικόνα 1. Οι 13 Περιφέρειες του νόμου Καλλικράτη	Σελ. 21
Εικόνα 2. Ο χάρτης με τις επτά διοικήσεις	Σελ. 24
Εικόνα 3. Δομές Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	Σελ. 58

Πίνακες Έρευνας

Πίνακας 1. Φύλο	Σελ. 85
Πίνακας 2. Ηλικία	Σελ. 86
Πίνακας 3. Οικογενειακή κατάσταση	Σελ. 87
Πίνακας 4. Μορφωτικό επίπεδο	Σελ. 88
Πίνακας 5. Ετήσιο προσωπικό εισόδημα	Σελ. 89
Πίνακας 6. Ασφαλιστικός φορέας	Σελ. 90
Πίνακας 7. Βαθμός ικανοποίησης ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του ασφαλιστικού τους φορέα	Σελ. 91
Πίνακας 8.1. Εξωτερικά ιατρεία	Σελ. 92
Πίνακας 8.2. Ιδιωτικοί γιατροί	Σελ. 93
Πίνακας 8.3. Συνταγές φαρμάκων	Σελ. 94
Πίνακας 8.4. Γενικές, ειδικές εξετάσεις	Σελ. 95
Πίνακας 8.5. Νοσηλεία στο σπίτι	Σελ. 96

Πίνακας 9.1. Προγραμματισμός για ραντεβού	Σελ. 97
Πίνακας 9.2. Αναμονή για ραντεβού	Σελ. 98
Πίνακας 9.3. Ευγένεια ιατρικού προσωπικού	Σελ. 99
Πίνακας 9.4. Ευγένεια διοικητικών υπαλλήλων	Σελ. 100
Πίνακας 9.5. Ευγένεια νοσηλευτών	Σελ. 101
Πίνακας 9.6. Ικανοποίηση από ωράριο λειτουργίας ιατρείων	Σελ. 102
Πίνακας 9.7. Καταλληλότητα χώρων	Σελ. 103
Πίνακας 9.8. Ικανοποίηση από την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας	Σελ. 104
Πίνακας 9.9. Βαθμός ανταπόκρισης εισφορών στην παροχή υγείας	Σελ. 105
Πίνακας 10. Χρήση των παροχών της κοινωνικής υπηρεσίας του δήμου Αιγιάλεω	Σελ. 106
Πίνακας 11. Παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας που κάνουν χρήση οι ερωτηθέντες	Σελ. 107
Πίνακας 12. Απόσταση κοινωνικής υπηρεσίας του δήμου από το σπίτι των ερωτηθέντων	Σελ. 108
Πίνακας 13. Επίπεδο παροχής ΠΦΥ του δήμου Αιγιάλεω	Σελ. 109
Πίνακας 14.1. Έλλειψη γιατρών	Σελ. 110
Πίνακας 14.2. Έλλειψη νοσηλευτών	Σελ. 111
Πίνακας 14.3. Μη διαθέσιμα ραντεβού	Σελ. 112
Πίνακας 14.4. Ακατάλληλοι χώροι	Σελ. 113
Πίνακας 14.5. Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού	Σελ. 114
Πίνακας 14.5. Αδιαφορία	Σελ. 115
Πίνακας 15. Οικογενειακός γιατρός	Σελ. 116
Πίνακας 15.1. Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένος με κάποιον οικογενειακό γιατρό;	Σελ. 117
Πίνακας 16. Χαρακτηρισμός του συστήματος υγείας	Σελ. 118
Πίνακας 17. Πιστεύετε ότι τα χρήματα που έχετε συνεισφέρει σας εργαζόμενος ήταν αρκετά για να έχετε καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;	Σελ. 119

Διαγράμματα Έρευνας

Διάγραμμα 1. Φύλο	Σελ. 85
Διάγραμμα 2. Ηλικία	Σελ. 86
Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση	Σελ. 87
Διάγραμμα 4. Μορφωτικό επίπεδο	Σελ. 88
Διάγραμμα 5. Ετήσιο προσωπικό εισόδημα	Σελ. 89
Διάγραμμα 6. Ασφαλιστικός φορέας	Σελ. 90
Διάγραμμα 7. Βαθμός ικανοποίησης από ασφαλιστικό φορέα	Σελ. 91
Διάγραμμα 8.1. Εξωτερικά Ιατρεία	Σελ. 92
Διάγραμμα 8.2. Ιδιωτικοί γιατροί	Σελ. 93
Διάγραμμα 8.3. Συνταγές φαρμάκων	Σελ. 94
Διάγραμμα 8.4. Γενικές, ειδικές εξετάσεις	Σελ. 95
Διάγραμμα 8.5. Νοσηλεία στο σπίτι	Σελ. 96
Διάγραμμα 9.1. Προγραμματισμός για ραντεβού	Σελ. 97
Διάγραμμα 9.2. Αναμονή για ραντεβού	Σελ. 98
Διάγραμμα 9.3. Ευγένεια ιατρικού προσωπικού	Σελ. 99
Διάγραμμα 9.4. Ευγένεια διοικητικών υπαλλήλων	Σελ. 100
Διάγραμμα 9.5. Ευγένεια νοσηλευτών	Σελ. 101
Διάγραμμα 9.6. Ικανοποίηση από ωράριο λειτουργίας ιατρείων	Σελ. 102
Διάγραμμα 9.7. Καταλληλότητα χώρων	Σελ. 103
Διάγραμμα 9.8. Ικανοποίηση από την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας	Σελ. 104
Διάγραμμα 9.9. Βαθμός ανταπόκρισης των εισφορών στην παροχή υγείας	Σελ. 105
Διάγραμμα 10. Χρήση των παροχών της κοινωνικής υπηρεσίας του δήμου Αιγάλεω	Σελ. 106
Διάγραμμα 11. Σε ποιες από τις παρακάτω παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας έχετε κάνει ή κάνετε χρήση	Σελ. 107
Διάγραμμα 12. Η κοινωνική υπηρεσία του δήμου σας βρίσκεται σε λογική απόσταση από το σπίτι σας;	Σελ. 108
Διάγραμμα 13. Πως κρίνετε το επίπεδο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του δήμου Αιγάλεω;	Σελ. 109
Διάγραμμα 14.1. Έλλειψη γιατρών	Σελ. 110

Διάγραμμα 14.2. Έλλειψη νοσηλευτών	Σελ. 111
Διάγραμμα 14.3. Μη διαθέσιμα ραντεβού	Σελ. 112
Διάγραμμα 14.4. Ακατάλληλοι χώροι	Σελ. 113
Διάγραμμα 14.5. Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού	Σελ. 114
Διάγραμμα 14.6. Αδιαφορία	Σελ. 115
Διάγραμμα 15. Έχετε οικογενειακό γιατρό;	Σελ. 116
Διάγραμμα 15.1. Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένος με κάποιον οικογενειακό γιατρό;	Σελ. 117
Διάγραμμα 16. Πως θα χαρακτηρίζατε το σύστημα υγείας;	Σελ. 118
Διάγραμμα 17. Πιστεύετε ότι τα χρήματα που έχετε συνεισφέρει σας εργαζόμενος ήταν αρκετά για να έχετε καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;	Σελ. 119
Διάγραμμα 18. Τι θα προτεινάτε για τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας;	Σελ. 120

Συντομεύσεις

ΤΑ: Τοπική Αυτοδιοίκηση

ΟΤΑ: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

ΚΕΔΕ: Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

WHO: World Health Organization/ ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

PHC: Primary Health Care

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

HMOs: Health Maintenance Organizations

PPOs: Preferred Provider Organizations

NHS: National Health Service

GPs: General Practitioners

DDRB: Doctor's and Dentist's Review Body

INSALUD: Instituto Nacional de La Salud

CNAMTS: Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salari

HCRS: Health Care Reimbursement Scheme

USL: Unita Sanitaria Locale

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΤΑΕ: Ταμείο Εμπόρων

ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου

ΕΚΑΒ: Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

ΕΚΕΠΥ: Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας

ΚΥ: Κέντρα Υγείας

ΚΕΣΥ: Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

ΠΕΣΥ: Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας

ΣΥΣΕΔΥΠΥ: Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας

ΠΔ: Προεδρικό Διάταγμα

ΝΔ: Νομοθετικό Διάταγμα

ΚΑΠΗ: Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΚΗΦΗ: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΑΜΕΑ: Άτομα με Αναπηρία

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ

1.1 Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στο παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον

Τοπική Αυτοδιοίκηση (ΤΑ) είναι ο θεσμός που οργανώνει την διοίκηση μιας περιοχής, η οποία διοικείται από τους εκπροσώπους των τοπικών κοινωνιών. Στη σημερινή εποχή, η έξαρση του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης και της οικονομικής φιλελευθεροποίησης της αγοράς, τα νέα κοινωνικά δεδομένα -γήρανση του πληθυσμού, υπογεννητικότητα κτλ - ασκούν εντονότερες πιέσεις στο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας το οποίο είναι κατεξοχήν αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης. Έτσι λοιπόν προβάλλει επιτακτική η ανάγκη για ανανέωση του θεσμικού οπλοστασίου και της διοικητικής ικανότητας του κράτους, για να μπορέσει να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις, αλλά και τους κινδύνους που προκύπτουν από τα νέα διεθνή δεδομένα, που κυριαρχούνται από το φαινόμενο της -μονοδιάστατα οικονομικής- παγκοσμιοποίησης και από τις απόπειρες διαμόρφωσης υπερεθνικών θεσμών και διαδικασιών, με προεξάρχουσα για τη χώρα μας την δύσβατη πορεία της ευρωπαϊκής ενοποίησης.[1]

1.2 Η τοπική αυτοδιοίκηση στις χώρες της Ε.Ε

Η πολυπλοκότητα και η πολυμορφία της ευρωπαϊκής ΤΑ δημιουργεί ένα τεράστιο πολύχρωμο και καθ' όλα ελκυστικό μωσαϊκό. Στο κεφάλαιο αυτό καταβάλλεται προσπάθεια να περιγραφεί η διάρθρωση της ΤΑ κάθε κράτους-μέλους και να παρουσιαστούν οι αντιπροσωπευτικές ενώσεις των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ).[2]

1.2.1 Γερμανία

Η Γερμανία έχει ομοσπονδιακή οργάνωση με τα ομόσπονδα κρατίδια, τις περιοχές-επαρχίες (Kreise) και τους δήμους. Οι δήμοι του Βερολίνου, της Βρέμης και του Ανόβερου έχουν καθεστώς ομόσπονδου κρατιδίου. Οι 116 μεγαλύτερες πόλεις (πόλεις με πληθυσμό άνω των 100.000 κατοίκων) έχουν καθεστώς επαρχίας.

Στη Γερμανία υπάρχουν τελικά 16 ομόσπονδα κρατίδια, 323 επαρχίες-αγροτικές περιοχές, 12.196 δήμοι και 116 πόλεις-επαρχίες. Οι γερμανικοί δήμοι έχουν ένα μέσο πληθυσμιακό μέγεθος ίσο με 6.690 κατοίκους. Πάνω από το 75% των γερμανικών δήμων

έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων, ενώ το 42% του συνολικού γερμανικού πληθυσμού ζει σε πόλεις μικρότερες των 20.000 κατοίκων. Η γερμανική Τοπική Αυτοδιοίκηση εκπροσωπείται κυρίως από τρεις ενώσεις:

- Την Ένωση των Γερμανικών Πόλεων και Δήμων που εκπροσωπεί το σύνολο σχεδόν των πόλεων και δήμων της Γερμανίας (www.dstgb.de),
- Την Ένωση των Γερμανικών Πόλεων που εκπροσωπεί τις 226 μεγαλύτερες πόλεις της χώρας (www.staedtetag.de) και
- Την Ένωση των Γερμανικών Περιοχών-Επαρχιών που εκπροσωπεί το σύνολο των 323 αγροτικών περιοχών-επαρχιών (www.kreise.de/landkreistag).

Για τον καλύτερο συντονισμό τους όλοι οι ΟΤΑ της χώρας έχουν δημιουργήσει σε ομοσπονδιακό επίπεδο την Ομοσπονδιακή Συνομοσπονδία των Ενώσεων των ΟΤΑ.[3]

1.2.1.1 Το παράδειγμα του δήμου του Βερολίνου

Στη συνέχεια, παρατίθεται ως παράδειγμα οι αρμοδιότητες του δήμου του Βερολίνου. Το Βερολίνο είναι από 27.04.1920 ένας ενοποιημένος Δήμος με ένα διοικητικό σύστημα δυο βαθμίδων. Παλαιότερα υπήρχε το (Magistrat) Δημοτικό Συμβούλιο και οι Δημοτικοί Σύμβουλοι, οι υπηρεσίες της περιφέρειας και τα συμβούλια της περιφέρειας, σήμερα υπάρχει η Γερουσία, η Βουλή, οι υπηρεσίες της περιφέρειας και τα συμβούλια της περιφέρειας. Σύμφωνα με το σύνταγμα η Γερουσία αναλαμβάνει όλες εκείνες τις εργασίες που έχουν «συλλογική σημασία για την πόλη» ή εκείνες που λόγω της ιδιαιτερότητάς τους απαιτούν «συλλογική διεκπεραίωση». Οι περιφέρειες είναι υπεύθυνες για όλα τα άλλα θέματα και «συμμετέχουν στη διοίκηση σύμφωνα με τις βασικές αρχές της τοπικής Αυτοδιοίκησης.»

Όσον αφορά τις αρμοδιότητες του περιφερειακού συμβουλίου, σ' αυτές περιλαμβάνονται: α) ο προϋπολογισμός της περιφέρειας και η εκχώρηση αδειών για τις προγραμματισμένες και μη προγραμματισμένες εργασίες, β) η χρήση των ειδικών μέσων του περιφερειακού συμβουλίου, γ) η επικύρωση του προϋπολογισμού της περιφέρειας, δ) οι νομικές διατάξεις για τον καθορισμό των πολεοδομικών και χωροταξικών σχεδίων καθώς και άλλων οικοδομικών δραστηριοτήτων, οι οποίες σύμφωνα με τον γερμανικό νόμο πρέπει να ρυθμιστούν με κάποιο καταστατικό και ε) εκλέγει τον Περιφερειακό Δήμαρχο και 5 μέλη και την Περιφερειακή Υπηρεσία.[4]

1.2.2 Σουηδία

Στη Σουηδία υπάρχουν δύο επίπεδα αυτοδιοίκησης: 20 συμβούλια κομητειών και 290 δήμοι. Τρεις (3) περιοχές έχουν ιδιαίτερο καθεστώς. Ο δήμος του νησιού de Gotland ασκεί τις αρμοδιότητες συμβουλίου κομητείας. Τα συμβούλια των κομητειών Scanie και Vasta Gotland έχουν, πειραματικά μέχρι το 2010, καθεστώς περιφέρειας. Οι σουηδικοί δήμοι έχουν 31.310 κατοίκους μέσο πληθυσμό. Το μέσο πληθυσμιακό μέγεθος των σουηδικών ΟΤΑ είναι πολλαπλάσιο του αντίστοιχου μέσου ευρωπαϊκού όρου, ο οποίος κυμαίνεται στους 5.410 κατοίκους. Το 25% των ΟΤΑ στη Σουηδία έχει πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων και το 4% μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Μέχρι πρότινος υπήρχαν δύο ενώσεις που εκπροσωπούσαν τους σουηδικούς ΟΤΑ:

- Η Ένωση των Σουηδικών Δήμων και
- Η Ομοσπονδία των Σουηδικών Συμβουλίων Κομητειών.

Το Μάρτιο του 2007 δημιουργήθηκε η Ένωση των Σουηδικών Δήμων και Περιφερειών (www.skl.se), που εκπροσωπεί το σύνολο της σουηδικής ΤΑ.

Σύμφωνα με τον νόμο οι δήμοι έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- α) Κοινωνική υπηρεσία (φροντίδα παιδιών προσχολικής ηλικίας και γερόντων, βοήθεια απόρων),
- β) Πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια εκπαίδευση και εκπαίδευση ενηλίκων,
- γ) Πολεοδομία και ανοικοδόμηση,
- δ) Υγεία και ιατρική περίθαλψη,
- ε) Καθαριότητα και περισυλλογή/βιολογικό καθαρισμό λυμάτων,
- στ) Ύδρευση και αποχέτευση
- ζ) Διατήρηση οδικού δικτύου (αφορά τους μεγάλους δήμους)
- η) Αστική συγκοινωνία (αφορά τους μεγάλους δήμους). [3]

1.2.3 Ιταλία

Στην Ιταλία υπάρχουν τρεις βαθμίδες αυτοδιοίκησης. Οι 20 περιφέρειες, οι 103 επαρχίες και οι 8.101 δήμοι. Επίσης, υπάρχουν δύο ανεξάρτητα κρατίδια, του Βατικανό και του Αγίου Μαρίνου. Ο σημερινός αριθμός των ιταλικών δήμων καθορίστηκε μετά το 1990, με βάση τη βούληση του νομοθέτη οι δήμοι να μην έχουν πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων. Παρ' όλα αυτά οι ιταλικοί δήμοι έχουν ένα σχετικά μικρό μέγεθος.

Το μέσο μέγεθός τους είναι 7.270 κάτοικοι και το 71% των ΟΤΑ έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Η ιταλική ΤΑ εκπροσωπείται από τρεις ενώσεις:

- Την Εθνική Ένωση των Ιταλικών Δήμων (www.anci.it), την παλαιότερη και μεγαλύτερη από όλες, ομοσπονδία που είναι οργανωμένη σε δευτεροβάθμιο επίπεδο στις επαρχίες,
- Την Εθνική Ένωση των Ορεινών Δήμων και Κοινοτήτων (www.uncem.it), που εκπροσωπεί το σύνολο των ορεινών Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ και
- Την Εθνική Ένωση των Ιταλικών Επαρχιών (www.upinet.it), που εκπροσωπεί όλες τις ιταλικές επαρχίες.

Οι σχέσεις των καθηκόντων μεταξύ των ενώσεων βασίζονται ουσιαστικά σε δύο αρχές, την αρχή της ενίσχυσης και την αρχή της προσαρμοστικότητας.

Με βάση την αρχή της ενίσχυσης, τα καθήκοντα και οι διοικητικές λειτουργίες πρέπει να αποδίδονται στις αρχές που είναι εδαφικά πιο κοντά στους κατοίκους, αφήνοντας στους ανώτερους οργανισμούς τα καθήκοντα που από τη φύση τους δε μπορούν να διεξαχθούν τοπικά.

Η συνταγματική μεταρρύθμιση του 2001 απέδωσε στο δήμο το ρόλο του βασικού δικαιούχου της άσκησης των διοικητικών λειτουργιών, καθορίζοντας ότι οι άλλοι οργανισμοί, εδαφικά ανώτεροι, πρέπει να ασκούν μόνο μία «ενισχυτική» λειτουργία, δηλαδή να παρεμβαίνουν μόνο όταν ο δήμος δεν είναι σε θέση να επιτελέσει τα καθήκοντά του.

Συμφώνα με την αρχή της Προσαρμοστικότητας, κάθε Οργανισμός πρέπει να έχει μία οργάνωση ανθρώπων και μέσων, ικανών να εγγυηθούν την άσκηση των λειτουργιών. Αυτό σημαίνει ότι εφόσον ο Δήμος είναι ο Οργανισμός που βρίσκεται πιο κοντά στις ανάγκες των ατόμων, οι άλλοι Οργανισμοί μπορούν να διεξάγουν απευθείας τις διοικητικές δράσεις που απαιτούν μια ενιαία λύση, σε μία εδαφική κλίμακα πιο ευρεία από του δήμου, με οικονομικά, οργανικά και οργανωτικά μέσα πιο ουσιώδη και διαρθρωμένα.

Η διοικητική δραστηριότητα ταξινομείται σε Άμεση διοίκηση και Έμμεση διοίκηση με βάση τους Οργανισμούς που την εκτελούν. Άμεση είναι η δράση που εφαρμόζεται από το Κράτος. Είναι κεντρική αν πραγματοποιείται από την κυβέρνηση, είναι περιφερειακή αν πραγματοποιείται από το νομάρχη ή τον δήμαρχο.

Έμμεση είναι η δράση που εφαρμόζεται από τους άλλους οργανισμούς εδαφικούς (Δήμος, επαρχία) και μη εδαφικούς (εμπορικό επιμελητήριο κτλ). Όλοι οι οργανισμοί που ενεργοποιούν και ασκούν τη διοικητική δράση αποτελούν μέρος της Δημόσιας Διοίκησης.[3, 4]

1.2.4 Ηνωμένο Βασίλειο

Η χωρική οργάνωση διαφέρει από το ένα κρατίδιο (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία, Β. Ιρλανδία) στο άλλο, τη στιγμή που ακόμα και οι ίδιες οι βαθμίδες ΤΑ διαφέρουν. Στην Αγγλία σε ορισμένες περιοχές (πολεοδομικά συγκροτήματα και αγροτικές) υπάρχει ένας βαθμός μόνον Αυτοδιοίκησης, αυτός των μητροπολιτικών περιοχών και των ενοποιημένων ΟΤΑ. Σε άλλες περιοχές μπορούμε να βρούμε δύο βαθμούς Τ.Α, το συμβούλιο της κομητείας και το συμβούλιο της περιοχής, σε αγροτικές περιοχές. Υπάρχουν ακόμη οι ενορίες, ένας θεσμός μικρότερος του ΟΤΑ. Το Λονδίνο έχει ιδιαίτερο καθεστώς. Η αρχή του μείζονος Λονδίνου συγκεντρώνει το σύνολο της περιφέρειας του πολεοδομικού συγκροτήματος. Το Λονδίνο είναι διαιρεμένο σε 33 διαμερίσματα.[3]

1.2.4.1 Αρμοδιότητες δήμων

α) Βελτίωση των δημαρχείων

Η εξασφάλιση της βελτίωσης στις τοπικές υπηρεσίες μέσω της διαχείρισης της απόδοσης και της κοινοτικής ηγεσίας είναι μια βασική προτεραιότητα για τα συμβούλια. Η τοπική αυτοδιοίκηση είναι δεσμευμένη στην παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών και στοχεύει στην πραγματική βελτίωση των κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών συνθηκών των ανθρώπων της περιοχής. Από το 2000, σε 186 δημοτικά συμβούλια έχουν απονεμηθεί βραβεία αναγνωριστικών σημάτων για να προσδιορίζουν την τελειότητα και την καινοτομία στην τοπική αυτοδιοίκηση. Το σχέδιο υπάρχει για να μοιράζεται την ορθή πρακτική έτσι ώστε οι αρχές καλύτερης αξίας να μπορούν να μαθαίνουν η μια από την άλλη και να προσφέρουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες σε όλες.

β) Θέματα Κοινωνικών Υπηρεσιών

Τα Τμήματα Κοινωνικών Υπηρεσιών παρέχουν και οργανώνουν φροντίδα και υποστήριξη για άτομα που διαθέτουν ανάγκη. Αυτό μπορεί να είναι σε κανονική ή προσωρινή βάση - να παρέχουν βοήθεια σε ένα ιδιαίτερα δύσκολο μέρος της ζωής ενός προσώπου. Ο αριθμός ανθρώπων που έρχονται σε επαφή με αυτόν τον τομέα εργασίας είναι σημαντικός - παραδείγματος χάριν, 200.000 άνθρωποι ηλικίας πάνω των 65 ετών υποστηρίζονται σε οίκους κατοικίας, φροντίδας και νοσηλείας, 60.000 παιδιά φροντίζονται από τα συμβούλια, πάνω από 800.000 άνθρωποι ηλικίας πάνω των 65 ετών βοηθούνται για να ζουν ανεξάρτητα στο σπίτι τους και περίπου 81.000 οικογένειες έλαβαν εντατική οικιακή φροντίδα το έτος 2002.

γ) Θέματα Εκπαίδευσης

Περίπου το 92 τοις εκατό των παιδιών, νηπιακής και παιδικής ηλικίας διδάσκονται από τις τοπικές εκπαιδευτικές αρχές. Υπάρχουν πάνω από 23.000 σχολεία μόνο στην Αγγλία, όπου εργάζονται πάνω από 420.000 δάσκαλοι με αντίστοιχη πλήρους απασχόλησης υπηρεσία. Περίπου το 41 τοις εκατό των δαπανών εισοδήματος των τοπικών συμβουλίων πηγαίνουν στην εκπαίδευση. Εκτός των σχολείων, οι υπηρεσίες νεολαίας των τοπικών αυτοδιοικήσεων, που απασχολούν περίπου 4.000 άτομα με πλήρες ωράριο και 21.000 άτομα με μερική απασχόληση και που έρχονται σε επαφή με το 60 τοις εκατό των νέων, παρέχουν πολύτιμες ανεπίσημες εκπαιδευτικές ευκαιρίες και υποστήριξη.

δ) Στεγαστικά Θέματα

Αν και ο ρόλος των τοπικών αρχών σε θέματα στέγασης έχει αλλοιωθεί εντυπωσιακά κατά τη διάρκεια των πρόσφατων ετών, τα συμβούλια παραμένουν οι σημαντικοί ιδιοκτήτες και διαδραματίζουν έναν κεντρικό ρόλο στην αξιολόγηση της τοπικής ανάγκης και του προγραμματισμού μιας συντονισμένης απάντησης στα τοπικά ζητήματα στέγασης.

ε) Θέματα περιβάλλοντος, μεταφορών και προγραμματισμού

Τα Συμβούλια διαθέτουν σημαντικές εξουσίες να ελέγχουν την ανάπτυξη στις περιοχές τους για να εξασφαλίζουν ώστε η γη χρησιμοποιείται και αναπτύσσεται προς το συμφέρον του δημοσίου. Πάνω από το 90 τοις εκατό των συμβουλίων διαθέτουν επίσης στρατηγική προγραμμάτων ή αναγέννησης οικονομικής ανάπτυξης για τις περιοχές τους. Οι τοπικές αρχές διαχειρίζονται και διατηρούν περισσότερο από το 96 τοις εκατό των δρόμων καθώς επίσης και ένα φάσμα οδικής ασφάλειας και των διοικητικών δραστηριοτήτων κυκλοφορίας - παραδείγματος χάριν υπάρχουν τώρα σε λειτουργία πάνω από χίλιες ασφαλείς διαδρομές στα σχολικά σχέδια και όλες οι τοπικές αρχές προσφέρουν ειδικές μειωμένες τιμές στα αγωγια για τους ηλικιωμένους. Οι τοπικές αρχές προσπαθούν να ακολουθούν ακόμη πιο περιβαλλοντικά βιώσιμες πολιτικές μεταφοράς.

στ) Θέματα εγκλήματος, προστατευτικών υπηρεσιών και κοινοτικής ασφάλειας

Το 90 τοις εκατό των συμβουλίων συμφωνούν την κοινοτική ασφάλεια ως προτεραιότητα για την αρχή και το 96 τοις εκατό διαθέτουν προσωπικό αφιερωμένο στην εργασία κοινοτικής ασφάλειας. Η τοπική υπηρεσία πυρόσβεσης διαθέτει επίσης ένα ευρύ φάσμα ευθυνών εκτός από την εξέταση των έκτακτων αναγκών συμπεριλαμβανομένης της παροχής συμβουλών για την πρόληψη πυρκαγιάς και την επιβολή νομοθεσίας ασφάλειας. Η περιβαλλοντική υγεία, ο έλεγχος της ρύπανσης, ο θόρυβος και ο έλεγχος παρασίτων καθώς επίσης και οι συμβουλές καταναλωτών και τα πρότυπα εμπορικών συναλλαγών βοηθάνε πολύ στο να βελτιώσουν την ποιότητα του τοπικού περιβάλλοντος και στην ευημερία των ανθρώπων.

ζ) Θέματα Αποβλήτων και Ανακύκλωσης

Τα Συμβούλια είναι υπεύθυνα για τη συλλογή και τη διάθεση των αποβλήτων καθώς επίσης και για την οργάνωση του καθαρισμού των δρόμων, την επεξεργασία του μολυσμένου εδάφους και της ανακύκλωσης χαρτιών, των γυάλινων δοχείων και για άλλους πόρους για να ενθαρρύνουν ένα πολιτισμένο και βιώσιμο μέλλον.[4, 5]

1.2.5 Αυστρία

Στην Αυστρία υπάρχουν δύο επίπεδα Αυτοδιοίκησης: εννέα (9) ομόσπονδα κρατίδια και 2.357 δήμοι. Οι δήμοι έχουν διαφορετικό καθεστώς. Υπάρχουν 15 πόλεις με ειδικό καθεστώς, 197 αστικοί δήμοι, 755 προάστια και 1.290 χωριά. Η Βιέννη έχει ειδικό καθεστώς δήμου, αλλά και ομόσπονδου κρατιδίου ταυτόχρονα. Περισσότερο από το 90% των αυστριακών δήμων έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων, ενώ μόνο πέντε δήμοι έχουν πληθυσμό μεγαλύτερο των 100.000 κατοίκων. Οι αυστριακοί δήμοι εκπροσωπούνται από δύο ενώσεις:

- Την Ένωση Αυστριακών Δήμων, που εκπροσωπεί 2.344 μέλη (www.gemeindebund.at) και το 70% του πληθυσμού της χώρας, και
- Την Ένωση Αυστριακών Πόλεων (www.staedtebund.at) με 247 μέλη. [3]

1.2.6 Βέλγιο

Εκτός από το κεντρικό κράτος, στο Βέλγιο υπάρχουν έξι (6) ομοσπονδιακοί θεσμοί, τρεις κοινότητες και τρεις περιφέρειες, δέκα (10) επαρχίες και 589 δήμοι, εκ των οποίων οι 133 φέρουν το τίτλο της «πόλης». Το μέσο μέγεθος των βελγικών δήμων είναι περίπου 17.910 κάτοικοι. Το μέγεθος αυτό όμως ποικίλλει από περιφέρεια σε περιφέρεια. Οι φλαμανδικοί δήμοι είναι κατά μέσο όρο περισσότερο πυκνοκατοικημένοι από τους δήμους στη Βαλόνη. Περισσότεροι από τους μισούς βελγικούς δήμους έχουν πληθυσμό μεταξύ 10.000 και 25.000 κατοίκων, ενώ μόνο σε οκτώ (8) ΟΤΑ ο πληθυσμός τους ξεπερνάει τους 100.000 κατοίκους. Οι δήμοι του Βελγίου εκπροσωπούνται από 6 διαφορετικές ενώσεις. Τα κριτήρια επιλογής των ενώσεων αυτών είναι κυρίως γλωσσικά ή περιφερειακά. Οι ενώσεις που εκπροσωπούν τους βελγικούς ΟΤΑ είναι:

- Η Ένωση των Φλαμανδικών Επαρχιών (www.vlaamseprovincies.be),
- Η Ένωση των Βαλονικών Επαρχιών (www.apw.be),
- Η Ένωση των Φλαμανδικών Δήμων και Κοινοτήτων (www.wsg.be),
- Η Ένωση των Βαλονικών Δήμων και Κοινοτήτων (www.uvcw.be),
- Η Ένωση των Δήμων και Κοινοτήτων περιοχής πρωτεύουσας (www.avcb.be) και
- Οι τρεις τελευταίες, σε ομοσπονδιακό επίπεδο, αντιπροσωπεύονται από την Ένωση Βελγικών Δήμων και Κοινοτήτων (www.uvcd-vbsg.be).[3]

1.2.7 Γαλλία

Στην Γαλλία υπάρχουν τρία αυτοδιοικητικά επίπεδα: α) 26 περιφέρειες, β) 100 νομοί και γ) 36.683 δήμοι. Μεταξύ των περιφερειών η Κορσική έχει ένα ιδιαίτερο καθεστώς, όπως επίσης το Παρίσι έχει ένα καθεστώς που προσιδιάζει άλλοτε σε δήμο και άλλοτε σε νομό. Ο μέσος πληθυσμός των γαλλικών Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ αντιστοιχεί σε 1.720. Το 95% εξάλλου των γαλλικών δήμων έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Θα πρέπει να τονιστεί ότι η Γαλλία, με τους 36.683 Πρωτοβάθμιους ΟΤΑ, κατέχει το 40% των δήμων και κοινοτήτων όλης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. 36.569 δήμοι είναι χωροθετημένοι στα μητροπολιτικά εδάφη, ενώ 114 στα υπερπόντια νησιά της. Κάθε επίπεδο της γαλλικής αυτοδιοίκησης εκπροσωπείται από μία ένωση. Έτσι υπάρχει:

- Η Ένωση των περιφερειών της Γαλλίας (www.arf.asso.fr),
- Η Συνέλευση των Νομαρχιών (www.departement.org) και
- Η Ένωση των Γαλλικών Δήμων (www.amf.asso.fr).

Λόγω του μεγάλου αριθμού των Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ υπάρχει μία σειρά από ενώσεις που εξειδικεύονται στην εκπροσώπηση συγκεκριμένων ομάδων ΟΤΑ, όπως είναι η Ένωση των Μεγάλων Πόλεων, η Ομοσπονδία των Δημάρχων Μεσαίων Πόλεων, η Ένωση των Μικρών Δήμων και η Ένωση των Αγροτικών Δήμων.[3]

1.2.8 Βουλγαρία

Στη Βουλγαρία υπάρχουν 264 δήμοι, καθένας εκ των οποίων στο εσωτερικό του χωρίζεται σε τομείς ή στις μεγάλες πόλεις σε δημοτικά διαμερίσματα. Το μοναδικό επίπεδο Αυτοδιοίκησης που υπάρχει είναι αυτό του πρώτου βαθμού. Περισσότερο από το ένα τέταρτο του βουλγάρικου πληθυσμού ζει στις τρεις μεγαλύτερες πόλεις. Οι βουλγαρικοί δήμοι εκπροσωπούνται σε εθνικό επίπεδο, από την Εθνική Ένωση Δήμων της Βουλγαρικής Δημοκρατίας (www.namrb.org). Εκτός από την εθνική ένωση υπάρχουν άλλες έντεκα (11) περιφερειακές ενώσεις των βουλγαρικών δήμων.[3]

1.2.9 Δανία

Μετά τη διοικητική μεταρρύθμιση του 2007 στη Δανία υπάρχουν πέντε (5) περιφέρειες, διοικούμενες από περιφερειάρχη, ο οποίος ορίζεται από την κεντρική διοίκηση και 98 δήμοι. Το 40% των νέων δήμων έχει πληθυσμό μεταξύ των 30.000

και 50.000 κατοίκων, ενώ μόνον επτά (7) δήμοι έχουν πληθυσμό μικρότερο των 20.000 κατοίκων. Οι δανέζικοι ΟΤΑ εκπροσωπούνται από την Ένωση Δήμων της Δανίας (www.kl.dk) που αντιπροσωπεύει το σύνολο (98) των Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ. Υπάρχει επίσης η Ένωση των Περιφερειών της Δανίας (www.regioner.dk) που εκπροσωπεί τις πέντε (5) περιφέρειες.[3]

1.2.10 Ισπανία

Στην Ισπανία υπάρχουν τρία (3) επίπεδα Αυτοδιοίκησης. Οι 17 αυτόνομες κοινότητες, οι 50 επαρχίες και οι 8.111 δήμοι. Στη χώρα ανήκουν επίσης δύο «αυτόνομες» πόλεις της Βόρειας Αφρικής, η Ceuta και η Melilla. Ο μέσος πληθυσμός των Πρωτοβάθμιων ισπανικών ΟΤΑ είναι 5.430 κάτοικοι, ενώ το 85% των δήμων έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Οι ΟΤΑ της Ισπανίας εκπροσωπούνται από την Ισπανική Ομοσπονδία Δήμων και Επαρχιών (www.femp.es), η οποία εκπροσωπεί 6.900 δήμους.[3]

1.2.11 Εσθονία

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση στην Εσθονία αποτελείται από 227 δήμους, εκ των οποίων οι 33 είναι ΟΤΑ πόλεων και οι 194 ΟΤΑ αγροτικών περιοχών. Το μέσο πληθυσμιακό μέγεθος των εσθονικών δήμων είναι 5.930 κάτοικοι, ενώ το 50% περίπου του συνολικού πληθυσμού της χώρας κατοικεί στις πέντε (5) μεγαλύτερες πόλεις. Το 80% των ΟΤΑ έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων, ενώ οι αγροτικοί δήμοι έχουν 2.500 κατοίκους μέσο πληθυσμιακό όρο. Στην Εσθονία οι ΟΤΑ εκπροσωπούνται από δύο ενώσεις:

- Από την Ένωση των Πόλεων της Εσθονίας (www.el.ee), που αντιπροσωπεύει τους 33 αστικούς ΟΤΑ, και
- Από την Ένωση των Δήμων της Εσθονίας (www.emovl.ee), που αντιπροσωπεύει τους 156 αγροτικούς ΟΤΑ.[3]

1.2.12 Ιρλανδία

Στην Ιρλανδία υπάρχουν δύο αυτοδιοικητικές βαθμίδες: Οκτώ (8) περιφερειακές αυτοδιοικήσεις και 114 δήμοι ή κοινοτικά συμβούλια. Οι 114 πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ ταξινομούνται σε 29 συμβούλια κομητειών, 5 συμβούλια πόλεων και 80 αστικές περιοχές. Το μέσο μέγεθος των τοπικών συμβουλίων είναι 37.100 κάτοικοι, αλλά ο

πραγματικός πληθυσμός πολλών ΟΤΑ αποκλίνει σε πολλές περιπτώσεις. Η ιρλανδική ΤΑ εκπροσωπείται από τρεις ενώσεις:

- Την Ένωση των Συμβουλίων των Κομητειών (www.councillors.ie) και των πόλεων που εκπροσωπεί 29 συμβούλια κομητειών και 5 συμβούλια πόλεων,
- Την Ένωση των Ιρλανδικών Δήμων (www.amai.ie) που εκπροσωπεί το σύνολο των συμβουλίων των πόλεων, των δημοτικών διαμερισμάτων και των αστικών δήμων και
- Την Ένωση των Ιρλανδέζικων Περιφερειών.[3]

1.2.13 Κύπρος

Η Πρωτοβάθμια Αυτοδιοίκηση της Κύπρου αποτελείται από 33 δήμους, εκ των οποίων οι 9 είναι στα Κατεχόμενα και 491 κοινότητες, εκ των οποίων οι 137 βρίσκονται στα Κατεχόμενα. Οι δήμοι αντιπροσωπεύουν το 66% του πληθυσμού της χώρας και το μέγεθός τους κυμαίνεται μεταξύ 5.000 και 10.000 κατοίκων. Αντίθετα, οι 354 κοινότητες που βρίσκονται στα εδάφη της Κυπριακής Δημοκρατίας δεν αντιπροσωπεύουν παρά το 34% περίπου του πληθυσμού, καλύπτοντας όμως το 90% περίπου της επικράτειας. Το 40% από αυτές έχουν πληθυσμό μικρότερο των 500 κατοίκων. Οι κυπριακοί δήμοι και κοινότητες εκπροσωπούνται από δύο ενώσεις:

- Την Ένωση των Κυπριακών Δήμων (www.ucm.org.cy) και
- Την Ένωση των Κυπριακών Κοινοτήτων (www.ekk.org.cy).[3]

1.2.14 Λιθουανία

Οι Πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ της Λιθουανίας συγκεντρώνουν 48 περιοχές, 6 πόλεις και 6 δήμους, χωρίς ιδιαίτερο χωρικό αντικείμενο. Η διάρθρωση αυτή των δήμων προήλθε μετά από τη διοικητική μεταρρύθμιση του 1994, η οποία περιόρισε τους 581 ΟΤΑ που υπήρχαν τότε σε 56. Μεταξύ 1994 και 2000 δημιουργήθηκαν άλλοι τέσσερις (4) ΟΤΑ. Με μέσο όρο 56.570 κατοίκους, οι ΟΤΑ της Λιθουανίας είναι από τους μεγαλύτερους στην Ευρώπη. Είναι αξιοσημείωτο ότι μόνον ένας πρωτοβάθμιος ΟΤΑ έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Η Ένωση των ΟΤΑ της Λιθουανίας (www.lsa.lt) ιδρύθηκε το 1995 και εκπροσωπεί το σύνολο των Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ.[3]

1.2.15 Λετονία

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση της Λετονίας διαρθρώνεται σε δύο επίπεδα: σε 26 περιοχές και 527 δήμους. Οι δήμοι περιλαμβάνουν 432 αγροτικούς δήμους, 35 συνενωθέντες δήμους, 53 πόλεις και 7 πόλεις με διπλό καθεστώς (δήμου και περιοχής). Υπάρχουν τρεις ενώσεις που εκπροσωπούν την ΤΑ της Λετονίας:

- Η Ένωση των ΟΤΑ της Λετονίας (www.lps.lv), η οποία εκπροσωπεί 528 δήμους και περιοχές,
- Η Ένωση των μεγάλων πόλεων της Λετονίας (www.lpra.lv) που εκπροσωπεί τις επτά πόλεις-περιοχές και
- Η Συμμαχία των Λετονικών πόλεων (www.lps.ogre.lv).[3]

1.2.16 Ολλανδία

Στην Ολλανδία υπάρχουν δύο επίπεδα Αυτοδιοίκησης: οι 12 επαρχίες και οι 443 δήμοι. Οι υπερπόντιες κτήσεις, όπως οι Ολλανδικές Αντίλλες, απολαμβάνουν ένα ιδιαίτερο καθεστώς αυτονομίας. Ο αριθμός των δήμων παρουσιάζει τις τελευταίες δεκαετίες πτωτική τάση. Το 1976 υπήρχαν 842 δήμοι, το 2000 504, το 2005 467 και από το 2007 η ολλανδική Πρωτοβάθμια Αυτοδιοίκηση απαρτίζεται από 443 δήμους. Ο μέσος πληθυσμός των Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ είναι 36.890 κάτοικοι. Οι δήμοι με πληθυσμό από 10.000 έως 50.000 κατοίκους καλύπτουν το 75% των ολλανδικών ΟΤΑ, ενώ οι δήμοι με πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων μόλις το 2%. Στην Ολλανδία υπάρχουν δύο ενώσεις που εκπροσωπούν την Τ.Α.:

- Η Ένωση των Ολλανδικών Δήμων (www.vng.nl), που εκπροσωπεί, σε εθελοντική βάση, το σύνολο των δήμων της χώρας και
- Η Ένωση των Ολλανδικών επαρχιών (www.ipro.nl), που εκπροσωπεί τις 12 επαρχίες.[3]

1.2.17 Λουξεμβούργο

Το Λουξεμβούργο έχει τρεις διοικητικές περιοχές και 116 δήμους. Ο μέσος πληθυσμιακός όρος των λουξεμβουργιανών ΟΤΑ είναι 4.080 κάτοικοι, ενώ το 81% των δήμων της χώρας έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Ο πληθυσμός της ομώνυμης πρωτεύουσας του κράτους μόλις που ξεπερνάει τους 80.000 κατοίκους. Η Ένωση των Λουξεμβουργιανών Πόλεων και Δήμων ιδρύθηκε το 1951. Το 1986 μετονομάστηκε σε Συνδικάτο των Λουξεμβουργιανών Πόλεων και Δήμων

(www.syvicol.lu) και εκπροσωπεί το σύνολο της ΤΑ της χώρας.[3]

1.2.18 Ουγγαρία

Μετά το 2007 στην Ουγγαρία υπάρχουν δύο επίπεδα Αυτοδιοίκησης: Δεκαεννέα (19) κομητείες και 3.175 δήμοι. Οι Πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ κατατάσσονται σε 2.863 χωριά, 265 πόλεις, 23 πόλεις με καθεστώς κομητείας και τη Βουδαπέστη που έχει ένα ειδικό καθεστώς. Ο μέσος πληθυσμός των ουγγρικών Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ είναι 3.170 κάτοικοι ενώ 91% από αυτούς έχουν πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Οι ουγγρικοί Πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ εκπροσωπούνται από δυο οργανώσεις και οι δευτεροβάθμιοι από μία. Οι οργανώσεις αυτές είναι:

- Η Εθνική Ομοσπονδία Δήμων (www.toosz.hu),
- Η Ένωση των Δήμων με καθεστώς Κομητείας (www.mjvsz.hu) και
- Η Εθνική Ένωση των Κομητειών (www.moosz.hu).[3]

1.2.19 Πολωνία

Στην Πολωνία υπάρχουν τρία επίπεδα ΤΑ: 16 περιφέρειες, 314 κομητείες και 2.478 δήμοι. Οι δήμοι είναι χωρισμένοι σε 307 αστικούς, 1.587 αγροτικούς, 584 μεικτούς. Οι 65 αστικοί δήμοι, μεταξύ των οποίων και η πρωτεύουσα Βαρσοβία, έχουν διπλό καθεστώς δήμου και κομητείας. Οι πολωνικοί δήμοι έχουν ένα μέσο πληθυσμιακό μέγεθος ίσο με 15.390 κατοίκους. Το 66% περίπου του συνόλου των δήμων έχει πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων, ενώ 39 πόλεις ξεπερνούν τις 100.000 κατοίκους. Οι πολωνέζικοι ΟΤΑ εκπροσωπούνται από πλήθος ενώσεων. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- Η Ένωση των Πολωνικών Πόλεων (www.zmp.roznan.pl),
- Η Ένωση των Μητροπολιτικών Περιοχών της Πολωνίας (www.selfgov.gov.pl) και
- Η Ένωση των Κομητειών της Πολωνίας (www.zpp.pl)[3]

1.2.20 Μάλτα

Στη Μάλτα υπάρχει μόνον ένα επίπεδο Αυτοδιοίκησης, αποτελούμενο από 68 ΟΤΑ, εκ των οποίων οι 11 είναι πόλεις. Οι 54 από τους Πρωτοβάθμιους ΟΤΑ της Μάλτας είναι χωροθετημένοι στο ομώνυμο και μεγαλύτερο νησί, ενώ 14 στη νήσο Gozzo. Ο μέσος πληθυσμός των ΟΤΑ είναι 5.970 κάτοικοι, ενώ η πλειονότητάς τους

έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Στη Μάλτα υπάρχουν δύο ενώσεις που εκπροσωπούν τους ΟΤΑ:

- Η Ένωση των Δημοτικών Συμβουλίων (www.lca.org.mt) και
- Η Ένωση των Εκτελεστικών Γραμματέων των Δημοτικών Συμβουλίων (www.asklm.org).[3]

1.2.21 Ρουμανία

Η ρουμανική ΤΑ διαθέτει δύο βαθμίδες: 42 διαμερίσματα και 3.173 Πρωτοβάθμιους ΟΤΑ. Από τους Πρωτοβάθμιους ΟΤΑ οι 2.854 είναι αγροτικοί δήμοι και οι 319 αστικοί, εκ των οποίων οι 211 πόλεις και οι 108 δήμοι με ειδικό καθεστώς. Η πρωτεύουσα Βουκουρέστι έχει διπλό καθεστώς δήμου και διαμερίσματος. Ο μέσος πληθυσμός των ρουμανικών ΟΤΑ είναι 6.800 κάτοικοι, το 90% έχει πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων και το 35% έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Παράλληλα, υπάρχουν 27 πόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο των 100.000 κατοίκων. Οι αγροτικοί δήμοι, που αποτελούν και το 90% των Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ της χώρας κατά τεκμήριο έχουν πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων και στα διοικητικά τους όρια έχουν κατά μέσο όρο πέντε χωριά. Το σύνολο των χωριών που δεν έχουν δική τους αυτοδιοίκηση ανέρχεται σε 12.950. Ο χαρακτηρισμός ενός ΟΤΑ σε αστικό ή αγροτικό γίνεται με βάση κριτήρια οικονομικά, κοινωνικά, πολιτιστικά, διοικητικά και πολεοδομικά. Στη Ρουμανία υπάρχουν τρεις ενώσεις που εκπροσωπούν την Πρωτοβάθμια ΤΑ:

- Η Ένωση των Δήμων της Ρουμανίας που εκπροσωπεί το σύνολο σχεδόν των αστικών δήμων με ιδιαίτερο καθεστώς,
- Η Ένωση των Πόλεων της Ρουμανίας με 181 μέλη που εκπροσωπεί την πλειονότητα των ρουμανικών πόλεων
- Η Ένωση των Κοινοτήτων της Ρουμανίας που εκπροσωπεί τις 510 από τις 2.854 αγροτικές κοινότητες.

Οι τρεις αυτές ενώσεις συνένωσαν τις δυνάμεις τους το 2001 και δημιούργησαν την ομοσπονδία των ΟΤΑ της Ρουμανίας (www.fair.ro). Παράλληλα, από τη μεριά τους τα διαμερίσματα εκπροσωπούνται από την Εθνική Ένωση των Διαμερισματικών Συμβουλίων της Ρουμανίας (www.uncjr.ro). [3]

1.2.22 Πορτογαλία

Το Σύνταγμα της Πορτογαλίας ορίζει δύο βαθμούς αυτοδιοίκησης, την Πρωτοβάθμια και την Περιφερειακή. Η Περιφερειακή δεν έχει ακόμα εφαρμοστεί άρα στην πράξη στην Πορτογαλία υπάρχει μόνο Πρωτοβάθμια Αυτοδιοίκηση, η οποία αποτελείται από 308 δήμους και 4.259 ενορίες. Η πλειονότητα των δήμων έχει πληθυσμό που κυμαίνεται μεταξύ 10.000 και 50.000 κατοίκων. Ο μέσος πληθυσμός των πορτογαλικών δήμων είναι 34.380 κάτοικοι. Η πληθυσμιακή διασπορά των δήμων δεν είναι συμμετρική. Οι χωροθετημένοι στα ανατολικά, κοντά στα ισπανικά σύνορα, είναι και οι μικρότεροι. Αντίθετα, μεγάλες συγκεντρώσεις πληθυσμών παρατηρούνται στους παραθαλάσσιους δήμους. Στις Αζόρες υπάρχουν 19 δήμοι και στη Μαδέρα 11. Οι πορτογαλικοί ΟΤΑ εκπροσωπούνται από δύο ενώσεις:

- Την Εθνική Ένωση των Πορτογαλικών Δήμων (www.anmp.pt) και
- Την Εθνική Ένωση των Πορτογαλικών Ενοριών (www.anafre.pt).[3]

1.2.23 Σλοβακία

Η ΤΑ της Σλοβακίας έχει δύο βαθμίδες: τις οκτώ (8) περιφέρειες και τους 2.891 δήμους, εκ των οποίων οι 138 έχουν το καθεστώς πόλης. Οι δύο μεγαλύτερες πόλεις έχουν ειδικό καθεστώς. Το 95% των δήμων έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων, με ένα μέσο πληθυσμό 1.870 κατοίκους. Στη Σλοβακία ακολουθήθηκε η αντίθετη πορεία από ό,τι στην υπόλοιπη Ευρώπη. Τη δεκαετία του '90 ο αριθμός των Πρωτοβάθμιων ΟΤΑ αυξήθηκε, λόγω του ότι πολλοί δήμοι διχοτομήθηκαν. Με νόμο πλέον έχει περιοριστεί η δυνατότητα αυτή και για να διχοτομηθεί ένας δήμος χρειάζεται έγκριση του Κοινοβουλίου. Οι σλοβάκικοι ΟΤΑ εκπροσωπούνται από δύο ενώσεις:

- Την Ένωση των Σλοβάκικων Δήμων και Πόλεων (www.zmos.sk), η οποία δημιουργήθηκε το 1990 και εκπροσωπεί το 95% των δήμων και
- Την Ένωση των Σλοβάκικων Πόλεων (www.uniamiest.eu) που εκπροσωπεί τις μεγαλύτερες πόλεις της χώρας.[3]

1.2.24 Σλοβενία

Στη Σλοβενία υπάρχει ένας μόνο βαθμός αυτοδιοίκησης, που αποτελείται από 210 δήμους. Έντεκα από αυτούς έχουν καθεστώς αστικού δήμου. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αύξηση του αριθμού των δήμων. Το 2005 υπήρχαν 193, ενώ το

2007 17 περισσότεροι. Οι σλοβένικοι δήμοι έχουν τουλάχιστον 5.000 κατοίκους πληθυσμό, εκτός από ειδικές περιπτώσεις που καθορίζονται από λόγους ιστορικούς, γεωγραφικούς, οικονομικούς, εθνικούς ή είναι χωροθετημένοι σε παραμεθόριες περιοχές. Σε οποιαδήποτε, πάντως, περίπτωση ο πληθυσμός του δήμου δεν μπορεί να είναι μικρότερος των 2.000 κατοίκων. Ο μέσος πληθυσμιακός όρος των σλοβένικων ΟΤΑ είναι 9.560 κάτοικοι. Οι μισοί περίπου από το σύνολο έχουν πληθυσμό μικρότερο των 10.000 κατοίκων. Οι σλοβένικοι ΟΤΑ εκπροσωπούνται από δύο ενώσεις:

- Την Ένωση των Δήμων και των Πόλεων της Σλοβενίας (www.skupnostobcin.si) και
- Την Ένωση των Δήμων της Σλοβενίας (www.zbruzenjeobcin.si).[3]

1.2.25 Τσεχία

Η Τσεχική Δημοκρατία περιλαμβάνει δύο αυτοδιοικητικά επίπεδα: 14 περιφέρειες και 6.249 δήμους, στους οποίους συμπεριλαμβάνονται 5.733 κοινότητες, 496 πόλεις και 20 πόλεις με ειδικό νομοθετικό καθεστώς. Η Πράγα έχει ταυτόχρονα το καθεστώς της περιφέρειας και του δήμου. Με έναν μέσο πληθυσμό 1.640 κατοίκους και το 96% των ΟΤΑ να έχει πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων, οι τσεχικοί δήμοι είναι οι μικρότεροι από άποψη μεγέθους στην Ευρώπη. Η Τσεχική Τοπική Αυτοδιοίκηση εκπροσωπείται από δύο ενώσεις:

- Την Ένωση των Πόλεων και των Δήμων της Τσεχίας (www.smocr.cz), η οποία δημιουργήθηκε το 1990 και εκπροσωπεί το 50% περίπου των δήμων κυρίως τις μεγάλες πόλεις και το 70% του πληθυσμού και
- Την Ένωση των Περιφερειών της Τσεχικής Δημοκρατίας (www.asociacekraju.cz), η οποία δημιουργήθηκε το 2001 και εκπροσωπεί τις 14 περιφέρειες.[3]

1.2.26 Φινλανδία

Το μοναδικό επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Φινλανδία είναι οι 416 Πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ. Ο μέσος πληθυσμός των φινλανδέζικων δήμων είναι 12.660 κάτοικοι. Οι περισσότεροι από τους μισούς δήμους έχουν όμως πληθυσμό μικρότερο των 5.000 κατοίκων. Η Ένωση Δήμων και Περιφερειών της Φινλανδίας (www.kunnat.net) εκπροσωπεί το σύνολο των φινλανδέζικων ΟΤΑ.[3]

Πίνακας 1: Κατανομή ομόσπονδων κρατιδίων, περιφερειών, νομών, δήμων στις Ευρωπαϊκές χώρες.

Πηγή: Αθανασόπουλος Κ., Το Δίκαιο Της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2008

Χώρα	Ομόσπονδα Κρατίδια	Περιφέρειες	Νομοί	Δήμοι
ΑΥΣΤΡΙΑ	9			2357
ΒΕΛΓΙΟ	6	3	10	589
ΒΟΥΛΓΑΡΙΑ		11		264
ΓΑΛΛΙΑ		26	100	36683
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	16	116	323	12196
ΔΑΝΙΑ		5		98
ΕΛΛΑΔΑ		13		325
ΕΣΘΟΝΙΑ				227
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ	Η χωρική οργάνωση διαφέρει από το ένα κρατίδιο (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία, Β. Ιρλανδία) στο άλλο.			
ΙΣΠΑΝΙΑ		17	50	8111
ΙΤΑΛΙΑ	2	20	103	8101
ΙΡΛΑΝΔΙΑ		8		114
ΚΥΠΡΟΣ				33
ΛΙΘΟΥΑΝΙΑ				6
ΛΕΤΟΝΙΑ			26	527
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ		3		116
ΜΑΛΤΑ				54
ΟΥΓΓΑΡΙΑ		19		3175
ΟΛΛΑΝΔΙΑ		12		443
ΠΟΛΩΝΙΑ		16	314	2478
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ				308
ΡΟΥΜΑΝΙΑ			42	3173
ΣΛΟΒΑΚΙΑ		8		2891
ΣΛΟΒΕΝΙΑ				210
ΣΟΥΗΔΙΑ		20		290
ΤΣΕΧΙΑ		14		6249
ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ				416

1.3 Η τοπική αυτοδιοίκηση στην Ελλάδα

Οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, συντομότερα ΟΤΑ, ονομάζονται τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου που το καθένα έχει συσταθεί σε συγκεκριμένο έδαφος της Ελλάδας και έχει ως σκοπό τη διοίκηση των τοπικών ζητημάτων, τα δε όργανά του εκλέγονται με καθολική ψηφοφορία. Εμμέσως ο όρος εμπεριέχει και γεωγραφική/δημογραφική σημασία, υπό την έννοια ότι κάθε ΟΤΑ έχει καθορισμένη έκταση, έδρα και συγκεκριμένο πληθυσμό. Βάσει της τρέχουσας διοικητικής διαίρεσης, οποιοδήποτε σημείο της ελληνικής επικράτειας (εξαιρουμένου του Αγίου Όρους) υπάγεται ταυτόχρονα στη δικαιοδοσία δύο ΟΤΑ: ενός πρωτοβάθμιου που ονομάζεται δήμος κι ενός δευτεροβάθμιου που ονομάζεται περιφέρεια.

Οι βασικές αρχές συγκρότησης και λειτουργίας των ΟΤΑ τίθενται από το Σύνταγμα, σύμφωνα με το οποίο:

- Η δημόσια διοίκηση οργανώνεται βάσει του *αποκεντρωτικού συστήματος*.
- Οι ΟΤΑ είναι υπεύθυνοι για τη διοίκηση των τοπικών υποθέσεων - μάλιστα σε περίπτωση σύγκρουσης αρμοδιοτήτων μεταξύ ΟΤΑ και κεντρικής διοίκησης, συντρέχει υπέρ των πρώτων τεκμήριο αρμοδιότητας. Επίσης, η κεντρική διοίκηση μπορεί να αναθέσει στους ΟΤΑ και δικές της αρμοδιότητες.
- Οι ΟΤΑ χαιρούν διοικητικής-οικονομικής αυτοτέλειας και οι αρχές τους εκλέγονται με καθολική μυστική ψηφοφορία.
- Η εποπτεία του κράτους στους ΟΤΑ περιορίζεται αποκλειστικά στον έλεγχο νομιμότητας των αποφάσεων και πράξεών τους. Επίσης, το κράτος είναι υποχρεωμένο να λαμβάνει όλα εκείνα τα μέτρα που απαιτούνται για την εξασφάλιση της οικονομικής αυτοτέλειας των ΟΤΑ, καθώς και να τους ενισχύει οικονομικά όταν τους μεταβιβάζει δικές του αρμοδιότητες.

Ο ορισμός του τι αποτελεί «τοπική υπόθεση», καθώς και του πώς οι σχετικές αρμοδιότητες κατανέμονται ανάμεσα σε α'βάθμιους και β'βάθμιους ΟΤΑ, γίνεται με νόμο. Σύμφωνα με τη γενικότερη φιλοσοφία, συνήθως ο δήμος είναι αρμόδιος για τα στενά τοπικά ζητήματα και η περιφέρεια για τα ευρύτερα. Παραδείγματος χάριν, η συντήρηση των τοπικών δρόμων ή η έκδοση άδειας λειτουργίας των συνεργείων αυτοκινήτων είναι ευθύνες του δήμου, όμως η συντήρηση του οδικού δικτύου που συνδέει τους δήμους ή η έκδοση πιστοποιητικών καταλληλότητας για βιομηχανίες ανήκουν στην αρμοδιότητα της περιφέρειας. Η εμπειρία πάντως έχει

δείξει ότι ο διαχωρισμός είναι δύσκολος, λόγω της πολυνομίας που συχνά οδηγεί σε αντικρουόμενες διατάξεις.[6]

1.3.1 Ιστορική εξέλιξη

Η συγκρότηση ενός κράτους βασισμένου στις αρχές της λαϊκής συμμετοχής και της αποκέντρωσης αποτέλεσε διακηρυκτική αρχή της Επανάστασης του 1821.

Εξάλλου ο ελληνισμός κουβαλούσε μακρά αυτοδιοικητική παράδοση από την περίοδο της Τουρκοκρατίας, όταν τα τοπικά συμβούλια και οι δημογέροντες διαχειρίζονταν το μεγαλύτερο μέρος των ζητημάτων της καθημερινής ζωής.

Τα πράγματα όμως έλαβαν διαφορετική εξέλιξη μετά την απελευθέρωση. Το Ι΄ Ψήφισμα του Καποδίστρια (1828), το οποίο αποτέλεσε την πρώτη διοικητική διαίρεση της ελεύθερης Ελλάδας, δεν προέβλεπε αυτοδιοικητικούς θεσμούς.

Ο συγκεντρωτισμός αυτός εντοπίζεται στην ανάγκη του κυβερνήτη να ισχυροποιήσει την κεντρική εξουσία - η χώρα βρισκόταν ακόμη σε εμπόλεμη κατάσταση, ενώ μεγάλο μέρος της παλαιάς αυτοδιοικητικής αριστοκρατίας εμφάνιζε φυγόκεντρες τάσεις. Οι πρώτοι ΟΤΑ, αν και όχι με το σύγχρονό τους χαρακτήρα, συστάθηκαν μετά την εγκαθίδρυση της μοναρχίας. Μόνο στα πρώτα δεκατρία χρόνια του Όθωνα, το Βασίλειο της Ελλάδας γνώρισε τρεις βασικές νομοθεσίες: Αντιβασιλείας (1833), Αρμανσπεργκ (1836), Κωλέττη (1845). Κοινό σημείο όλων ήταν πως υιοθετούσαν μεν μια σχετική αυτοδιοικητική προσέγγιση, αλλά στην πράξη κρατούσαν τα τοπικά δημόσια νομικά πρόσωπα (δήμους, επαρχίες και νομαρχίες) υπό τον ασφυκτικό έλεγχο της κυβέρνησης, η οποία άμεσα ή έμμεσα διόριζε τους επικεφαλής τους.

Η λαϊκή συμμετοχή περιοριζόταν στα δημοτικά (και πιο σπάνια στα νομαρχιακά) συμβούλια που κατά βάση ήταν εισηγητικά, από τη στιγμή που τα διορισμένα μονοπρόσωπα όργανα συγκέντρωναν τις εκτελεστικές αρμοδιότητες. Επομένως, δεν μπορούμε να μιλάμε ακριβώς για αιρετούς ΟΤΑ, αλλά για βαθμίδες της κεντρικής διοίκησης με μερική λαϊκή συμμετοχή.

Στο ίδιο πνεύμα κινήθηκαν αργότερα και οι μεταρρυθμίσεις της κυβέρνησης Θεοτόκη (1899) και Μαυρομιχάλη (1909). Το σημείο-τομή στα αυτοδιοικητικά πράγματα ήταν ο νόμος ΔΝΖ 1912 του Ελευθερίου Βενιζέλου που παραχωρούσε πλήρη αυτοδιοίκηση στους δήμους (αστικές περιοχές ή πρωτεύουσες νομών) και τις κοινότητες (αγροτικές περιοχές). Αν και δεν έπραξε κάτι αντίστοιχο στις

νομαρχίες, τις οποίες διατήρησε υπό τον έλεγχο της κυβέρνησης, δεν είναι υπερβολή ότι ο συγκεκριμένος νόμος αποτέλεσε τη «ληξιαρχική πράξη γέννησης» των σύγχρονων α΄ βάθμιων ΟΤΑ. Το σχήμα του Βενιζέλου πέρασε από πολλές περιπέτειες, συνυφασμένες με την ταραχώδη πολιτική ιστορία της χώρας, αλλά η βασική φιλοσοφία του παρέμεινε αναλλοίωτη έως τη δεκαετία του '90.

Η επόμενη μεγάλη αλλαγή ήλθε με το νόμο 2218/1994 της κυβέρνησης Ανδρέα Παπανδρέου, ο οποίος καθιέρωνε την αιρετή νομαρχιακή αυτοδιοίκηση. Αρχής γενομένης απ' τις τοπικές εκλογές εκείνου του έτους, τα όργανα διοίκησης των νομαρχιών εκλέγονταν με άμεση ψηφοφορία, τα δε νομικά τους πρόσωπα μετατρέπονταν σε β΄βάθμιους ΟΤΑ.

Ακολούθησε λίγα χρόνια αργότερα ο *Καποδίστριας* της κυβέρνησης Σημίτη (Ν.2539/1997), ο οποίος μετέβαλε τα διοικητικά όρια των α΄βάθμιων ΟΤΑ μέσω συνενώσεων, αφήνοντας όμως ανέπαφο το θεσμικό χαρακτήρα τους.

Η σημερινή μορφή των ΟΤΑ είναι αποτέλεσμα του *Καλλικράτη* (κυβέρνηση Γ. Παπανδρέου, Ν.3852/2010), ο οποίος συνένωσε περαιτέρω τους α΄βάθμιους ΟΤΑ και κατήργησε τις νομαρχίες, αντικαθιστώντας τις ως β΄βάθμιους ΟΤΑ από τις περιφέρειες. Οι τελευταίες υπήρχαν και προ Καλλικράτη, δεν αποτελούσαν όμως ΟΤΑ.[7]

1.3.2 Νομοσχέδιο Καποδίστριας

Νόμος Καποδίστρια ή Σχέδιο Καποδίστρια είναι η συνηθισμένη ονομασία του νόμου (2539/97) του Ελληνικού Κράτους, που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 244/τ.Α'/1997. Σύμφωνα με αυτό έγινε συνένωση κοινοτήτων σε μεγαλύτερους δήμους με σκοπό τη βελτιστοποίηση της δημόσιας διοίκησης στο επίπεδο της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η Διοικητική διαίρεση της Ελλάδας που προέκυψε με το νόμο αυτό ίσχυσε μέχρι το τέλος του 2010, οπότε και αντικαταστάθηκε από τη νέα διοικητική διαίρεση που προβλέπει το σχέδιο Καλλικράτης, το οποίο δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 87/τ.Α'/2010. Το 2006 με τροπολογία που ψηφίστηκε στη Βουλή αναγνωρίστηκαν επίσημα ως ξεχωριστές Κοινότητες τα Ζωνιανά Ρεθύμνου, το Βραχάσι Λασιθίου και η Τσαρίτσανη Λάρισας).

Ο Νόμος Καποδίστρια εισήγαγε το νέο όρο των Δημοτικών Διαμερισμάτων (οι παλαιές κοινότητες). Λόγω της κατάργησης των κοινοτήτων έτυχε σημαντικής αντίδρασης σε ορισμένες περιοχές. Πήρε το όνομά του από τον Ιωάννη Καποδίστρια, πρώτο κυβερνήτη της Ελλάδος μετά την απελευθέρωσή της από τους Οθωμανούς.[8]

1.3.3 Νομοσχέδιο Καλλικράτης

Εικόνα 1: Οι 13 Περιφέρειες του νόμου Καλλικράτη



Πηγή: www.ypes.gr

Πρόγραμμα Καλλικράτης, ακριβέστερα *Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης*, ονομάζεται ο Ελληνικός νόμος 3852/2010, με τον οποίο μεταρρυθμίστηκε η διοικητική διαίρεση της Ελλάδας και επανακαθορίστηκαν τα όρια των αυτοδιοικητικών μονάδων, ο τρόπος εκλογής των οργάνων και οι αρμοδιότητές τους. Ενίοτε απαντάται και ως *Σχέδιο Καλλικράτης*, από την ονομασία που είχε πριν εισαχθεί προς συζήτηση στη Βουλή των Ελλήνων.

Το πρόγραμμα ψηφίστηκε από την Ελληνική Βουλή το Μάιο του 2010. Μέρος των διατάξεών του ενεργοποιήθηκε άμεσα με τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως στις 7 Ιουνίου 2010 (ΦΕΚ 87/τ.Α'/2010), ώστε να διεξαχθούν βάσει αυτών οι αυτοδιοικητικές εκλογές του ίδιου έτους. Στη πλήρη μορφή του τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου 2011. Το πρόγραμμα πυροδότησε αντιδράσεις σε όλη την Ελλάδα με κινητοποιήσεις που εκδηλώθηκαν ποικιλοτρόπως από αποκλεισμούς δρόμων, μέχρι και απεργία πείνας.

Η ονομασία «Πρόγραμμα Καλλικράτης» επεκτάθηκε, μέσω κυρίως των ΜΜΕ, στις συγχωνεύσεις και καταργήσεις δημοσίων υπηρεσιών, σχολείων και νοσοκομείων. Ο «Καλλικράτης» θεωρείται συνέχεια του «Καποδίστρια» (Ν.2539/97), υπό την έννοια ότι αμφότεροι εισήχθησαν από κυβέρνηση του ίδιου κόμματος (ΠΑΣΟΚ) και διέπονται από παρόμοια φιλοσοφία αναγκαστικής συνένωσης των υπάρχοντων μικρών δήμων σε μεγαλύτερους.

Βασικές πτυχές του προγράμματος είναι η μείωση του αριθμού των δήμων και των νομικών τους προσώπων κατά περίπου 2/3, η αντικατάσταση των 57 νομαρχιών ως δευτεροβάθμιων ΟΤΑ από τις 13 περιφέρειες, η σύσταση των αποκεντρωμένων διοικήσεων, οι αλλαγές στον τρόπο χρηματοδότησης των ΟΤΑ, η αύξηση της θητείας των αυτοδιοικητικών οργάνων από 4 σε 5 έτη και η ανακατανομή των αρμοδιοτήτων κάθε βαθμού.

Σύμφωνα με τον Γιάννη Ραγκούση που εισηγήθηκε το πρόγραμμα ως υπουργός Εσωτερικών, κριτήριο ήταν να μην υπάρχει δήμος με πληθυσμό κάτω των 25.000 κατοίκων στα πολεοδομικά συγκροτήματα Αθήνας και Θεσσαλονίκης ή 10.000 για την υπόλοιπη χώρα - εξαιρέσεις έγιναν μόνο για τις ορεινές περιοχές, όπου το πληθυσμιακό κατώτατο όριο τέθηκε στις 2.000 και στα νησιά, όπου προκρίθηκε η λογική «ένας δήμος ανά νησί» (πλην των δύο μεγάλων, Κρήτης και Εύβοιας). Επίσης, οι προβλεπόμενες περικοπές εξόδων, που προκύπτουν από το πρόγραμμα, βρίσκονται σε εναρμόνιση με τις γενικότερες δεσμεύσεις της κυβέρνησης Γ.Α. Παπανδρέου απέναντι στους δανειστές της χώρας.[9]

Πίνακας 2: Συνοπτικά οι αλλαγές του νόμου Καλλικράτη

Πηγή: www.ypes.gr

	Καθεστώς Καποδίστρια	Καθεστώς Καλλικράτη
Δήμοι	Πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ. Συνολικά 910 δήμοι και 124 κοινότητες. Οι περισσότεροι είχαν προκύψει από συνενώσεις το 1997 με τον «Καποδίστρια». Διαιρούνταν σε <i>δημοτικά διαμερίσματα</i> .	Πρωτοβάθμιοι ΟΤΑ. Περιορισμός σε 325 δήμους μέσω εθελοντικών ή αναγκαστικών συνενώσεων. Ανάλυση μέρους των αρμοδιοτήτων των νομαρχιών. Διαιρούνται σε <i>δημοτικές ενότητες</i> , οι οποίες ταυτίζονται ουσιαστικά με τους δήμους που συνενώθηκαν. Αυτές με τη σειρά τους διαιρούνται σε <i>κοινότητες</i> , οι οποίες ταυτίζονται με τα παλαιά δημοτικά διαμερίσματα.
Νομαρχίες	Δευτεροβάθμιοι ΟΤΑ. Συνολικά 57 νομαρχίες και 19 επαρχίες. Ακολουθούσαν το χωρισμό της χώρας σε νομούς, εκτός απ' την Αττική.	Περιφερειακές ενότητες (κατά προσέγγιση). Συνολικά 74. Μολονότι διοικητικά δεν αποτελούν αυτοδιοικούμενο θεσμό, ορίζεται ότι σε καθεμία από αυτές (ή ομάδα τους σε ορισμένες περιπτώσεις) θα αντιστοιχεί ένας άμεσα εκλεγμένος αντιπεριφερειάρχης, ο οποίος θα προέρχεται υποχρεωτικά από το συνδυασμό του περιφερειάρχη, θα έχει δηλωθεί ως τέτοιος στο ψηφοδέλτιο και θα έχει αυξημένες κατά τόπον αρμοδιότητες.
Περιφέρειες	Συνολικά 13. Υπεύθυνες για το συντονισμό των ΟΤΑ, τον έλεγχο νομιμότητας των πράξεών τους και την εφαρμογή της κυβερνητικής πολιτικής σε περιφερειακό επίπεδο. Ο περιφερειάρχης διοριζόταν απ' την κυβέρνηση.	Παρέμειναν στα ίδια γεωγραφικά όρια, αλλά πλέον αποτελούν δευτεροβάθμιους ΟΤΑ με αιρετό περιφερειάρχη και συμβούλιο. Ανάλυση μέρους των αρμοδιοτήτων των νομαρχιών.
Αποκεντρωμένες Διοικήσεις	Δεν υπήρχαν	Συνολικά 7. Ο επικεφαλής τους (γενικός γραμματέας) διορίζεται απ' την κυβέρνηση. Ανέλαβαν σε γενικές γραμμές τις αρμοδιότητες των παλαιών περιφερειών.
Δημοτικές επιχειρήσεις	Περίπου 6.000 Νομικά Πρόσωπα και επιχειρήσεις των Δήμων.	Μειώνονται σε περίπου 1.500 μέσω συνενώσεων ή καταργήσεων.
Χρηματοδότηση ΟΤΑ	Κρατικός προϋπολογισμός, ευρωπαϊκά προγράμματα, δημοτικά τέλη, ίδιοι πόροι (π.χ. δημοτικές επιχειρήσεις, εκμίσθωση παραλιών και λατομείων κ.ά.)	Παραμένουν τα προηγούμενα. Προστίθεται μερίδιο από κρατικούς φόρους (ΦΠΑ, φορολογία εισοδήματος, φόρο ακίνητης περιουσίας)
Αυτοδιοικητικές εκλογές	Κάθε 4 χρόνια, μήνα Οκτώβριο. Εάν ο πρώτος συνδυασμός δεν συγκέντρωνε 42%, η διαδικασία επαναλαμβάνονταν την επόμενη Κυριακή μεταξύ των δύο πρωτευσάντων.	Κάθε 5 χρόνια, μήνα Ιούνιο, μαζί με τις Ευρωεκλογές (εξαιρούνται οι εκλογές του 2010). Απαιτείται απόλυτη πλειοψηφία για την ανακήρυξη συνδυασμού ως νικητή. Εάν δεν επιτευχθεί, η διαδικασία επαναλαμβάνεται την επόμενη Κυριακή μεταξύ των δύο πρωτευσάντων.








Με το πρόγραμμα Καλλικράτης εισάγεται ο θεσμός της αποκεντρωμένης διοίκησης που αντικαθιστά τις 13 Περιφέρειες του «Καποδίστρια». Σε αυτές θα μεταφερθούν οι αρμοδιότητες των Περιφερειών που από το Σύνταγμα επιβάλλεται να παραμένουν υπό κεντρική διοίκηση. Οι επικεφαλής τους θα έχουν τον τίτλο του γενικού γραμματέα και θα διορίζονται από την Κυβέρνηση.

Εικόνα 2: Ο χάρτης με τις επτά διοικήσεις.



Πηγή: www.ypes.gr

Δημιουργούνται επτά διοικήσεις:

-  Διοίκηση Αττικής, με έδρα την Αθήνα
-  Διοίκηση Μακεδονίας - Θράκης, με έδρα τη Θεσσαλονίκη
-  Διοίκηση Ηπείρου - Δυτικής Μακεδονίας, με έδρα τα Ιωάννινα
-  Διοίκηση Θεσσαλίας - Στερεάς Ελλάδας, με έδρα τη Λάρισα
-  Διοίκηση Πελοποννήσου, Δυτικής Ελλάδας και Ιονίου, με έδρα την Πάτρα
-  Διοίκηση Αιγαίου, με έδρα τον Πειραιά
-  Διοίκηση Κρήτης, με έδρα το Ηράκλειο

Οι 13 περιφέρειες σύμφωνα με τον Καλλικράτη είναι: 1) Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, 2) Κεντρικής Μακεδονίας, 3) Δυτικής Μακεδονίας, 4) Θεσσαλίας, 5) Ηπείρου, 6) Ιονίων νήσων, 7) Δυτικής Ελλάδος, 8) Στερεά Ελλάδος, 9) Πελοποννήσου, 10) Αττικής, 11) Κρήτης, 12) Νοτίου Αιγαίου και 13) Βορείου Αιγαίου.

Με το σχέδιο Καλλικράτης ο διοικητής των Περιφερειών, ο Περιφερειάρχης, εκλέγεται πλέον άμεσα από το λαό στις δημοτικές και περιφερειακές εκλογές.[9]

1.3.4 Συμπεράσματα

Όπως προκύπτει και από το παραπάνω κείμενο, η πολυμορφία της ευρωπαϊκής Τοπικής Αυτοδιοίκησης επιβάλλει και μία αντίστοιχη πολυχρωμία στις λύσεις που έχουν προταθεί και εφαρμόζονται στα διαφορετικά κράτη-μέλη της Ε.Ε.

Το βασικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι δεν υπάρχει μία λύση συνταγή. Ανάλογα με τις εθνικές, ιστορικές, πολιτικές, αλλά και κοινωνικό-οικονομικές συνθήκες έχει διαμορφωθεί η ΤΑ της κάθε χώρας και σε αυτό το πλαίσιο αναζητεί τις ιδανικότερες λύσεις. Σχετικά με την ελληνική Τοπική Αυτοδιοίκηση, το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι δεν χρειάζεται να μεταφέρουμε μηχανιστικά ή να αντιγράψουμε κάποια ευρωπαϊκά πρότυπα. Εξάλλου, παρατηρούμε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η ελληνική ΤΑ βρίσκεται αρκετά μπροστά από πολλά κράτη-μέλη της ευρωπαϊκής Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η ύπαρξη για παράδειγμα μίας Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας (ΚΕΔΕ), στην οποία συμμετέχουν αυτοδιοικητικές παρατάξεις απ' όλο το πολιτικό φάσμα και το σύνολο των δήμων και των κοινοτήτων ανεξαρτήτως μεγέθους, γεωμορφολογικών ή άλλων χαρακτηριστικών, είναι μία κατάκτηση την οποία πρέπει να διαφυλάξουμε ως «κόρην οφθαλμού». Ένα θέμα το οποίο εντυπωσιάζει στη μελέτη της διάρθρωσης της ευρωπαϊκής Τοπικής Αυτοδιοίκησης και εδώ και πολύ καιρό έχει επισημάνει και προτείνει η ΚΕΔΕ, είναι η διακυβέρνηση των μητροπολιτικών περιοχών.

Το θέμα αυτό αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον, λαμβάνοντας υπόψη ότι οι περισσότερες πρωτεύουσες κρατών και οι μεγάλες πόλεις έχουν συνήθως διττό θεσμικό χαρακτήρα. Ενσωματώνουν, δηλαδή, δικαιώματα και αρμοδιότητες τόσο της Πρωτοβάθμιας όσο και της Δευτεροβάθμιας (εκεί που υπάρχει) Αυτοδιοίκησης. Η πορεία της ελληνικής Τοπικής Αυτοδιοίκησης προς τη σύγκλιση με το ευρωπαϊκό κεκτημένο είναι μακρόχρονη και δύσκολη. Αυτό που πριν από όλα χρειάζεται είναι ένας ήρεμος και σοβαρός διάλογος, στηριγμένος σε πραγματικά στοιχεία και επιχειρήματα.[10]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Υγεία

Διαχρονικά για τη λέξη *υγεία* έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Για πολλούς η λέξη *υγεία* σημαίνει απλά *απουσία ασθένειας*.

Στο καταστατικό της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHO, 1947), η υγεία χαρακτηρίζεται σαν *η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής, και κοινωνικής ευεξίας και όχι αποκλειστικά η απουσία νόσου ή αναπηρίας*. Ο ιδεαλιστικός αυτός ορισμός εξέφραζε την αισιοδοξία του κόσμου μετά το τέλος του Β΄ Παγκόσμιου πολέμου. Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην Παγκόσμια συνδιάσκεψη για την υγεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που έγινε στην Alma-Ata στις 12-09-1978. Στα πορίσματα της συνδιάσκεψης αυτής τονίζεται ότι *η υγεία είναι θεμελιώδης ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι κοινωνικός στόχος που αφορά όλο τον κόσμο και η πραγματοποίησή του απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών τομέων*.

Από τον ανώτερο ορισμό της υγείας, φαίνεται καθαρά ότι για να επιτευχθεί η υγεία, είναι απαραίτητη η αρμονία όχι μόνο του σώματος και της ψυχής, αλλά και όλων των στοιχείων του περιβάλλοντος. Η έννοια του περιβάλλοντος, δεν περιλαμβάνει μόνο φυσικά, χημικά και βιολογικά στοιχεία, αλλά και το γενικότερο κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει ένα άτομο καθώς επίσης τις γενικές συμπεριφορές και απαιτήσεις της κοινωνίας. Σε ευρύτερη δηλαδή έννοια όλο το πολιτικό και οικονομικό κλίμα.[11]

2.2 Προαγωγή της υγείας

Τη δεκαετία του 1970, επικράτησε ο όρος *αγωγή υγείας* για να περιγράψει την προσπάθεια για μετάδοση γνώσεων, αλλαγή στάσεων και υιοθέτηση από τα άτομα υγιεινής συμπεριφοράς ώστε να είναι σε θέση να βελτιώσουν την υγεία τους.

Όμως από τη δεκαετία του 1980, αυτός ο ορισμός δέχτηκε κριτική για δυο κυρίως λόγους. Πρώτον, θεωρούσε υπεύθυνο το άτομο για την υγεία του και τον τρόπο ζωής του, γεγονός που θα μπορούσε να καταλήξει στο δόγμα ότι «ο ασθενής φταίει», άποψη με σοβαρή ψυχολογική και κοινωνική φόρτιση. Δεύτερον, η υγεία, όπως διαφαίνεται και από τον ορισμό του ΠΟΥ (1947), επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως τους βιολογικούς (ηλικία, φύλο, κληρονομικότητα), τους παράγοντες του πιο άμεσου κοινωνικό-οικονομικού περιβάλλοντος (συνθήκες

διαμονής, ανεργία, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας) και τους παράγοντες που αφορούν τις στάσεις και συμπεριφορές των ανθρώπων καθώς και τους ευρύτερους περιβαλλοντικούς και κοινωνικό-οικονομικούς παράγοντες (μόλυνση του περιβάλλοντος, φτώχεια, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο).

Οι παράγοντες που πειράζουν την υγεία και την ευεξία είναι δυο κατευθύνσεων: οι αρνητικοί ή παράγοντες κινδύνου και οι θετικοί ή προστατευτικοί παράγοντες. Κατά συνέπεια αυτοί οι παράγοντες για να αντιμετωπιστούν χρειάζονται μια σειρά από δραστηριότητες που ξεπερνούσαν την παραδοσιακή αγωγή υγείας, για παράδειγμα, χρειάζονται πολιτική δράση για την αλλαγή των κοινωνικών πολιτικών, τοποθέτηση της υγείας των εργαζομένων στις προτεραιότητες των εργοδοτών, ανάπτυξη της κοινότητας για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της, κλπ.

Έτσι τη δεκαετία του 1980, άρχισε ο διάλογος, αλλά και η αντιπαράθεση για την επικράτηση των όρων αγωγή ή προαγωγή της υγείας. Ο ΠΟΥ μέσα από το πνεύμα των διακηρύξεων της Alma-Ata για την ΠΦΥ (1978), το Χάρτη της Οτάβα (1986) και την διακήρυξη της Τζακάρτα (1997) ενέτασσε την Αγωγή Υγείας στα πλαίσια της Προαγωγής της Υγείας, βοηθώντας έτσι στην επίλυση αυτής της αντιπαράθεσης, αλλά και στην πρόοδο του διαλόγου για το αν η συμπεριφορά ή το περιβάλλον έχουν μεγαλύτερη επίπτωση στην υγεία και στην ασθένεια, προσδιορίζοντας τα ως αλληλένδετα και αλληλεξαρτώμενα.

Ο σπόρος αυτός φυτεύτηκε από την διακήρυξη της Alma-Ata για την ΠΦΥ το 1978 όπου αναφέρεται ότι στόχος των κρατών πρέπει να είναι η Υγεία για όλους το 2000 μέσω της ΠΦΥ. Διάφοροι όροι που διατυπώνονται στο κείμενο της διακήρυξης προετοιμάζουν το έδαφος για το επόμενο στάδιο προστασίας της υγείας που θα ονομαστεί προαγωγή της υγείας. Όροι όπως κοινωνική δικαιοσύνη, ισότητα, συμμετοχή της κοινότητας, προαγωγή της υγείας και πρόληψη ασθενειών, εμπλοκή και άλλων κρατικών υπηρεσιών, εκτός των υγειονομικών, πολιτική δράση, μείωση των κονδυλίων για τους εξοπλισμούς και διάθεσή τους στην ΠΦΥ και την παγκόσμια ειρήνη. Το ίδιο πνεύμα συνεχίστηκε και με το Χάρτη της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας (1986), όπου ως προαγωγή θεωρείτο η βελτίωση, η αύξηση, η πρόοδος, η ενθάρρυνση και η τοποθέτηση της υγείας υψηλότερα στις προτεραιότητες τόσο των ατόμων και των κοινοτήτων όσο και των κυβερνήσεων.

Συμπερασματικά, *Προαγωγή της Υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους.* Ο ορισμός αυτός δημοσιεύτηκε το 1986 στον Καταστατικό Χάρτη της Οτάβα, στο Διεθνές Συνέδριο

για την Προαγωγή της Υγείας.[12]

2.2.1 Ο Χάρτης της Οτάβα για την Προαγωγή της Υγείας

Το πρώτο διεθνές συνέδριο για την Προαγωγή της Υγείας διεξήχθη στην Οτάβα την 21^η Νοεμβρίου (1986), πρότεινε αυτόν το Χάρτη με σκοπό να αναληφθεί δράση για την επίτευξη του στόχου *Υγεία για όλους το 2000* και για τα χρόνια που έπονται.

Σύμφωνα με το Χάρτη της Οτάβα 1986 οι προϋποθέσεις για την υγεία είναι: η ειρήνη, η στέγαση, η εκπαίδευση, η σίτιση, το εισόδημα, το σταθερό οικοσύστημα, οι πόροι, η κοινωνική δικαιοσύνη και η ισότητα. Επίσης, επαναδιατυπώνει ότι οι πολιτικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί, πολιτιστικοί, περιβαλλοντικοί, συμπεριφορικοί και βιολογικοί παράγοντες μπορούν είτε να βοηθήσουν την υγεία είτε να τη βλάψουν. Η δράση της Προαγωγής της Υγείας έγκειται στο να κάνει αυτές τις συνθήκες υποστηρικτικές για την υγεία.

Ο Χάρτης της Οτάβα προσδιορίζει την Προαγωγή της Υγείας ως *τη διαδικασία ενδυνάμωσης των ατόμων να αυξήσουν τον έλεγχο που ασκούν πάνω στο περιβάλλον τους και να βελτιώσουν την υγεία τους. Η ενημερωμένη συμμετοχή είναι απαραίτητη τόσο σε επίπεδο ατόμου όσο και σε επίπεδο κοινότητας.*

Στόχοι της προαγωγής της υγείας είναι:

- Η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.
- Η εξασφάλιση ίσων ευκαιριών ώστε όλοι οι άνθρωποι να είναι ικανοί ν' αναπτύξουν όλο το δυναμικό υγείας.
- Η προστασία της υγείας του ανθρώπου και του περιβάλλοντος από κάθε τι που το απειλεί.
- Η συντονισμένη δράση από κάθε υπεύθυνο φορέα, τομέα και ομάδα πολιτών που μεσολαβούν, προκειμένου να προστατεύσουν την υγεία από τα διάφορα συμφέροντα που την απειλούν.[12]

2.3 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Στη Διακήρυξη της Alma-Ata που ψηφίστηκε ομόφωνα οριοθετείται η σύγχρονη προσέγγιση της έννοιας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και τα βασικά συστατικά της και τονίζεται η ανάγκη διαμόρφωσης πολιτικών και στρατηγικών που θα «εισάγουν και ενσωματώνουν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως μέρος ενός εκτεταμένου εθνικού υγειονομικού συστήματος, συντονισμένου με άλλους τομείς»

(WHO 1978) και υιοθετούνται απόψεις που αποτελούν συνιστώσες και προϋποθέσεις μιας προσπάθειας παγκόσμιας κινητοποίησης ώστε «...η υγεία να είναι σκοπός και όχι μέσο για την οικονομική ανάπτυξη...», όπως ότι:

1) Οι τεράστιες ανισότητες στη στάθμη της υγείας των λαών και κυρίως μεταξύ των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων κρατών, αλλά και μέσα στην ίδια την χώρα, είναι πολιτικά, κοινωνικά και οικονομικά απαράδεκτες.

2) Οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την υγεία του λαού που μπορεί να εξασφαλιστεί μόνο με τη λήψη επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Το κράτος ή οι κοινότητες πρέπει να αναλαμβάνουν την οικονομική κάλυψη σε στάδιο ανάπτυξης τους μέσα σ' ένα πνεύμα ευθύνης και αυτοδιάθεσης. Η προαγωγή και η προστασία της υγείας είναι απαραίτητος όρος για μια συνεχή οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής και στην παγκόσμια ειρήνη.

3) Η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, βασισμένη σε μία Νέα Διεθνή Οικονομική Τάξη, είναι θεμελιώδους σημασίας τόσο για την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου υγείας σε όλους, όσο και για τον περιορισμό του χάσματος μεταξύ των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.

4) Ένα αποδεκτό επίπεδο υγείας για όλους τους λαούς του κόσμου μπορεί να επιτευχθεί με μια πληρέστερη και καλύτερη αξιοποίηση των παγκόσμιων πόρων που σημαντικό τους μέρος ξοδεύεται σήμερα για εξοπλισμούς και στρατιωτικές συγκρούσεις. Μία ειλικρινής πολιτική ανεξαρτησίας, ειρήνης, ύφεσης και αφοπλισμού μπορεί και πρέπει να αποδεσμεύσει κεφάλαια που να αποδοθούν σε ειρηνικούς σκοπούς και ιδιαίτερα στην επίσπευση της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης που ουσιαστικό της μέρος είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Σ' αυτήν πρέπει να διατεθεί το σωστό μερίδιο που της αναλογεί.

Στο κείμενο της Διακήρυξης διατυπώνεται με σαφήνεια η νέα φιλοσοφία για την υγεία και προσδιορίζονται οι άξονες της νέας πολιτικής που θα πρέπει να είναι:

α) Η σφαιρική και πολυδιάστατη θεώρηση της έννοιας της υγείας και η σαφής αντιδιαστολή της από την έννοια της περίθαλψης.

β) Ο αναπροσανατολισμός των στόχων των υπηρεσιών υγείας με έμφαση στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα και τη βαθμιαία απομάκρυνση από την ιδέα της περίθαλψης με κέντρο το νοσοκομείο.

γ) Η αναγκαιότητα ανατροπής του παραδοσιακού ιατροκεντρικού μοντέλου και η υιοθέτηση της πολυεπιστημονικού χαρακτήρα «ομάδας υγείας» και η διασφάλιση

της αναγκαίας διατομεακής συνεργασίας μεταξύ όλων των σχετικών «...με την εθνική και οικονομική ανάπτυξη...» τομέων, όπως η γεωργία, η κτηνοτροφία, η παραγωγή τροφίμων, η εκπαίδευση, η στέγαση, τα δημόσια έργα, κλπ.

δ) Ο συνεχής και συστηματικός προγραμματισμός και η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, με κοινοτική συμμετοχή και ουσιαστική παρέμβαση των πολιτών στο σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων για την υγεία. [13]

2.3.1 Εννοιολογική προσέγγιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Σύμφωνα με τη Διακήρυξη της Alma-Ata, η *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*:

1. Στηρίζεται σε πρακτικές και επιστημονικά και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, προσιτές σε όλους και με την πλήρη συμμετοχή όλων και αποτελεί αναπόσπαστο μέρος τόσο του υγειονομικού συστήματος της χώρας, του οποίου είναι ο κεντρικός μοχλός και το κύριο επίκεντρο, όσο και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας σε όλη της την έκταση.
2. Είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντάς το πλησιέστερα εκεί όπου ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο στοιχείο ενός συνεχούς προγράμματος υγειονομικής φροντίδας.
3. Αντικατοπτρίζει και εξελίσσεται σύμφωνα με τις οικονομικές συνθήκες και τις κοινωνικές αξίες των κοινοτήτων της και βασίζεται στην εφαρμογή των ουσιαστικών αποτελεσμάτων που προέρχονται από τις κοινωνικές, βιοϊατρικές και υγειονομικές έρευνες και από την εμπειρία που αποκτήθηκε πάνω σε θέματα δημόσιας υγείας.
4. Απευθύνεται προς τα κύρια υγειονομικά προβλήματα της κοινότητας και εξασφαλίζει αντίστοιχα υπηρεσίες προαγωγής, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας.
5. Περιλαμβάνει:
 - Διαφώτιση πάνω στα φλέγοντα θέματα υγείας και στις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους.
 - Εξασφάλιση καλής και σωστής διατροφής.
 - Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής.

- Υγειονομική περίθαλψη της μητέρας και του παιδιού, συμπεριλαμβανομένου και του οικογενειακού προγραμματισμού.
- Εμβολιασμό για τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα.
- Πρόληψη και καταπολέμηση των τοπικών ενδημικών νόσων.
- Κατάλληλη θεραπεία κοινών νόσων και τραυματισμών και παροχή των απαραίτητων φαρμάκων.

6. Ενεργοποιεί, πέρα από τον τομέα της υγείας, όλους τους σχετικούς τομείς της εθνικής και κοινοτικής ανάπτυξης και ιδιαίτερα τη γεωργία, την κτηνοτροφία, την παραγωγή τροφίμων, τη βιομηχανία, την εκπαίδευση, τη στέγαση, τα δημόσια έργα, τις επικοινωνίες κ.α. και απαιτεί συντονισμένες ενέργειες απ' όλους αυτούς τους τομείς.

7. Ενθαρρύνει όσο γίνεται περισσότερο με τη σωστή διαφώτιση την υπευθυνότητα της κοινότητας και των ατόμων και τη συμμετοχή τους στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τη λειτουργία και τον έλεγχο, αξιοποιώντας όσο το δυνατό πληρέστερα τους τοπικούς, εθνικούς και άλλους διαθέσιμους πόρους.

8. Πρέπει να ενισχύεται από ολοκληρωμένα, λειτουργικά και αλληλοϋποστηριζόμενα συστήματα παραπομπής που να οδηγούν προοδευτικά στην καθολική βελτίωση της συνολικής περίθαλψης για όλους, δίνοντας προτεραιότητα σ' αυτούς που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη.

9. Βασίζεται στο τοπικό επίπεδο και στο σύστημα παραπομπής στα διάφορα επαγγέλματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών, νοσοκόμων, μαιών, άλλου υγειονομικού προσωπικού από την κοινότητα, όπου είναι δυνατόν, όπως ακόμη, εφόσον υπάρχει ανάγκη, στους παραδοσιακούς πρακτικούς ιατρούς, ειδικά καταρτισμένους ώστε να μπορούν να εργαστούν στα πλαίσια της ομάδας υγείας και ν' ανταποκριθούν στις εκφρασμένες ανάγκες της κοινότητας.[14]

2.3.2 Το Σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η σύγχρονη τάση υπέρβασης των διαφόρων προτύπων που επικρατούν σε διάφορες χώρες είναι η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας προσανατολισμένων στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας (District Health systems Community Oriented Primary care Systems). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η ιστορική εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις ανεπτυγμένες χώρες έχει οδηγήσει σε μια ποικιλία λειτουργιών που οδηγεί σε μια «κρίση ταυτότητας» και σε

περιορισμό του ζωτικού της χώρου. Τα στοιχεία όμως δείχνουν ότι η εφαρμογή ολοκληρωμένων συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας δεν είναι ακόμη στο επιθυμητό επίπεδο λόγω:

- Ανεπαρκών πόρων και ανεπαρκούς έμφασης στην υποστήριξη.
- Μη ρεαλιστικών προσδοκιών από την ΠΦΥ
- Έλλειψη πρακτικής καθοδήγησης σχετικά με την εφαρμογή.
- Ανεπαρκών στοιχείων στα οποία θα πρέπει να βασιστεί η τοπική πολιτική.
- «Φτωχή» ηγεσία και ανεπαρκής πολιτική δέσμευση.
- Αποτυχία να εξεταστούν οι απαιτήσεις, καθώς επίσης και οι ανάγκες των πληθυσμών.

Τέτοια προβλήματα δεν φαίνονται να μειώνουν την αναγκαιότητα για ισχυρή πολιτική δέσμευση για την εφαρμογή ολοκληρωμένων συστημάτων ΠΦΥ.

Παρόλο που το επιδημιολογικό φάσμα έχει μετατοπιστεί προς τα χρόνια νοσήματα, τα περισσότερα συστήματα υγείας, ακόμη και αυτά που βασίζονται στην ΠΦΥ, έχουν εξελιχθεί με προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των οξέων και επειγόντων συμπτωμάτων προβλημάτων υγείας των ασθενών. Πολλές καινοτομίες που επισημαίνουν την ανάγκη να αντιμετωπιστούν διαφορετικά τα χρόνια νοσήματα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες ακόμη και η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι προσανατολισμένη προς τα οξέα προβλήματα και τις επείγουσες ανάγκες των ασθενών.

Ως τμήμα των γενικών προσπαθειών βελτίωσης, είναι επιτακτική μια εξέλιξη στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη προκειμένου να χειριστεί αποτελεσματικά τις «σύγχρονες» ανάγκες κυρίως με ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε τοπικό επίπεδο. Η ανασυγκρότηση της ΠΦΥ θα πρέπει να στηριχθεί στην έννοια της ολοκληρωμένης φροντίδας που ενυπάρχει στον ορισμό της, όπως περιγράφεται στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα. Με τη λειτουργική ολοκλήρωση, η μεμονωμένη και αποσπασματική αντιμετώπιση κάθε επεισοδίου ασθένειας που κυριαρχεί σήμερα στην ιατρική πρακτική θα πρέπει να αντικατασταθεί από τη συνδυασμένη φροντίδα της υγείας του ατόμου, της οικογένειάς του και της κοινότητάς του.

Άλλωστε είναι γνωστό πως η εκδήλωση της ασθένειας και η συμπεριφορά του ασθενή επηρεάζονται από την ψυχολογική του κατάσταση, από τις οικογενειακές του συνθήκες και από το εργασιακό του περιβάλλον. Η ΠΦΥ είναι η μόνη υπηρεσία υγείας που μπορεί και πρέπει να συνεργαστεί με τον ασθενή, ή μάλλον με το άτομο

πριν αρρωστήσει, για να του παρέχει τη βοήθεια που χρειάζεται για να συνεισφέρει ο ίδιος στην προστασία της υγείας του και στην καλύτερη αντιμετώπιση της ασθένειας. Ο ασθενής μπορεί να γίνει συνειδητός «συμπαραγωγός» της υγείας του.

Πολλά προβλήματα υγείας έχουν την αιτία τους στις συνθήκες που επικρατούν μέσα στην οικογένεια. Συχνά τα παιδιά μιας οικογένειας έχουν κοινά προβλήματα, η ανεργία του γονέα επηρεάζει αρνητικά το σύνολο της οικογένειας, οι συνθήκες κατοικίας επιδρούν καθοριστικά στην υγεία. Μόνο η ΠΦΥ είναι σε θέση να αντιληφθεί τα προβλήματα υγείας αυτής της μορφής και να συμβάλλει στην αντιμετώπισή τους.

Τέλος, η λειτουργική ολοκλήρωση έχει άμεση σχέση με τη μέριμνα όχι μόνο για τα προβλήματα υγείας του ατόμου, αλλά με τη μέριμνα για την υγεία του κοινωνικού συνόλου στο οποίο ανήκει το άτομο. Το κοινωνικό σύνολο μπορεί να είναι γεωγραφικά προσδιορισμένο, δηλαδή μια συνοικία, ένα χωριό ή μια επαρχία, ή μπορεί να είναι το σύνολο των πολιτών που είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλογο ενός Κέντρου Υγείας ή μιας ομάδας γενικών οικογενειακών γιατρών. Η καταγραφή και ανάλυση των αναγκών υγείας είναι εφικτή και απαραίτητη για το σχεδιασμό και εκτέλεση προγραμμάτων εμβολιασμού των παιδιών, ανίχνευσης του γυναικολογικού καρκίνου και πρόληψης της υπέρτασης και των επιπλοκών του σακχαρώδους διαβήτη.

Η οργανωτική ολοκλήρωση εστιάζει στην εσωτερική λειτουργία της μονάδας ΠΦΥ και στη συνεργασία της με τις διάφορες υπηρεσίες που πρέπει να συνεργάζεται. Το έργο της ΠΦΥ δεν είναι έργο ενός ατόμου ή ενός επαγγέλματος υγείας. Απαιτεί συνεργασία γενικών γιατρών, νοσηλευτών όλων των ειδικοτήτων, κοινωνικών λειτουργών, φυσιοθεραπευτών, διαιτολόγων και άλλων επαγγελμάτων υγείας, της «Ομάδας Υγείας». Η ομάδα των επαγγελμάτων υγείας που στεγάζεται κάτω από την ίδια στέγη ή συνεργάζεται στην ΠΦΥ, πρέπει να αποκτήσει συνοχή και να συνεργάζεται αρμονικά. Δεν πρόκειται για ανεξάρτητους επαγγελματίες, αλλά για επαγγελματίες που συμπληρώνει ο ένας τον άλλο, σε μια συνεργασία που στηρίζεται στη σαφή κατανομή ρόλων και αρμοδιοτήτων, έτσι ώστε ο καθένας να συνεισφέρει με τις δικές του γνώσεις και δεξιότητες στην προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη και στη φροντίδα και αποκατάσταση του ασθενή.

Η οργανωτική ολοκλήρωση αναφέρεται επίσης στο σαφή προσδιορισμό των ορίων ευθύνης της ΠΦΥ σε σχέση με τη δευτεροβάθμια φροντίδα, με τις υπηρεσίες Πρόνοιας και Δημόσιας Υγείας. Οι υπηρεσίες ΠΦΥ δεν πρέπει να υποκαταστήσουν

το σύνολο των υπηρεσιών υγείας. Πρέπει να συντονίζουν τις άλλες υπηρεσίες και όχι να παρεμβαίνουν ή να υποκαθιστούν το έργο τους. Αυτό σημαίνει πως κάθε μονάδα ΠΦΥ πρέπει να αναλάβει την ευθύνη συνεργασίας με τον ασθενή που χρειάζεται να παραπεμφθεί στη δευτεροβάθμια φροντίδα ή που χρειάζεται τη συνδρομή των υπηρεσιών Πρόνοιας, ως οδηγός μέσα στο λαβύρινθο των άλλων υπηρεσιών και ακόμη πως θα πρέπει να αναλάβει πλήρως την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη που απευθύνεται στα άτομα για τα οποία έχει την ευθύνη, αλλά να αφήσει την ευθύνη για τα ευρύτερα προβλήματα περιβαλλοντικής υγείας στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.[15]

2.4 Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε Διάφορα Συστήματα

Ανεξάρτητα από τις οργανωτικές και λειτουργικές ιδιαιτερότητες των διαφόρων συστημάτων υγείας και των γενικότερων αρχών που το διέπουν, το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε όλες τις χώρες έχει σαν βασικούς στόχους την πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή της υγείας.

Στη συνέχεια, θ' αναφερθούν συγκεκριμένα παραδείγματα της ΠΦΥ στα διάφορα συστήματα υγείας. [15]

2.4.1 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (ΗΠΑ)

Οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπανούν για τις υπηρεσίες υγείας διπλάσιο ποσό κατά κεφαλή από το μέσο όρο δαπανών που ισχύει για τα κράτη του ΟΟΣΑ. Το γεγονός αυτό δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό από την πολιτική της χώρας να παρέχει ιδεώδους και τελευταίας τεχνολογίας φροντίδες υγείας, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για την έρευνα και ανάπτυξη νέων τεχνολογιών. Αξιοσημείωτη είναι επίσης η ελευθερία που παρέχεται προς τους ασφαλισμένους αφού έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν μεταξύ πληθώρας προμηθευτών υγείας.

Αφετέρου το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από ένα πολύπλοκο ασφαλιστικό σύστημα μη συγκεκριμένης δομής που είναι οργανωμένο κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Για παράδειγμα, τα νοσοκομεία υπόκεινται σε κανόνες ελεύθερης αγοράς και λειτουργούν ανάλογα με τους πόρους της τοπικής κοινωνίας, ενώ και οι γιατροί είναι ελεύθεροι να εργαστούν οπουδήποτε κρίνουν σκόπιμο. Τέλος, παρατηρείται υποχρησιμοποίηση της Πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της προληπτικής ιατρικής, η οποία συνδυαζόμενη με το έντονα ανταγωνιστικό κλίμα που κυριαρχεί μεταξύ των

ιδιωτικών προμηθευτών έχει σαν αποτέλεσμα την ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση των δαπανών για την υγεία.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής παρέχεται από τους Οργανισμούς Διατήρησης της Υγείας ή Επιλεγμένων Προμηθευτών (**Health Maintenance Organizations, HMO's** και **Preferred Provider Organizations, PPO's**). Οι οργανισμοί αυτοί είναι εταιρίες ή οργανισμοί που αποτελούνται από ιατρούς ή νοσοκομεία και συμβάλλονται με εργοδότες ή ασφαλιστικές εταιρίες και έχουν σκοπό την παροχή ιατρικής φροντίδας στα μέλη τους και αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση, συστήματα που λειτουργούν με εσωτερικούς διαχειριστικούς ελέγχους και παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Τα μέλη των HMOs πληρώνουν ένα προκαθορισμένο ποσό για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Κάθε ασθενής/μέλος των HMOs έχει τη δυνατότητα επιλογής συγκεκριμένων ετήσιων προγραμμάτων καθώς και συγκεκριμένων φροντίδων υγείας. Κάθε HMO μπορεί να εφαρμόσει οποιοδήποτε οργανωτικό πρότυπο επιθυμεί (π.χ. το υπηρεσιακό, το ομαδικό δίκτυο, το πρότυπο δικτύου κλπ).

Η επιτυχία των οργανισμών αυτών στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας έγκειται στην άμεση διαπραγμάτευση του ύψους των αμοιβών μεταξύ των οργανισμών, των γιατρών και των συμβαλλομένων, καθώς και στον έλεγχο του όγκου των προσφερόμενων ιατρικών φροντίδων από τους συμμετέχοντες ιατρούς.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του τρόπου λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των ΗΠΑ μπορούν να συνοψισθούν στα εξής: α) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στα HMOs από τους γενικούς ιατρούς, β) Οι ομάδες γιατρών αναλαμβάνουν να προσφέρουν ένα πλήρες πρόγραμμα ιατρικής περίθαλψης, σε καθορισμένη τιμή για ένα χρόνο, γ) Τα HMOs μπορεί να παρέχουν υπηρεσίες στους συνδρομητές τους είτε μέσω των γιατρών που έχουν είτε να αγοράζουν υπηρεσίες από άλλους φορείς/προμηθευτές π.χ. νοσοκομεία και δ) Το σύστημα αμοιβής των γιατρών είναι η κατά κεφαλή αποζημίωση, η αποζημίωση με πάγιο μισθό καθώς και η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση.

Ο γενικός γιατρός, ο οποίος είναι συμβεβλημένος με έναν οργανισμό είναι υπεύθυνος για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών σε θέματα υγείας, αλλά και να τους κατευθύνει μέσα στο σύστημα υγείας έχοντας το ρόλο του «Gatekeeper». Σε περίπτωση που θεωρήσει ότι είναι απαραίτητη η συμβουλή εξειδικευμένου ιατρού ή απαιτούνται εξειδικευμένες ιατρικές πράξεις παραπέμπει τον ασθενή. Κατά κανόνα οι επισκέψεις πρέπει να εγκριθούν από το γενικό γιατρό.[16]

2.4.2 Καναδάς

Το σύστημα υγείας του Καναδά περιλαμβάνει 12 «σχέδια υγείας» (health plans) που διοικούνται από τις Περιφέρειες (provinces), οι οποίες έχουν τη συνταγματική εξουσία στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότεροι από τους γιατρούς ασκούν ιδιωτική ιατρική και αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που προκύπτουν μετά από διαπραγματεύσεις μεταξύ των περιφερειακών ιατρικών ενώσεων και των κυβερνήσεων.

Το 63% των γιατρών είναι γιατροί που εργάζονται στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα και το 80% αυτών (50% του συνόλου) είναι γενικοί γιατροί. Όταν οι Καναδοί χρειασθούν ιατρική φροντίδα προσφεύγουν στον γιατρό ή την κλινική της επιλογής τους, χρησιμοποιώντας την κάρτα υγείας (του «σχεδίου» της Περιφέρειας) και οι γιατροί του χρεώνουν κατά επίσκεψη, παίρνοντας τα χρήματα εκ των υστέρων από την Περιφέρεια.

Ο τρόπος λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να συνοψισθεί στα παρακάτω βασικά σημεία. Οι γενικοί (οικογενειακοί) γιατροί αποτελούν το αρχικό σημείο επαφής του χρήστη με το σύστημα υγείας και λειτουργούν σαν «φύλακες» (Gatekeepers) του συστήματος έχοντας τον έλεγχο των παραπομπών, των συνταγογραφήσεων για φάρμακα και διαγνωστικών εξετάσεων.

Οι περισσότεροι γενικοί γιατροί είναι ιδιώτες, οι οποίοι ασκούν το έργο τους μεμονωμένα ή σε ομάδες και απολαμβάνουν υψηλό βαθμό αυτονομίας. Ορισμένοι γενικοί γιατροί στεγάζονται σε κέντρα υγείας, είτε συγκροτούν ομάδες εντός των νοσοκομείων είτε συνεργάζονται με τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων διατηρώντας, ωστόσο, τον ίδιο βαθμό αυτονομίας. Οι ιδιώτες γενικοί γιατροί αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση (fee-for-service). Οι γενικοί γιατροί που εργάζονται κατά ομάδες αμείβονται επίσης κατά πράξη και περίπτωση, ενώ είναι πιθανό να είναι και μισθωτοί μέσω ενός μικτού συστήματος πληρωμής.

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα επιλογής του γενικού οικογενειακού ιατρού, παρόλο που σε ορισμένες περιπτώσεις η επιλογή αυτή περιορίζεται από το μικρό αριθμό γενικών γιατρών της γεωγραφικής περιφέρειας στην οποία κατοικούν.

Εκτός των ανωτέρω αρχικών σημείων πρόσβασης των ασθενών με το σύστημα υγείας του Καναδά, οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα της απ' ευθείας προσέλευσης στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.[16]

2.4.3 Ηνωμένο Βασίλειο

Το Βρετανικό σύστημα υγείας κυριαρχείται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service NHS), το οποίο χαρακτηρίζεται από:

1. Την πλήρη απουσία ασφαλιστικών ταμείων και την έντονη κρατική παρέμβαση, αλλά και την καθολική κάλυψη όλου του πληθυσμού.
2. Τη χρηματοδότηση του κυρίως (90%) από τη γενική φορολογία, ενώ ένα μικρό ποσοστό προέρχεται από εθνικές ασφαλιστικές εισφορές. Η κατανομή των πόρων γίνεται από το κράτος στους αγοραστές (purchasers) υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι μπορεί να είναι οι τοπικές υγειονομικές αρχές και οι οικογενειακοί γιατροί.
3. Την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες χωρίς την συμμετοχή τους στο κόστος (εκτός από την οδοντιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη).
4. Την ευρεία χρήση από τους ασθενείς και τον αισθητά αναβαθμισμένο ρόλο του γενικού ιατρού.

Οι ιδιωτικές παροχές υγείας είναι ένας μικρός, αλλά αναπτυσσόμενος κλάδος που συμπληρώνει το NHS. Προσφέρει τη δυνατότητα επιλογής ιατρού, άνεση και πολυτέλεια και αποφυγή ουρών αναμονής. Η συνεργασία NHS και ιδιωτικού τομέα μπορεί να επιτευχθεί ακόμα και για την ίδια περίπτωση παροχής φροντίδας. Η αμοιβές στον ιδιωτικό τομέα ακολουθούν τον κανόνα της αμοιβής κατά πράξη. Γενικά όμως στο Ηνωμένο Βασίλειο η άσκηση ιδιωτικού έργου από τους ειδικούς ιατρούς είναι περισσότερο περιορισμένη με παράλληλη μεγέθυνση της ανάπτυξης της οικογενειακής ιατρικής.

Στη συνέχεια, θ' αναλυθούν τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η Πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους γενικούς οικογενειακούς ιατρούς (General Practitioners, GP's), οι οποίοι και αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα. Έχει εκτιμηθεί ότι το 75% των επισκέψεων στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα γίνεται στους γενικούς ιατρούς, οι οποίοι αποτελούν περίπου το 50 % των γιατρών της χώρας και λειτουργούν ως Gatekeepers του συστήματος.

Οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί δεν είναι μισθωτοί υπάλληλοι, αλλά ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με το εθνικό σύστημα υγείας και αμείβονται από τις υγειονομικές αρχές με βάση αφενός τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών στη λίστα τους και αφετέρου με τη μορφή πριμ για την παροχή ειδικών υπηρεσιών και την εκπλήρωση συγκεκριμένων στόχων πολιτικής υγείας.

Για νυχτερινές επισκέψεις σε σπίτια ασθενών πληρώνονται με σύστημα αμοιβής

κατά πράξη. Οι τιμές αποζημίωσης τους προκύπτουν ύστερα από ετήσιες διαπραγματεύσεις με το Ανεξάρτητο Σώμα Επιθεώρησης Οδοντιάτρων και Γιατρών (**Doctor's and Dentist's Review Body, DDRB**) και γίνονται συνήθως αποδεκτές από την Κυβέρνηση. Σημειώνεται ότι σήμερα οι GP's αμείβονται περισσότερο από τους αντίστοιχους κλινικούς συναδέλφους τους, ενώ τους χορηγούνται και ειδικά επιδόματα λειτουργίας των ιατρείων τους.

Οι οικογενειακοί γενικοί γιατροί εργάζονται είτε στα ιδιωτικά ιατρεία τους είτε σε ιδιωτικά ομαδικά γενικά ιατρεία (Group Practices), στα οποία συστεγάζεται ομάδα γιατρών, τα οποία λειτουργούν ως μικρές επιχειρήσεις και στελεχώνονται από ειδικευμένες νοσηλεύτριες (για ηλικιωμένους, παιδιά, κλπ), διοικητικό προσωπικό υποστήριξης και ένα part-time Manager. Η μορφή αυτής της επιχειρησιακής δραστηριότητας δίνει τη δυνατότητα στον γενικό γιατρό ή στην ομάδα γιατρών να είναι πλήρως αυτόνομοι και υπεύθυνοι για τον καθορισμό κλινικών προτεραιοτήτων ανάμεσα στους ασθενείς τους και για την κατανομή σε αυτούς των πόρων που τους αναλογούν με τη μορφή ειδικών ιατρικών, φαρμακευτικών και νοσοκομειακών φροντίδων υγείας, αποκτώντας τα μέσα (έναν ειδικό προϋπολογισμό) για την απευθείας αγορά τους.

Η επιλογή του γενικού ιατρού από τους ασθενείς είναι κατά κανόνα ελεύθερη για τις αστικές περιοχές, ενώ υπάρχει σχετικά περιορισμένη επιλογή για τις αγροτικές περιοχές. Ο μέσος αριθμός ασθενών ανά γιατρό είναι περίπου 2.000, με υποχρεωτικό όριο για το group practice τις 7.000. Ο μέσος όρος εργασίας τους (εξέταση ασθενούς) είναι 26 ώρες την εβδομάδα. Η εκπαίδευση των GP's είναι τριετής, με ένα επιπλέον έτος εκπαίδευσης σε group practice.

Οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και φαρμακευτική περίθαλψη στους εγγεγραμμένους ασθενείς, τους παραπέμπουν όταν το κρίνουν αναγκαίο σε ένα νοσοκομείο ή κλινική του NHS για ραντεβού με ειδικευμένο γιατρό ή για εισαγωγή. Είναι όμως γεγονός ότι εκτός από τις περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης, ένας ασθενής μπορεί να περιμένει αρκετές εβδομάδες ή ακόμα και μήνες για να γίνει δεκτός σε εξωτερικό ιατρείο του NHS, προκειμένου να εξεταστεί από ειδικούς ιατρούς.

Μια σημαντική ιδιομορφία του συστήματος που σχετίζεται με τους μηχανισμούς ελέγχου του κόστους των υπηρεσιών υγείας είναι η παραχώρηση στους γενικούς οικογενειακούς ιατρούς της διαχείρισης των οικονομικών πόρων που αφορούν τους ασθενείς τους. Οι γενικοί-οικογενειακοί γιατροί στο Ηνωμένο Βασίλειο έχουν πλήρη

αυτονομία και μετά τις αλλαγές του 1989 έχουν μετατραπεί σε διαχειριστές χρηματοοικονομικών πόρων («fund holders») και διαχειρίζονται τον ετήσιο ξεχωριστό προϋπολογισμό που τους παραχωρούν οι τοπικές υγειονομικές αρχές, με τον οποίο πρέπει να καλύψουν το σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης, καθώς και την αγορά για λογαριασμό των ασθενών τους των απαραίτητων νοσοκομειακών υπηρεσιών για τους ασθενείς τους. Γενικά δε αναλαμβάνουν τις οικονομικές συνέπειες των αποφάσεών τους, ως προς τις αναγκαίες κατά τη γνώμη τους διαγνωστικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις που αποφασίζουν για τους ασθενείς τους.

Η ανάθεση στους γενικούς οικογενειακούς ιατρούς της ευθύνης διαχείρισης των ετήσιων προϋπολογισμών που αφορούν τις δαπάνες υγειονομικής φροντίδας των ασθενών τους, ρόλος που δεν συνδέεται άμεσα με το καθαρά ιατρικό έργο, αποτελεί μια αμφιλεγόμενη πρακτική και έχει ένθερμους θιασώτες, αλλά και επικριτές. Σειρά μελετών έχει δείξει ότι υπάρχουν θετικές επιπτώσεις, αλλά και αρνητικές παρενέργειες του διαχειριστικού αυτού προτύπου τόσο προς το σύστημα όσο και προς τους ίδιους τους ασθενείς.

Σαν θετικές επιπτώσεις έχουν καταγραφεί οι παρακάτω:

- 1.** Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- 2.** Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών των νοσοκομείων, δεδομένου ότι οι γενικοί γιατροί που συνάπτουν συμβόλαια με τους φορείς της δευτεροβάθμιας περίθαλψης απαιτούν τη βελτίωση των υπηρεσιών και ελέγχουν τη διαχείριση του ασθενούς μέσα στο νοσοκομείο, ενώ έχουν το δικαίωμα να ακυρώσουν τα συμβόλαια με τα νοσοκομεία σε περίπτωση που δεν συμμορφώνονται με τις υποδείξεις τους.
- 3.** Η ορθολογική διαχείριση των πόρων υγείας, αφ' ενός διότι οι γενικοί γιατροί αναζητούν και προτείνουν το καλύτερο επίπεδο περίθαλψης στους ασθενείς τους και αφ' ετέρου διότι οι τοπικές υγειονομικές αρχές ανταγωνίζονται τους γενικούς ιατρούς μέσω των δικών τους συμβολαίων με αποτέλεσμα την πληρέστερη κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού στο σύνολό του.
- 4.** Η μείωση της δαπάνης για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σαν αρνητικές επιπτώσεις του ρόλου του γενικού γιατρού ως διαχειριστή των πόρων έχουν επισημανθεί οι εξής:

1. Οι γενικοί γιατροί μπορεί να επιλέξουν να χρηματοδοτήσουν δραστηριότητες, οι οποίες αποβαίνουν εις βάρος άλλων ενδεχομένως σημαντικότερων για τους ασθενείς δραστηριοτήτων
2. Υπάρχουν κατηγορίες ασφαλισμένων που λόγω της υψηλής χρησιμοποίησης υγειονομικών φροντίδων δεν αποτελούν ελκυστική ομάδα ασθενών για τους γενικούς ιατρούς, δεδομένου ότι απαιτούν σημαντικό ποσοστό των προϋπολογισμών τους. Για παράδειγμα, οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, οι ανάπηροι και οι ηλικιωμένοι έχουν υψηλές απαιτήσεις σε φροντίδες υγείας σε ετήσια βάση.
3. Εμφανίζονται δυνάμεις εξάρτησης όλων των κατηγοριών προσωπικού που απασχολούνται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη από τους γενικούς ιατρούς, δεδομένου ότι οι τελευταίοι κατέχουν κυρίαρχη θέση και απολαμβάνουν υψηλό βαθμό αυτονομίας μέσα στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας.
4. Υπάρχει ο κίνδυνος να μειωθεί σημαντικά ο χρόνος εξέτασης και παρακολούθησης του ασθενούς μέσα στο σύστημα, δεδομένου ότι ο γενικός γιατρός μπορεί να ασχολείται με μεγάλο αριθμό ασθενών προκειμένου να αυξήσει τα εισοδήματά του.[17, 18]

2.4.4 Ισπανία

Στην Ισπανία παρά τις τοπικές ιδιαιτερότητες που οφείλονται στην περιφερειακή οργάνωση της χώρας (ομόσπονδη) το 83% των κατοίκων καλύπτεται από τον ενιαίο φορέα υγείας (INSALUD). Πριν τις μεταρρυθμίσεις οι ασφαλισμένοι του INSALUD ήταν εγγεγραμμένοι στη λίστα ενός γενικού ιατρού που τον επέλεγαν από ένα περιορισμένο γεωγραφικά κατάλογο και με ελάχιστες ευκαιρίες αλλαγής.

Οι γενικοί γιατροί εργάζονταν στα πολυιατρεία του INSALUD, κυρίως στις αστικές περιοχές συνήθως δύο ώρες το πρωί (σε ωράριο που ήταν γνωστό στους ασθενείς) και στη συνέχεια έκαναν επισκέψεις κατ' οίκον, ενώ στις αγροτικές περιοχές είχαν 24ωρη υπηρεσία. Πολλοί γιατροί εργάζονταν σαν part-timers, αφού επιτρεπόταν η άσκηση και ιδιωτικού έργου. Η αμοιβή τους ήταν στις αστικές περιοχές κατά κεφαλή και στις αγροτικές με μισθό.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 η Ισπανική Κυβέρνηση προχώρησε σε σειρά ουσιαστικών αλλαγών του συστήματος υπηρεσιών υγείας με στόχο ένα

ενοποιημένο Εθνικό Σύστημα Υγείας, το οποίο χρηματοδοτείται κατά 80% περίπου από τη γενική φορολογία ενώ το υπόλοιπο ποσοστό προέρχεται από ειδικές εισφορές κοινωνικής ασφάλισης.

Εκτός του Εθνικού συστήματος έχει υπολογιστεί ότι περίπου 20% των Ισπανών έχουν τόσο κοινωνική όσο και ιδιωτική ασφάλιση, η οποία προέρχεται από εμπορικές και μη κερδοσκοπικές εταιρίες ανάμεσα στις οποίες υπάρχουν και μικρές τοπικές εταιρίες (οι οποίες ανήκουν συνήθως σε ιατρούς) και μοιάζουν πολύ ως προς τη δομή τους με τα HMOs των ΗΠΑ.

Οι βασικοί άξονες των αλλαγών είναι:

1. Η επέκταση της υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας από το 90% στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας.
2. Η καλύτερη οργάνωση και λειτουργική σύνδεση μεταξύ πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης.
3. Η στήριξη του συστήματος στη γενική φορολογία ως βασική πηγή χρηματοδότησης.
4. Η αποκέντρωση των διοικητικών καθηκόντων υγειονομικής φροντίδας σε αυτόνομες περιοχές και ζώνες υγείας.

Σε ότι αφορά την Πρωτοβάθμια περίθαλψη, μετά από τις αλλαγές που συντελέστηκαν κατά την προηγούμενη δεκαετία, το Ισπανικό σύστημα στηρίζεται ολοένα και περισσότερο στην πλήρη απασχόληση των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι απαρτίζουν τις Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στη πλήρη απασχόληση γιατρών ειδικοτήτων, οι οποίοι εργάζονται στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων. Η διοίκηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας γίνεται μέσω συγκεκριμένων διαχειριστικών ομάδων σε επίπεδο υγειονομικών περιοχών. Η οργάνωση βασίζεται σε «βασικές ζώνες υγείας» (basic health zones), οι οποίες αποτελούν και τη μικρότερη γεωγραφική μονάδα του συστήματος υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μετά τη μεταρρύθμιση παρέχεται μέσω δύο διαφορετικών προτύπων, το παραδοσιακό και το ομαδικό (team-based) μοντέλο. Κάθε ένα από τα συστήματα αυτά παρέχει διαφορετικό εύρος υπηρεσιών, ενώ χρηματοδοτούνται με διαφορετικούς τρόπους.

α. Το παραδοσιακό πρότυπο βασίζεται σε ένα γενικό γιατρό, ο οποίος είναι συνήθως μερικής απασχόλησης και η πληρωμή του γίνεται με βάση τον αριθμό των ασθενών που εξετάζει. Υπάρχει η τάση εξάλειψης του μοντέλου αυτού και η εξ ολοκλήρου εφαρμογή του δεύτερου μοντέλου.

β. Το δεύτερο πρότυπο βασίζεται στην Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η οποία αποτελείται από γενικούς γιατρούς, παιδίατρους και νοσηλευτές και εργάζεται σε Δημόσια Κέντρα Υγείας ή σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, με πλήρη απασχόληση 6 ώρες ημερησίως, αμείβονται με μισθό (κλιμακωτά) και είναι υπεύθυνοι για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Κάθε ομάδα γενικών γιατρών συντονίζεται από ένα γιατρό, μέλος της ομάδας, ο οποίος έχει τόσο διοικητικά όσο και κλινικά καθήκοντα. Η επιλογή σε ιατρούς ειδικοτήτων είναι περιορισμένη.

Έχει ληφθεί μέριμνα ώστε κάθε κάτοικος της Ισπανίας να έχει άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (εκτιμάται ότι η μέση απόσταση από το κέντρο υγείας για κάθε ασθενή είναι 15 min) που εστιάζεται στη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, αφού στις αγροτικές περιοχές, όπου ο πληθυσμός είναι διασπαρμένος η αναλογία των κατοίκων προς τους γενικούς ιατρούς είναι 1.250 κάτοικου/γιατρό, ενώ στις αστικές περιοχές είναι περίπου 2.000 κάτοικου/γιατρό.

Οι γενικοί γιατροί αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής του πληθυσμού με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ οι υπηρεσίες που παρέχουν καλύπτουν τόσο την πρόληψη όσο και τη θεραπεία. Οι γενικοί γιατροί ασκούν προσυμπτωματικό έλεγχο, κάνουν διάγνωση και παρέχουν θεραπεία ανάλογα με την περίπτωση, είτε παραπέμπουν σε εξειδικευμένες υπηρεσίες. Σε περίπτωση που οι ασθενείς παραπεμφθούν για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να επιστρέψουν στο γενικό γιατρό, ο οποίος έχει την ευθύνη για την παρακολούθηση της θεραπείας.

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του γενικού οικογενειακού ιατρού στη λίστα του οποίου εγγράφονται και διατηρούν το δικαίωμα να τον αλλάξουν όποτε κρίνουν αυτοί σκόπιμο αρκεί ο νέος οικογενειακός γιατρός να λειτουργεί μέσα στην ίδια «περιοχή υγείας» στην οποία ανήκουν.

Η συμμετοχή των δικαιούχων στις δαπάνες περίθαλψης είναι περίπου 40% για τις φαρμακευτικές δαπάνες ενώ εξαιρούνται του μέτρου οι συνταξιούχοι και όσοι έχουν ανάγκη συγκεκριμένων απαραίτητων φαρμάκων για επιβίωση.[17, 19]

2.4.5 Σουηδία

Το Σύστημα Υγείας της Σουηδίας είναι ενιαίο δημόσιο σύστημα και θεωρείται ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στο γενικότερο χαρακτήρα της χώρας ως κράτους πρόνοιας. Η βασική αρχή του συστήματος είναι ότι όλοι οι πολίτες της χώρας έχουν ίσα δικαιώματα για παροχές φροντίδας υγείας υψηλής ποιότητας και ίση δυνατότητα πρόσβασης, ανεξάρτητα με την οικονομική κατάσταση, την ηλικία και

τον τόπο διαμονής τους.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του Σουηδικού συστήματος είναι τα παρακάτω:

1. Είναι σύστημα δημοσίας ευθύνης, το οποίο χρηματοδοτείται κυρίως από το σύστημα φορολογίας, ενώ άλλες πηγές είναι δωρεές από την κυβέρνηση και ένα άλλο μικρότερο ποσοστό προέρχεται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.
2. Η ευθύνη λειτουργία του συστήματος ανήκει σε τοπικές πολιτικές αρχές, τα Νομαρχιακά Συμβούλια, τα οποία εισπράττουν απ' ευθείας τέλη υγείας από τους πολίτες της περιοχής ευθύνης τους, καθώς και τέλη για ειδικές υπηρεσίες.
3. Το εθνικό σύστημα υγείας υποστηρίζεται από το εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας και διάφορα άλλα κοινωνικά προγράμματα πρόνοιας.

Παραδοσιακά, το Σουηδικό σύστημα υγείας επικεντρωνόταν κυρίως στη νοσοκομειακή περίθαλψη και χαρακτηρίζονταν από το μεγάλο αριθμό νοσοκομειακών κρεβατιών και ειδικών γιατρών και σχετικά μικρό αριθμό γενικών γιατρών (15%). Την τελευταία δεκαετία έχουν γίνει προσπάθειες ώστε να αναβαθμιστεί η πρωτοβάθμια φροντίδα, η δαπάνη για την οποία είναι ιδιαίτερα μικρή (10%) σε σχέση με τα νοσοκομεία, αλλά και τον αντίστοιχο δείκτη του μέσου όρου του ΟΟΣΑ (21%).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Σουηδία είναι οργανωμένη σε περιοχές ευθύνης (primary care districts). Οι υπηρεσίες που παρέχονται αφορούν τόσο τη βασική θεραπευτική φροντίδα όσο και την πρόληψη, μέσω των 950 Δημόσιων Κέντρων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Health Care Centers), τα οποία διοικούνται από Νομαρχιακά Συμβούλια (County Councils) και εξυπηρετούν μικρές περιφέρειες παρέχοντας υπηρεσίες υγείας σε 20.000-50.000 κατοίκους, αλλά και Κέντρων προστασίας Μάνας και Παιδιού.

Τα Νομαρχιακά Συμβούλια έχουν το δικαίωμα να παρέμβουν στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, κινούμενα εντός των πλαισίων του γενικού συστήματος υγείας. Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές που έγιναν στη δεκαετία του '90 είναι η μεταφορά της φροντίδας των ηλικιωμένων από τα Νομαρχιακά Συμβούλια στους Δήμους, με το σκεπτικό ότι θα πρέπει να παρέχεται φροντίδα στο σημείο όπου κατοικούν οι ηλικιωμένοι.

Εκτός των τοπικών κέντρων υγείας, πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται και από ιδιώτες γενικούς ιατρούς και φυσιοθεραπευτές, σε νομαρχιακούς υγειονομικούς σχηματισμούς και σε κλινικές παιδιατρικής φροντίδας υγείας και μητρότητας, ενώ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη που παρέχεται μέσω των κέντρων υγείας

απασχολούνται και νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και γυναικολόγοι.

Οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί παρέχουν συμβουλές, θεραπεία και πρόληψη και κατευθύνουν τον ασθενή στο σύστημα και τον παραπέμπουν για ειδικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές πράξεις σε ειδικούς ιατρούς στα νοσοκομεία. Κυρίως όμως το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας και κρίνει αν θα πρέπει ο ασθενής να επισκεφτεί το γενικό γιατρό ή να παραπεμφθεί σε νοσοκομείο. Επίσης, το νοσηλευτικό προσωπικό διενεργεί κατ' οίκον επισκέψεις, ειδικά στην περίπτωση των ηλικιωμένων ατόμων. Ο συντονισμός και γενικά η κατεύθυνση του έργου του νοσηλευτικού προσωπικού ανήκει στους γενικούς ιατρούς.

Οι ασθενείς επισκέπτονται τους γενικούς ιατρούς των Κέντρων Υγείας με ραντεβού. Ωστόσο, τα περισσότερα κέντρα υγείας παρέχουν τη δυνατότητα επίσκεψης των ασθενών, σε συγκεκριμένες ώρες χωρίς ραντεβού. Οι ασθενείς έχουν επίσης τη δυνατότητα να απευθυνθούν, εκτός των κέντρων υγείας στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, δεδομένου ότι δεν είναι αναγκαία η παραπομπή από το γενικό τους γιατρό, δηλαδή μπορούν να επιλέξουν την ειδικότητα ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου που επιθυμούν, αλλά όχι το επίπεδο φροντίδας.

Τα Κέντρα υγείας αποζημιώνονται από σφαιρικούς προϋπολογισμούς ή κατά κεφαλή. Μέχρι το 1993 οι ασθενείς δεν είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν τον γιατρό της προτίμησής τους, αλλά ανήκαν σε ένα Κέντρο Υγείας ανάλογα με την περιοχή διαμονής τους, αλλά γίνονται προσπάθειες ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής από την πλευρά των ασφαλισμένων. Την ίδια στιγμή γίνονται προσπάθειες από τα Νομαρχιακά Συμβούλια για κατανομή πόρων προς τις περιφέρειες υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες. Οι οικογενειακοί γιατροί είναι των Κέντρων Υγείας είναι μισθωτοί και η αποζημίωσή τους είναι μερικώς κατά κεφαλή και μερικώς κατά πράξη. Οι ιδιώτες γενικοί και εξειδικευμένοι γιατροί της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αμείβονται κατά πράξη σε τιμές που έχουν προκαθοριστεί από το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Ασφάλισης.

Πρόσφατα μία Κοινοβουλευτική Επιτροπή, σε συνεργασία με ξένους εμπειρογνώμονες, πρότεινε την ελεύθερη επιλογή ιατρού και εισήγαγε μεθόδους ανταγωνισμού μεταξύ των κέντρων υγείας. Επίσης, πρότεινε τη δημιουργία αυτόνομου συστήματος οικογενειακών γιατρών στα οργανωτικά πλαίσια του οποίου οι γενικοί γιατροί μεταφέρονται από τα κέντρα υγείας όπου ήταν μισθωτοί και γίνονται ανεξάρτητοι με συμβάσεις και πληρωμή κατά κεφαλή από τα Νομαρχιακά

Συμβούλια (county councils) στην αρχή, ενώ τώρα προτείνεται η μεταφορά των αρμοδιοτήτων για την πρωτοβάθμια φροντίδα στους δήμους.[18, 19]

2.4.6 Γαλλία

Το Γαλλικό σύστημα υγείας παρουσιάζεται ως ένα από τα πιο σύνθετα και πολύπλοκα συστήματα υγείας. Σε ότι αφορά τη χρηματοδότηση, συνδυάζει ενιαία ασφάλιση υγείας εμπλέκοντας όμως σημαντικό ποσοστό συμμετοχής στο κόστος από την πλευρά των ασφαλισμένων, ενώ σε ότι αφορά τις παροχές παρουσιάζεται ευρύτατο αφού εμπλέκει τόσο ανεξάρτητους όσο και δημόσιους προμηθευτές.

Σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού καλύπτεται από το Σύστημα Ασφάλισης Υγείας, το οποίο είναι μέρος του κοινωνικού συστήματος ασφαλειών και καλύπτει πάνω από το 70% των δαπανών για φροντίδες υγείας. Η συμμετοχή στο σύστημα μέσω κάποιου ταμείου γίνεται με βάση το επάγγελμα του ασφαλισμένου. Υπάρχουν περισσότερα από 15 ταμεία, από τα οποία μεγαλύτερο είναι το CNAMTS, το οποίο καλύπτει περίπου το 80% των υποχρεωτικά ασφαλισμένων συμπεριλαμβάνοντας τους συνταξιούχους και τους έμμεσα ασφαλισμένους (εξαρτώμενα μέλη). Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι υπάρχει ένας μηχανισμός ασφαλείας ιατρικής βοήθειας για αυτούς που δεν έχουν σταθερό επάγγελμα και δεν μπορούν να συμμετέχουν στο κόστος παρεχομένων υπηρεσιών.

Στη Γαλλία λειτουργούν τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων, τα οποία διατηρούν τη δομή της κοινωνικής ασφάλισης και στοχεύουν στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων διαθέτουν γενικούς και ειδικούς ιατρούς, παραϊατρικό προσωπικό για νοσηλεία στο σπίτι, διαγνωστικά μέσα κλπ. προσφέροντας ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας. Στόχος των δικτύων είναι η μείωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, των περιττών εξετάσεων, η αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και η σωστή διαχείριση του ασθενούς. Αυτό επιτυγχάνεται με την άμεση επικοινωνία του συστήματος της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα και γενικότερα η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από ιδιώτες ιατρούς συμβεβλημένους με το σύστημα, οι οποίοι εργάζονται στα ιατρεία τους μεμονωμένα ή σε ομάδα (group practice) και αμείβονται είτε κατά κεφαλή είτε κατά πράξη. Στους γενικούς ιατρούς επιτρέπεται και η άσκηση ιδιωτικού έργου, ενώ σε ορισμένους από αυτούς (περίπου το 5%) επιτρέπεται να

ζητήσουν και πρόσθετη αμοιβή, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα πρόσβασης στους ασθενείς και διογκώνει το κόστος. Παράλληλα, υπάρχουν ιατρεία δημόσιου ή κοινωφελούς χαρακτήρα με μισθωτούς ιατρούς, για την παροχή φροντίδας σε απόρους. Περίπου το 60% των γιατρών που ασκούν ιδιωτική ιατρική είναι γενικοί γιατροί.

Ο ασθενής καταβάλλει στο γιατρό την αμοιβή του κατά την επίσκεψη και στη συνέχεια αποζημιώνεται από τον ασφαλιστικό του φορέα, έχοντας συμμετοχή κατά 25% στη δαπάνη (ticket modérateur), η οποία δεν ισχύει για τους χρόνιους ασθενείς. Αν επισκεφθεί μη συμβεβλημένο με το σύστημα γιατρό πληρώνει την ελεύθερα διαμορφούμενη αμοιβή και εισπράττει από το ταμείο του προκαθορισμένο ποσό με βάση το τιμολόγιο που ισχύει για τους συμβεβλημένους ιατρούς. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει ένα ποσοστό της τάξης του 10%, το οποίο εξαιρείται του μέτρου συνασφάλισης λόγω χρόνιων παθήσεων, ενώ αν ο ασθενής έχει και πρόσθετη ασφάλιση μπορεί να διεκδικήσει το σύνολο της δαπάνης.

Η σχέση μεταξύ ασθενούς και ιατρού διέπεται ακόμα από τις αρχές που περιγράφονται στην «Medicine Liberale» και έχουν θεσπιστεί από το 1920 και αφορούν στην ελεύθερη επιλογή ιατρού από τον ασθενή, την ελευθερία στη συνταγογράφηση από τον γιατρό, την αμοιβή του γιατρού κατά πράξη ή κατά περίπτωση, η οποία ιδεατά καθορίζεται ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή και την εμπιστευτικότητα.

Η μόνη απόκλιση από αυτές τις αρχές είναι ότι η Γαλλική κυβέρνηση από το 1960, έχει εισαγάγει ένα εθνικό σχέδιο αμοιβών για τους ανεξάρτητους ιατρούς και έχει υπό τις υπηρεσίες της νοσοκομειακούς ιατρούς, εκ των οποίων το ένα τρίτο αμείβεται με μισθό και εργάζεται υπό συνθήκες πλήρους απασχόλησης, ενώ άλλο ένα τρίτο αμείβεται επίσης με προκαθορισμένο μισθό, αλλά εργάζεται υπό μορφή μερικής απασχόλησης.

Εάν απαιτείται νοσοκομειακή φροντίδα ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να επιλέξει ανάμεσα σε δημόσια νοσοκομεία (μεγάλα και πλήρως εξοπλισμένα) και σε ιδιωτικά, τα οποία είναι συνήθως κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ανήκουν σε ιατρούς (μικρότερα από τα δημόσια, αλλά πιο εξειδικευμένα). Στα δημόσια νοσοκομεία οι γιατροί είναι είτε πλήρους είτε μερικής απασχόλησης και αμείβονται με μισθό, ενώ στα ιδιωτικά αμείβονται κατά πράξη. Η σχέση ανάμεσα στις δύο κατηγορίες ήταν συμπληρωματική, αλλά τείνει να γίνει ολοένα και περισσότερο ανταγωνιστική. Η δαπάνη βαραίνει τους ασθενείς που διεκδικούν έπειτα αποζημίωση. Τέλος, υπάρχει

ένα εκτεταμένο δίκτυο κέντρων μακροχρόνιας φροντίδας, τα οποία φροντίζουν το 4% του πληθυσμού πάνω από τα 60 έτη.

Είναι προφανές ότι στο σύστημα υγείας της Γαλλίας ο γενικός ή οικογενειακός γιατρός δεν μπορεί να λειτουργήσει σαν gatekeeper του συστήματος, αφού ο ασθενής μπορεί να επιλέξει οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας επιθυμεί και να πληρώσει απευθείας διεκδικώντας μετά την αποζημίωση του από την κοινωνική ασφάλιση. [19, 20]

2.4.7 Γερμανία

Το Γερμανικό σύστημα υγείας ανήκει στην κατηγορία των συστημάτων που στηρίζουν τη χρηματοδότησή τους και τη λειτουργία τους στην κοινωνική ασφάλιση και το 90% του πληθυσμού καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Σε σύνολο 74.063 γιατρών, οι 30.471 (41%) είναι γενικοί γιατροί, οι οποίοι συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία της περιφέρειάς τους με την προϋπόθεση ότι έχουν τουλάχιστον 3ετή ειδική εκπαίδευση. Προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία, μόνοι τους ή ως ομάδα γιατρών (group practice).

Οι οικογενειακοί γιατροί όπως και γιατροί γενικά της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αν και οι αμοιβές είναι κατά πράξη (και έτσι προκαλείται μεγαλύτερη ζήτηση), οι ιατρικές ενώσεις που τις διαπραγματεύονται έχουν περιορισμούς από τα ασφαλιστικά ταμεία να λειτουργήσουν μέσα στα πλαίσια δεδομένου προϋπολογισμού για την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Οι πολίτες επιλέγουν ελεύθερα τον οικογενειακό τους γιατρό και δεν μπορούν να τον αλλάξουν (αφού υποβάλουν την κάρτα υγείας τους) πριν περάσει η οικονομική περίοδος που διανύεται. Η παραπομπή σε ειδικούς γίνεται από τον οικογενειακό γιατρό, ενώ υπάρχει και το δικαίωμα της αυτοπαραπομπής του ασθενή στο νοσοκομείο ή σε άλλον ειδικό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός που εφημερεύει στην περιοχή, είναι διαθέσιμος και για τα επείγοντα περιστατικά. Οι ασθενείς κατά τις αργίες συνήθως χρησιμοποιούν τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων που εφημερεύουν.[20]

2.4.8 Δανία

Το σύστημα υγείας στη Δανία έχει δύο τομείς, το νοσοκομειακό και τον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η οργάνωση κάθε τομέα έχει τρία επίπεδα: το Υπουργείο Υγείας, τα 14 Νομαρχιακά Συμβούλια (county councils πλέον του Δημάρχου Υγείας της Κοπεγχάγης) και τα 273 Δημοτικά Συμβούλια που είναι υπεύθυνα για τις υπηρεσίες.

Το σύστημα χρηματοδοτείται κυρίως από τοπικούς πόρους (county income taxes). Αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια αναδιανομής υπηρεσιών από τη δευτεροβάθμια στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Κάθε Δανός έχει το δικαίωμα εγγραφής στη λίστα ενός από τους 3.200 γενικούς ιατρούς (πληθυσμός περίπου 5 εκ., 1600 πολίτες/γιατρός) και κάθε πολίτης άνω των 16 ετών επιλέγει το γενικό του γιατρό.

Ο γενικός γιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες του στο ιδιωτικό του ιατρείο (μόνος ή συνθηθέστερα ενταγμένος σε group practice) και αμείβεται με μικτό τρόπο (50% κατά πράξη, 50% κατά κεφαλή) από το **Health Care Reimbursement Scheme (HCRS)**. Παραπέμπει τον ασθενή για περαιτέρω θεραπεία, αν χρειασθεί, ή καλεί την επισκέπτρια υγείας να τον επισκεφθεί. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού ο ασθενής μπορεί να προσφύγει κατευθείαν στο νοσοκομείο. Οι ειδικοί ιδιώτες γιατροί αμείβονται κατά πράξη και με τιμές που καθορίζονται με διαπραγματεύσεις από το **HCRS**.^[21]

2.4.9 Ιταλία

Το 1978 άρχισε στην Ιταλία η εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που είχε πολλές ομοιότητες με το δικό μας (χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών, εθνικό- περιφερειακό-δημοτικό επίπεδο). Οι αρχές που διέπουν την εθνική νομοθεσία αντανακλούν και στους περιφερειακούς νόμους (leggi regionali). Το σύνολο των υγειονομικών μονάδων και υπηρεσιών συγκροτούν την Τοπική Υγειονομική Μονάδα (**Unita Sanitaria Locale**)USL, η οποία καλύπτει πληθυσμό 50.000 έως 200.000 κατοίκων και διαιρείται σε μικρότερες περιοχές (distretti).

Οι περισσότερες από τις δραστηριότητες της πρωτοβάθμιας φροντίδας καλύπτονται από γενικούς ιατρούς, οι οποίοι κατά κανόνα εργάζονται μόνοι τους στα ιατρεία τους, με ελάχιστες εξαιρέσεις δημιουργίας ομάδας. Ελάχιστοι χρησιμοποιούν νοσηλεύτριες και γραμματείς ή βοηθητικό προσωπικό (περίπου το 10 %) και αρκετές έρευνες έχουν δείξει την χαμηλή αποδοτικότητα και ποιότητα των

υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ιταλία. Οι γενικοί γιατροί συμβάλλονται με το σύστημα υγείας και αμείβονται στη βάση της κατά κεφαλή αμοιβής και έχουν επιπρόσθετες αμοιβές για ειδικές υπηρεσίες (κατ' οίκον επισκέψεις, οικογενειακό προγραμματισμό κλπ.) ή μπορούν να προσφέρουν με σύμβαση και άλλες υπηρεσίες στο Ιταλικό ΕΣΥ, με αντίστοιχη μείωση του αριθμού των εγγεγραμμένων στη λίστα τους ασθενών. Οι εργαστηριακές εξετάσεις και η κλινική εξέταση από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων εξασφαλίζεται με παραπομπή από το γενικό γιατρό στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή σε συμβεβλημένους με το σύστημα ιατρούς.

Η κάλυψη των επειγόντων περιστατικών, ιδιαίτερα τις νυκτερινές ώρες, γίνεται από «ιατρούς εφημερίας» της περιοχής, οι οποίοι είναι συνήθως νέοι γιατροί με ειδική σύμβαση με την USL.

Κάθε Ιταλός ηλικίας μέχρι 6 ετών εγγράφεται στη λίστα ενός παιδίατρου και πάνω από 12 ετών στη λίστα ενός γενικού ιατρού, ενώ για τις ηλικίες 6-12 ετών υπάρχει δικαίωμα επιλογής μεταξύ των δύο. Στη λίστα κάθε οικογενειακού ιατρού εγγράφονται 1.000-1.500 ενήλικες (άνω των 12 ετών) εκτός των αγροτικών περιοχών). Αποτελεί κανόνα η εγγραφή του ασθενή σε λίστα οικογενειακού ιατρού της τοπικής USL, εκτός των μεγάλων πόλεων όπου ο ασθενής μπορεί να επιλέξει οικογενειακό γιατρό από οποιαδήποτε USL της πόλης.[21]

2.4.10 Πορτογαλία

Από το 1971 άρχισε να ισχύει στην Πορτογαλία ο νόμος για την πρωτοβάθμια φροντίδα, με στόχο να ενοποιήσει κάτω από έναν ενιαίο φορέα τις μέχρι τότε διάσπαρτες και από διάφορους φορείς και προγράμματα παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η προσπάθεια στράφηκε στη δημιουργία Κέντρων Υγείας με ιδιαίτερη έμφαση στη γενική ιατρική και την πρόληψη. Στο νέο ολοκληρωμένο σύστημα κάθε Κέντρο Υγείας διοικείται από ένα γιατρό (δημόσιας υγείας ή γενικό γιατρό) με αρμοδιότητες και στη δημόσια υγεία και στην οικογενειακή ιατρική. Κάθε Κέντρο Υγείας εξυπηρετεί 25.000-30.000 κατοίκους.

Οι γιατροί ειδικοτήτων που παλαιότερα προσέφεραν υπηρεσίες στα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών δυο περίπου ώρες ημερησίως, αντικαθίστανται σταδιακά από ειδικευμένους γενικούς ιατρούς με πλήρη καθημερινή απασχόληση, οι οποίοι αμείβονται με μισθό και επιπλέον «επιδόματα» για τις αγροτικές περιοχές και ένα μικρό ποσό για τον κατά κεφαλή εγγεγραμμένο πολίτη. Εξετάζουν 4 ασθενείς την ώρα, ενώ οι αναγκαίες εργαστηριακές εξετάσεις παρέχονται από το Κέντρο Υγείας,

όπως και όλες οι δραστηριότητες προληπτικής ιατρικής και δημόσιας υγείας. Οι ασθενείς όμως μπορούν να χρησιμοποιούν ελεύθερα τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.[21]

2.4.11 Διαπιστώσεις και Συμπεράσματα

Από την περιγραφή των συστημάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε διάφορες χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής διαπιστώνονται αρκετές ομοιότητες, αλλά και σημαντικές διαφοροποιήσεις.

Σε όλες τις χώρες είναι καθοριστικός ο ρόλος των γενικών-οικογενειακών γιατρών στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και γενικά στο σύστημα υγείας. Ιδιαίτερα καθοριστικής σημασίας για το σύστημα υγείας είναι ο ρόλος των γενικών-οικογενειακών γιατρών ως gatekeepers του συστήματος.

Ο ρόλος των γενικών-οικογενειακών γιατρών ως gatekeepers είναι κυρίαρχος στο πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της Ισπανίας, του Καναδά, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Σουηδίας, της Δανίας, της Πορτογαλίας, της Ιταλίας, της Γερμανίας και των Η.Π.Α. Ειδικότερα, για τις ΗΠΑ και τη Γερμανία θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο ρόλος του γενικού ιατρού ως gatekeeper, δεν ασκείται με αποκλειστικό χαρακτήρα, δεδομένου ότι οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν στο γιατρό που αυτοί επιθυμούν, ενώ στη Σουηδία παρά το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ασθενή με το σύστημα ουσιαστικά ο γενικός γιατρός είναι αυτός που συντονίζει την όλη διαδικασία και ως εκ τούτου αποτελεί έμμεσα και τον gatekeeper του συστήματος.

Εξαίρεση του γενικού αυτού κανόνα αποτελεί το πρωτοβάθμιο σύστημα υγείας της Γαλλίας, στο οποίο κατ' ουσία δεν υφίσταται ο θεσμός του gate-keeping δεδομένου ότι οι ασθενείς μπορούν να επιλέξουν οποιοδήποτε γιατρό ειδικότητας επιθυμούν, είτε ακόμη να επισκεφθούν ιδιώτη γιατρό.

Θα πρέπει όμως να επισημανθεί ότι με εξαίρεση το σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου για το οποίο οι οικογενειακοί γιατροί έχουν αναλάβει την πλήρη διαχείριση των οικονομικών πόρων των ασθενών τους είναι προφανές ότι ο γενικός οικογενειακός γιατρός έχει από τη φύση των αρμοδιοτήτων του καθοριστικό ρόλο σε όλα τα συστήματα υγείας στη διαχείριση των οικονομικών πόρων δεδομένου ότι με τις αποφάσεις επεμβαίνει άμεσα και έμμεσα στη διαμόρφωση του γενικότερου καταναλωτικού προτύπου για υπηρεσίες υγείας. Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος των γενικών-οικογενειακών γιατρών στη «αντιμετώπιση» των ασθενών ως προς την

πρώτη επαφή τους με το σύστημα και την περαιτέρω πορεία τους σ' αυτό.

Σε όλα τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας, με εξαίρεση το γαλλικό και εν μέρει το σουηδικό ο γενικός οικογενειακός γιατρός αποτελεί το σημείο υποχρεωτικής πρώτης επαφής του ασθενούς με το σύστημα. Τούτο άλλωστε αποτελεί την αναγκαία προϋπόθεση για να μπορέσει να διαχειριστεί-παρακολουθήσει τον ασθενή στην περαιτέρω πορεία του στο σύστημα υγείας και σε όλα τα στάδια και τις διαδικασίες που έχουν σχέση με την παροχή των αναγκαίων φροντίδων. Ο ρόλος αυτός είναι καθοριστικός στα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας των Η.Π.Α., του Ηνωμένου Βασιλείου, της Σουηδίας και της Ισπανίας, ενώ αντίθετα δεν ισχύει για την περίπτωση του Καναδά και της Γαλλίας.

Διαφοροποιήσεις ακόμη παρατηρούνται στα διάφορα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας και ως προς τον τρόπο αμοιβής των γενικών οικογενειακών γιατρών, οι οποίοι αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση ή με πάγιο μισθό ή κατά κεφαλή. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι δεν υπάρχει «βέλτιστο» σύστημα αμοιβής του ιατρικού προσωπικού, αλλά κάθε χώρα εφαρμόζει ένα συγκεκριμένο σύστημα ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες του κάθε συστήματος υγείας και με το καθεστώς απασχόλησης του προσωπικού και ότι κάθε ένας από τους τρόπους αμοιβής των οικογενειακών γιατρών έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που σχετίζονται τόσο με τη γενική οικονομική απόδοση των συστημάτων υγείας όσο και με την ικανοποίηση των χρηστών, όπως ήδη έχει αναφερθεί. [22]

2.5 Η Ελληνική Πραγματικότητα Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

2.5.1 Ιστορική Αναδρομή

Η προσπάθεια ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στη χώρα μας δεν είναι σημερινή. Αποτελούσε κοινό στόχο όλων των κυβερνήσεων στην μεταπολεμική Ελλάδα και κατά καιρούς επιχειρήθηκε με διάφορες νομοθετικές ρυθμίσεις η οργάνωση των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών και η δημιουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, όπως:

1. Η θεσμοθέτηση με το Ν.Δ. 2592/53 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», των «Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών», με στόχο την κάλυψη συνδέσμων κοινοτήτων με πληθυσμό 5.000-8.000 κατοίκων που αποτελεί και την πρώτη ουσιαστική προσπάθεια για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και την οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στην περιφέρεια. Οι Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί θα στελεχώνονταν με ένα γιατρό, μια νοσηλεύτρια ή μαία και ένα ή δύο βοηθητικούς υπαλλήλους και θα διέθεταν νοσηλευτική πτέρυγα (μέχρι 6 κλίνες). Οι κοινοτικοί υγειονομικοί σταθμοί εντάσσονταν οργανικά στο πλησιέστερο νομαρχιακό νοσοκομείο, οι δε πόροι τους θα προέρχονταν από τα νοσήλια των ευπόρων ασθενών και τα νοσήλια που θα καταβάλλονταν από το κράτος, τους δήμους ή τις κοινότητες για λογαριασμό των απόρων. Με το Ν.Δ. 3097/54 που ακολούθησε καθορίστηκε σε 15 ο ανώτατος αριθμός Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών που θα μπορούσαν να ιδρυθούν σε κάθε μία από τις προβλεπόμενες υγειονομικές περιφέρειες της χώρας και προσδιορίστηκαν οι σκοποί τους και οι λεπτομέρειες της ίδρυσης και λειτουργίας τους.

2. Η ψήφιση στα τέλη του 1955 του Νόμου 3487/55 «Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών», οι διατάξεις του οποίου καθόριζαν τον τρόπο ίδρυσης ενός δικτύου ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις ολόκληρης της χώρας, σε αρκετά εκτεταμένη κλίμακα, τα οποία διακρίνονταν σε Κοινοτικά Ιατρεία (που ιδρύονται στην έδρα κάθε δήμου ή κοινότητας με πληθυσμό άνω των 3.000 κατοίκων ή σε ομάδα ομόρων οικισμών με ανάλογο πληθυσμό και στελεχώνονται με ένα γιατρό, μία μαία και μία επισκέπτρια αδελφή) και Αγροτικά Ιατρεία (που καλύπτουν πληθυσμό κάτω των 3.000 κατοίκων και είναι στελεχωμένα με ένα γιατρό). Επίσης, προβλεπόταν η δυνατότητα ίδρυσης, σε ειδικές περιπτώσεις, Υγειονομικών Σταθμών με περισσότερες από 6 κλίνες και συγκεκριμένα μέχρι 10.

Με βάση τις διατάξεις του Ν. 3487/55 ιδρύθηκε τα επόμενα χρόνια ένας μεγάλος αριθμός ιατρείων σ' όλη τη χώρα που αποτέλεσε τη βασική δομή των υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού, ενώ πέντε χρόνια αργότερα, με το Ν.Δ. 4111/1960, δόθηκε η δυνατότητα ίδρυσης Υγειονομικών Σταθμών δύναμης 15 κλινών, σε κωμοπόλεις με πληθυσμό μεγαλύτερο των 5.000 κατοίκων και αυξήθηκε το προσωπικό των Υγειονομικών Σταθμών κατά ένα γιατρό και μια νοσηλεύτρια.

3. Η προσπάθεια του ΙΚΑ το 1960 για την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, στα πρότυπα του βρετανικού συστήματος, η οποία κατοχυρώθηκε και νομοθετικά (Ν.Δ. 1204 «Περί του τρόπου παροχής ιατρικών φροντίδων υπό του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων»), η προσπάθεια αυτή δεν απέδωσε τα αναμενόμενα, γιατί δεν συνοδεύτηκε από την αντίστοιχη διοικητική και επιστημονική υποστήριξη και κατά κανόνα βασίστηκε σε ιατρούς χωρίς τα αντίστοιχα προσόντα και εξακολουθεί να λειτουργεί σε ορισμένα υποκαταστήματα του ΙΚΑ με τρόπο που ασφαλώς και δεν ανταποκρίνεται σε κανένα από τα γνωστά διεθνώς πρότυπα.

4. Η καθιέρωση του θεσμού του μόνιμου αγροτικού ιατρού (Ν.828/1978 «Περί μονιμοποίησης προσωπικού Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών, ως και περί ρυθμίσεως ετέρων συναφών θεμάτων αρμοδιότητος του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών») προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα λειτουργικά προβλήματα που δημιουργήθηκαν στα αγροτικά ιατρεία, λόγω της προσωρινής τους στελέχωσης με κατά κανόνα άπειρο και συχνά διακινούμενο ιατρικό προσωπικό.

5. Η ανεπιτυχής, λόγω των αντιδράσεων του ιατρικού σώματος, ακόμη και των προσκείμενων στην κυβερνητική παράταξη συνδικαλιστικών φορέων, προσπάθεια του αείμνηστου Υπουργού Υγείας Σπύρου Δοξιάδη (1980) για τη δημιουργία Κέντρων Υγείας και στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα, με το ιδιαίτερα τολμηρό για την εποχή του προσχέδιο νόμου «Μέτρα Προστασίας της Υγείας».

Η Κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ, που σχηματίστηκε μετά τις εκλογές του 1981, προχώρησε στη ψήφιση του ιδρυτικού Νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Νόμος 1397/83, «Εθνικό σύστημα Υγείας») βασικά άρθρα του οποίου (14-20) στόχευαν στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου και ενιαίου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο και θα αποτελούσε τον κορμό ανάπτυξης του ΕΣΥ. Κεντρικός θεσμός στη διαδικασία υλοποίησης των νέων στόχων και αντιλήψεων για την

πρωτοβάθμια φροντίδα ήταν τα **Κέντρα Υγείας**, όχι ως κτιριολογική, αλλά ως λειτουργική έννοια ενός δικτύου παροχής ολοκληρωμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τις παγκόσμιες παραδοχές για την υγεία και όχι απλά και μόνο παραδοσιακής εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Τα Κέντρα Υγείας θα λειτουργούσαν σαν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και θα αντιμετώπιζαν, σύμφωνα με τις παγκόσμιες παραδοχές για την υγεία, σφαιρικά και πολυδιάστατα το θέμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, πέρα από την παραδοσιακή εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη.

Παράλληλα, η καθιέρωση των τομέων της Κοινωνικής Ιατρικής στα νοσοκομεία (σαν ισότιμων με τους άλλους κλινικούς και εργαστηριακούς τομείς) είχε σαν στόχο τη σύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα, τη μελέτη των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού, τη διατύπωση προτάσεων και την εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αρρώστιας, για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και τη σύνδεσή τους με την κοινότητα με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Όπως χαρακτηριστικά τονίζεται στην εισηγητική έκθεση του Νόμου 1397/83, το πρόγραμμα ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας θα ολοκληρώνονταν με τη δημιουργία 400 Κέντρων Υγείας (190 στις μη αστικές περιοχές και 210 στις αστικές περιοχές) με άμεση προτεραιότητα την έναρξή του από τις μη αστικές (αγροτικές) περιοχές, προκειμένου να καλυφθούν τα τεράστια κενά και να εξαλειφθούν οι κοινωνικές ανισότητες ανάμεσα στα αστικά κέντρα και την υπόλοιπη χώρα. Η δεύτερη φάση του προγράμματος προέβλεπε την επέκταση στις αστικές περιοχές, πλην της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης που είχαν ενταχθεί στην τρίτη φάση ανάπτυξης. Μια σειρά μέτρων, έδειξαν τη σαφή πολιτική βούληση για μιας άλλης ποιότητας περίθαλψη, με έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την προαγωγή της υγείας, όπως ενδεικτικά:

α. Η συγκρότηση από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας ειδικής Επιτροπής για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα.

β. Η θεσμοθέτηση της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής, της Κοινωνικής Ιατρικής και της Ιατρικής της Εργασίας (Π.Δ. 80/85 «Προϋποθέσεις για την λήψη τίτλου ιατρικής ειδικότητας Γενικής Ιατρικής», Π.Δ. 213/86 «Καθιέρωση της ιατρικής ειδικότητας της Ιατρικής της Εργασίας», Π.Δ. 58/87 «Καθιέρωση της ιατρικής ειδικότητας της Κοινωνικής Ιατρικής») και η εκπόνηση των αντίστοιχων προγραμμάτων εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης.

γ. Η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τη Γενική Ιατρική, τα εθνικά και περιφερειακά σεμινάρια (σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) για την εκπαίδευση στελεχών στον προγραμματισμό και τη διοίκηση των Κέντρων Υγείας.

δ. Η κατασκευή και η έναρξη λειτουργίας 160 περίπου Κέντρων Υγείας στις μη αστικές περιοχές της χώρας, σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, γεγονός πρωτοφανές για τις δυνατότητες της ελληνικής δημόσιας διοίκησης.

ε. Η συμπλήρωση του νομοθετικού πλαισίου για την οργάνωση και ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την εκπαίδευση των γενικών γιατρών, κλπ. με άρθρα τους στους Νόμους 1579/85 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» και 1759/88 «Ασφαλιστική κάλυψη ανασφάλιστων ομάδων, βελτίωση της κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας και άλλες διατάξεις».

Η προσπάθεια ολοκλήρωσης του προγράμματος ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η δημιουργία του ενιαίου δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας ατόνησε, ιδιαίτερα μετά το 1988 και ποτέ δεν υλοποιήθηκαν οι πολιτικές δεσμεύσεις, όπως είχαν διατυπωθεί και στις προγραμματικές δηλώσεις του Πρωθυπουργού, αλλά και στην Εισηγητική Έκθεση του Νόμου 1397/83.

Οι προτάσεις της ειδικής Επιτροπής που συγκροτήθηκε το Σεπτέμβριο του 1987, από τον τότε Υπουργό Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Γ. Μαγκάκη για την ένταξη των υπηρεσιών υγείας του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και την έναρξη της δεύτερης φάσης του προγράμματος με τη δημιουργία των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου στις πρωτεύουσες των νομών και στη συνέχεια στα πολεοδομικά συγκροτήματα Αθηνών και Θεσσαλονίκης, παρά την ομόφωνη αποδοχή τους από την ολομέλεια του ΚΕΣΥ δεν έγιναν αποδεκτές από τον διάδοχό του Υπουργό Ι. Φλώρο, ο οποίος είχε δηλώσει και δημόσια την αντίθεσή του στην προοπτική ολοκλήρωσης του ΕΣΥ. Έτσι, όχι μόνο δεν εκδόθηκαν οι αναγκαίες αποφάσεις για την υλοποίηση των διατάξεων του άρθρου 16 του Νόμου 1397/83 που θα οδηγούσε στην ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με την ένταξη των μονάδων υγείας του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, αλλά ούτε καν αποτέλεσαν οδηγό για την έστω μερική προσαρμογή των φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας προς ένα σύγχρονο λειτουργικό πρότυπο. Η αρχική ελπιδοφόρα πορεία έχει πλέον μετατραπεί σε μια απλή διαχειριστική διαδικασία της κρίσης του «μη συστήματος» χωρίς ουσιαστικά αποτελέσματα.

Η νέα Κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας, μετά τις εθνικές εκλογές του Απριλίου του 1990, στα πλαίσια της φιλελευθεροποίησης του συστήματος υγείας που προωθήθηκε στην περίοδο 1990-1993 (με την κατάργηση των διατάξεων του Ν. 1397/83) επιχείρησε, με τις διατάξεις του Ν. 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση συστήματος Υγείας», την «ανεξαρτητοποίηση» των Κέντρων Υγείας, τα οποία έπαψαν να αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων και υπάχθηκαν στις Διευθύνσεις Υγιεινής των νομαρχιών, ενώ τα περιφερειακά και αγροτικά ιατρεία μετονομάστηκαν σε υγειονομικούς σταθμούς. Στην πράξη όμως φάνηκε ότι οι αρνητικές συνέπειες από τη χρηματοδοτική και ιδιαίτερα τη λειτουργική, επιστημονική και εκπαιδευτική αποκοπή των Κέντρων Υγείας από το νοσοκομείο αναφοράς ήταν σοβαρότερες από τις αναμενόμενες θετικές συνέπειες της «αυτονόμησης» τους.

Η Κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ που προέκυψε μετά τις εθνικές εκλογές του Οκτωβρίου του 1993, με τις διατάξεις του Ν. 2194/94 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», κατάργησε το σύνολο των διατάξεων του Ν. 2071/92 επανάφερε σε ισχύ τις διατάξεις του Ν. 1397/83 και επανασύνδεσε τα Κέντρα Υγείας με τα νοσοκομεία αναφοράς, διασφαλίζοντας την οργανωτική, λειτουργική και επιστημονική σύνδεσή τους.

Στην προσπάθεια εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ, ο τότε Υπουργός Υγείας Δημήτρης Κρεμαστινός, συγκρότησε δύο επιτροπές, μια από ξένους (την αποκαλούμενη και «Επιτροπή των σοφών») και μια από Έλληνες εμπειρογνώμονες με σκοπό να προτείνουν μέτρα για την αναμόρφωση του ΕΣΥ. Στο πόρισμα της επιτροπής των ξένων εμπειρογνώμωνων, αλλά και στις ειδικές εκθέσεις των Ελλήνων συναδέλφων τους επισημαίνεται ότι το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από έλλειψη σχεδιασμού, οργάνωσης και αποκέντρωσης υπανάπτυκτη δημόσια υγεία, πληθωρισμό ιατρικών ειδικοτήτων και απουσία γενικών γιατρών, αντιδεδοντολογικές συμπεριφορές των επαγγελματιών υγείας και εξαιρετικά αδύναμη οργάνωση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Προτείνεται δε η ανάπτυξη ολοκληρωμένου ενιαίου δημόσιου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η δημιουργία του «Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας» και η άμεση εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού σε όλους τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Η προσπάθεια όμως αυτή ατόνησε μετά την αιφνίδια ασθένεια του αείμνηστου Πρωθυπουργού Ανδρέα Παπανδρέου και την κυβερνητική μεταβολή του Ιανουαρίου του 1996. Έχει σημασία να αναφερθεί ότι στις εθνικές εκλογές του Σεπτεμβρίου του

1996 η Νέα Δημοκρατία είχε υιοθετήσει και συμπεριλάβει στο προεκλογικό της πρόγραμμα τη δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

Τον Ιούλιο του 1997 ψηφίστηκε από τη Βουλή ο Νόμος 2519/97 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», ο οποίος μετά από πολύχρονη απραξία θεωρήθηκε ως σημαντικό βήμα για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ. Και τούτο διότι αντιμετώπιζε με θετικό τρόπο χρονίζοντα προβλήματα και εισήγαγε απαραίτητους νεωτερισμούς για τη διοίκηση και χρηματοδότηση του ΕΣΥ.

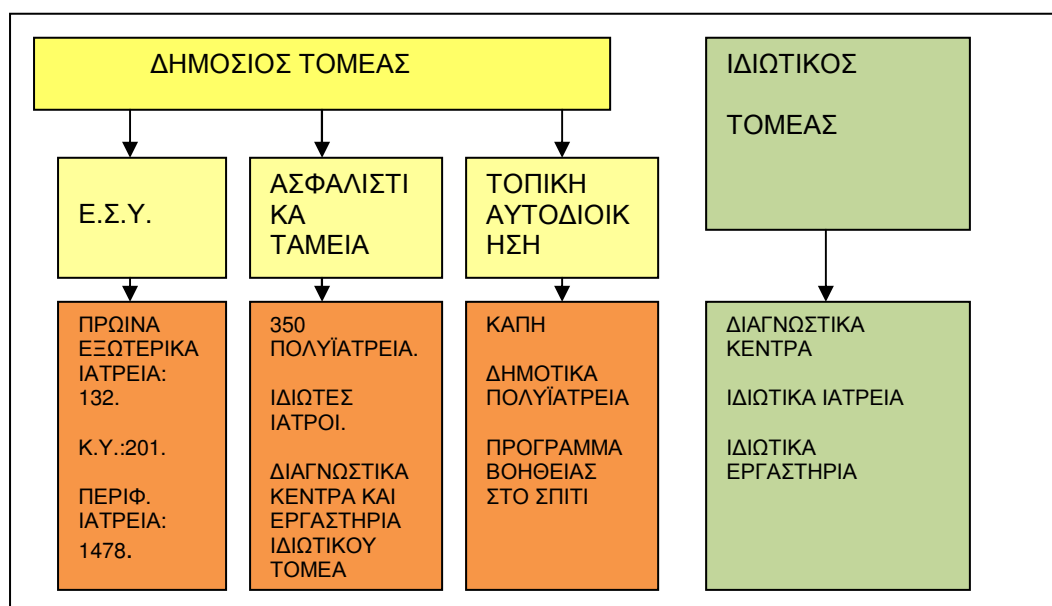
Ιδιαίτερα σημαντική ήταν η παρέμβαση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με τη θεσμοθέτηση των «Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» που θα αποτελούσαν και το πεδίο της βήμα-βήμα δημιουργίας ενός κοινοπρακτικού μηχανισμού ενιαίας χρηματοδότησης του συστήματος, στου οποίου την εφαρμογή είχαν αντιταχθεί μέχρι τότε άμεσα ή έμμεσα οι διοικήσεις του ΙΚΑ.

Η πολιτική υγείας που ακολουθήθηκε από τον τότε Υπουργό Κώστα Γείτονα σε εφαρμογή των διατάξεων του Νόμου και που αποτέλεσε μια ιδιαίτερα θετική περίοδο για τη βελτίωση του ΕΣΥ, ανακόπηκε μετά την απομάκρυνσή του από τον διάδοχό του Υπουργό Λ. Παπαδήμα, με τη δικαιολογία του μικρού χρονικού ορίζοντα υλοποίησης των μεγάλων αυτών θεσμικών μεταβολών εν όψει των επερχόμενων εθνικών εκλογών.

Μετά τη νέα εκλογική νίκη του ΠΑΣΟΚ στις εκλογές του Απριλίου του 2000 ο νέος Υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος εξάγγειλε τον Ιούλιο του 2001 ένα εκτεταμένο εκσυγχρονιστικό πρόγραμμα με 200 στόχους και τον τίτλο **«Υγεία για τον Πολίτη»**, (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, 2000), το οποίο είχε εγκριθεί από το Υπουργικό Συμβούλιο, με σκοπό «...τη μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες τον Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης..». Το σχέδιο αυτό είχε σαν ευρύτερο στρατηγικό στόχο την άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή της Υγείας και την ανάδειξη της **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** και της **Δημόσιας Υγείας** σε βασικούς **πυλώνες** του νέου συστήματος.

Εικόνα 3: Δομές Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Πηγή: Δημολιάτης Γ. , Κυριόπουλος Γ. , Λάγγας, Δ. , Φιλαλήθης Τ. Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα, 2002



Η «αιφνιδιαστική» παραίτηση του Υπουργού Υγείας Αλέκου Παπαδόπουλου τον Ιούνιο του 2002 και η αντικατάστασή του από τον εξωκοινοβουλευτικό Ακαδημαϊκό Καθηγητή Κωνσταντίνο Στεφανή είχε ως αποτέλεσμα να μην προωθηθεί στη Βουλή το ολοκληρωμένο ήδη από νομοτεχνική άποψη νομοσχέδιο «Σχέδιο Νόμου για τον εκσυγχρονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», το οποίο θα ολοκλήρωνε το θεσμικό πλαίσιο της μεταρρύθμισης, για τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ και να χαθεί και πάλι μια ιστορική ευκαιρία να αποκτήσει επιτέλους η χώρα ένα σύγχρονο αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και να ολοκληρωθεί το ΕΣΥ. Ο νέος Υπουργός δεν αποδέχτηκε το Σχέδιο Νόμου, το οποίο αποτελούσε, κατά τη γνώμη όλων των ειδικών, την ύστατη ίσως ευκαιρία δημιουργίας ενός συγκροτημένου ενιαίου Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το Φεβρουάριο του 2004 ψηφίστηκε από τη Βουλή ο σχετικά «άτολμος» νόμος Ν. 3235/2004 «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» που μέχρι σήμερα δεν έχει εφαρμοστεί ούτε μια από τις διατάξεις του.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι είχε προηγηθεί κατά 6 ημέρες η ψήφιση του νόμου 3232/2004 «Θέματα κοινωνικής ασφάλισης και άλλες διατάξεις» στο άρθρο 26 του οποίου ρητά οριζόταν η καθιέρωση στο ΙΚΑ του θεσμού του προσωπικού ιατρού ΙΚΑ. Διατάξεις που στην πράξη και αυτές δεν έχουν ακόμη εφαρμοστεί.

Μετά την κυβερνητική μεταβολή που προήλθε από τις εθνικές εκλογές του Απριλίου του 2004 η Κυβέρνηση της Νέας Δημοκρατίας έκανε σαφή την πρόθεσή της να προχωρήσει στην εφαρμογή του κυβερνητικού της προγράμματος, βασική παράμετρο του οποίου αποτελούσε η κατάργηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας και η «φιλελευθεροποίηση» του συστήματος υγείας, αλλά και η δημιουργία συστήματος «Πρωτοβάθμιας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας», το οποίο θα περιλάμβανε υπηρεσίες για παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας) και παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών (Πρωτοβάθμια περίθαλψη), αλλά και Οδοντιατρική πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς και ειδικές παρεμβάσεις για την πρωτοβάθμια περίθαλψη στο νησιώτικο χώρο.

Στο προεκλογικό πρόγραμμα προβλεπόταν επίσης η δημιουργία στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Γενικής Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πρόληψης, η οποία θα είχε ως αποστολή «...τον εθνικό σχεδιασμό, την καθοδήγηση και την εποπτεία των περιφερειακών μονάδων, καθώς και τη δημιουργία του πλαισίου λειτουργίας τους...» και θα συνεργάζεται στενά με «...τα αντίστοιχα τμήματα των Ιατρικών Σχολών και των ΤΕΙ, την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και τους σχετικούς επιστημονικούς φορείς...», καθώς και η δημιουργία σε επίπεδο περιφέρειας Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και Πρόληψης, η οποία «...καλά οργανωμένη και στελεχωμένη με το κατάλληλο προσωπικό, έχει το συντονισμό των νομαρχιακών μονάδων και αναπτύσσει κινητή μονάδα για τις ανάγκες της περιφέρειας...». Και όπως όλα τα προγράμματα όλων των πολιτικών κομμάτων, τα τελευταία είκοσι τουλάχιστον χρόνια, προέβλεπε τη δημιουργία Αστικών Κέντρων Υγείας, τη μετεξέλιξη των πολυιατρείων του ΙΚΑ σε αστικά κέντρα υγείας, την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού που «...θα αμείβεται ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασφαλισμένων που τον επιλέγουν...», και τη πιλοτική εφαρμογή του θεσμού ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού ιατρού σε ένα Νομό της χώρας και για ένα χρόνο, πριν καθιερωθεί ο θεσμός σε πανελλαδικό επίπεδο.

Θα πρέπει βέβαια να επισημανθεί ότι και το ΠΑΣΟΚ, το οποίο στο προεκλογικό του πρόγραμμα του 2004, αποδεχόταν «...έλλειψη οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης-Προαγωγής Υγείας...», έθετε ως βασικούς άξονες του προγράμματός του την Ανάπτυξη της Πρόληψης και της Προαγωγής-Αγωγή Υγείας, την Οργάνωση

Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο θα βασίζεται στο θεσμό του οικογενειακού ιατρού και των Περιφερειακών Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Κατά την διάρκεια διακυβέρνησης της Νέας Δημοκρατίας έγιναν τα εξής:

1. Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ν. Κακλαμάνης προχώρησε στη σύσταση επιτροπής, η οποία κατέθεσε την *«Πρόταση για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα»*, με στόχο την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και τη δημιουργία δημόσιου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο σύμφωνα με δήλωση του Υπουργού, προβλεπόταν να ολοκληρωθεί σε ορίζοντα δεκαετίας, η οποία και παρουσιάστηκε μέσω του site του Υπουργείου τον Ιούνιο του 2005 για δημόσια διαβούλευση.

2. Ο διάδοχός του Ν. Κακλαμάνη, μετά την αποχώρηση του, Δ. Αβραμόπουλος, δεσμεύθηκε στις προγραμματικές του δηλώσεις για την άμεση προώθηση στη Βουλή σχεδίου νόμου για τη δημιουργία συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το Φεβρουάριο του 2008, δύο χρόνια μετά την ανάληψη των καθηκόντων του ως Υπουργός Υγείας και τέσσερα χρόνια από την ανάληψη της διακυβέρνησης της χώρας από τη Νέα Δημοκρατία και περίπου έξι μήνες μετά τη νέα εκλογική της νίκη, ο κ. Αβραμόπουλος έθεσε σε δημόσια διαβούλευση στο site του Υπουργείου τη δική του πρότασή για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας με τον τίτλο *«Σχέδιο Νόμου για την οργάνωση και λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»*. Το κείμενο αυτό προκάλεσε σημαντικές αντιδράσεις και ο Υπουργός δήλωσε ότι θα το αναδιαμορφώσει με βάση τις προτάσεις που θα γίνουν στο διάλογο. Το κείμενο αυτό πράγματι αντικαταστάθηκε από ένα νέο με τον τίτλο *«Σχέδιο Νόμου για την Οργάνωση και Λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας-Β' Αναθεωρημένο Προσχέδιο»*. «Το χρονοδιάγραμμα πλήρους εφαρμογής του νέου συστήματος έχει σύμφωνα με το κείμενο ορίζοντα μεταβατικής περιόδου 5 ετών» και «προβλέπεται η άμεση εφαρμογή του στον ΟΠΑΔ που αφορά περίπου 1.700.000 ασφαλισμένους του δημοσίου» ενώ «με κοινές υπουργικές αποφάσεις των συναρμόδιων εκάστοτε Υπουργών, προβλέπεται η συνεργασία με το ΙΚΑ, με διαχωρισμό του ασφαλιστικού και υγειονομικού κλάδου καθώς επίσης και του ΟΓΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών».

Στη δήλωση του Υπουργού τονίζεται ότι «... επιδίωξη της Κυβέρνησης είναι η ένταξη στο σύστημα αυτό, του μεγαλύτερου αριθμού των Ασφαλιστικών Ταμείων,

ώστε το σύνολο των Ελλήνων Ασφαλισμένων, να απολαμβάνει τα σημαντικά πλεονεκτήματα του συστήματος...» και ότι «στο διάστημα της πενταετίας και με την εμπειρία που θα αποκτηθεί από την άμεση εφαρμογή του στο ΟΠΑΔ, θα γίνουν όλες οι αναγκαίες παρεμβάσεις για την καλύτερη αποτελεσματικότητα του συστήματος, στο δίπτυχο Πολίτης-Δημόσιο Χρήμα.

Με το Σχέδιο Νόμου καθιερώνεται το «Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», στο οποίο θα περιλαμβάνεται το Δημόσιο και το Ιδιωτικό Δίκτυο. Στο Δημόσιο Δίκτυο θα περιλαμβάνονται «...όλοι οι υφιστάμενοι δημόσιοι φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και εκείνες που θα δημιουργηθούν...». Σύμφωνα με την αντίληψη των συντακτών του νομοσχεδίου, φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι:

(α) τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας πόλης, (β) τα κέντρα υγείας, αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, τα οποία μετονομάζονται σε κέντρα υγείας περιφέρειας και θα υπάγονται διοικητικά πλέον στη συνιστώμενη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (γ) τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, τα οποία μετονομάζονται σε περιφερειακά πολυϊατρεία καθώς και (δ) τα περιφερειακά ιατρεία, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου, (ε) οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μετά από προγραμματικές συμβάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αντίστοιχους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και την έκδοση κοινών υπουργικών αποφάσεων των Υπουργών Εσωτερικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (στ) τα εξωτερικά ιατρεία και οδοντιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, (ζ) τα κέντρα ψυχικής υγείας καθώς και τα κέντρα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, (η) οι κινητές μονάδες πρόληψης, ψυχικής υγείας και πρωτοβάθμιας υγείας, (θ) το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), (ι) το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) (ια) οι υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής, (ιβ) οι μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας, (ιγ) τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών, (ιδ) τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, (ιε) τα αντικαπνιστικά κέντρα και (ιστ) η ανοικτή γραμμή επικοινωνίας, η οποία θα συσταθεί ως αυτοτελής υπηρεσία στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ) για την παροχή ιατρικών συμβουλών πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας μέσω του τηλεφώνου και του διαδικτύου.

Στο Ιδιωτικό Δίκτυο θα περιλαμβάνονται όλοι οι ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικότερα :

(α) ιδιωτικά ιατρεία και πολυϊατρεία, ιδίως στις ειδικότητες παθολογίας, φυσιολογίας, παιδιατρικής, οδοντιατρικής, καρδιολογίας, ορθοπεδικής, δερματολογίας, οφθαλμιατρικής, γυναικολογίας, ουρολογίας, ψυχιατρικής, νευρολογίας, γενικής ιατρικής και κάθε άλλη ειδικότητα που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥ (β) ιδιωτικά πολυοδοντιατρεία και οδοντιατρεία, (γ) διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια, (δ) εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, (ε) εργαστήρια φυσικοθεραπείας, (στ) φαρμακεία και καταστήματα ιατρικών μηχανημάτων και υλικών και (ζ) ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.

Μελλοντικά σημαντική ακόμη παρέμβαση θα πρέπει να θεωρείται η καθιέρωση «Συστήματος Ηλεκτρονικής Κάρτας Πληρωμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», με το οποίο θα καθορίζεται ετήσια δαπάνη για κάθε δικαιούχο, η οποία θα ορίζεται από τον οικείο ασφαλιστικό οργανισμό με βάση (α) τις γενικές ατομικές παραμέτρους του ασφαλισμένου, όπως ιδίως ηλικία και φύλο, (β) την πολιτική που εφαρμόζει κάθε ασφαλιστικός οργανισμός αναφορικά με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων και (γ) την ιστορική μέση δαπάνη για τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας του Ασφαλιστικού Οργανισμού. Το πιστωτικό όριο της ηλεκτρονικής κάρτας πληρωμών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα αναπροσαρμόζεται με βάση τα κριτήρια (α) και (β) καθώς και τα πορίσματα του οικονομικού απολογισμού του συστήματος του αμέσως προηγούμενου ημερολογιακού έτους. Σε περίπτωση δε εξάντλησης του πιστωτικού ορίου, προ της παρέλευσης της ετήσιας διάρκειας ισχύος, ο δικαιούχος θα μπορεί να υποβάλλει αίτημα παροχής νέου πιστωτικού ορίου, το οποίο θα εγκρίνεται από τον ασφαλιστικό του οργανισμό, αφού προηγουμένως εξετασθούν οι ανάγκες υγείας του ασφαλισμένου και η ορθή χρήση του αρχικού πιστωτικού ορίου.

Είναι προφανές ότι το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται εδώ και εικοσιπέντε χρόνια, σε μια συνεχή διαδικασία θεσμικών, δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό. Παρά τις αλληπάλληλες νομοθετικές, οργανωτικές και λειτουργικές παρεμβάσεις, το σύστημα υγείας στη χώρα μας εμφανίζει μεγάλα προβλήματα στην διοίκησή του, την οργάνωση και τη λειτουργία του, στη χρηματοδότηση και στην αποτελεσματικότητα, με ουσιαστικά ανύπαρκτη δημόσια υγεία, με πληθωρισμό

γιατρών και σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό και μη ιατρικό υγειονομικό προσωπικό και με ασαφώς καθορισμένο, πολυδαίδαλο και ανεπαρκές χρηματοδοτικό πλαίσιο.

Η μεγαλύτερη όμως αδυναμία του Εθνικού συστήματος Υγείας εξακολουθεί να παραμένει η έλλειψη οργανωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η διαπίστωση αυτή αποτελεί τη μόνιμη κατακλείδα όλων των σχετικών με την οργάνωση και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας άρθρων, μελετών, σεμιναρίων, συνεδρίων, ημερίδων και κάθε μορφής αναφοράς στα οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματά του τα τελευταία τριάντα χρόνια. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί διάφορες προτάσεις που στοχεύουν στην ανάταξη αυτής της δυσλειτουργίας, με αφετηρία την κλασική πλέον άποψη ότι το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας αποτελεί το βασικό κορμό κάθε συστήματος υγείας, ανεξάρτητα από τις επιμέρους οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες του.[23, 24, 25, 26]

2.5.2 Οι προτάσεις για τον εκσυγχρονισμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν υπάρξει τέσσερις κύριες νομοθετικές πρωτοβουλίες (Ν. 1397/1983, Ν. 2071/1992, Ν.2519/1997 και Ν. 3235/2004) και έχουν διατυπωθεί προτάσεις από μελετητές, Ομάδες Εργασίας, Επιτροπές και Φορείς για το θεσμικό, οργανωτικό, διαχειριστικό και χρηματοδοτικό πρότυπο που θα πρέπει να υιοθετηθεί για την ανασυγκρότηση και τον εκσυγχρονισμό της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μιας, αλλά και τις αναγκαίες προϋποθέσεις που αναφέρονται στις γενικότερες οργανωτικές λειτουργικές και χρηματοδοτικές μεταρρυθμίσεις του ΕΣΥ.

Σε όλες σχεδόν τις μέχρι σήμερα προτάσεις για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα, το βασικό οργανωτικό και λειτουργικό πρότυπο στηρίζεται στη λειτουργία σε κάθε περιοχή ενός Κέντρου Υγείας, στο οποίο εντάσσονται ένα τουλάχιστον πολυϊατρείο και δίκτυο οικογενειακών ιατρείων, το οποίο ευρίσκεται σε λειτουργική σύνδεση με ένα νοσοκομείο για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών. Οι σημαντικότερες από αυτές τις προτάσεις είναι οι παρακάτω:

2.5.2.1 «Δημιουργία αστικών κέντρων υγείας στα πλαίσια του Ν. 1397/83»

Η πρόταση αυτή διατυπώθηκε από την Ομάδα Εργασίας του ΚΕ.Σ.Υ. το 1987 και προβλέπει τη δημιουργία και στις αστικές περιοχές, Κέντρων Υγείας, τα οποία θα λειτουργούν, στη βάση του προτύπου των Κέντρων Υγείας μη αστικού τύπου, σαν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νομαρχιακών νοσοκομείων, στελεχωμένες με οικογενειακούς ιατρούς που θα είναι γιατροί του ΕΣΥ πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και γιατρούς άλλων ειδικοτήτων που θα ανήκουν στο νοσοκομείο αναφοράς.

Η πρόταση αυτή παρόλο που φαινομενικά οδηγεί σε ολοκλήρωση και ενναιοποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας εμπεριέχει σειρά αρνητικών για τη σημερινή εποχή παραμέτρων και ως προς τις προτεινόμενες εργασιακές σχέσεις, αλλά κυρίως την μέχρι σήμερα αρνητική εμπειρία από την ανεπιτυχή εφαρμογή του συγκεκριμένου οργανωτικού και λειτουργικού προτύπου, στα Κέντρα Υγείας των μη αστικών περιοχών. Και αυτό διότι οι κυρίαρχες, ακόμη και σήμερα στη χώρα μας, νοσοκομειοκεντρικές αντιλήψεις που βασίζονται στην έλλειψη και στοιχειώδους ακόμη εκπαίδευσης για θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας και ιδιαίτερα την έλλειψη κουλτούρας για σύγχρονη προσέγγιση των θεμάτων της υγείας και της ασθένειας, έχουν οδηγήσει στην «απόρριψη» των Κέντρων Υγείας. Είναι γνωστό ότι τα Κέντρα Υγείας, παρά την σε σημαντικό βαθμό αποδοχή τους από τις τοπικές κοινωνίες, στην ουσία αντιμετωπίζονται από την «προϊσταμένη τους αρχή», το νοσοκομείο, και το διοικητικό μηχανισμό των υπηρεσιών υγείας, αλλά και το επιστημονικό προσωπικό των νοσοκομείων σαν μονάδες υγείας «δεύτερης κατηγορίας».

Παράλληλα, η υιοθέτηση της πρότασης αυτής θα δημιουργήσει σημαντικά νομικά προβλήματα σε σχέση με το ιδιοκτησιακό καθεστώς των μονάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που θα ενταχθούν, τον τρόπο χρηματοδότησης και ιδιαίτερα τις εργασιακές σχέσεις του ήδη υπηρετούντος ιατρικού προσωπικού στο ΙΚΑ και τους άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ακόμη, δε αποκλείει κάθε είδους συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα της υγείας, αλλά και με δομές που έχουν αναπτυχθεί από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και που θα μπορούσαν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά. [27]

2.5.2.2 Η οργάνωση της ΠΦΥ στο πρότυπο του Βρετανικού ΕΣΥ

Αφορά στην πρόταση που διατυπώθηκε από την Επιτροπή των ξένων Εμπειρογνομόνων το 1994 (Abel Smith κ.α.) και η οποία προβλέπει τη δημιουργία Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ και δικτύου οικογενειακών γιατρών, οι οποίοι θα λειτουργούν ως ελεύθεροι επαγγελματίες (συμβεβλημένοι με το ΕΣΥ ή με το Ενιαίο Ταμείο Υγείας) στο ιδιωτικό τους ιατρείο ή σε ενοικιασμένους χώρους των πολυιατρείων του ΙΚΑ ή των Κέντρων Υγείας μεμονωμένα ή με τη μορφή Group-Practice. Το προτεινόμενο πρότυπο έχει ως βάση το αντίστοιχο Βρετανικό, το οποίο βασίζεται αποκλειστικά και μόνο στον οικογενειακό γιατρό, ενώ δεν αποκλείει την παρουσία στα Κέντρα Υγείας και ορισμένων άλλων ειδικοτήτων.

Η πρόταση αυτή, βασική προϋπόθεση υλοποίησης της οποίας είναι η δημιουργία του Ενιαίου Φορέα (Ταμείου) Υγείας, έχει σημαντικές αδυναμίες υλοποίησης, για πολλούς λόγους που συνδέονται με τη συμπεριφορά του ιατρικού σώματος στην Ελλάδα, το διαμορφωμένο πρότυπο χρήσης υπηρεσιών υγείας, κλπ. ενώ δεν προβλέπει εναλλακτικές λύσεις για τα πολυιατρεία του ΙΚΑ και το ρόλο (αξιοποίηση) των υπηρετούντων σήμερα γιατρών άλλων ειδικοτήτων πέραν αυτής της γενικής ιατρικής και της παθολογίας, κλπ.[27]

2.5.2.3 Δημιουργία Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η πρόταση αυτή διατυπώθηκε από την «Επιτροπή Οικογενειακού Ιατρού» το 1994, γνωστή και ως «Επιτροπή Μωραΐτη» και θεωρήθηκε ως η πλέον ρεαλιστική προσέγγιση της δυνατότητας οργάνωσης ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας. Η πρόταση μάλιστα αυτή υιοθετήθηκε και από τη Νέα Δημοκρατία, η οποία την συμπεριέλαβε στο κυβερνητικό πρόγραμμα του 1996 και του 2000, αλλά και πρόσφατα, πριν τη δημιουργία των ΠΕΣΥ από τις Διοικήσεις του ΙΚΑ.

Αφορά στη δημιουργία ενός ανεξάρτητου, εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας «Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας», με έντονα αποκεντρωτικό χαρακτήρα και ισχυρή περιφερειακή διάρθρωση, ο οποίος και θα συγκροτηθεί άμεσα από το «μετασχηματισμό» του Κλάδου Υγείας του ΙΚΑ και θα αναλάβει την ευθύνη οργάνωσης και συντονισμού της λειτουργίας του νέου συστήματος, βασιζόμενος στα αρχικά στάδια λειτουργίας του στην υπάρχουσα υποδομή, σε ανθρώπινο δυναμικό, χώρους και εξοπλισμό, έχοντας και την ιδιοκτησία ή το δικαίωμα χρήσης της

κτιριακής υποδομής και του εξοπλισμού των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και μονάδων του Υπουργείου Υγείας (Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία κλπ).

Ο Οργανισμός θα παρέχει, συνεργαζόμενος με όλες τις άλλες υπηρεσίες και δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πανελλαδικό επίπεδο στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ και του ΟΓΑ, ενώ θα μπορούν να «αγοράζουν» από αυτόν υπηρεσίες ο ΟΑΕΕ και το Ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων. Με αυτό τον τρόπο δημιουργείται ένας ΕΦΥ πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο οποίος θα καλύπτει το 90% του Ελληνικού λαού.

Η έμφαση στο ρόλο που πρέπει να διαδραματίσει το ΙΚΑ σ' αυτήν την προσπάθεια είναι προφανής. Το ΙΚΑ παρουσιάζει σοβαρά οργανωτικά και διαχειριστικά πλεονεκτήματα και μια ιδιαίτερα σημαντική ανάπτυξη και κατανομή υπηρεσιών σε όλη την επικράτεια και ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Έτσι, μπορεί με την ενσωμάτωση όλων των άλλων υπηρεσιών και μονάδων του ΕΣΥ και την υιοθέτηση και υλοποίηση των αναγκαίων και κατάλληλων πολιτικών οργάνωσης και διαχείρισης (management) να μετεξελιχθεί σε ένα σύγχρονο οργανισμό που θα εξασφαλίζει την ισότητα στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών και την αποδοτικότητα των πόρων.

Και βέβαια θεωρείται αυτονόητο ότι ο Οργανισμός θα υλοποιήσει το θεσμό του οικογενειακού ιατρού. Η κάλυψη των αναγκών όλης της χώρας σε οικογενειακούς γενικούς ιατρούς σε ορίζοντα 5ετίας, με την ορθολογική αξιοποίηση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού, κυρίως των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας των ασφαλιστικών ταμείων και την παροχή κινήτρων και εγγυήσεων για την προσέλευση νέων στελεχών στην επικίνδυνα υποβαθμισμένη ειδικότητα στη χώρα μας της γενικής ιατρικής, αποτελεί ιδιαίτερα κρίσιμο θέμα στην ανάπτυξη του συστήματος υγείας.

Η πρόταση αυτή μειώνει στο ελάχιστο τόσο τα νομικά και διαχειριστικά προβλήματα των άλλων προτάσεων και κυρίως τα σημαντικού χαρακτήρα προβλήματα εργασιακών σχέσεων ιδιαίτερα του ιατρικού προσωπικού. Παράλληλα επιτρέπει τη δυνατότητα συνεργασίας με την Τοπική Αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα της υγείας, γεγονός που μειώνει σημαντικά το κόστος υποδομής και λειτουργίας στα αρχικά στάδια εφαρμογής. [27]

2.5.2.4 Δημιουργία «Κοινοπραξιών ΠΦΥ και Δημοτικών Ιατρείων ΠΦΥ»

Η πρόταση αυτή διατυπώθηκε από τον Τάσο Φιλαλήθη στη συνάντηση του «Forum των επιστημόνων Οικονομικών και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας» με θέμα τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Προβλέπει για τις αστικές περιοχές τη δημιουργία κοινοπραξιών ΠΦΥ από ιδιώτες ιατρούς με τη μορφή Group-Practice που θα στελεχώνονται από γενικούς οικογενειακούς ιατρούς, παθολόγους και παιδίατρους νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, κλπ. και τη δημιουργία δημοτικών ιατρείων στελεχωμένων με το ίδιο πρότυπο.

Πρόκειται για μία ενδιαφέρουσα πρόταση που δεν απαιτεί τη δημιουργία ΕΦΥ ή την ενοποίηση ταμείων. Ενέχει όμως τον κίνδυνο να απαιτήσει μεγάλο χρονικό διάστημα για την υλοποίησή της δεδομένου ότι προϋποθέτει ουσιαστικά τη μεταβίβαση της ευθύνης οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, η οποία μέχρι σήμερα τουλάχιστον, με πρόσφατες εμπειρίες δείχνει αδυναμία να αναλάβει ουσιαστικό ρόλο στη διαχείριση προνοιακών δομών που της παραχωρήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας. [28]

2.5.2.5 Ανάθεση της ευθύνης παροχής ΠΦΥ στους ασφαλιστικούς οργανισμούς

Η πρόταση αυτή διατυπώθηκε από την «Πρωτοβουλία για τον Εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ» και λαμβάνει σαν προϋποθέσεις:

1. Την αδυναμία ή την μη αναγκαιότητα στις σημερινές συνθήκες ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων και τη δημιουργία του ΕΦΥ.
2. Την τάση των ασφαλιστικών οργανισμών για διατήρηση της αυτονομίας τους και της ευθύνης παροχής των υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους.
3. Τη δυνατότητα της χωρίς ιδιαίτερους κραδασμούς, αμφισβητήσεις και καθυστερήσεις πορείας προς ένα σύγχρονο σύστημα.

Βασικοί άξονες της πρότασης αυτής είναι:

1. Η επιλογή από κάθε ασφαλιστικό οργανισμό του τρόπου παροχής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, είτε με δικό του μηχανισμό είτε με αγορά υπηρεσιών από:
 - Κέντρα Υγείας
 - Δημοτικά Ιατρεία
 - Κοινοπραξίες ιδιωτών γενικών γιατρών

- Οποιοδήποτε άλλο σχήμα διασφαλίζει το φάσμα και την ποιότητα των αναγκαίων φροντίδων.
2. Η παρέμβαση της Πολιτείας στη θεσμοθέτηση του αναγκαίου ελάχιστου πακέτου υπηρεσιών ΠΦΥ που θα παρέχεται στους ασφαλισμένους κάθε οργανισμού.
 3. Ο διαχωρισμός των λογαριασμών των Κλάδων Υγείας και η απαγόρευση χρησιμοποίησης κονδυλίων από αυτούς για άλλους σκοπούς.
 4. Η δραστηριοποίηση και ουσιαστική λειτουργία του ΣΥΣΕΔΥΠΥ, ως οργάνου εποπτείας και συντονισμού των διαδικασιών παροχής των υπηρεσιών.[24, 28]

Πίνακας 3: Μονάδες ΠΦΥ των έξι φορέων & συμβεβλημένος ιδιωτικός τομέας

Πηγή: Δημολιάτης Γ. , Κυριόπουλος Γ. , Λάγγας, Δ. , Φιλαλήθης Τ., Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα, 2002

ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΦΥ	ΝΟΣΟΚ/ΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ	ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΙΔ. ΙΑΤΡΟΙ	ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΙΔ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ, ΔΙΑΓ. ΚΕΝΤΡΑ & ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ
ΙΚΑ	300	5 (836 Κλίνες)	Ελάχιστοι	2.800
ΟΓΑ	-	-	8.000 (Αμισθοι Συμβεβλημένοι)	-
ΟΠΑΔ	-	-	20.000 (περίπου)	Περιλαμβάνονται στις 20.000
ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ-ΤΑΕ)	-	-	3.465	3.557
ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ	4	-	3.119	428
ΣΥΝΟΛΟ	304	5 (836 Κλίνες)	34.000 (περίπου)	6.785

2.5.2.6 Δημιουργία «Δικτύων ΠΦΥ» στα πλαίσια του Ν. 2519/97

Είναι σαφές ότι με το Νόμο 2519/97, μετά τη διαπίστωση αδυναμίας δημιουργίας του ΕΦΥ και με στόχο τη βήμα-βήμα πορεία ανασυγκρότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας θεσμοθετήθηκε η έννοια των «Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας» και εισήχθη μια πρωτόγνωρη για την ελληνική διοίκηση προοπτική, βασισμένη σε νεωτεριστικούς, διοικητικούς και χρηματοδοτικούς μηχανισμούς και πολιτικές ελέγχου του κόστους και συγκράτησης των δαπανών υγείας (στα πλαίσια μιας «εσωτερικής» αγοράς διευθυνόμενου ανταγωνισμού) για την οποία δεν υπάρχει

ανάλογη προηγούμενη εμπειρία.

Η επιλογή των Δικτύων αποτελεί ένα ιδιαίτερης δυσκολίας επιχειρησιακό εγχείρημα, δεδομένου ότι αφορά τη μεγαλύτερη σε κλίμακα μέχρι σήμερα παρέμβαση στο υγειονομικό μας σύστημα που έχει να αντιμετωπίσει, πέραν των δυσκολιών μιας καινοφανούς μεταρρυθμιστικής προσπάθειας και μια σειρά επιπλέον ανασταλτικών παραγόντων, οι οποίοι μεγεθύνουν τις δυσκολίες, όπως:

α. Η έλλειψη της απαραίτητης γνώσης και εμπειρίας για την αναγκαία διατομεακή, σε κυβερνητικό και διοικητικό επίπεδο συνεργασία με στόχο την εφαρμογή ενός νεωτεριστικού θεσμού σε ισχύουσες δομές που κυριαρχούνται από παραδοσιακές αντιλήψεις διοίκησης και διαχείρισης.

β. Η έλλειψη ειδικών γνώσεων και κυρίως κουλτούρας για σύγχρονη πολιτική υγείας, των επαγγελματιών υγείας που θα εμπλακούν στην λειτουργία του νέου θεσμού.

γ. Η συσσώρευση εκκρεμών προβλημάτων από προηγούμενες μεταρρυθμίσεις, που θα πρέπει άμεσα να επιλυθούν ή να περιοριστούν πριν ή ταυτόχρονα με την έναρξη υλοποίησης του νέου θεσμού.

δ. Το ενδεχόμενο σοβαρού περιορισμού της προσπάθειας επίλυσης των προβλημάτων οργάνωσης και δομής από την πιθανότητα επικέντρωσής της στην επίλυση των εργασιακών θεμάτων των οικογενειακών γιατρών και του υπολοίπου ιατρικού προσωπικού των Δικτύων.

Ο κίνδυνος αποτυχίας του όλου εγχειρήματος και ακύρωσης των προθέσεων μιας ακόμη ευκαιρίας για την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι εμφανής, αν δεν υπάρξουν τροποποιητικές ρυθμίσεις και βελτιώσεις του νομοθετικού πλαισίου και δεν ληφθούν άμεσα μέτρα με στόχο την ενεργοποίηση και αποτελεσματική παρέμβαση των μηχανισμών διοικητικής στήριξης, τα οποία θα εγγυηθούν την έγκαιρη έναρξη των διαδικασιών υλοποίησης και θα εξασφαλίσουν τη σταθερότητα και συνέχεια της πορείας. Και κυρίως αν δεν υπάρξει η πολιτική δέσμευση με απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων των σημαντικότερων από άποψη δυναμικότητας Ασφαλιστικών Οργανισμών για τη συμμετοχή και τη σύμπραξή τους στο νέο θεσμό και την εκπροσώπησή τους με υψηλόβαθμα στελέχη στις διαδικασίες εφαρμογής του.

Η πρόταση αυτή θεωρείται ότι διαθέτει σημαντική ευελιξία υλοποίησης, δεδομένου ότι δεν δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα χρηματοδότησης, δεν θίγει άμεσα τις εργασιακές σχέσεις του ιατρικού προσωπικού, ενώ παράλληλα επιτρέπει τη συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, αλλά και τον ιδιωτικό τομέα.[29, 30]

2.5.2.7 Η πρόταση «εκσυγχρονισμού» της ΠΦΥ στα πλαίσια των ΠΕΣΥ

Μετά τη νέα εκλογική νίκη του ΠΑΣΟΚ στις εκλογές του Απριλίου του 2000 ο Υπουργός Υγείας Αλέκος Παπαδόπουλος εξάγγειλε τον Ιούλιο του 2001 ένα εκτεταμένο εκσυγχρονιστικό πρόγραμμα με 200 στόχους και τον τίτλο «Υγεία για τον Πολίτη», το οποίο είχε εγκριθεί από το Υπουργικό Συμβούλιο, με σκοπό «...τη μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες τον Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης...».

Το σχέδιο αυτό είχε σαν ευρύτερο στρατηγικό στόχο την άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην Πρόληψη και στην Προαγωγή της Υγείας, για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού, την κατοχύρωση ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης των Ελλήνων πολιτών και τη διασφάλιση του Δημόσιου Χαρακτήρα του ΕΣΥ.

Βασικός στόχος του μεταρρυθμιστικού προγράμματος, όπως αναφέρεται στο σχετικό κείμενο (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας 2001) ήταν «...η ανάδειξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας σε βασικούς πυλώνες του ΕΣΥ του 21^{ου} αιώνα...»

Σύμφωνα με την πρόταση αυτή και με στόχο την παροχή σε όλους τους δικαιούχους *Ενιαίας Δέσμης Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας* («πακέτο φροντίδων»):

1. Το Δημόσιο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα παρέχει στους πολίτες, μέσω των Κέντρων Υγείας των αστικών και μη αστικών περιοχών:

- Πρωτοβάθμια ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.
- Προληπτική Ιατρική.
- Προαγωγή της υγείας.
- Κοινωνική φροντίδα.

2. Τα αστικά Κέντρα Υγείας θα προέλθουν από την αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό των Πολυϊατρείων του ΙΚΑ, των Δήμων κλπ., και από την αξιοποίηση μικρών νοσηλευτικών μονάδων που θα αλλάξουν χρήση ή θα καταργηθούν/συγχωνευθούν και από τη δημιουργία νέων, ύστερα από χωροταξική μελέτη και με βάση δημογραφικά, επιδημιολογικά, συγκοινωνιακά και άλλα δεδομένα.

3. Εφαρμόζεται ο θεσμός του προσωπικού ιατρού και καθιερώνεται ο θεσμός της νοσηλεύτριας ΠΦΥ που εργάζεται στο Κέντρο Υγείας. Αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής των ασθενών με το σύστημα υγείας. Μεταξύ των καθηκόντων της είναι και η παρακολούθηση και εκπαίδευση ασθενών με υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, βρογχικό άσθμα, κλπ..

4. Το «σημείο αναφοράς» κάθε πολίτη (Κέντρο Υγείας ή προσωπικός γιατρός) θα έχει την ευθύνη των παραπομπών (νοσοκομειακή περίθαλψη, γιατροί ειδικοτήτων, εργαστηριακές εξετάσεις) για κάθε δικαιούχο.

5. Σε κάθε ΠΕΣΥ δημιουργούνται:

- Τηλεφωνική Υπηρεσία Υγείας σε συνεργασία με το ΕΚΑΒ
- Υπηρεσία Διαχείρισης Χρόνιων Ασθενών
- Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι
- Νοσοκομεία Ημέρας
- Μονάδες Αποκατάστασης και Μετανοσοκομειακής Φροντίδας, και
- Τηλεϊατρικές Υπηρεσίες[13, 31, 32]

2.5.3 Η αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης

Αποτελεί κοινή θέση και μόνιμη κατακλείδα όλων των σχετικών με την οργάνωση και λειτουργία του ελληνικού συστήματος υγείας μελετών, άρθρων, σεμιναρίων, συνεδρίων, ημερίδων κλπ. τα τελευταία τουλάχιστον δεκαπέντε χρόνια ότι δεν νοείται Εθνικό Σύστημα Υγείας με ανύπαρκτη τη βασική συνιστώσα του, την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Διαπίστωση που έχει πάψει πλέον να αποτελεί αποκλειστικό ισχυρισμό των ειδικών τεχνοκρατών και έχει γίνει προσφιλής ενασχόληση των δημοσιογραφικών ερευνών και των διάφορων συζητήσεων γενικού ενδιαφέροντος. Σε όλες τις σχετικές αναφορές τονίζεται με έμφαση πως:

1. Η ανυπαρξία ολοκληρωμένου και αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
2. Ο κατακερματισμός του αναγκαίου υποσυστήματος της πρωτοβάθμιας και ευρύτερα της εξωνοσοκομειακής ιατρικής φροντίδας σε υποσύνολα ασυντόνιστα και αναποτελεσματικά, την ευθύνη λειτουργίας των οποίων έχουν διάφοροι ασφαλιστικοί οργανισμοί, και
3. Η απουσία από το Ελληνικό σύστημα υγείας του βασικού θεσμού και Gate Keeper κάθε συστήματος υγείας, του οικογενειακού ιατρού.

Αποτελούν μείζονες δυσλειτουργίες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και έχουν καταστήσει το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας τον ασθενέστερο κρίκο του Ελληνικού συστήματος υγείας και την «Αχίλλειο Πτέρνα» του ΕΣΥ, δεδομένου ότι εξακολουθεί να παραμένει σε απαράδεκτα επίπεδα για μια σύγχρονη κοινωνία ως προς το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις και έντονη κοινωνική δυσαρέσκεια από την καθημερινή ταλαιπωρία του πολίτη. Επισημαίνεται ότι η ανάταξη αυτών των δυσλειτουργιών θα πρέπει να αποτελεί την πρώτη προτεραιότητα κάθε μεταρρυθμιστικής παρέμβασης, με αφετηρία την κλασική πλέον άποψη ότι το υποσύστημα της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας αποτελεί το βασικό κορμό κάθε συστήματος υγείας, ανεξάρτητα από τις επί μέρους οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητες του.

Η σημερινή κατάσταση της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας παρουσιάζει έντονα τα στοιχεία της αναποτελεσματικότητας και της έλλειψης αποδοτικότητας που χαρακτηρίζουν κάθε «μη σύστημα». Ειδικότερα:

- Στις αστικές και μη περιοχές έχουν συσταθεί 205 Κέντρα Υγείας και στις αστικές περιοχές έχουν συσταθεί επιπλέον 11 Κέντρα Υγείας αστικού τύπου. Τα κέντρα αυτά υγείας λειτουργούν έχοντας κυριολεκτικά εγκαταλειφθεί στις νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα επιλογές της κεντρικής διοίκησης και των διοικήσεων των νοσοκομείων, παρουσιάζουν στην πλειονότητά τους σειρά προβλημάτων, λειτουργικού χαρακτήρα, τα οποία κυρίως οφείλονται στην ελλιπή στελέχωσή τους και τις εγγενείς εκπαιδευτικές αδυναμίες, την έλλειψη κανονισμού λειτουργίας κλπ. που εκδηλώνονται με την αδυναμία υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης, την αδυναμία κινητοποίησης και εμπλοκής της κοινότητας, την ατελή ή ανύπαρκτη λειτουργική σύνδεση με το νομαρχιακό νοσοκομείο αναφοράς κλπ. Τα περισσότερα από αυτά λειτουργούν σαν παραδοσιακές μονάδες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης με κύριο έργο τη συνταγογράφηση.
- Στις αστικές περιοχές η παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας, με μόνη εξαίρεση το ΙΚΑ, δεν μπορεί να ενταχθεί σε κανένα από τα γνωστά από τη διεθνή εμπειρία οργανωτικά και λειτουργικά πλαίσια. Η αναστολή της δεύτερης φάσης ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα αστικά κέντρα, λόγω της μη ενσωμάτωσης των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών

και ιδιαίτερα του ΙΚΑ, στο ΕΣΥ, με κύριο παράγοντα την αντίσταση των εκάστοτε Διοικήσεων του ΙΚΑ έχει οδηγήσει σε μια επεικώς απαράδεκτη εικόνα. Η απουσία του οικογενειακού ιατρού, βασικού θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας έχει μεταθέσει στον πολίτη, ο οποίος στην κυριολεξία αυτό-παραπέμπεται, την ευθύνη της επιλογής συγκεκριμένων υπηρεσιών, με σημαντική επίπτωση τόσο στη συνεχώς αυξανόμενη πλασματική ζήτηση υπηρεσιών όσο και την ανάπτυξη φαινομένων παραοικονομίας. Η έλλειψη συντονισμού διαφόρων διαγνωστικών ή θεραπευτικών παρεμβάσεων και της απαραίτητης αμφίδρομης λειτουργικής σύνδεσης με τα άλλα επίπεδα διασπά τη συνέχεια της φροντίδας, ιδιαίτερα σε θέματα μετανοσοκομειακής παρακολούθησης. Συχνά δε αποτελεί αίτιο τριβών και άσκοπης γραφειοκρατικής ταλαιπωρίας του πολίτη. Λειτουργικά και σε επίπεδο οικογένειας, το διαφορετικό επάγγελμα των μελών της οδηγεί σε διαφορετική ασφαλιστική κάλυψη και συνεπώς σε διαφορετικό γιατρό και υπηρεσία, με αποτέλεσμα κάθε οικογένεια, ανάλογα με τον αριθμό των μελών της να διαθέτει συχνά πλειάδα «οικογενειακών γιατρών», έναν τουλάχιστον για κάθε ειδικότητα. Είναι σαφές ότι μ' αυτό το «μη σύστημα», ούτε η συνέχεια και πληρότητα της φροντίδας διασφαλίζονται, ούτε βέβαια η αποτελεσματικότητα του συστήματος.

Πίνακας 4: Χάρτης Κέντρων Υγείας, Περιφερειακών Ιατρείων, Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων, Ειδικών Περιφερειακών Ιατρείων φυλακών ανά Περιφέρεια

Πηγή: www.yyka.gov.gr και www.ygeia-pronoia.gr

Περιφέρεια	Νοσοκομεία	Κέντρα Υγείας (ΚΥ)	Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (ΚΥ Α/Τ)	Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ)	Πολυδύναμα ΠΙ (ΠΠΙ)	Ειδικά ΚΥ	Ειδικά ΠΙ
Αττικής	11	11	7	18	1	1	2
Στερεάς Ελλάδας	7	15	1	136	6		3
Κεντρικής Μακεδονίας	18	33	3	203	4		2
Κρήτης	7	14		120	2		5
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	6	15		111	2		1
Ηπείρου	4	17		117			1
Ιονίων Νησιών	4	9		49	3		1
Βόρειου Αιγαίου	6	7		54	7		1
Πελοποννήσου	7	25		175	3		4
Νότιου Αιγαίου	6	12		50	23		1
Θεσσαλίας	5	20		155	4		3
Δυτικής Ελλάδας	8	20		141			
Δυτικής Μακεδονίας	4	7		89			
ΣΥΝΟΛΟ	93	205	11	1.418	55	1	24

Είναι προφανές ότι η αναρχία που επικρατεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και η απουσία μηχανισμού παραπομπών μέσα στο σύστημα προκαλεί σοβαρά προβλήματα και στα άλλα επίπεδα της περίθαλψης, ιδιαίτερα στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα οποία αναγκάζονται να λειτουργούν υπό το βάρος της μαζικής και απρογραμματίστης προσέλευσης ασθενών. Το κόστος λειτουργίας αυτού του «μη συστήματος», υπερβαίνει κατά πολύ τις δαπάνες ενός ενιαίου και ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που αναπτύσσει το σύνολο των δραστηριοτήτων και προγραμμάτων προστασίας και προαγωγής της υγείας.

Ο κατακερματισμός της ευθύνης για την προστασία της υγείας σε πολλούς ασφαλιστικούς οργανισμούς με διαφορετικό λειτουργικό πρότυπο, τρόπο χρηματοδότησης έκτασης και είδους παροχών δημιουργεί σημαντικά προβλήματα συντονισμού αποτελεσματικότητας και ορθολογική χρήση των ανθρώπινων και υλικών πόρων. Παράλληλα, η αδυναμία των ασφαλιστικών οργανισμών, για την καθιέρωση κριτηρίων αποδοτικότητας και ορθολογικών μηχανισμών χρηματοδότησης, ελέγχου και διαχείρισης έχει οδηγήσει όχι μόνο στην ανάπτυξη αντιοικονομιών, αλλά και σε οργανωτική και λειτουργική δυσκαμψία, με αποτέλεσμα να μην προάγεται η καθιέρωση μεθόδων και διαδικασιών οικονομικότερης λειτουργίας και να υποβαθμίζεται σταθερά η ποιότητα των παρεχομένων φροντίδων.

Σε ένα περιβάλλον κρίσιμης οικονομικής συγκυρίας με την υφιστάμενη δημοσιονομική στενότητα πόρων δεν προβλέπεται ότι θα αρθούν τα χρηματοδοτικά προβλήματα του υγειονομικού τομέα, τα οποία θα παραμείνουν σε δυσχερή κατάσταση. Ως εκ τούτου, η ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχομένως αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να αποτελέσει βασικό στόχο όσων συμβάλλουν στην διαμόρφωση και χάραξη πολιτικής στον τομέα της υγείας. Η επισήμανση αυτή έχει εξαιρετικό ενδιαφέρον δεδομένου ότι πλην της συσσωρευμένης κοινωνικής δυσαρέσκειας για την ποιότητα των φροντίδων υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα, θεωρείται ότι η ανασυγκρότηση της υγειονομικής αγοράς έχει ως βάση τον τομέα αυτό. Εξάλλου, η οικονομία του υγειονομικού τομέα διαμορφώνεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα εξαιτίας της αδυναμίας ελέγχου και αποδοτικής χρήσης των πόρων.[33, 34, 35]

2.6 Συμπεράσματα

Η μεταρρύθμιση και εκσυγχρονισμός του υποσυστήματος της ΠΦΥ είναι όσο ποτέ άλλοτε αναγκαία. Οι ρυθμίσεις και τα μέτρα που θα υιοθετηθούν θα πρέπει να στοχεύουν στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που θα έχει σαν στρατηγικό του στόχο την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας και όχι απλά τη δημιουργία υπηρεσιών και μονάδων περίθαλψης. Ενός συστήματος δηλαδή που:

1. Παρέχει στον πολίτη υπηρεσίες:
 - Πρωτοβάθμιας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας
 - Προληπτικής ιατρικής
 - Κοινωνικής φροντίδας
2. Διασφαλίζει την προστασία και προαγωγή της υγείας του ατόμου και της κοινότητας με την ανάπτυξη υπηρεσιών:
 - Δημόσιας υγείας
 - Προαγωγής της υγείας
3. Εγγυάται το σεβασμό της προσωπικότητας του ατόμου προάγοντας τον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες παρέχονται σε τοπικό επίπεδο.
4. Προασπίζει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, περιορίζοντας την πλασματική και άσκοπη χρήση των υψηλού κόστους υπηρεσιών.

Το Ολοκληρωμένο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του 21^{ου} αιώνα θα πρέπει να περιέχει όχι μόνο όλες τις σημερινές μονάδες και υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, Προστασίας μητέρας και παιδιού, Προληπτικής Ιατρικής και Αγωγής Υγείας, κλπ., αλλά και όσες παραδοσιακά αποκαλούνται «προνοιακές δράσεις» όπως «Η Βοήθεια στο Σπίτι», η αποκατάσταση, η φροντίδα της τρίτης ηλικίας, μέσω των ΚΑΠΗ και άλλων προγραμμάτων με στρατηγικό στόχο τη λειτουργική σύνδεση των δύο αυτόνομων μέχρι σήμερα χώρων και τη δημιουργία ενός: «ΕΝΙΑΙΟΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΧΩΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ και ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ».[36]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΔΗΜΟΣ ΑΙΓΑΛΕΩ ΚΑΙ ΠΦΥ

3.1 Κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δήμου Αιγάλεω

Η περιοχή του Αιγάλεω ονομάστηκε έτσι από το όρος Αιγάλεω που το αρχαιοελληνικό του όνομα σημαίνει "λαός κατσιακών" (Αιγάλεως < {αίγα + λεός}, λεός είναι αντέκταση του λαός). Στο όρος Αιγάλεω είχε εγκατασταθεί ο βασιλέας των Περσών Ξέρξης για να παρακολουθήσει την εξέλιξη της ναυμαχίας στον κόλπο της Σαλαμίνας, το 480 π.Χ.. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στον δήμο Αιγάλεω δεν ανήκει το όρος, καθώς τα όριά του εκτείνονται σε μικρή απόσταση απ' αυτό, προς την πλευρά της Αθήνας. Η προπολεμική ονομασία της περιοχής του Αιγάλεω ήταν *Πυριτιδοποιείο*, αναφερόμενη στο γνωστό εργοστάσιο παρασκευής πυρίτιδας ιδιοκτησίας *Μποδοσάκη*, που έδρευε στο χώρο του σημερινού δημοτικού άλσους της πόλης. Η πόλη του Αιγάλεω κατοικήθηκε μαζικά για πρώτη φορά την περίοδο 1922-1928 από πρόσφυγες της Μικράς Ασίας, αλλά και το 1930 από μια μικρή ομάδα χριστιανών Ασσύριων.

Στη συνέχεια, τη δεκαετία του '50 δέχθηκε μεγάλο κύμα εσωτερικής πολιτικής και οικονομικής μετανάστευσης. Τις δεκαετίες '60 και '70 αποτέλεσε τόπο εγκατάστασης του πρώτου κύματος Ποντίων Παλινοστούντων από τα Ανατολικά Κράτη (1965-1968) και βιομηχανικών εργατών από την επαρχία, λόγω κυρίως της λειτουργίας στην ευρύτερη περιοχή μεγάλων βιομηχανικών μονάδων. Τα τελευταία χρόνια εγκαταστάθηκαν στον δήμο Αιγάλεω ξένοι μετανάστες και πρόσφυγες κυρίως Ιρακινοί και Πακιστανοί την δεκαετία του '80 και Ελληνοπόντιοι, Βορειοηπειρώτες και Αλβανοί την δεκαετία του '90. Το Αιγάλεω είναι δήμος της Δυτικής Αθήνας με πληθυσμό 69.660 κατοίκους σύμφωνα με την απογραφή του 2011, 34.070 άντρες και 35.590 γυναίκες. Συνορεύει προς τα ανατολικά με το δήμο Αθηναίων, βόρεια με τους δήμους Περιστερίου και Χαϊδαρίου, δυτικά με τους δήμους Νίκαιας και Αγ. Βαρβάρας και νότια με τους δήμους Ρέντη και Ταύρου. Το ένα τέταρτο του δήμου είναι βιομηχανική περιοχή, ενώ το έδαφος του διασχίζουν πέντε μεγάλες οδικές αρτηρίες και συγκεκριμένα οι Λεωφόροι Κηφισού, Αθηνών, Θηβών, Πέτρου Ράλλη και η Ιερά Οδός. Πριν από μερικά χρόνια ήταν πρωτεύουσα της Δυτικής Αττικής.

Τέλος, όσον αφορά κάποια δημογραφικά στοιχεία αναφέρουμε ότι ο πληθυσμός ηλικίας 0-14 ετών συμμετέχει με ποσοστό 19,4 % στο συνολικό πληθυσμό, ποσοστό, το οποίο είναι ελαφρώς υψηλότερο από το αντίστοιχο της Περιφέρειας Πρωτεύουσας

(18,2%). Υψηλότερο του μέσου όρου της Περιφέρειας Πρωτεύουσας είναι και το ποσοστό των παραγωγικών πληθυσμιακών ομάδων (69,8% έναντι 68,9%). Από τη σύγκριση των δύο φύλων μεταξύ τους, προκύπτει μάλιστα ότι τα παραπάνω ποσοστά είναι εντονότερα για τις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες. Επιπλέον, ο Δείκτης Γήρανσης της περιοχής μελέτης είναι χαμηλότερος από το μέσο όρο της Περιφέρειας Πρωτεύουσας (0,56 έναντι 0,71). [37, 38]

3.2 Υπηρεσίες ΠΦΥ του δήμου Αιγιάλεω

1) Κοινωνική υπηρεσία

Ένας από τους σημαντικότερους τομείς παροχής υπηρεσιών στον δήμο είναι αυτός της κοινωνικής υπηρεσίας, η οποία προΐσταται από τον αντιδήμαρχο κοινωνικής πολιτικής που είναι υπεύθυνος για την ορθή λειτουργία των παρακάτω προγραμμάτων που έχει θεσπίσει ο δήμος.

- Πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ.
- Αιμοδοσία, δύο φορές το χρόνο.
- Στο Δήμο λειτουργεί τράπεζα αίματος.
- Πρόγραμμα Καθημερινής Σίτισης 100 άπορων οικογενειών.
- Διανομή τροφίμων σε 450 οικονομικά αδύνατες οικογένειες στις γιορτές.
- Πρόγραμμα κατασκήνωσης για τα παιδιά.
- Δωρεάν θαλάσσια μπάνια για κατοίκους του Αιγιάλεω, κάθε Ιούλιο.[39]

2) Δημοτικά Ιατρεία

Τα Δημοτικά ιατρεία λειτουργούν από το 1998 χωρίς καμία κρατική χρηματοδότηση. Στεγάζονται σ' έναν ανακαινισμένο και πλήρως εξοπλισμένο χώρο 150 τ.μ. κάτω από την κοινωνική υπηρεσία και απευθύνονται σε άπορους, ανασφάλιστους και ασφαλισμένους του ΟΓΑ.

Λειτουργούν τα παρακάτω τμήματα:

- Παθολογικό - Ορθοπαιδικό - Φυσικοθεραπείας - Νευρολογικό - Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού.
- Το Γυναικολογικό και το Διαβητολογικό τμήμα εξυπηρετεί όλους τους Δημότες.
- Τα Δημοτικά Ιατρεία συνεργάζονται για εξετάσεις με τα κρατικά νοσοκομεία, ενώ όλες οι υπηρεσίες τους παρέχονται δωρεάν.[39]

3) Συμβουλευτικό κέντρο δήμου Αιγάλεω

Το Συμβουλευτικό κέντρο αποτελεί Νομικό Πρόσωπο του δήμου Αιγάλεω που έχει σχεδιαστεί για να προσφέρει ενημέρωση και ψυχολογική υποστήριξη σε οικογένειες και άτομα όλων των ηλικιών που αντιμετωπίζουν προσωπικά ή οικογενειακά, ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα. Στο πλαίσιο της λειτουργίας του, το Συμβουλευτικό Κέντρο, παρέχει υπηρεσίες που εντάσσονται στους εξής δύο άξονες:

Ατομική-οικογενειακή συμβουλευτική

Κύριος στόχος της προσέγγισης αυτής είναι η αντιμετώπιση περιστατικών στη βάση μιας αμοιβαίας σχέσης εμπιστοσύνης με τους δημότες. Στην πλειοψηφία τους τα περιστατικά αυτά αφορούν δυσκολίες που προκύπτουν, είτε στο οικογενειακό περιβάλλον (προβλήματα σχέσεων και επικοινωνίας, προβλήματα συμπεριφοράς), είτε στο σχολικό περιβάλλον (χαμηλή σχολική επίδοση, μαθησιακές δυσκολίες) ακόμη και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (ανεργία, περιθωριοποίηση).

Κάποια από τα περιστατικά αντιμετωπίζονται σε δύο ή τρεις συνεδρίες με ενημερωτικό κυρίως περιεχόμενο, ενώ για κάποια άλλα κρίνεται αναγκαία η πιο τακτική συνεργασία (περιστατικά πένθους, κακοποίησης). Περιστατικά ιδιαίτερου χαρακτήρα (ψυχοπαθολογίας, εξαρτήσεων) παραπέμπονται σε κέντρα με καταλληλότερες δομές (Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Νοσοκομεία, Κέντρα απεξάρτησης).

Ομιλίες σε σχολεία και παιδικούς σταθμούς

Στην προσπάθεια για ενημέρωση των δημοτών με στόχο την πρόληψη, οργανώνονται ομιλίες - ανοιχτές συζητήσεις σε συλλόγους γονέων. Επιδίωξη είναι να πραγματοποιείται ένας κύκλος ομιλιών σε κάθε σχολείο ή παιδικό σταθμό ώστε να παρέχεται πληρέστερη ενημέρωση στους ενδιαφερομένους.[39]

4) ΚΑΠΗ

Στο δήμο λειτουργούν ήδη 6 ΚΑΠΗ. Στα ΚΑΠΗ παρέχονται δωρεάν ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες. Λειτουργούν ομάδες θεάτρου, χορού, τραγουδιού, ξυλογλυπτικής, χειροτεχνίας κ.ά. Διοργανώνονται πληθώρα εκδηλώσεων και δραστηριοτήτων όπως: θαλάσσια μπάνια, συμμετοχή σε κατασκηνώσεις, εορτασμοί των εθνικών επετείων, αποκριάτικοι χοροί, πρωτοχρονιάτικες πίτες, ομιλίες γύρω από ιατρικά θέματα, γλέντια την Τσικνοπέμπτη, επισκέψεις το Πάσχα και οικονομική

ενίσχυση ατόμων με ειδικές ανάγκες, είναι μερικές από το πλήθος των δραστηριοτήτων των "παλαιμάχων" που παραμένουν πάντα ζωντανά και ενεργά μέλη της τοπικής κοινωνίας. Τέλος, κάθε Δεκέμβριο αναδεικνύοντας τη μεγάλη τους ευαισθησία συμμετέχουν με έργα τους στο "Παζάρι" τα έσοδα του οποίου δίδονται στο σύλλογο γονέων ατόμων με ειδικές ανάγκες Δυτικής Αθήνας "ΕΛΠΙΔΑ". [39]

5) Βρεφονηπιακοί σταθμοί

Στο Αιγάλεω λειτουργούν 4 Δημοτικοί Βρεφονηπιακοί Σταθμοί που κατασκευάστηκαν εξ ολοκλήρου από το δήμο και 6 πρώην κρατικοί Βρεφονηπιακοί Σταθμοί που έχουν περιέλθει στο δήμο από τα μέσα του 2001. Ακόμη ο δήμος απέκτησε και ανακατασκεύασε τον επί της Ιεράς Οδού Βρεφικό Σταθμό "ΜΕΡΙΜΝΑ" ενώ ήδη βρίσκεται στο στάδιο της αποπεράτωσης η κατασκευή δύο ακόμη Βρεφονηπιακών Σταθμών, ενός στο χώρο του πρώην κινηματογράφου "ΑΘΗΝΑ" επί της οδού Π. Καβάλας και ενός ακόμη επί των οδών Ν. Πλαστήρα και Μιαούλη. Έτσι συνολικά στα όρια του δήμου λειτουργούν ήδη 11 Βρεφονηπιακοί Σταθμοί, στους οποίους θα προστεθούν και οι δύο υπό κατασκευή, οπότε θα ολοκληρωθεί σε μεγάλο βαθμό η αναγκαία προσχολική πρόνοια στην πόλη.

Στους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς με το αναγκαίο και εξειδικευμένο προσωπικό φιλοξενούνται συνολικά 700 περίπου παιδιά και εφαρμόζονται σύγχρονα παιδαγωγικά προγράμματα. Το παιχνίδι σε όλες του τις μορφές το κουκλοθέατρο, η γυμναστική, η μουσική, το θέατρο, ο χορός, η ζωγραφική, η χειροτεχνία, η πρώτη επαφή με τα γράμματα και τους αριθμούς είναι οι καθημερινές δραστηριότητες των παιδιών, των αυριανών πολιτών του Αιγάλεω. [39]

6) Κέντρο Πρόληψης "Άρηξίς"

Το Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης & Αγωγής Υγείας «Άρηξίς» είναι μία Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρία που δημιουργήθηκε από τους δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αιγάλεω, Χαϊδαρίου, τον Οργανισμό Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) και τη Νομαρχία Αθηνών. Μέχρι το 2005 ήταν γνωστό ως «Άρξίς». Ο ΟΚΑΝΑ έχει την επιστημονική και την οικονομική εποπτεία του Κέντρου Πρόληψης, ενώ την ευθύνη της γενικότερης λειτουργίας του έχει το Διοικητικό Συμβούλιο, αποτελούμενο από τους δημάρχους των τριών δήμων και άλλα στελέχη της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η σύσταση και η λειτουργία του Κέντρου είναι καρπός της μακροχρόνιας προσπάθειας ανταπόκρισης στην ανάγκη για συστηματική οργάνωση και υλοποίηση

προγραμμάτων πρόληψης στην τοπική κοινότητα.

Λειτουργεί από τον Απρίλιο του 2002 με έδρα το Δήμο Αιγάλεω. Τα εγκαίνια του Κέντρου πραγματοποιήθηκαν στις 26 Ιουνίου 2002, Παγκόσμια Ημέρα Κατά των Ναρκωτικών.

Απευθύνεται σε:

- *Γονείς που έχουν παιδιά στην προσχολική, τη σχολική και την εφηβική ηλικία*
- *Εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και παιδαγωγούς*
- *Παιδιά, εφήβους και νέους*
- *Επαγγελματίες*
- *Τοπικούς φορείς*
- *Οποιοδήποτε ενδιαφέρεται για ενημέρωση ή συνεργασία σε θέματα πρόληψης και εξάρτησης.*

Συνεργάζεται μ' ένα μεγάλο αριθμό κοινωνικών φορέων, δημόσιων και ιδιωτικών, για αλληλοενημέρωση, δικτύωση, ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών, παραπομπές ενδιαφερομένων, συνδιοργάνωση εκδηλώσεων, καθώς και για άλλες δραστηριότητες. Στελεχώνεται από επιστημονικό προσωπικό (ψυχολόγους, κοινωνική λειτουργό, κοινωνιολόγο, κοινωνική ανθρωπολόγο), ειδικευμένο σε θέματα εξάρτησης και αγωγής υγείας.[39]

3.3 Μεθοδολογία της έρευνας με θέμα: «Επίπεδο ικανοποίησης δημοτών Αιγιάλεω για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην πόλη τους»

3.3.1 Υπόβαθρο της έρευνας

Η μελέτη αυτή αφορά τους δημότες Αιγιάλεω και την εμπειρία τους από την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο δήμο τους. Μελετώντας τις απόψεις τους για την προσφορά υπηρεσιών καθώς και τις ανάγκες τους για χρήση αυτών των υπηρεσιών, θα αναδειχθεί η ανάγκη για βελτίωση, η καλύτερη οργάνωση του συστήματος υγείας, καθώς και η επιβάρυνση και η ανάγκες για υπηρεσίες που θα προκύψουν στο μέλλον.

3.3.2 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να αναδειχτούν οι θετικές και αρνητικές πλευρές στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τους δημότες Αιγιάλεω. Επίσης, να δώσει την ευκαιρία στους δημότες Αιγιάλεω να εκφράσουν τις εντυπώσεις από την εμπειρία τους σαν χρήστες των υπηρεσιών.

3.3.3 Στόχοι της έρευνας

Οι στόχοι της έρευνας είναι:

- Να διερευνηθεί η ικανοποίηση των δημοτών Αιγιάλεω από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από τα ταμεία τους.
- Να διερευνηθεί ποιες είναι οι υπηρεσίες που συνήθως κάνουν χρήση, όπως τα εξωτερικά ιατρεία, ιδιωτικοί γιατροί, συνταγογράφηση, γενικές εξετάσεις, νοσηλεία στο σπίτι.
- Να διερευνηθεί σε ποιο βαθμό οι υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται από άριστο επίπεδο παροχών, συμπεριλαμβανομένων του προγραμματισμού στα ραντεβού, του χρόνου αναμονής, της συμπεριφοράς του προσωπικού, του ωραρίου λειτουργίας, της καθαριότητας και καταλληλότητας των χώρων και την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας.
- Να διερευνηθεί κατά πόσο οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται σε επαρκή απόσταση και μέσα στην κοινότητα τους.
- Να αναγνωριστούν τα προβλήματα που υπάρχουν, όπως η έλλειψη γιατρών, νοσηλευτών, τα διαθέσιμα ραντεβού, οι ακατάλληλοι χώροι νοσηλείας, η έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, η αδιαφορία κλπ.

- Να διερευνηθεί κατά πόσο πιστεύουν στον θεσμό του οικογενειακού γιατρού και πόσο τον θεωρούν απαραίτητο.
- Να διερευνηθεί η ικανοποίηση τους από το Σύστημα Υγείας γενικότερα και αν οι εισφορές τους αντιστοιχούν στο επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών που λαμβάνουν.

3.3.4 Μεταβλητές

Στην έρευνα αυτή γίνεται προσπάθεια να αποτυπωθούν οι διάφορες παράμετροι που περιλαμβάνει έτσι ώστε να προκύψουν συγκρίσιμα στοιχεία. Συγκεκριμένα: η ανεξάρτητη μεταβλητή της έρευνας είναι: δημότης Αιγάλεω που είναι χρήστης των υπηρεσιών υγείας του φορέα που είναι ασφαλισμένος, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές, οι οποίες αναφέρονται στην περίπτωση αυτή είναι διαστημικές, γιατί βασίζονται σε κλίμακα που προκύπτει από τις επιλογές των ατόμων και είναι οι ακόλουθες:

1. Τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα κατά το προηγούμενο έτος, ασφαλιστικός φορέας).
2. Η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που καλύπτει το ταμείο του σαν επισήμανση ότι τα ταμεία πρέπει να καλύπτουν μεγαλύτερο αριθμό αιτημάτων-προβλημάτων.
3. Η καταγραφή του είδους των υπηρεσιών που κάνει συνήθως χρήση (εξωτερικά ιατρεία, ιδιωτικοί γιατροί, συνταγές φαρμάκων, γενικές-ειδικές εξετάσεις, νοσηλεία στο σπίτι).
4. Η οργάνωση, η λειτουργία του φορέα και η συνεργασία του με το προσωπικό (προγραμματισμός για ραντεβού, χρόνος αναμονής, ευγενική συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων, των νοσηλευτών, το ωράριο λειτουργίας, η καταλληλότητα και καθαριότητα των χώρων, η επαρκής αντιμετώπιση του προβλήματος, καθώς και κατά πόσο οι εισφορές που έχουν δώσει ανταποκρίνονται στις υπηρεσίες που λαμβάνουν).
5. Η απόσταση των υπηρεσιών από το σπίτι τους αν είναι λογική.
6. Τα προβλήματα που κυρίως αντιμετωπίζουν (έλλειψη γιατρών, έλλειψη νοσηλευτών, μη διαθέσιμα ραντεβού, ακατάλληλοι χώροι νοσηλείας, έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, αδιαφορία).
7. Αν είναι συμβεβλημένοι με οικογενειακό γιατρό και αν όχι θα επιθυμούσαν

να συμβληθούν.

8. Η εικόνα τους για την επάρκεια του Συστήματος Υγείας.
9. Το επίπεδο ικανοποίησης από την παροχή ΠΦΥ στο δήμο Αιγάλεω.
10. Αν ανταποκρίνονται οι εισφορές τους ως εργαζόμενοι ή μη στη φροντίδα που λαμβάνουν σήμερα.

3.3.5 Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 100 άτομα (N=100), τα οποία περιγράφονται σαν δημότες του Αιγάλεω. Τα άτομα αυτά κλήθηκαν να απαντήσουν στο χώρο του Δημαρχείου σε ερωτήματα σχετικά με τις ανάγκες τους για περίθαλψη και την αντίληψή τους για την παροχή φροντίδας υγείας στην περιοχή τους. Η ηλικία τους ήταν από 18 και άνω, 45 άντρες και 55 γυναίκες. Η επιλογή του αντιπροσωπευτικού δείγματος έγινε από άτομα (μονάδες) που αποτελούν γνωστούς πληθυσμούς, καθώς είναι δημότες Αιγάλεω τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή, δηλαδή το μήνα Σεπτέμβριο του 2011.

3.3.6 Ποσοτική έρευνα (ερωτηματολόγιο)

Οι δειγματοληπτικές έρευνες αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο που δίνει την ευκαιρία στους ερευνητές να συγκεντρώσουν στοιχεία για να ελέγξουν μία πραγματικότητα. Η έρευνα αυτή είναι ποσοτική με την χρήση ερωτηματολογίου (Παράρτημα Α) το οποίο αποτελείται από δεκαεπτά (17) ερωτήσεις κλειστού τύπου όπου ο ερευνητής θέτει τα ερωτήματά του βασισμένα στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και της εμπειρίας από την εργασία του στο συγκεκριμένο χώρο και μια (1) ανοιχτού τύπου που επιτρέπει στους ερωτηθέντες να εκφράσουν εφόσον το επιθυμούν ελεύθερα την άποψή τους. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί μία ποσοτική μέθοδο συλλογής δεδομένων, ενώ επιτρέπει σε ένα μεγάλο αριθμό ερωτηθέντων να απαντήσουν στο προς μελέτη θέμα σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Οι απαντήσεις συμπληρώθηκαν με άμεση προσέγγιση του ερευνητή με τους ερωτηθέντες, ενώ λόγω του μεγάλου αριθμού των συμμετεχόντων οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν μπορούν να γενικευτούν σε όλο τον πληθυσμό του δήμου. Οι ερωτήσεις που συμπεριελήφθησαν στο ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκαν ώστε να επιτραπεί η ανάλυσή τους.

3.3.7 Μέθοδος Ανάλυσης Δεδομένων

Για την ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιήθηκε το υπολογιστικό φύλο Excel και το στατιστικό πακέτο SPSS. Τα δεδομένα καταγράφηκαν, κωδικοποιήθηκαν με αριθμούς και στη συνέχεια προέκυψαν τα αποτελέσματα σε αριθμητικούς συντελεστές, ώστε να μας επιτρέψουν να κάνουμε σχολιασμό των αποτελεσμάτων καθώς και συσχετίσεις μεταξύ αυτών.

3.3.8 Τήρηση κανόνων εχεμυθείας

Το κάθε άτομο συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο το οποίο ήταν ανώνυμο και το παρέδιδε στον ερευνητή. Στις περιπτώσεις που υπήρχαν θέματα κατανόησης γλώσσας, ο ερευνητής έδινε τις αναγκαίες επεξηγήσεις. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν σε χώρο που ο καθένας δεν επηρεαζόταν από άλλους και ταυτόχρονα μπορούσε να διατυπώνει ελεύθερα τις θέσεις του.

3.4 Παρουσίαση και ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

3.4.1 Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

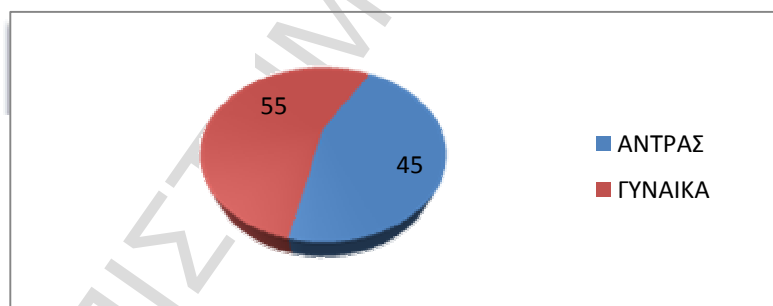
Στη συνέχεια, παρουσιάζονται αναλυτικά σε γραφήματα, οι κατανομές συχνοτήτων από τα στοιχεία των ερωτηματολογίων. Η σειρά με την οποία παρατίθενται είναι ίδια με αυτή των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Για κάθε ερώτηση υπάρχει διαγραμματική απεικόνιση που προκύπτει από την επεξεργασία των στοιχείων στο φύλλο του Excel.

- **Φύλο**

Πίνακας 1

Φύλο	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Αντρας	45	45	45,0	45,0
Γυναίκα	55	55	55,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 1



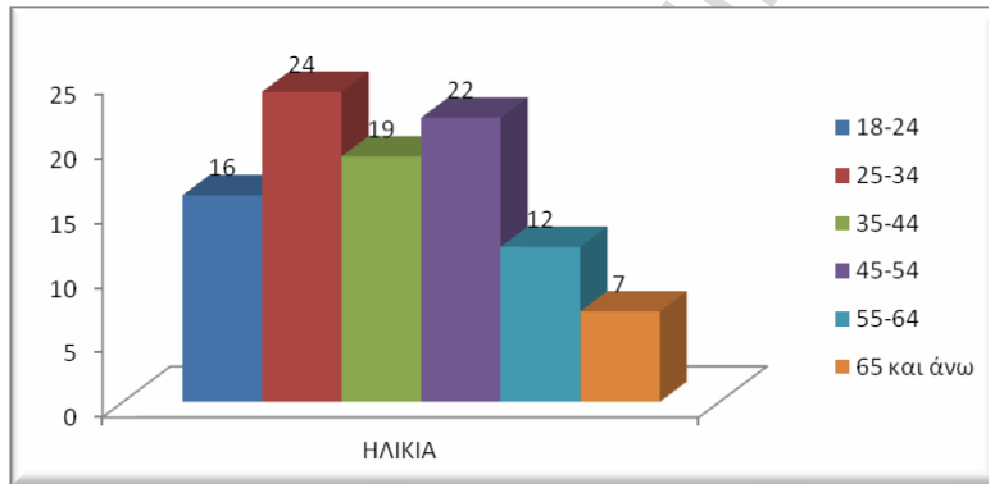
Στην έρευνά όπως βλέπουμε και στον Πίνακα 1 έλαβαν μέρος 100 άτομα που χαρακτηρίζονται ως διαθέσιμο δείγμα κατά την διεξαγωγή της έρευνας, εκ των οποίων οι άντρες κατείχαν ποσοστό 45% και οι γυναίκες 55%.

- **Ηλικία**

Πίνακας 2

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
18-24	16	16,0	16,0	16,0
25-34	24	24,0	24,0	40,0
35-44	19	19,0	19,0	59,0
45-54	22	22,0	22,0	81,0
55-64	12	12,0	12,0	93,0
65 και άνω	7	7,0	7,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 2



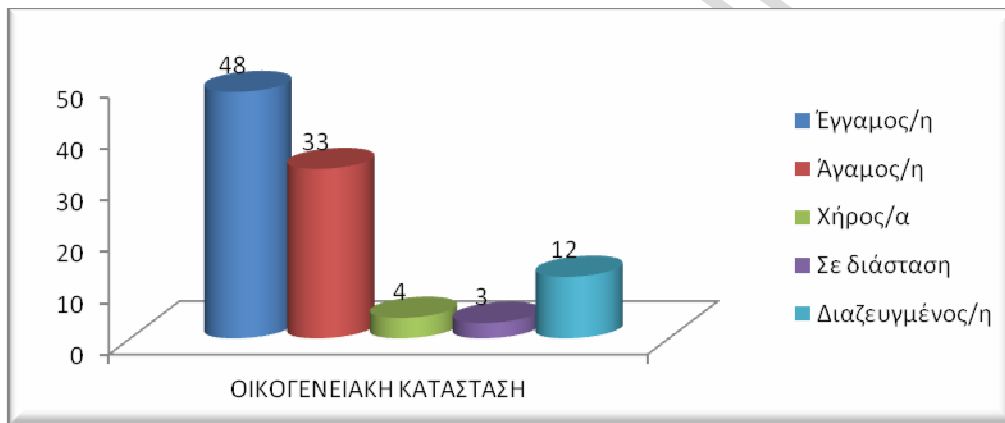
Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα έχει μια αρκετά μεγάλη ηλικιακή διασπορά όπως φαίνεται και από το παραπάνω διάγραμμα (2) και αυτό γιατί έτσι μπορούμε να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη άποψη σχετικά με το επίπεδο παροχής ΠΦΥ στον δήμο Αιγάλεω σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

- **Οικογενειακή κατάσταση**

Πίνακας 3

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Έγγαμος/η	48	48,0	48,0	48,0
Άγαμος/η	33	33,0	33,0	81,0
Χήρος/α	4	4,0	4,0	85,0
Σε διάσταση	3	3,0	3,0	88,0
Διαζευγμένος/η	12	12,0	12,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 3



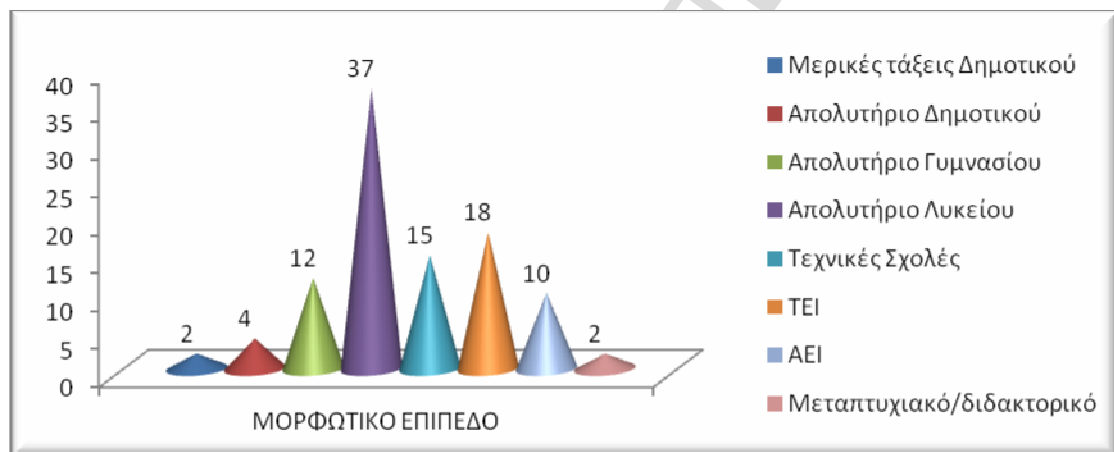
Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός μας ήταν έγγαμοι (48%), ενώ οι άγαμοι ήταν (33%). Πολύ μικρότερο αριθμό αποτελούσαν οι διαζευγμένοι (12%), οι χήροι (4%) και σε διάσταση (3%).

- **Μορφωτικό επίπεδο**

Πίνακας 4

Μορφωτικό επίπεδο	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Μερικές τάξεις δημοτικού	2	2,0	2,0	2,0
Απολυτήριο Δημοτικού	4	4,0	4,0	6,0
Απολυτήριο Γυμνασίου	12	12,0	12,0	18,0
Απολυτήριο Λυκείου	37	37,0	37,0	55,0
Τεχνικές Σχολές	15	15,0	15,0	70,0
ΤΕΙ	18	18,0	18,0	88,0
ΑΕΙ	10	10,0	10,0	98,0
Μεταπτυχιακό/διδακτορικό	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 4



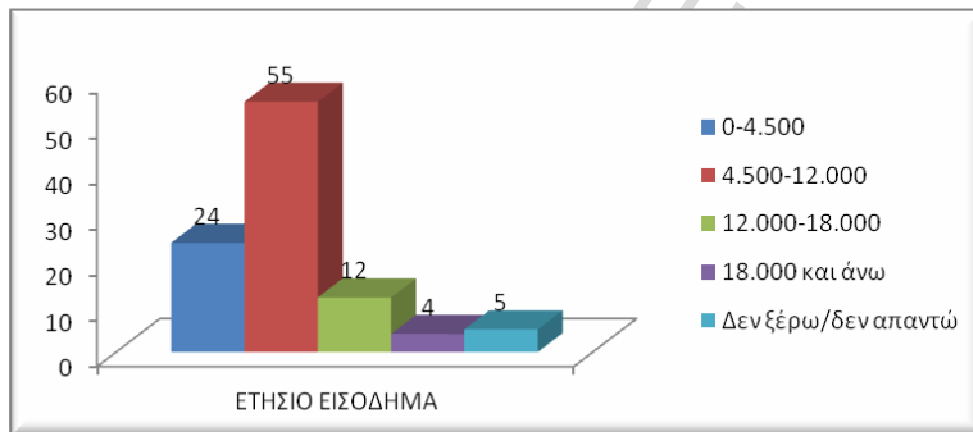
Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από άτομα δευτεροβάθμιου μορφωτικού επιπέδου και συγκεκριμένα 37% ήταν απόφοιτοι Λυκείου, ένα μεγάλο ποσοστό 15% είναι απόφοιτοι Τεχνικών σχολών ενώ αν αθροίσουμε τα ποσοστά όσων έχουν τελειώσει μέχρι και το γυμνάσιο έχουμε ένα ποσοστό της τάξεως 18%. Τα τρία αυτά ποσοστά μαζί αν προστεθούν μας δίνουν ένα ποσοστό 70% που έχει μέσο επίπεδο μόρφωσης. Το υπόλοιπο 30% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ 18%, απόφοιτοι ΑΕΙ 10% και 2% κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος όπως χαρακτηριστικά απεικονίζεται και στο Διάγραμμα (4). Μέσα από την έρευνα φάνηκε ότι στην περιοχή του Αιγιάλεω μεγάλο ποσοστό των δημοτών έχει προτιμήσει να μην συνεχίσει τις σπουδές στην ανώτατη εκπαίδευση ή έχει επιλέξει κάποιες τεχνικές σχολές. Επομένως, είναι μία περιοχή που περισσότερο ίσως από άλλες χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και εκπαίδευση του πληθυσμού σε θέματα υγείας και αγωγής υγείας.

- **Ετήσιο προσωπικό εισόδημα**

Πίνακας 5

Ετήσιο εισόδημα	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
0-4.500	24	24,0	24,0	24,0
4.500-12.000	55	55,0	55,0	79,0
12.000-18.000	12	12,0	12,0	91,0
18.000 και άνω	4	4,0	4,0	95,0
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	5	5,0	5,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 5



Η πλειοψηφία των ατόμων του δείγματος έχουν εισόδημα από 4.500 έως 12.000 € σε ποσοστό 55%, 24% έχουν εισόδημα από 0-4500 €, ενώ ένα ποσοστό 12% έχουν εισόδημα από 12.000 έως 18.000 € (Πίνακας 5). Εισόδημα πάνω από 18.000 € και άνω είχε μόνο ένα 4%, ενώ υπήρχαν 5 άτομα που αρνήθηκαν να απαντήσουν για προσωπικούς λόγους (5%). Παρατηρούμε ότι αντίστοιχα με το χαμηλό επίπεδο της μόρφωσης είναι και η χαμηλή εισοδηματική κλίμακα που βρίσκονται οι ερωτηθέντες.

- Ασφαλιστικός Φορέας

Πίνακας 6

Ασφαλιστικός φορέας	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
ΙΚΑ	48	48,0	48,0	48,0
Δημόσιο	19	19,0	19,0	67,0
ΟΓΑ	11	11,0	11,0	78,0
ΟΑΕΕ	15	15,0	15,0	93,0
Άλλο	7	7,0	7,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 6



Στον Πίνακα (6) βλέπουμε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ασφαλισμένων είχαν ως φορέα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης το ΙΚΑ σε ποσοστό 48%, δηλαδή εργάστηκαν με σχέση εξαρτημένης εργασίας ή ήταν έμμεσα ασφαλισμένοι. Ένα ποσοστό 15% ήταν ασφαλισμένοι του ΟΑΕΕ, του Δημοσίου 19%, ενώ σε ποσοστό 11% ήταν ασφαλισμένοι του ΟΓΑ. Τέλος, ένα ποσοστό 7% ήταν ασφαλισμένοι σε άλλα ταμεία. Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων καλύπτονται από το ΙΚΑ σηματοδοτεί το είδος των παροχών που λαμβάνουν από τον συγκεκριμένο φορέα. Στατιστικά στο γενικό πληθυσμό το ΙΚΑ καλύπτει το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων. Άρα και στο δείγμα μας παίζει καθοριστικό ρόλο η εμπειρία των ατόμων από τον συγκεκριμένο φορέα.

- **Βαθμός ικανοποίησης ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες του ασφαλιστικού τους φορέα**

Πίνακας 7

Βαθμός ικανοποίησης	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Πολύ	26	26,0	26,0	26,0
Λίγο	35	35,0	35,0	61,0
Πολύ λίγο	18	18,0	18,0	79,0
Καθόλου	21	21,0	21,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 7



Στην ερώτηση κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει το ταμείο τους, οι περισσότεροι ποσοστό 35% απάντησαν λίγο, ενώ ένα ποσοστό 18% απάντησαν πολύ λίγο, με αποτέλεσμα ο βαθμός μη ικανοποίησης να ανέρχεται στο ποσοστό του 53%. Αν σε αυτό το ποσοστό προστεθεί και ο αριθμός αυτών που απάντησαν καθόλου ικανοποιημένοι, ποσοστό 21%, το συνολικό ποσοστό των μη ικανοποιημένων από τις υπηρεσίες υγείας είναι 74%. Παρά αυτό το απογοητευτικό ποσοστό υπήρξαν άτομα σε ποσοστό 26% που εξέφρασε ότι ήταν πολύ ικανοποιημένο από το ταμείο τους (Πίνακας 7). Αυτό το υψηλό ποσοστό δυσαρέσκειας φανερώνει την εικόνα και την εντύπωση που έχει πολίτης για το επίπεδο υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει από το κράτος, αλλά ταυτόχρονα αναδεικνύει την ανάγκη για βελτιώσεις, τουλάχιστον σε τοπικό επίπεδο, αφού η έρευνα αφορά συγκεκριμένη περιοχή του Νομού Αττικής.

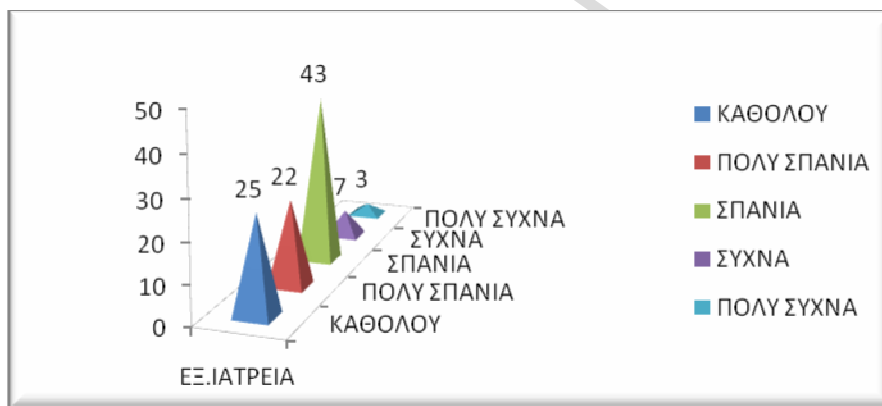
- Υπηρεσίες του ασφαλιστικού τους φορέα που κάνουν χρήση οι ερωτηθέντες

1. Εξωτερικά Ιατρεία

Πίνακας 8.1

Χρήση εξωτερικών ιατρείων	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	25	25,0	25,0	25,0
Πολύ Σπάνια	22	22,0	22,0	47,0
Σπάνια	43	43,0	43,0	90,0
Συχνά	7	7,0	7,0	97,0
Πολύ Συχνά	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 8.1



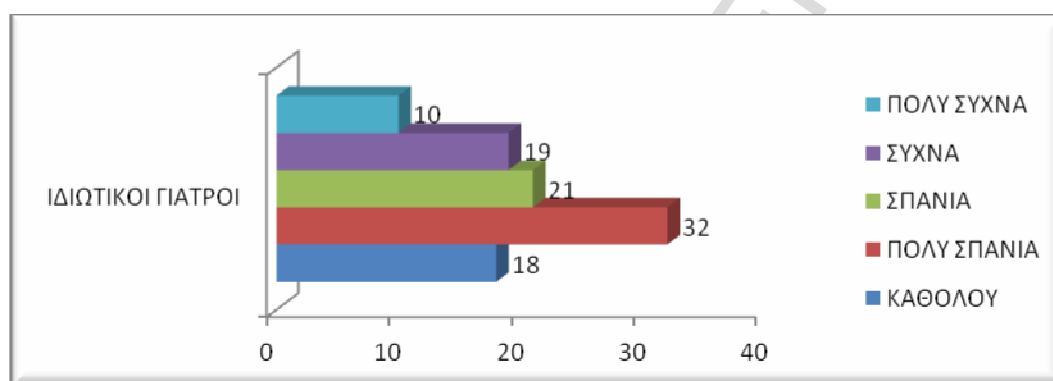
Η πλειονότητα του δείγματος μας όπως φαίνεται και στον Πίνακα 8.1 κάνει σπάνια χρήση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, ποσοστό 43%, ένα 22% κάνει πολύ σπάνια χρήση των υπηρεσιών, ενώ ένα 25% δεν έχει κάνει καθόλου χρήση. Αντιθέτως, υπάρχει ένα ποσοστό 7% που κάνει συχνά χρήση και ένα 3% που κάνουν πολύ συχνά χρήση. Παρατηρούμε, ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 90% χρησιμοποιούν τα εξωτερικά ιατρεία για τα θέματα της υγείας τους, είτε καθόλου, είτε πολύ σπάνια και σπάνια. Αυτό είναι θετικό όσον αφορά τη λειτουργία υπηρεσιών στην κοινότητα, γιατί δείχνει ότι μπορούν να απευθύνονται στα ιατρεία που βρίσκονται στο δήμο τους.

2. Ιδιωτικοί γιατροί

Πίνακας 8.2

Χρήση ιδιωτικών γιατρών	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	18	18,0	18,0	18,0
Πολύ σπάνια	32	32,0	32,0	50,0
Σπάνια	21	21,0	21,0	71,0
Συχνά	19	19,0	19,0	90,0
Πολύ συχνά	10	10,0	10,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 8.2



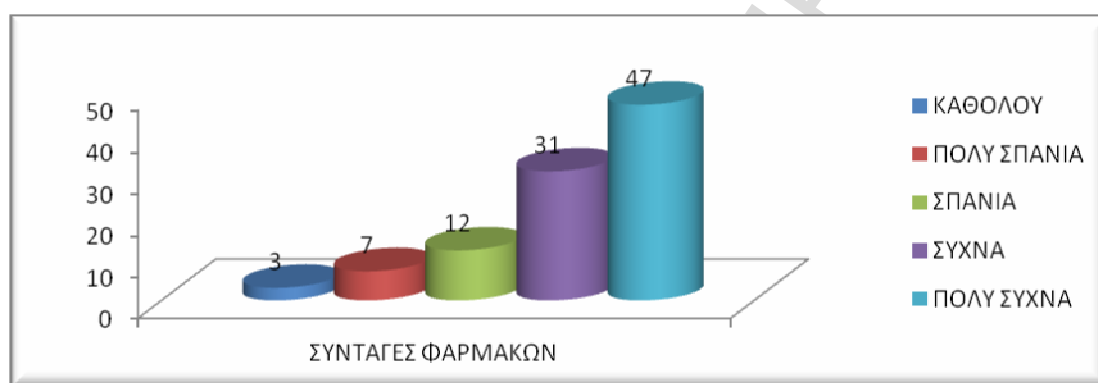
Οι περισσότεροι δεν κάνουν χρήση των υπηρεσιών των ιδιωτών γιατρών αφού φαίνεται ότι τους καλύπτουν τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 71% και αναλύεται ως εξής: το 18% δεν κάνουν καθόλου χρήση ιδιωτών γιατρών, το 21% κάνει χρήση σπάνια, ενώ το 32% πολύ σπάνια. Αντίθετα, ένα ποσοστό 19% κάνει χρήση συχνά και ένα 10% κάνει πολύ συχνά χρήση (Διάγραμμα 8.2). Τα ποσοστά αυτά δείχνουν ότι ο μεγάλος αριθμός των δημοτών του Αιγιάλεω απευθύνεται στα ασφαλιστικά του ταμεία, παρά το γεγονός ότι εξέφρασε δυσαρέσκεια για τις υπηρεσίες, αλλά αυτό μπορεί να συνδέεται με το γεγονός ότι δεν έχει ικανοποιητικά εισοδήματα για να απευθυνθεί στον ιδιωτικό τομέα.

3. Συνταγές φαρμάκων

Πίνακας 8.3

Χρήση υπηρεσιών συνταγογράφησης	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	3	3,0	3,0	3,0
Πολύ Σπάνια	7	7,0	7,0	10,0
Σπάνια	12	12,0	12,0	22,0
Συχνά	31	31,0	31,0	53,0
Πολύ συχνά	47	47,0	47,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 8.3



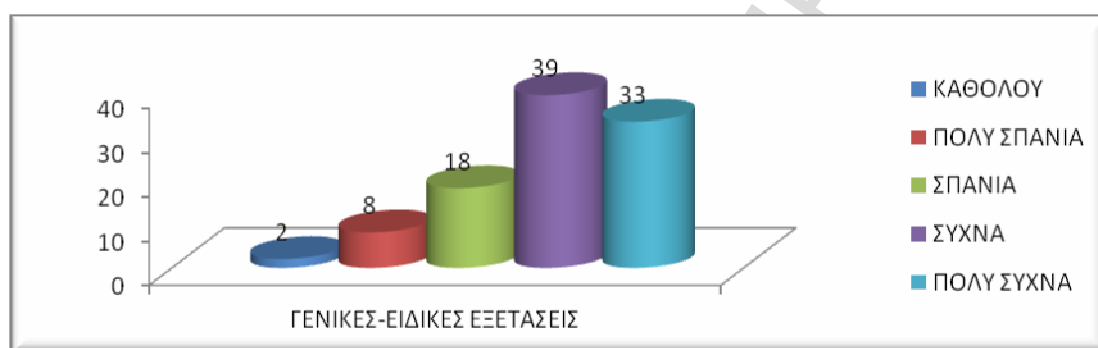
Όσον αφορά τη συνταγογράφηση φαρμάκων το 78% απευθύνεται για συνταγογράφηση στο γιατρό του. Συγκεκριμένα, ένα ποσοστό 47% απευθύνεται στους γιατρούς για τη συνταγογράφηση φαρμάκων, ενώ ένα 31% απευθύνεται συχνά. Ένα ποσοστό 7% απευθύνεται πολύ σπάνια, ένα 12% απευθύνεται σπάνια, ενώ 3% δεν χρειάζονται καθόλου χορήγηση φαρμάκων (Πίνακας 8.3). Ο αριθμός των ατόμων που απευθύνεται στο Σύστημα Υγείας για συνταγογράφηση είναι αρκετά μεγάλος, γι' αυτό θεωρούμε ότι το δείγμα μας έχει την εμπειρία των ιατρικών υπηρεσιών που του προσφέρονται. Ταυτόχρονα, τα ποσοστά αυτά καταδεικνύουν ότι υπάρχουν προβλήματα υγείας στον πληθυσμό που πρέπει να αντιμετωπίζονται μέσα σ'ένα οργανωμένο πλαίσιο υπηρεσιών.

4. Γενικές, ειδικές εξετάσεις

Πίνακας 8.4

Πραγματοποίηση εξετάσεων	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	2	2,0	2,0	2,0
Πολύ Σπάνια	8	8,0	8,0	10,0
Σπάνια	18	18,0	18,0	28,0
Συχνά	39	39,0	39,0	67,0
Πολύ Συχνά	33	33,0	33,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 8.4



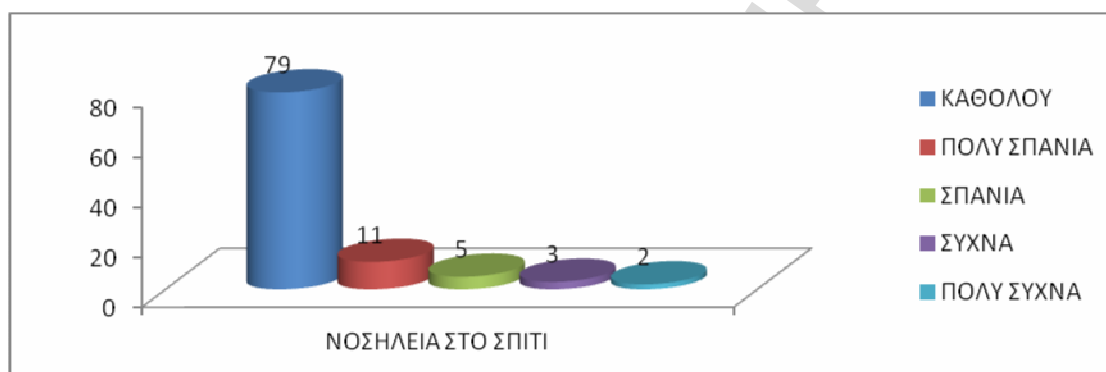
Για γενικές και ειδικές εξετάσεις απευθύνεται ομοίως με την προηγούμενη ερώτηση ένα συνολικό ποσοστό 72%. Αναλυτικά αυτό το ποσοστό περιλαμβάνει το 39% που απευθύνονται συχνά για εξετάσεις και αυτούς που απευθύνονται πολύ συχνά 33%. Αυτοί που απευθύνονται πολύ σπάνια ήταν σε ποσοστό 8%, σπάνια 18% και καθόλου σε ποσοστό 2% (Πίνακας 8.4). Το μεγάλο ποσοστό των ατόμων που απευθύνονται για εξετάσεις σε συνδυασμό με το γεγονός ότι πολλοί απευθύνονται με την συνεργασία των ταμείων τους σε ιδιωτικά κέντρα προκειμένου να κάνουν έλεγχο για την υγεία τους φανερώνουν την ανάγκη για Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας.

5. Νοσηλεία στο σπίτι

Πίνακας 8.5

Χρήση υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	79	79,0	79,0	79,0
Πολύ σπάνια	11	11,0	11,0	90,0
Σπάνια	5	5,0	5,0	95,0
Συχνά	3	3,0	3,0	98,0
Πολύ συχνά	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 8.5



Ο Πίνακας (8.5) που αφορά τις κατ' οίκον υπηρεσίες δείχνει ότι μόνο ένα ποσοστό 2% βρέθηκε να κάνει χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας πολύ συχνά, ενώ ένα ποσοστό 3% κάνει συχνά χρήση των υπηρεσιών αυτών. Επιπλέον, ένα 11% κάνει χρήση των υπηρεσιών αυτών πολύ σπάνια, ενώ ένα ποσοστό 5% κάνει σπάνια χρήση. Η πλειοψηφία, ποσοστό 79%, δεν έχει κάνει χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας.

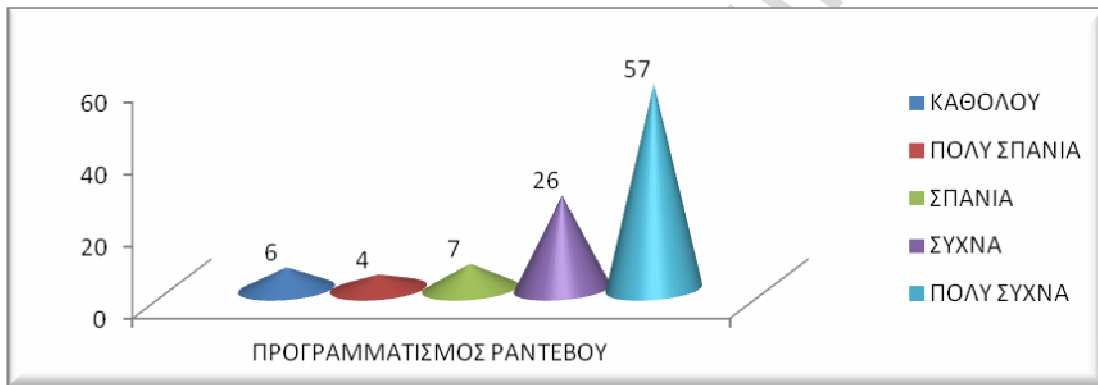
- Όταν κάνουν χρήση των υπηρεσιών οι ερωτηθέντες:

1. Προγραμματισμός για ραντεβού

Πίνακας 9.1

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	6	6,0	6,0	6,0
Πολύ σπάνια	4	4,0	4,0	10,0
Σπάνια	7	7,0	7,0	17,0
Συχνά	26	26,0	26,0	43,0
Πολύ συχνά	57	57,0	57,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.1



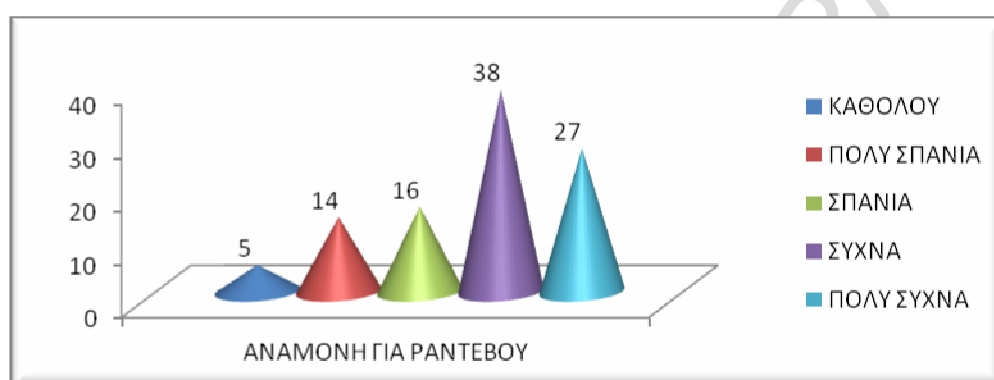
Σημαντικό παράγοντα κατά την χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί η ύπαρξη και η τήρηση των ραντεβού. Από το δείγμα μας προκύπτει ότι πράγματι η ύπαρξη των ραντεβού και ο προγραμματισμός αυτών αποτελεί σημαντικό παράγοντα ικανοποίησης των ατόμων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, τα άτομα έχουν την ευκαιρία να απολαμβάνουν υπηρεσίες με ραντεβού σε ποσοστό 83%, εκ των οποίων το 57% κάνουν χρήση των ραντεβού πολύ συχνά και ένα ποσοστό 26% συχνά (Πίνακας 9.1). Το υπόλοιπο 17%, μοιράζεται μεταξύ αυτών που επέλεξαν να απαντήσουν πολύ σπάνια ποσοστό 4%, σπάνια 7% και καθόλου 6%. Προφανώς, συνολικά το 17% είναι δυσαρεστημένο από την λειτουργία των ραντεβού, είτε γιατί δεν βρίσκουν διαθέσιμα ραντεβού, είτε γιατί όταν έχουν βρεθεί σε επείγουσα ανάγκη για γιατρό ήταν δύσκολο να εξυπηρετηθούν. Παρόλα αυτά το γεγονός ότι 83% κάνουν χρήση της δυνατότητας για ραντεβού, φανερώνει ότι είναι πετυχημένο σαν τακτική εξυπηρέτησης του ασθενή.

2. Αναμονή για ραντεβού

Πίνακας 9.2

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	5	5,0	5,0	5,0
Πολύ σπάνια	14	14,0	14,0	19,0
Σπάνια	16	16,0	16,0	35,0
Συχνά	38	38,0	38,0	73,0
Πολύ συχνά	27	27,0	27,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.2



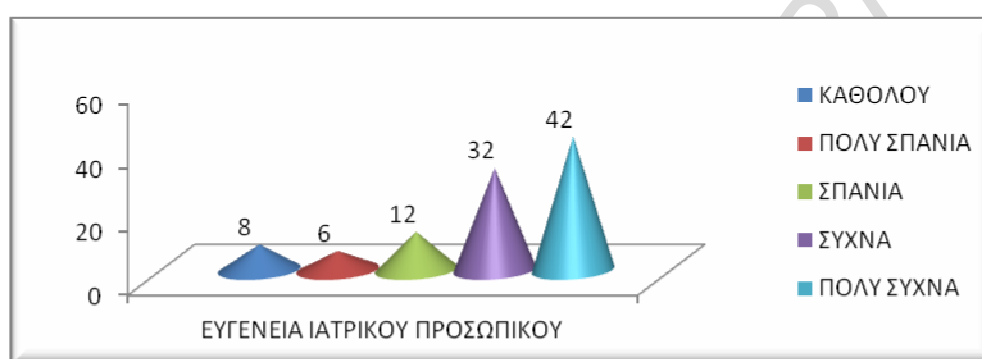
Παρά το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό της προηγούμενης ερώτησης αναγνώρισε την χρησιμότητα των ραντεβού, σε αυτή την ερώτηση εμφανίζεται ο χρόνος αναμονής σαν ένα σημαντικό πρόβλημα. Γι' αυτό το 65% απάντησε ότι αυτό αποτελεί πρόβλημα. Συγκεκριμένα, το 38% απάντησε ότι ο χρόνος αναμονής είναι συχνά μεγάλος και το 27% ότι είναι πολύ συχνά μεγάλος. Αντίστοιχα, το 14% απάντησε ότι ο χρόνος αναμονής πολύ σπάνια είναι μεγάλος, το 16% απάντησε ότι σπάνια είναι μεγάλος, ενώ το 5% απάντησε ότι καθόλου δεν είναι μεγάλος (Διάγραμμα 9.2). Ο μεγάλος χρόνος αναμονής των ραντεβού όπως προκύπτει και από τα αποτελέσματα αυτά δεν ικανοποιεί τους δημότες του Αιγάλω και θα πρέπει να βελτιωθεί προκειμένου να εξυπηρετηθούν. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να βοηθήσει σημαντικά στην μείωση του χρόνου αναμονής. Επίσης, το γεγονός ότι το ΙΚΑ, ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός, διαθέτει τους γιατρούς του στα κατά τόπους ΚΑΠΗ βοηθά στην αποσυμφόρηση των ραντεβού και στην εξυπηρέτηση των ασθενών στον δήμο.

3. Ευγένεια ιατρικού προσωπικού

Πίνακας 9.3

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	8	8,0	8,0	8,0
Πολύ σπάνια	6	6,0	6,0	14,0
Σπάνια	12	12,0	12,0	26,0
Συχνά	32	32,0	32,0	58,0
Πολύ συχνά	42	42,0	42,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.3



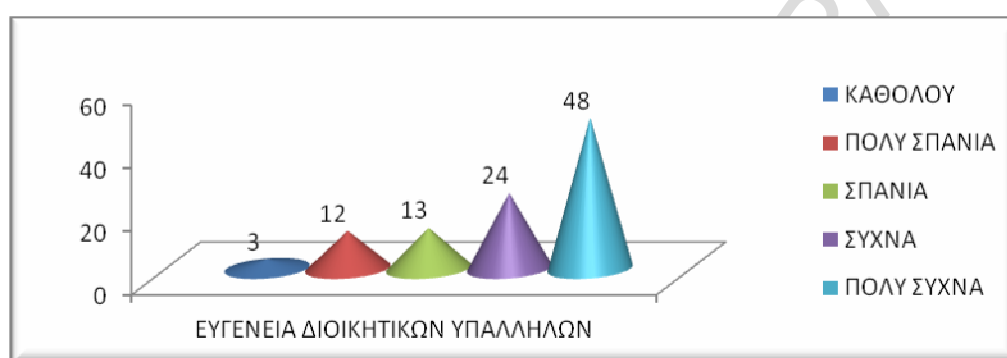
Με την ερώτηση αυτή εξετάζεται η συμπεριφορά των γιατρών απέναντι στους ασθενείς που αποτελεί σημαντικό σημείο της ικανοποίησης τους από το Σύστημα Υγείας, αλλά και σπουδαίο χαρακτηριστικό της ποιότητας των υπηρεσιών και της συνεργασίας και εμπιστοσύνης του ασθενή προς με το γιατρό του. Το 42% απάντησε ότι πολύ συχνά είναι ευγενικό το ιατρικό προσωπικό, το 32% απάντησε ότι είναι συχνά ευγενικό, το 6% απάντησε ότι είναι πολύ σπάνια ευγενικό, ενώ το 8% απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ευγενικό (Πίνακας 9.3). Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (74%) παρέμεινε ικανοποιημένο από τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού είναι ενθαρρυντικό στοιχείο για την παροχή περίθαλψης, αφού η ποιότητά της εξαρτάται εκτός από τα μέσα και από την μοναδική σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή-γιατρού.

4. Ευγένεια διοικητικών υπαλλήλων

Πίνακας 9.4

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	3	3,0	3,0	3,0
Πολύ σπάνια	12	12,0	12,0	15,0
Σπάνια	13	13,0	13,0	28,0
Συχνά	24	24,0	24,0	52,0
Πολύ συχνά	48	48,0	48,6	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.4



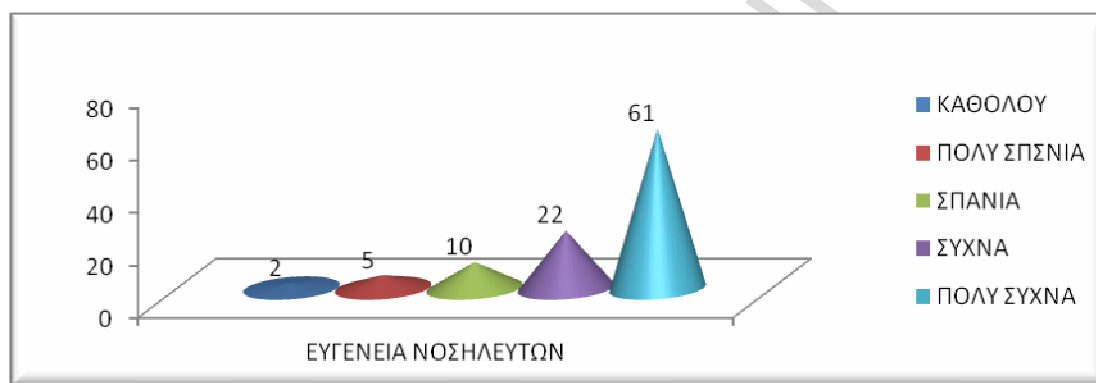
Μέρος των υπηρεσιών που προσφέρονται από τα ταμεία αφορούν υπηρεσίες όπως η επιστροφή χρημάτων, οι παροχές σε είδος, η έκδοση πιστοποιητικών και άλλα θέματα διεκπεραίωσης. Σε αυτές τις υπηρεσίες σημαντικό ρόλο παίζουν οι διοικητικοί υπάλληλοι. Οι δημότες του Αιγάλεω στο δείγμα μας όπως φαίνεται και στον Πίνακα (9.4) ήταν πολύ συχνά ικανοποιημένοι από την ευγενική συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων σε ποσοστό 48%, ενώ συχνά ικανοποιημένοι ήταν το 24%. Ένα ποσοστό 12% απάντησε ότι πολύ σπάνια είναι ευγενικοί, 13% ότι σπάνια είναι ευγενικοί και 3% ότι δεν είναι καθόλου ευγενικοί. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα εμφανίζονται να είναι ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων.

5. Ευγένεια νοσηλευτών

Πίνακας 9.5

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	2	2,0	2,0	2,0
Πολύ σπάνια	5	5,0	5,0	7,0
Σπάνια	10	10,0	10,0	17,0
Συχνά	22	22,0	22,0	39,0
Πολύ συχνά	61	61,0	61,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.5



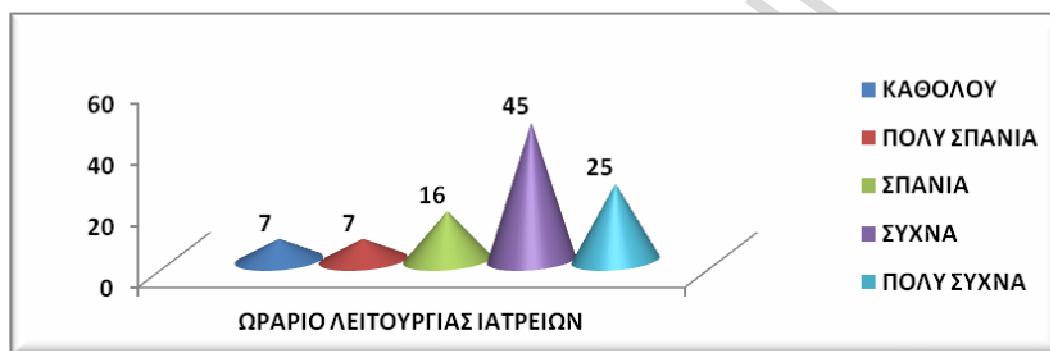
Στο ερώτημα αυτό βλέπουμε την καθολική αποδοχή των υπηρεσιών που δέχονται από τους νοσηλευτές. Σχεδόν η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό που φτάνει το 83% δήλωσε ότι οι νοσηλευτές είναι συχνά και πολύ συχνά ευγενικοί. Πιο αναλυτικά, το 61% απάντησε ότι είναι ευγενικοί πολύ συχνά και το 22% απάντησε ότι είναι συχνά ευγενικοί. Το υπόλοιπο ποσοστό 17%, εξέφρασε κάποια δυσαρέσκεια και συγκεκριμένα το 5% απάντησε ότι είναι ευγενικό πολύ σπάνια, το 10% απάντησε σπάνια και το 2% καθόλου (Πίνακας 9.5). Η εμπιστοσύνη αυτή θα πρέπει να διατηρηθεί, κυρίως γιατί υποστηρίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία βασίζεται σε μεγάλο ποσοστό στο νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και στις υπηρεσίες της κοινότητας, ξεκινώντας από τους εμβολιασμούς και την ενημέρωση του κοινού, μέχρι την κατ' οίκον νοσηλεία.

6. Ικανοποίηση από το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων

Πίνακας 9.6

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	7	7,0	7,0	7,0
Πολύ σπάνια	7	7,0	7,0	14,0
Σπάνια	16	16,0	16,0	30,0
Συχνά	45	45,0	45,0	75,0
Πολύ συχνά	25	25,0	25,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.6



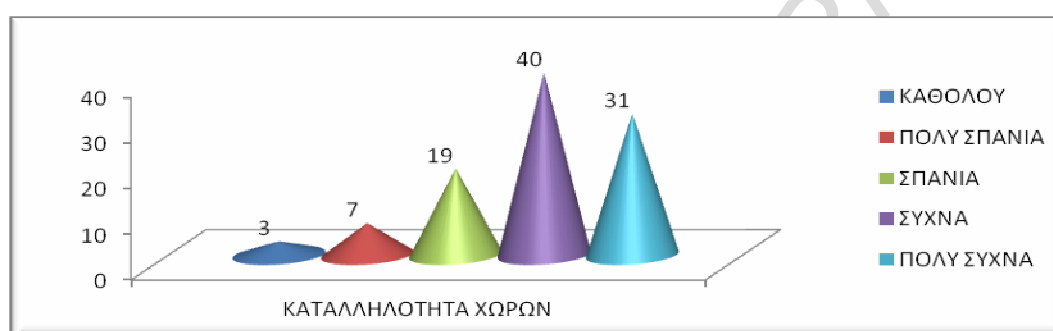
Το ωράριο λειτουργίας των ιατρείων γενικά, αν και έχει αναγνωριστεί ότι υπάρχει πρόβλημα κατά τις απογευματινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα, γεγονός που οδηγεί τους ασθενείς στα νοσοκομεία, στην περίπτωση του δείγματός μας φαίνεται ότι τα ποσοστά μοιράζονται, μεταξύ αυτών που ανέφεραν ότι το ωράριο τους ικανοποιεί συχνά και αυτών που απάντησαν ότι πολύ σπάνια τους ικανοποιεί. Πιο συγκεκριμένα, το 45% απάντησε ικανοποίηση από το ωράριο λειτουργίας συχνά, το 25% απάντησε πολύ συχνά, το 7% απάντησε πολύ σπάνια, το 16% απάντησε σπάνια και το 7% απάντησε ότι δεν τους ικανοποιεί καθόλου (Πίνακας 9.6).

7. Καταλληλότητα χώρων

Πίνακας 9.7

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	3	3,0	3,0	3,0
Σπάνια	7	7,0	7,0	10,0
Πολύ σπάνια	19	19,0	19,0	29,0
Συχνά	40	40,0	40,0	69,0
Πολύ συχνά	31	31,0	31,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.7



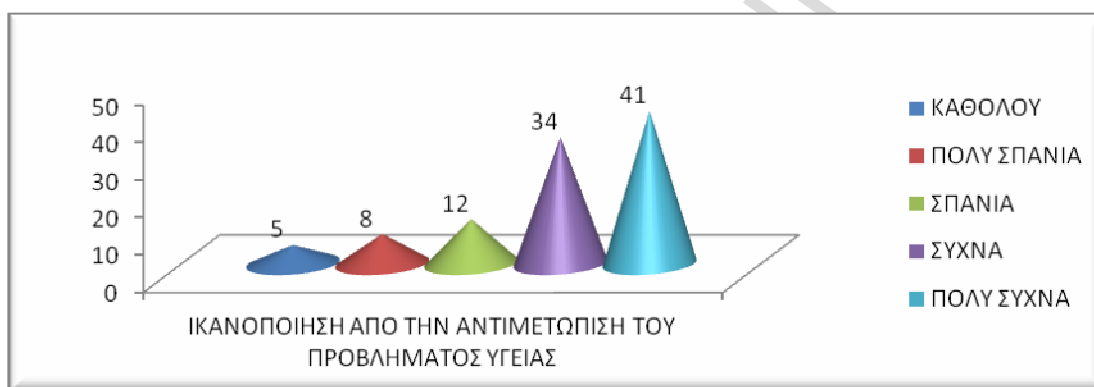
Οι χώροι που παρέχεται η φροντίδα απαιτείται να είναι ευχάριστοι, περιποιημένοι και καθαροί. Η εμπειρία από τους χώρους παροχής υπηρεσιών, κυρίως των νοσοκομείων, είναι συχνά απογοητευτική. Σε αντίθεση με την εικόνα αυτή που παρουσιάζουν κυρίως τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων όπου παρέχεται και η ΠΦΥ φαίνεται ότι τα ασφαλιστικά ταμεία κατορθώνουν να παρέχουν καλύτερης ποιότητας χώρους φροντίδας. Οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι στους φορείς που επισκέπτονται οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί πολύ συχνά σε ποσοστό 31%, συχνά απάντησαν 40%, ενώ αυτοί που είχαν αντίθετη άποψη ανέφεραν ότι είναι κατάλληλοι και καθαροί πολύ σπάνια σε ποσοστό 7%, σπάνια 19% και καθόλου απάντησε το 3% (Πίνακας 9.7). Πολλοί από τους ασφαλισμένους απευθύνονται στα ιατρεία του ΙΚΑ που φαίνεται ότι έχουν γίνει βελτιώσεις στην υποδομή ή σε ιδιωτικά ιατρεία που καλύπτει το ταμείο τους και επομένως οι χώροι είναι περισσότερο φροντισμένοι.

8. Ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας

Πίνακας 9.8

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	5	5,0	5,0	5,0
Πολύ σπάνια	8	8,0	8,0	13,0
Σπάνια	12	12,0	12,0	25,0
Συχνά	34	34,0	34,0	59,0
Πολύ συχνά	41	41,0	41,0	100,0
Σύνολο	500	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.8



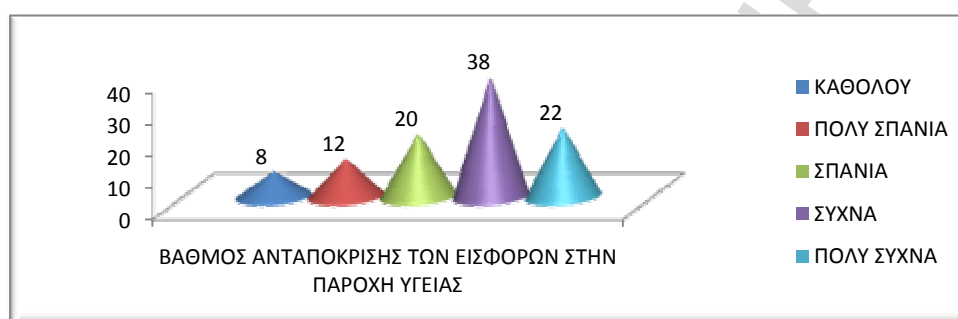
Όσον αφορά τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει ο κάθε ασθενής ζητάει ή επιθυμεί να λάβει την καλύτερη δυνατή θεραπεία με ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Έτσι λοιπόν, ένα ποσοστό 41% σημείωσε ότι πολύ συχνά είναι ικανοποιημένο από την αντιμετώπιση του προβλήματος και ένα ποσοστό 34% ανέφερε ότι είναι συχνά. Το σύνολο αυτών των δύο ποσοστών ανέρχεται στο 75%, ενώ οι υπόλοιποι 8% απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι πολύ σπάνια, 12% απάντησαν σπάνια και ένα ποσοστό 5% δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένο (Πίνακας 9.8). Σε κάθε περίπτωση παροχής υπηρεσιών υγείας στόχος είναι η αντιμετώπιση του προβλήματος και η ικανοποίηση του πολίτη.

9. Βαθμός ανταπόκρισης εισφορών στην παροχή υγείας

Πίνακας 9.9

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	8	8,0	8,0	8,0
Πολύ σπάνια	12	12,0	12,0	20,0
Σπάνια	20	20,0	20,0	40,0
Συχνά	38	38,0	38,0	78,0
Πολύ συχνά	22	22,0	22,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9.9



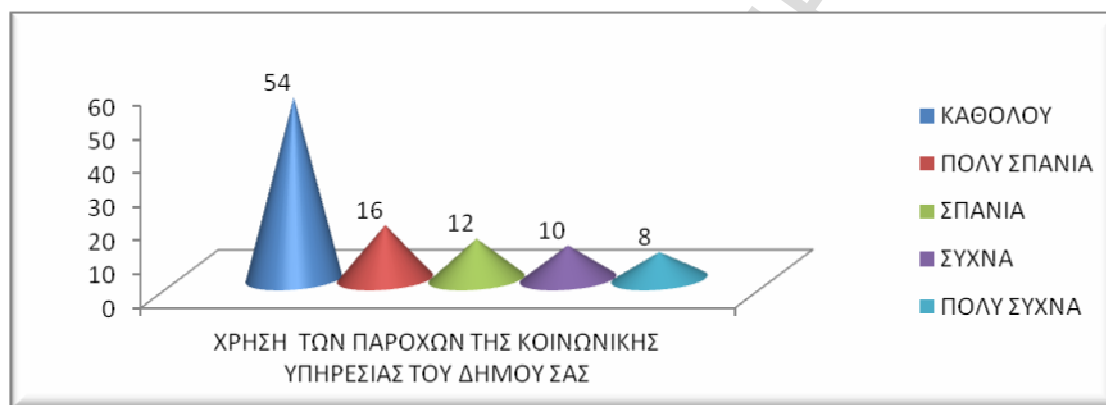
Στο ερώτημα του κατά πόσο πιστεύουν ότι οι εισφορές που έδωσαν στο ταμείο τους ανταποκρίνονται στις παροχές υγείας που απολαμβάνουν, ένα ποσοστό 38% απάντησαν ότι συχνά ανταποκρίνονται, ένα ποσοστό 22% απάντησε πολύ συχνά, ενώ 12% απάντησαν πολύ σπάνια, 20% απάντησε σπάνια και 8% ότι δεν ανταποκρίνονται καθόλου. Το 60% του δείγματος μας απάντησε ότι οι εισφορές που έχει δώσει ανταποκρίνονται στις παροχές υγείας, γεγονός που δείχνει ότι είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν για τις εισφορές έχουν δώσει και δίνουν στα ασφαλιστικά τους ταμεία. Φυσικά δεν είναι καθόλου αδιάφορο το ποσοστό 40% που πιστεύει ότι δεν ανταποκρίνονται οι υπηρεσίες στις εισφορές που έδωσαν.

- Χρήση παροχών της κοινωνικής υπηρεσίας του δήμου Αιγάλεω

Πίνακας 10

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	54	54,0	54,0	54,0
Πολύ σπάνια	16	16,0	16,0	70,0
Σπάνια	12	12,0	12,0	82,0
Συχνά	10	10,0	10,0	92,0
Πολύ συχνά	8	8,0	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 10



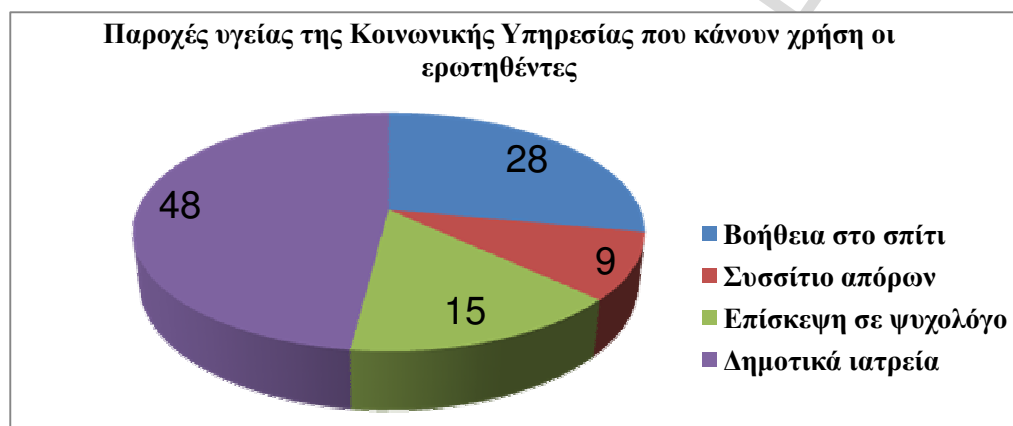
Αυτό που γίνεται αμέσως αντιληπτό από την παραπάνω ερώτηση είναι το γεγονός ότι οι δημότες του Αιγάλεω σε ποσοστό 54% δεν κάνουν καμία χρήση από της παροχές που προσφέρει ο δήμος τους. Αίτια γι' αυτό το μεγάλο ποσοστό ίσως είναι η ελλείψεις ενημέρωση για τις παροχές που προσφέρει ο δήμος, αλλά και η μη σωστή λειτουργία αυτών. Πάντως έστω και έτσι ένα ποσοστό της τάξεως του 46% έχουν κάνει χρήση έστω και μια φορά των παροχών υγείας του δήμου. Αναλυτικά, το 16% κάνει πολύ σπάνια χρήση, το 12% σπάνια, το 10% συχνά ενώ μόλις το 8% κάνει συχνή χρήση των υπηρεσιών που προσφέρει η κοινωνική υπηρεσία του δήμου.

- Παροχές της κοινωνικής υπηρεσίας που κάνουν χρήση οι ερωτηθέντες.

Πίνακας 11

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Βοήθεια στο σπίτι	13	28,0	28,0	28,0
Συσσίτιο απόρων	7	15,0	15,0	43,0
Επίσκεψη στον Ψυχολόγο	4	9,0	9,0	52,0
Δημοτικά ιατρεία	22	48,0	48,0	100,0
Σύνολο	46	100,0	100,0	

Διάγραμμα 11



Στην ερώτηση αυτή για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ που προσφέρει ο δήμος Αιγάλεω φαίνεται μια μεγάλη προτίμηση στην επιλογή των δημοτικών ιατρείων σε ποσοστό 48% -όσων απάντησαν πως κάνουν χρήση τω παραπάνω υπηρεσιών (46 άτομα)-. Στη συνέχεια, οι υπηρεσίες του προγράμματος “Βοήθεια στο Σπίτι” καταλαμβάνουν την δεύτερη θέση με ποσοστό 28%, το συσσίτιο των απόρων με 15% και τέλος η επίσκεψη στον ψυχολόγο με ποσοστό 9%. Από τα παραπάνω στοιχεία εύλογα προκύπτει πως ειδικά για τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δημοτικά ιατρεία υπάρχει μεγάλη ζήτηση και ίσως εκεί θα έπρεπε να δοθεί μεγάλη προσοχή.

- Απόσταση κοινωνικής υπηρεσίας του δήμου από το σπίτι των ερωτηθέντων.

Πίνακας 12

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Κοντά	36	36,0	36,0	36,0
Μακριά	29	29,0	29,0	65,0
Πολύ μακριά	24	24,0	24,0	89,0
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	11	11,0	11,0	100,0
Σύνολο	100.0	100.0	100.0	

Διάγραμμα 12



Είναι πολύ σημαντικό η κοινωνική υπηρεσία του δήμου ή ακόμα και ο κάθε χώρος όπου μπορεί να παραχθεί έργο ΠΦΥ να βρίσκεται όσο είναι αυτό εφικτό στο κέντρο κάθε πόλης, γιατί με αυτό επιτυγχάνετε η πιο γρήγορη πρόσβαση από ένα μεγάλο αριθμό δημοτών. Όπως φαίνεται λοιπόν και από τα παραπάνω στοιχεία το 36% δηλώνει πως η κοινωνική υπηρεσία του δήμου Αιγάλεω βρίσκεται κοντά στο σπίτι τους, το 29% ότι είναι μακριά, το 24% ότι βρίσκεται πολύ μακριά και τέλος το 11% δηλώνει πως δεν γνωρίζει που βρίσκεται η κοινωνική υπηρεσία.

- Επίπεδο παροχής ΠΦΥ του δήμου Αιγιάλεω

Πίνακας 13

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Ικανοποιητικό	22	22,0	22,0	22,0
Καλό	18	18,0	18,0	40,0
Μέτριο	34	34,0	34,0	74,0
Κακό	26	26,0	26,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 13



Σε αυτή την ερώτηση προσπαθήσαμε να δούμε πως κρίνουν το επίπεδο παροχής ΠΦΥ οι δημότες του Αιγιάλεω. Ειδικότερα, ποσοστό 40% θεωρεί πως οι παροχές που προσφέρει ο δήμος τους είναι καλές και συγκεκριμένα το 22% τις θεωρεί ικανοποιητικές και το 18% καλές. Το υπόλοιπο 60% θεωρεί πως οι παροχές που προσφέρει ο δήμος είναι ανεπαρκείς, το 34% από αυτούς πιστεύουν ότι οι υπηρεσίες είναι μέτριες και το 26% ότι είναι κακές. Είναι σαφές πως πρέπει να γίνουν πολλά προς την δημιουργία ενός σύγχρονου και οργανωμένου κέντρου παροχής ΠΦΥ στο δήμο του Αιγιάλεω.

- Τα μεγαλύτερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν

1. Έλλειψη γιατρών

Πίνακας 14.1

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	22	22,0	22,0	22,0
Πολύ σπάνια	43	43,0	43,0	65,0
Σπάνια	14	14,0	14,0	79,0
Συχνά	11	11,0	11,0	90
Πολύ συχνά	10	10	10,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 14.1



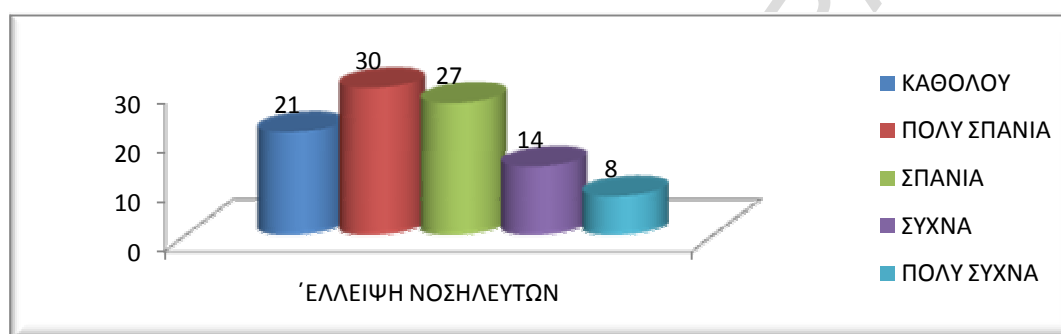
Η έλλειψη γιατρών δεν απασχολεί πολύ τους ερωτηθέντες. Αυτό συμβαίνει γιατί στην Ελλάδα υπάρχει πληθώρα γιατρών σε σχέση με τις ανάγκες, με αποτέλεσμα τα άτομα να έχουν πολλές επιλογές για το που θ' απευθυνθούν για να λύσουν το πρόβλημά τους. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα (14.1), σχετικά με την έλλειψη γιατρών, δεν υπάρχει καθόλου απάντηση το 22%, σπάνια απάντησε το 14%, πολύ σπάνια απάντησε το 43%, συχνά απάντησε το 11% και πολύ συχνά απάντησε το 10%. Παρόλα αυτά, ένα ποσοστό 21% δεν φαίνεται ικανοποιημένο με τις διαθέσιμες ειδικότητες. Αυτό συμβαίνει όταν απαιτούνται πολύ ειδικευμένοι κλάδοι για πολύπλοκα ή σπάνια νοσήματα.

2. Έλλειψη νοσηλευτών

Πίνακας 14.2

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	21	21,0	21,0	21,0
Πολύ Σπάνια	30	30,0	30,0	51,0
Σπάνια	27	27,0	27,0	78,0
Συχνά	14	14,0	14,0	92,0
Πολύ συχνά	8	8,0	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 14.2



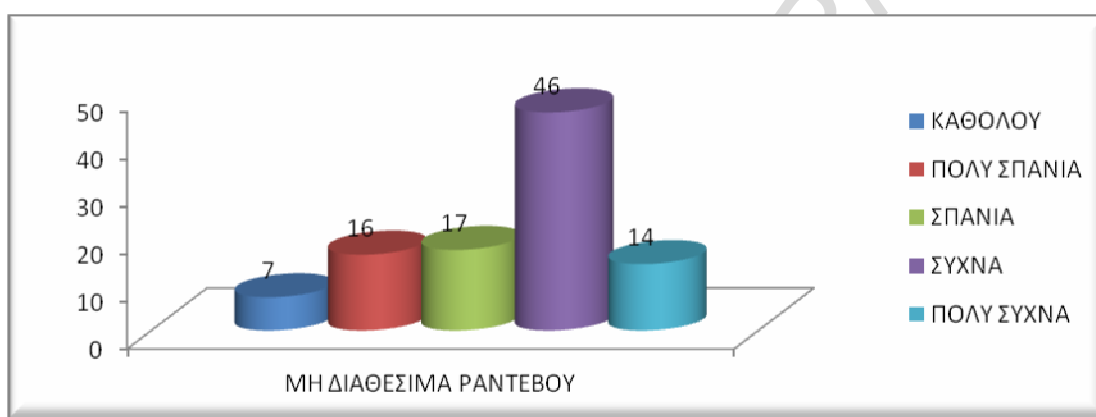
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες δεν διέκριναν έλλειψη νοσηλευτών στις υπηρεσίες υγείας του δήμου. Ποσοστό 78% απάντησε ότι δεν υπάρχουν ελλείψεις. Συγκεκριμένα, ποσοστό 21% απάντησε ότι δεν υπάρχουν καθόλου ελλείψεις, 27% απάντησε ότι σπάνια υπάρχουν και 30% απάντησε ότι πολύ σπάνια υπάρχουν. Αντίθετα, ένα ποσοστό 14% απάντησε ότι συχνά υπάρχουν ελλείψεις και 8% απάντησε ότι υπάρχουν πολύ συχνά (Πίνακας 14.2). Ένα ποσοστό 22% διαπίστωσε έλλειψη νοσηλευτών και πράγματι υπάρχει έλλειψη νοσηλευτών, αφού ο αριθμός των προσλήψεων δεν συμβαδίζει με τις ανάγκες για περίθαλψη, θέμα που έχει επανειλημμένα αναδειχθεί.

3. Μη διαθέσιμα ραντεβού

Πίνακας 14.3

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική κατανομή
Καθόλου	7	7,0	7,0	7,0
Πολύ σπάνια	16	16,0	16,0	23,0
Σπάνια	17	17,0	17,0	40,0
Συχνά	46	46,0	46,0	86,0
Πολύ συχνά	14	14,0	14,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 14.3



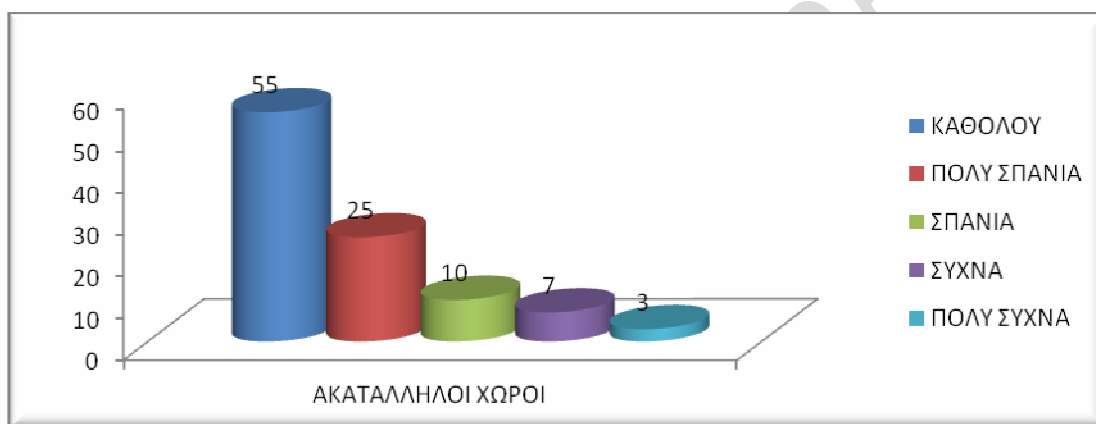
Αναλύοντας το θέμα των ραντεβού σαν πρόβλημα στην παροχή υπηρεσιών, διαπιστώσαμε ότι το 46% ανέφερε ότι συχνά δεν υπάρχουν διαθέσιμα ραντεβού, ενώ 14% ανέφερε ότι πολύ συχνά δεν υπάρχουν διαθέσιμα ραντεβού. Αντίθετα, 16% απάντησαν ότι πολύ σπάνια συμβαίνει αυτό και σε ποσοστό 17% ότι αυτό συμβαίνει σπάνια. Αν και το συνολικό ποσοστό αυτών που δεν είναι προβληματισμένοι με την διαθεσιμότητα των ραντεβού είναι ικανοποιητικό, εν τούτοις πιστεύουμε ότι το σύστημα των ραντεβού χρειάζεται συνεχή βελτίωση και προσοχή, γιατί μειώνει την αρνητική εικόνα των ασθενών απέναντι στο σύστημα περίθαλψης.

4. Ακατάλληλοι χώροι

Πίνακας 14.4

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	55	55,0	55,0	55,0
Πολύ σπάνια	25	25,0	25,0	80,0
Σπάνια	10	10,0	10,0	90,0
Συχνά	7	7,0	7,0	97,0
Πολύ συχνά	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 14.4



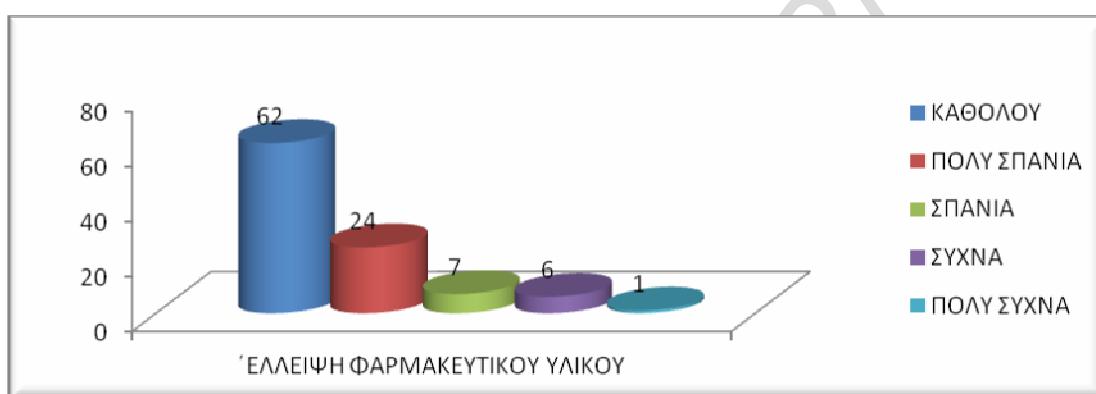
Όσον αφορά την ακαταλληλότητα των χώρων η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε ότι δεν συμφωνεί με αυτό και ότι είναι ικανοποιημένοι από τους χώρους που παρέχεται η νοσηλεία. Αναλυτικά, το 55% θεωρεί ότι οι χώροι δεν είναι ακατάλληλοι, το 25% θεωρεί ότι πολύ σπάνια συμβαίνει αυτό, ενώ ένα ποσοστό 10% πιστεύει ότι αυτό συμβαίνει σπάνια. Αντίθετα, συχνά ακατάλληλους θεωρεί τους χώρους το 7% και πολύ συχνά το 3% (Πίνακας 14.4). Αυτό αποτελεί θετικό συμπέρασμα για την ποιότητα των χώρων και θα πρέπει να αποτελεί στόχο και για το μέλλον.

5. Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού

Πίνακας 14.5

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	62	62,0	62,0	62,0
Πολύ σπάνια	24	24,0	24,0	86,0
Σπάνια	7	7,0	7,0	93,0
Συχνά	6	6,0	6,0	99,0
Πολύ συχνά	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 14.5



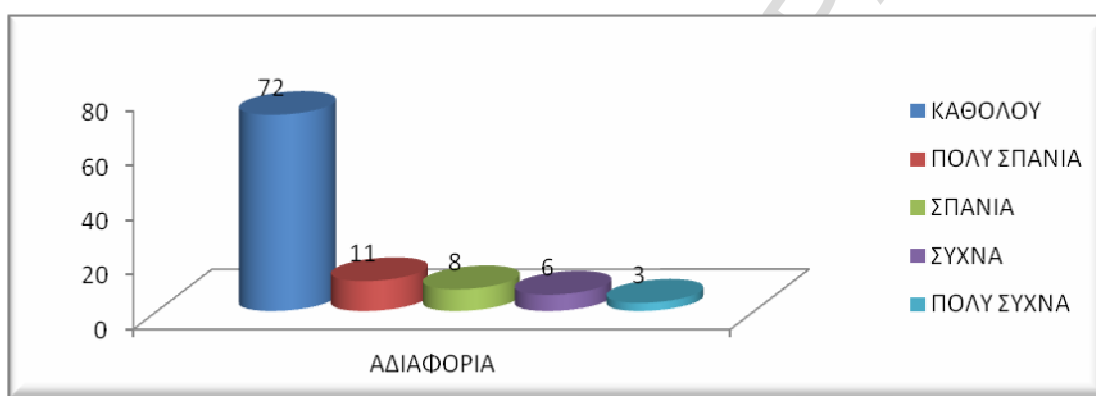
Όσον αφορά τα φαρμακευτικά υλικά ανέφεραν ότι δεν υπάρχει έλλειψη. Αυτό φυσικά έχει σχέση με την εμπειρία τους από την αντιμετώπιση διαφόρων προβλημάτων υγείας και από την έκταση της χρήσης των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα (14.5), ένα ποσοστό 62% απάντησε ότι δεν υπάρχει καθόλου έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, το 24% απάντησε ότι πολύ σπάνια υπάρχει έλλειψη, ενώ το 7% απάντησαν ότι σπάνια υπάρχει. Αντίθετα, ένα ποσοστό 6% απάντησαν ότι αυτό συμβαίνει συχνά και 1% απάντησε ότι συμβαίνει πολύ συχνά.

6. Αδιαφορία

Πίνακας 14.6

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Καθόλου	72	72,0	72,0	72,0
Πολύ σπάνια	11	11,0	11,0	83,0
Σπάνια	8	8,0	8,0	91,0
Συχνά	6	6,0	6,0	97,0
Πολύ συχνά	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 14.6



Η αδιαφορία αναφέρεται συχνά σαν παράγοντας που χαρακτηρίζει την επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας. Στην περίπτωση όμως αυτή επειδή τα άτομα λαμβάνουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα από τους γιατρούς των ταμείων τους και από τις τοπικές κοινότητες, αισθάνονται περισσότερο την φροντίδα του κράτους και φυσικά των παρόχων της βοήθειας. Επομένως, σε ποσοστό 72% επέλεξαν ότι δεν αντιμετωπίζουν καθόλου αδιαφορία, 11% επέλεξαν ότι πολύ σπάνια αντιμετωπίζουν αδιαφορία, 8% επέλεξαν σπάνια, συχνά επέλεξε το 6% και πολύ συχνά μόνο το 3% (Πίνακας 14.6).

- **Οικογενειακός γιατρός**

Πίνακας 15

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
ΝΑΙ	26	26,0	26,0	26,0
ΟΧΙ	74	74,0	74,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 15



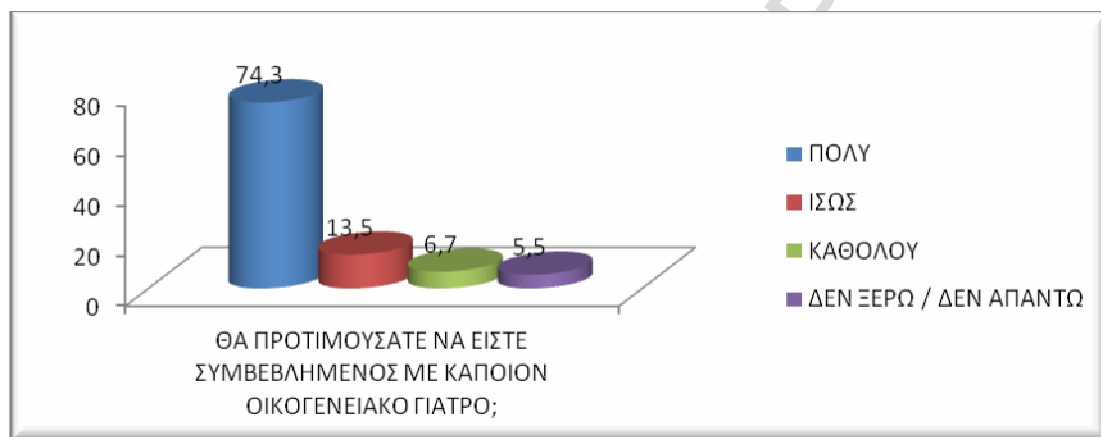
Η σημασία του οικογενειακού γιατρού για την κάλυψη της φροντίδας μέσω της ΠΦΥ αποτελεί ίσως το πιο σημαντικό παράγοντα στην βελτίωση της ποιότητας των παροχών υγείας. Ορισμένες περιοχές καλύπτονται από το κράτος με την παροχή οικογενειακού γιατρού, ενώ ένας αριθμός ατόμων θεωρεί οικογενειακό γιατρό τον γιατρό που συνεργάζεται μαζί του επί σειρά ετών και γνωρίζει θέματα του δικού τους ιστορικού, αλλά και όλης της οικογένειάς τους. Με αυτή την έννοια ο γιατρός του ΙΚΑ που κλείνουν ραντεβού μαζί του για όποιο θέμα υγείας τους απασχολεί έχει αυτή την θέση, όχι όμως σαν επίσημος θεσμός που ο κάθε πολίτης έχει καταχωρηθεί στη λίστα ασθενών ενός γιατρού. Στην ερώτηση αυτή το 74% απάντησε ότι δεν έχει οικογενειακό γιατρό, ενώ το 26% απάντησαν ότι έχουν οικογενειακό γιατρό (Διάγραμμα 15).

- **Θέληση για ύπαρξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού**

Πίνακας 15.1

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Πολύ	55	74.3	74.3	74.3
Ίσως	10	13.5	13.5	87.8
Καθόλου	5	6.7	6.7	94.5
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	4	5.5	5.5	100,0
Σύνολο	74	100.0	100,0	

Διάγραμμα 15.1



Σε αυτούς που απάντησαν ότι δεν είναι συμβεβλημένοι με κάποιον οικογενειακό γιατρό το ερώτημα που τους έγινε στην συνέχεια ήταν αν θα προτιμούσαν να είναι συμβεβλημένοι. Από τα 74 άτομα που απάντησαν στην προηγούμενη ερώτηση ότι δεν έχουν οικογενειακό γιατρό το 74,3% απάντησε ότι θα επιθυμούσαν πολύ να ήταν συμβεβλημένοι, το 13,5% ότι ίσως θα προτιμούσαν, το 6,7% ότι δεν θα προτιμούσαν καθόλου και ένα ποσοστό 5,5% δεν απάντησε (Πίνακας 15.1).

- **Χαρακτηρισμός του συστήματος υγείας**

Πίνακας 16

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
Ικανοποιητικό	21	21,0	21,0	21,0
Καλό	29	29,0	29,0	50,0
Μέτριο	44	44,0	44,0	94,0
Κακό	6	6,0	6,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 16



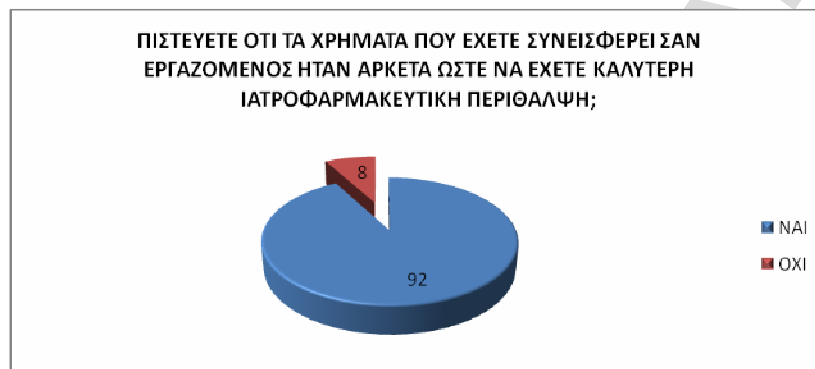
Στο ερώτημα αν είναι ικανοποιημένοι συνολικά από το σύστημα υγείας οι ερωτηθέντες απάντησαν σε ποσοστό 21% ότι είναι ικανοποιητικό, σε ποσοστό 29% ότι είναι καλό, σε ποσοστό 44% ότι είναι μέτριο και τέλος ένα ποσοστό 6% θεωρεί ότι το σύστημα υγείας είναι κακό (Διάγραμμα 16). Πέραν αυτού του μικρού ποσοστού που το θεωρεί κακό, οι υπόλοιποι επέλεξαν να υποστηρίξουν το σύστημα υγείας μας, σαν κάτι που θεωρούν ότι κατά καιρούς έχει συμβάλλει είτε με το προσωπικό του είτε με τις υπηρεσίες τους στο σημερινό επίπεδο της υγείας τους ή των συγγενικών τους προσώπων.

- **Ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τις παροχές υγείας σε σχέση με τα χρήματα που έχουν συνεισφέρει ως εργαζόμενοι**

Πίνακας 17

	Συχνότητα	Ποσοστό %	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστική Κατανομή
ΝΑΙ	92	92,0	92,0	92,0
ΟΧΙ	8	8,0	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 17



Στο ερώτημα αν πιστεύουν ότι τα χρήματα που έχουν συνεισφέρει σαν εργαζόμενοι είναι αρκετά ώστε να έχουν καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από αυτή που έχουν λάβει μέχρι σήμερα, η πλειοψηφία δηλαδή το 92% απάντησε ΝΑΙ, ενώ το 8% απάντησε ΟΧΙ (Πίνακας 17). Το ποσοστό που απάντησε ΟΧΙ μάλλον θεωρεί ότι οι ανάγκες της ασθένειάς του ήταν πολύ περισσότερες από αυτά τα ποσά που ο ίδιος έχει συνεισφέρει στο ταμείο του.

- **Προτάσεις για τη βελτίωση της ΠΦΥ στη χώρα μας**

Διάγραμμα 18



Στην ερώτηση αυτή η οποία ήταν ανοιχτή ώστε να επιτρέψει στους ερωτηθέντες να εκφράσουν ελεύθερα το μεγαλύτερο πρόβλημα που κατά την γνώμη τους πρέπει να βελτιωθεί, αφού έγινε κατηγοριοποίηση των απαντήσεων διαπιστώθηκε ότι, 42 άτομα δεν απάντησαν ούτε έκαναν κάποια πρόταση, 18 είπαν να γίνουν προσλήψεις προσωπικού, ενώ 16 ανέφεραν πως καλό θα ήταν να υπάρχει 24ωρη λειτουργία των δημοτικών ιατρείων. Επίσης, όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα (18) 14 υποστήριξαν ότι θα ήθελαν να είχαν οικογενειακό γιατρό, 6 πως πρέπει να εξαλείψει το φακελάκι που δίνουν στους γιατρούς όταν κάνουν χρήση των ιατρικών υπηρεσιών και τέλος 4 επισήμαναν πως θα πρέπει να αλλάξει η συμπεριφορά των γιατρών. Το γεγονός ότι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων δεν απάντησαν πιθανόν να συνδέεται με την έλλειψη ενημέρωσης, αλλά και μιας σχετικής απογοήτευσης που εστιάζετε στο ότι δύσκολα θα αλλάξει κάτι στο ΕΣΥ αν και προφανώς θα το ήθελαν πολύ.

3.5 Συμπεράσματα

Μέσα σε ένα παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον όπου η πολυπλοκότητα και η πολυμορφία της ΤΑ στις χώρες της Ευρώπης είναι καθόλα έντονη, γίνεται αμέσως αντιληπτό πως δεν αποτελεί διόλου εύκολο έργο η οργάνωση υπηρεσιών ΠΦΥ ειδικά αν αναλογιστούμε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της Ελλάδας. Εν μέσω της οικονομικής κρίσης που πλήττει την χώρα μας και έχει αντίκτυπο την μείωση των δαπανών προς κοινωνικές και ιατροφαρμακευτικές παροχές, το ΕΣΥ αργά η γρήγορα θα βρεθεί μπροστά σε ένα τεράστιο πρόβλημα που δυστυχώς υπήρχε και παλαιότερα

αλλά με τα καινούρια οικονομικά δεδομένα έχει επιδεινωθεί, αυτό το πρόβλημα δεν είναι άλλο από την επίμονη του ΕΣΥ να επικεντρώνετε και να δίνει όλη του την προσοχή στην αντιμετώπιση μιας πάθησης, στην θεραπεία και στην νοσηλεία ενώ δαπανά ελάχιστα ποσά σε προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Στα πλαίσια της διπλωματικής αυτής εργασίας πραγματοποιήθηκε έρευνα που έχει σαν σκοπό να μελετήσει σε τοπικό επίπεδο την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους δημότες του Αιγιάλεω. Επιπλέον, διερευνήσαμε τις αντιλήψεις των δημοτών για την αποτελεσματικότητα και την παροχή υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλιστικούς τους φορείς. Δόθηκε η δυνατότητα στους δημότες να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας που κάνουν χρήση και να παρουσιάσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Τα άτομα της μελέτης δεν ήταν πολύ ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει ο ασφαλιστικός τους φορέας, με αποτέλεσμα να κάνουν χρήση αυτών κυρίως για συνταγογράφηση φαρμάκων και πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων. Όσον αφορά τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας του δήμου τους εμφανίστηκαν να μην κάνουν συχνά χρήση αυτών, με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων να θεωρεί ως μη ικανοποιητικό το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εξέφρασαν δε την ανάγκη για προσλήψεις ιατρικού προσωπικού, βελτιώσεις στους χρόνους αναμονής για ραντεβού, την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και διάφορα άλλα ζητήματα, έτσι ώστε να εξαλείψει η κοινωνική δυσαρέσκεια. Οι δημότες του Αιγιάλεω που συμμετείχαν στη μελέτη υπογράμμισαν την ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση, οργάνωση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών από την κοινότητα. Δεδομένης της κοινωνικής δυσαρέσκειας και της κρίσιμης οικονομικής συγκυρίας προβάλλει επιτακτική η ανάγκη για ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχομένως αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που έχει σαν στρατηγικό της στόχο την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

4.1 Συμπεράσματα

4.1.1 Η αναγκαιότητα της μεταρρύθμισης στην τοπική αυτοδιοίκησης

Στη χώρα μας η μείζονα θεσμική μεταρρύθμιση που φέρει το κωδικό όνομα «Καλλικράτης» δεν συνιστά μια απλή διαφοροποίηση της χωροθέτησης της τοπικής αυτοδιοίκησης. Αποτελεί μια ριζική αναδιάρθρωση της ελληνικής Πολιτείας, μέσω της οποίας το ενιαίο κεντρικό κράτος υποχωρεί εκχωρώντας αρμοδιότητες σε υποκρατικές οντότητες, τις αυτοδιοικούμενες Περιφέρειες. Οι τελευταίες δεν θα διαθέτουν αυτόνομη κανονιστική αρμοδιότητα, εξοπλίζονται, ωστόσο, με σημαντικές αρμοδιότητες, αναπτυξιακής και κοινωνικής υφής. Το ελληνικό κράτος, ένα από τα πλέον συγκεντρωτικά, μέχρι σήμερα, στον ευρωπαϊκό χώρο, φιλοδοξεί έτσι να καταστεί επιτελικό, υπό την έννοια της παρακράτησης κυρίως του κεντρικού σχεδιασμού, συντονισμού και ελέγχου.

Η εξέλιξη αυτή δεν αποτελεί μεμονωμένο φαινόμενο στον ευρωπαϊκό χώρο. Αντιθέτως, σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση παρατηρείται την τελευταία εικοσαετία μια ισχυρή τάση συνταγματικής μεταρρύθμισης, με σκοπό την ενίσχυση της αποκέντρωσης και της τοπικής αυτοδιοίκησης, τόσο σε ενιαία, παραδοσιακά, κράτη (Γαλλία) όσο και σε άλλα που μέχρι τώρα ανέπτυσαν κεντρομόλες δυνάμεις (Βρετανία). Τα κράτη αυτά έρχονται να προστεθούν στον κατάλογο των κλασικών ομοσπονδιακών (Γερμανία) ή ιδιότυπες σπονδυλωτών (Ισπανία) κρατών. Η ενδιάμεση έτσι κατηγορία, μεταξύ των ενιαίων και των ομοσπονδιακών κρατών, απαριθμεί πλέον εκτός της Ισπανίας και της Πορτογαλίας, την Ιταλία και τη Μεγάλη Βρετανία.

Η κλασική αντίρρηση που προβλήθηκε ενάντια στη διαδικασία αυτή της αποκέντρωσης στηρίχθηκε στην αρχή της ισότητας, υπό την έννοια της διακινδύνευσης της ίσης παροχής κοινωνικών αγαθών, όπως η εκπαίδευση και η δημόσια υγεία. Η διαφορετική οικονομική ανάπτυξη των Περιφερειών, σύμφωνα με το επιχείρημα, μπορεί να οδηγήσει σε ανισότητες στο πλαίσιο του ίδιου κράτους και διακύβευση της βασικής λειτουργίας της πολιτότητας, της αναδιανομής δηλαδή του πλούτου ανάμεσα σε πολίτες και περιφέρειες. Δεν είναι τυχαίο έτσι ότι οι Εργατικοί της Βρετανίας ήταν αρχικά αντίθετοι στη διαδικασία αποκέντρωσης του κράτους τους.

Οι αντιρρήσεις αυτές κάμπτονται βάσει δύο θεμελιακών επιχειρημάτων: Πρώτον, η διαδικασία της αποκέντρωσης της πολιτικής εξουσίας δεν οδηγεί σε αποσύνθεση της πολιτικής ενότητας και κοινωνικής συνοχής, αν τελεστεί σταδιακά και συνοδεύεται από την υιοθέτηση κοινών αξιών και μιας συναντίληψης σχετικά με το γενικό συμφέρον της πολιτικής κοινότητας, υπό την εποπτεία, τον συντονισμό και την επικουρική δράση του κεντρικού κράτους. Δεύτερον, η αποκέντρωση της πολιτικής εξουσίας μέσω της αυτοδιοίκησης των Περιφερειών συνιστά αναφαίρετο στοιχείο δημοκρατίας, όπως η έννοια αυτή νοηματοδοτείται υπό το φως της αρχής της επικουρικότητας. Πιο απλά, οι αποφάσεις μεταφέρονται εγγύτερα στους πολίτες, οι τελευταίοι αισθάνονται και γίνονται περισσότερο υπεύθυνοι για την κοινή τους πορεία.

Η τάση ενίσχυσης της τοπικής αυτοδιοίκησης συνυπάρχει, εξάλλου, με την ενδυνάμωση του υπερκρατικού επιπέδου διακυβέρνησης, της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι φαινομενικά αντιθετικές αυτές διαδικασίες μεταφοράς κρατικών αρμοδιοτήτων προς τα κάτω και προς τα πάνω οδηγούν προς τη σταδιακή δημιουργία ενός πολυεπίπεδου μοντέλου διακυβέρνησης, με εν μέρει διακριτές αρμοδιότητες για κάθε επίπεδο, και διαρρηγνύουν τη μονοκαθεδρία του εθνικού πολιτικού πλαισίου άσκησης πολιτικής εξουσίας. Φιλοδοξούν έτσι να αποτελέσουν τρόπο διάσωσης του δημόσιου χαρακτήρα της τελευταίας.

Σήμερα είναι γεγονός ότι η ελληνική αυτοδιοίκηση δεν έχει εκείνες τις αρμοδιότητες που θα την καταστήσουν μία πραγματική τοπική εξουσία. Δεν έχει τους πόρους που απαιτούνται για να ανταποκριθεί στο ρόλο της.

Οι διαπιστώσεις αυτές είναι γνωστές και καταγράφονται σε όλες τις έρευνες που πραγματοποιούνται κατά καιρούς και αφορούν στην ευρωπαϊκή αυτοδιοίκηση. Πρόσφατα στη Γενική Συνέλευση του Συμβουλίου Ευρωπαϊκών Δήμων και Περιφερειών που έγινε τον Μάιο του 2009 στο Μάλμε της Σουηδίας, παρουσιάστηκαν σημαντικά και ενδιαφέροντα στοιχεία, τα οποία φυσικά δεν είναι καθόλου τιμητικά για την Ελλάδα.

Η χώρα μας παραμένει από τις λίγες χώρες στην Ευρώπη με μικρό αριθμό υπηρεσιών που παρέχονται από την Αυτοδιοίκηση. Πιο συγκεκριμένα η Ελλάδα μαζί με τη Γαλλία, την Πορτογαλία, την Ιρλανδία, την Κύπρο και τη Μάλτα είναι οι χώρες της Ευρώπης στις οποίες οι Τοπικές Αρχές δεν ασκούν αρμοδιότητες Υγείας και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης, σε αντίθεση με 16 ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες οι τοπικές αρχές ασκούν και αρμοδιότητες Υγείας και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης και

τις 5 ευρωπαϊκές χώρες στις οποίες οι τοπικές αρχές ασκούν και αρμοδιότητες Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης.[15, 40]

4.1.2 Η αυτοδιοίκηση φορέας ποιοτικών και οικονομικών υπηρεσιών υγείας

Το δικαίωμα κάθε πολίτη στην εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας, είναι άρρηκτα δεμένο με το δικαίωμά του για επαρκή και υγιεινή τροφή, για αξιοπρεπή κατοικία, για ασφαλή εργασία και για πληροφόρηση σε θέματα υγείας. Η ολόπλευρη στήριξη των ανθρώπων απαιτεί το συνδυασμό πολλών δράσεων και το συντονισμό των ενεργειών που αποσκοπούν στην ποιότητα ζωής των πολιτών. Τεχνικά έργα, δράσεις που προστατεύουν το περιβάλλον και προωθούν την αειφόρο ανάπτυξη, προγράμματα αθλητισμού και πολιτισμού και δράσεις ψυχοκοινωνικής στήριξης, μπορούν να αναπτυχθούν και να συντονιστούν με αποτελεσματικότητα μονάχα στο πλαίσιο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η ΤΑ μπορεί να αναπτύξει πολιτικές ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα -όπως προδιαγράφουν οι στρατηγικές της Προαγωγής της Υγείας λόγω της φύσης των διαπροσωπικών σχέσεων σε τοπικό επίπεδο- αποφεύγοντας έτσι οι πολιτικές για την υγεία να εξυπηρετούν την κερδοσκοπία και την ασύστολη εκμετάλλευση. Επιπλέον, η ίδια η φιλοσοφία της Προαγωγής της Υγείας ενισχύει την άποψη ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας χρειάζεται να παρέχεται αποκεντρωμένα σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, διότι, απαιτεί για την εφαρμογή της το συνδυασμό πολλών δράσεων.

Η εκπόνηση δράσεων κοινωνικής πολιτικής και παροχής υπηρεσιών υγείας στους ΟΤΑ συμφέρει από οικονομικής και ποιοτικής άποψης. Έχει αποδεχτεί με τα προγράμματα των ΑΜΕΑ όπου οι δράσεις της αυτοδιοίκησης είναι κατά 50% πιο οικονομικές από αντίστοιχης έντασης προγράμματα που υλοποιούν τα ΝΠΔΔ ή τα ΝΠΙΔ που εποπτεύονται από το υπουργείο Υγείας. Ταυτόχρονα, για μερικές από τις υπηρεσίες που παρέχουν τα δημόσια ψυχιατρεία που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας έχουμε ως χώρα κατηγορηθεί και καταδικαστεί σε ευρωπαϊκό επίπεδο.[15, 40]

4.2 Προτάσεις

4.2.1 Η οργάνωση των δήμων στο πλαίσιο του νέου ισχυρού ρόλου τους

Είναι διαπιστωμένο πως η υφιστάμενη οργανωτική διάρθρωση των περισσότερων δήμων της χώρας δεν εξυπηρετεί την άσκηση ακόμη και των σημερινών αρμοδιοτήτων. Έτσι λοιπόν πρέπει να προσδιοριστούν οι οργανωτικές – υπηρεσιακές προϋποθέσεις ενός ισχυρού δήμου. Αυτός ο δήμος πρέπει να παρέχει υπηρεσίες που καλύπτουν το σύνολο των αναγκών των πολιτών σε τοπικό επίπεδο, ασκώντας πραγματική τοπική διακυβέρνηση. Οι υπηρεσίες αυτές εντοπίζονται ενδεικτικά σε:

- Υπηρεσίες Φροντίδας και Προστασίας του Περιβάλλοντος
- Υπηρεσίες Πολεοδομίας, Χωροταξίας και Τεχνικών Υποδομών
- Υπηρεσίες Κοινωνικής Πολιτικής, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Παιδείας, Πολιτισμού, Αθλητισμού

Η στελέχωση των δήμων με επιστημονικό προσωπικό και την εφαρμογή ενός ειδικού αναπτυξιακού προγράμματος, πρέπει να αποτελέσει το βασικό στοιχείο ενός επιχειρησιακού σχεδίου ενίσχυσης και υποστήριξης των νέων ΟΤΑ που θα προκύψει από την εφαρμογή του νέου διοικητικού χάρτη της χώρας.[40]

4.2.2 Η κοινωνική πολιτική βασικός πυλώνας των νέων αρμοδιοτήτων της αυτοδιοίκησης

Είναι γνωστό ότι η κοινωνική πολιτική είναι ο πρώτος τομέας αρμοδιοτήτων που δόθηκαν στην αυτοδιοίκηση και το πρώτο πεδίο που δοκιμάστηκε η ικανότητα των δήμων να παρέχουν υψηλού επιπέδου κοινωνικές υπηρεσίες όπως παιδικούς και βρεφονηπιακούς σταθμούς, τα κέντρα φροντίδας οικογένειας και το πρόγραμμα “Βοήθεια στο σπίτι” για την τρίτη ηλικία. Η αυτοδιοίκηση με τους λιγοστούς μεν πόρους, ανταποκρίθηκε με επιτυχία στο έργο που της ανατέθηκε.

Σήμερα η κοινωνική πολιτική είναι πλέον ένας βασικός τομέας δοκιμασμένων πρωτοβουλιών, μέτρων, δράσεων και προγραμμάτων της αυτοδιοίκησης. Πρέπει όμως να μετεξελιχθεί σε μία **ισχυρή υπηρεσιακή δομή**, στο πλαίσιο των νέων οργανογραμμάτων των δήμων. Οι κοινωνική υπηρεσία των δήμων πρέπει να αποκτήσει δομή, στελέχη και οργάνωση ώστε να ανταποκριθεί στη διαχείριση και ανάπτυξη σύνθετων και απαιτητικών υπηρεσιών προς τον πολίτη. Σε αυτήν την κατεύθυνση είναι ισχυρή και επιτακτική ανάγκη σε κάθε νέο Δήμο που θα προκύψει στο πλαίσιο της νέας αρχιτεκτονικής για την αυτοδιοίκηση, η ίδρυση Διεύθυνσης

Κοινωνικής Πολιτικής και Υγείας.

Έτσι λοιπόν η Διεύθυνση αυτή θα πρέπει να διαρθρώνεται στους εξής τομείς:

A. Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης με αρμοδιότητες προώθησης της κοινωνικής ένταξης ευπαθών κοινωνικά ομάδων, ψυχοκοινωνικής στήριξης και νομικής πληροφόρησης των πολιτών, ανάπτυξη καινοτόμων δράσεων κοινωνικής στήριξης καθώς και την ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης μέσα από τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης.

B. Μεταναστευτικής πολιτικής με αρμοδιότητες στήριξης των μεταναστών και παλιννοστούντων στην κοινωνική τους ένταξη, οργάνωσης μαθημάτων ελληνικής γλώσσας και διοργάνωση δράσεων καταπολέμησης της ξеноφοβίας και του ρατσισμού.

Γ. Κοινωνικής ένταξης ατόμων με Αναπηρία με αρμοδιότητες τη ολόπλευρη στήριξη των ΑΜΕΑ στην σωματική, κοινωνική και επαγγελματική τους αποκατάσταση, τη δημιουργική τους απασχόληση καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινού για την δημιουργία ευνοϊκότερων συνθηκών ένταξης.

Δ. Απασχόλησης και Επιχειρηματικότητας με αρμοδιότητες τη συμβουλευτική υποστήριξη των ανέργων και εργαζομένων, την προώθηση των ανέργων στην απασχόληση, τον επαγγελματικό προσανατολισμό, την ενίσχυση της επιχειρηματικότητας και τη λειτουργία δικτύου επιχειρήσεων.

Ε. Ενημέρωσης και Προστασίας του Καταναλωτή με αρμοδιότητες την ενημέρωση των πολιτών για τα δικαιώματά τους ως καταναλωτές, την ενημέρωση των πολιτών για την ποιότητα των προσφερόμενων προϊόντων και υπηρεσιών και τις επιπτώσεις τους στην υγεία και στο περιβάλλον, την καλλιέργεια καταναλωτικής συνείδησης και την συμβουλευτική καθοδήγηση στις περιπτώσεις καταγγελιών καθώς και την συνεργασία με τις καταναλωτικές οργανώσεις.

Στ. Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Προληπτικής Ιατρικής και Αγωγής Υγείας με αρμοδιότητες σχετικές με τη λειτουργία Δημοτικών Ιατρείων, Κοινωνικών Φαρμακείων, Δημοτικής Τράπεζας Αίματος και καλλιέργεια της ιδέας της δωρεάς οργάνων σώματος και αιμοπεταλίων, Δράσεις Αγωγής Υγείας και Μονάδα έγκαιρης ανίχνευσης και αντιμετώπισης αναπτυξιακών προβλημάτων των παιδιών.

Επίσης η Διεύθυνση Κοινωνικής Πολιτικής και Υγείας θα ασκεί αρμοδιότητες σχετικές με το συντονισμό των σχετικών δράσεων του Δήμου, των Δημοτικών Νομικών Προσώπων και των υπολοίπων φορέων που παρέχουν αντίστοιχες υπηρεσίες στα όρια του Δήμου, την έρευνα και την τεκμηρίωση για κοινωνικά ζητήματα, και τη δικτύωση με άλλες σχετικές υπερτοπικές υπηρεσίες. [40]

4.2.3 Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην τοπική αυτοδιοίκηση

Είναι κοινή διαπίστωση ότι υπάρχει ένα σοβαρό έλλειμμα στο σύστημα υγείας που αφορά την επαρκή πληροφόρηση και πρόσβαση των πολιτών για τα προβλήματα υγείας τους, την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας «μικρού κινδύνου», τα οποία δεν απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη, τη φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο καθώς και την κοινωνική τους στήριξη.

Η αδυναμία των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών να παρέχουν συμβουλευτική και προληπτική ιατρική, υγειονομική πληροφόρηση και κοινωνική στήριξη σε προβλήματα υγείας, αποτυπώνεται τόσο στους δείκτες θνησιμότητας- με την έννοια ότι οι προλήψιμες αιτίες θανάτου θα μπορούσαν να έχουν αποφευχθεί – και πολύ περισσότερο στην αδυναμία προσπέλασης των πολιτών στις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας (μια επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων ανά πάσα στιγμή επιβεβαιώνει αυτή τη διαπίστωση).

Ένα παράδειγμα, για τη δυνατότητα άσκησης πολιτικής για την υγεία σε τοπικό επίπεδο είναι τα Δημοτικά Ιατρεία, τα οποία λειτουργούν με αποκλειστική πρωτοβουλία της ΤΑ, ενώ συχνά βασίζονται στην εθελοντική προσφορά των συνεργαζόμενων γγιατρών και του παραϊατρικού προσωπικού, καθώς δεν υπάρχουν πόροι και ούτε καν πρόβλεψη για αντίστοιχη χρηματοδότηση. Τα Δημοτικά Ιατρεία, ουσιαστικά, ήδη εκπληρώνουν τις σύγχρονες επιταγές της δημόσιας υγείας μια που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες και παράλληλα υλοποιούν δράσεις προαγωγής της υγείας.

Ένα άλλο εξαιρετικό παράδειγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης της ιδρυματοποίησης της Γ' ηλικίας και των Ατόμων με Αναπηρία είναι τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας.

Το 1996 ξεκίνησαν πιλοτικά τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», με στόχο την προσφορά οργανωμένης φροντίδας σε άτομα με ιδιαίτερα προβλήματα και ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, μένουν μόνοι, ή όπου το οικογενειακό τους περιβάλλον αδυνατεί να τους φροντίσει επαρκώς. Σήμερα

λειτουργούν στην χώρα μας 1.064 δομές σε κάθε δήμο και σε κάθε χωριό, οι οποίες μέσα από τις υπηρεσίες που παρέχουν συμβάλουν στην εξασφάλιση του δικαιώματος των ηλικιωμένων για αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση και ταυτόχρονα στην παραμονή στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον.

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελούν βασικές υπηρεσίες υγείας ανοιχτού τύπου. Είναι στελεχωμένες με κοινωνικούς λειτουργούς για τη συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη των ωφελούμενων και τη διευθέτηση κοινωνικοπρονοιακών θεμάτων, με γιατρούς, νοσηλευτές και φυσιοθεραπευτές ώστε να υπάρχει μέριμνα στα θέματα υγείας και με οικογενειακούς βοηθούς για την παραμονή των ηλικιωμένων σε ένα καθαρό περιβάλλον καλύπτοντας βασικές τους ανάγκες (παρασκευή γευμάτων, αγορά τροφίμων, καθαριότητα κατοικίας κ.α.). Παρόμοια, το 2001 δημιουργήθηκαν και λειτουργούν έκτοτε τα **Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)** με αποκλειστική ευθύνη της ΤΑ, για την εξυπηρέτηση ηλικιωμένων ατόμων που παρουσιάζουν κινητικές ή και νοητικές δυσκολίες και διαμένουν σε περιβάλλον που αδυνατεί να τα φροντίσει καθημερινά. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα ΚΗΦΗ αφορούν πρωτίστως υπηρεσίες υγείας ενώ στελεχώνονται κυρίως από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το εξειδικευμένο προσωπικό φροντίζει καθημερινά τις ανάγκες των ηλικιωμένων από την ατομική υγιεινή έως τη δημιουργική απασχόληση και ανάπτυξη λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων. Η λειτουργία των παραπάνω δομών είναι ιδιαίτερα αξιοσημείωτη ωστόσο επαφίεται μονάχα στην ευαισθησία της εκάστοτε δημοτικής αρχής, δίχως την ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου εθνικού σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής από την κεντρική εξουσία που όχι μόνο θα εκχωρεί αρμοδιότητες, αλλά θα πρέπει παραχωρεί και τους απαραίτητους πόρους.

Την επιθυμία της ΤΑ να έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στα θέματα δημόσιας υγείας, υπογραμμίζουν και οι πρωτοβουλίες διαδημοτικής συνεργασίας που εδώ και χρόνια ενισχύουν τις δράσεις των δήμων για την προαγωγή της υγείας, παρέχοντας επιστημονική τεκμηρίωση και συστηματική στήριξη σε πολλά επίπεδα.

Διαδημοτικές συνεργασίες όπως είναι το Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ΟΤΑ και το Εθνικό Δίκτυο Δήμων Προαγωγής της Υγείας, τεκμηριώνουν ότι η ΤΑ έχει τις επιστημονικές βάσεις και σε μεγάλο βαθμό την τεχνογνωσία ώστε να ιδρύσει και να λειτουργήσει Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υψηλής ποιότητας που θα παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους πολίτες και υπηρεσίες προαγωγής της υγείας στην ευρύτερη κοινότητα. Η Τοπική

Αυτοδιοίκηση διαθέτει λοιπόν την εμπειρία και την τεχνογνωσία για να ανταποκριθεί σε νέες αρμοδιότητες όσον αφορά τον τομέα της Υγείας. Εκείνο που χρειάζεται σήμερα είναι μια νέα αντίληψη και νέες μορφές οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η πολιτική δημόσιας υγείας θα έπρεπε να καθορίζεται έπειτα από στενή συνεργασία και αλληλεπίδραση των φορέων, οι οποίοι λειτουργούν σε διεθνές, εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

Σε μια ιδανική κατάσταση, την οποία την συναντούμε στις σκανδιναβικές χώρες, οι φορείς σε εθνικό επίπεδο είναι υπεύθυνοι για την παροχή των βασικών κατευθύνσεων σχετικά με τις πολιτικές δημόσιας υγείας και οφείλουν να παρέχουν ειδική επιστημονική υποστήριξη στους φορείς και τις υπηρεσίες που λειτουργούν σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Σε μια τέτοια ιδανική κατάσταση, το βάρος της υλοποίησης των πολιτικών και των δράσεων για τη Δημόσια Υγεία επωμίζονται οι περιφερειακές και κυρίως οι τοπικές αρχές.

Σήμερα, συζητούνται τα σχεδόν ανυπέρβλητα προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που λόγω του υπερσυγκεντρωτισμού και της κακοδιαχείρισης των τελευταίων ετών, εμφανίζεται ως χρεοκοπημένος θεσμός που παράγει ασθένεια αντί να τη θεραπεύει ή να την προλαμβάνει. Υπερβολικές δαπάνες, αδιαφάνεια στη διαχείριση των φαρμάκων, πολυσυνταγογράφηση και εμπαιγμός του ανθρώπινου πόνου με απώτερο σκοπό την κερδοσκοπία, είναι ορισμένα από τα οδυνηρά χαρακτηριστικά των σημερινών υπερσυγκεντρωτικών θεραπευτικών και νοσοκομειακών μονάδων.

Στον αντίποδα αυτού προτάσσετε την Τοπική Αυτοδιοίκηση η οποία είναι κοντά στον πολίτη, γνωρίζει καλύτερα τα προβλήματά του και μπορεί να προσαρμόσει τις κοινωνικές δράσεις της ανάλογα με τις διαπιστωμένες ανάγκες της τοπικής κοινωνίας. Σήμερα παρά ποτέ είναι εμφανές ότι η αναδιοργάνωση και το ξαναζωντάνεμα του δημόσιου συστήματος υγείας, επιβάλλει όχι μόνο την εμπλοκή της ΤΑ, αλλά πολύ περισσότερο την ουσιαστική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας με σαφείς αρμοδιότητες στην ΤΑ.

Η ελληνική κοινωνία επιθυμεί ένα σύστημα υγείας που δεν κοροϊδεύει τον ασθενή κλείνοντας ραντεβού 6 μήνες μετά. Επιθυμεί ένα δημόσιο σύστημα υγείας ανοικτό, δίπλα στον πολίτη, πριν την αρρώστια, που επικοινωνεί με τον πολίτη και τον ενημερώνει για το ραντεβού του. Με την κατάλληλη θεσμική οργάνωση, την απαιτούμενη χρηματοδότηση και την ενίσχυση με εξειδικευμένο προσωπικό οι

Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε επίπεδο δήμου, θα προσφέρουν ανακούφιση και ελπίδα σε χιλιάδες πολίτες που αισθάνονται σύγχυση και ανασφάλεια ως προς την υγεία τους και θα συμβάλει καθοριστικά στην πρόληψη των νοσημάτων και ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.

Οι Μονάδες αυτές που ουσιαστικά αφορούν την αποκέντρωση των Κέντρων Υγείας θα παρέχουν στους πολίτες:

- Αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας «μικρού κινδύνου» που δεν απαιτούν εισαγωγή στο Νοσοκομείο
- Εκτίμηση του προβλήματος υγείας που αναφέρουν οι «ασθενείς» και βοήθεια στην άμεση πρόσβαση σε απαιτούμενες υπηρεσίες υγείας
- Προληπτικές παρεμβάσεις και προσυμπτωματικούς ελέγχους σε ομάδες υψηλού κινδύνου
- Οικογενειακό προγραμματισμό, προληπτικά τεστ (ΠΑΠ Τεστ), προληπτική οδοντιατρική και εμβολιασμούς
- Υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης, παρακολούθηση χρόνιων πασχόντων και κοινωνική φροντίδα
- Δράσεις ενημέρωσης και αγωγής υγείας με εξειδίκευση ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες
- Επιδημιολογικές έρευνες και τοπικά παρατηρητήρια για την υγεία

Έτσι λοιπόν θα πρέπει να υπάρχουν οι προϋποθέσεις ώστε η οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας σε επίπεδο δήμου, να πραγματοποιηθεί με την άμεση συμμετοχή των ΟΤΑ μέσα από την ανάθεση της ίδρυσης και λειτουργίας Πρωτοβάθμιων Μονάδων Φροντίδας Υγείας, με σύνδεση με το ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία και με διαδικασία πιστοποίησης και αξιολόγησης. Τέλος θα πρέπει το ΕΣΥ να προσφέρει δημόσια δωρεάν υγεία για όλους και ένα νέο σύστημα υγείας το οποίο θα προάγει την υγεία και δε θα παράγει αρρώστια. [40]

Βιβλιογραφία

- 1) **Wanjohi N.**, Τοπική Αυτοδιοίκηση και Παγκοσμιοποίηση, Κένυα, Πανεπιστήμιο του Ναϊρόμπι, 2010
- 2) **Αθανασόπουλος Κ., Βλάσσης Ι. και Δεληθέου Β.**, Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Αθήνα, Β έκδοση, 2008
- 3) **en.wikipedia.org/wiki/European_Charter_of_Local_Self-Government**, 2011
- 4) **Αθανασόπουλος Κ.**, Το Δίκαιο Της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Αθήνα, Τόμος Α, Νέα Έκδοση, 2008
- 5) **www.gwydir.demon.co.uk/uklocalgov/**, 2011
- 6) **Υπουργείο Εσωτερικών:** Η Τοπική Αυτοδιοίκηση στην Ελλάδα, Αθήνα, ΥΠΕΣ 2011
- 7) **Αγγελίδης Μ.**, Χωροταξικός Σχεδιασμός και Βιώσιμη Ανάπτυξη, Αθήνα Συμμετρία, 2000
- 8) **Αθανασόπουλος Κ.**, Περιφερειακή Διοίκηση και Τοπική Αυτοδιοίκηση: η Επιτροπή των Περιφερειών Τόμος Α, Έκδοση Ζ, Αθήνα 2004
- 9) **Υπουργείο Εσωτερικών:** Νομοσχέδιο Καλλικράτης, ανάλυση και δομές του νομοσχεδίου, Αθήνα, ΥΠΕΣ, 2011
- 10) **ΚΕΔΚΕ**, Οι Προτάσεις της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. για τις Κατευθύνσεις Εθνικής Στρατηγικής Ανάπτυξης, Αθήνα, Έκδοση 2, 2005
- 11) **Βελονάκης Ε. Γ.**, Αγωγή Υγείας - Βασικές Αρχές, Αθήνα, Ιατρική, τόμος 45:5, 2000
- 12) **Δαρβίρη Χ.**, Προαγωγή Υγείας, Αθήνα, Πασχαλίδης, 2007
- 13) **Μωραΐτης Ε.**, Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα στα πλαίσια της πολιτικής Υγεία για όλους το 2000: Αρχές και δεσμεύσεις, ασυνέπεια λόγων και έργων στο Δημολιάτης Γ. κ.α. (επιστημονική επιμέλεια) Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα, Αθήνα, Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, 2002
- 14) **WHO**, Primary Health Care in Europe. Ten years after Alma-Ata. Report on a WHO study on PHC development in the European Region, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1989
- 15) **Μωραΐτης Ε.**, «Μια ρεαλιστική πρόταση για τη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας στην Ελλάδα» στο

- Κυριόπουλος Γ. και Φιλαλήθης Τ. (επιστημονική επιμέλεια) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα ,Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, 1996
- 16) **Hicks V. and Adams O.**, Pay and non-pay incentives, performance and motivation, Prepared for the Global Health Workforce Strategy Group, Geneva, Work Health Organization, 2001
 - 17) **WHO**, «The Health for All Policy framework for the European Region: 2005 updated», WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 2005
 - 18) **Saltman R.**, Rico A. and Boerma W., Primary Care in the Driver's Seat? Organizational reform in European primary care. London, Open University Press 2004
 - 19) **WHO**, Health 21. The Health for All Policy framework for the European Region, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999
 - 20) **WHO**, Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001
 - 21) **WHO**, The Health for All Policy framework for the European Region: 2005 updated, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005
 - 22) **WHO**, Global health promotion scaling up for 2015 - A brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015. Background Document for the 6th Global Conference on Health Promotion in Bangkok, Geneva, Thailand 7-11 August 2005
 - 23) **Μωραΐτης Ε.**, Πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Αθήνα Φεβρουάριος 2009
 - 24) **Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας, Δ. και Φιλαλήθης Τ.**, Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα, Αθήνα ,Θεμέλιο, 2002
 - 25) **Τούντας Γ., Τριανταφύλου Δ. και Φρισήρας Σ.**, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικό Τμήμα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής , 2000
 - 26) **Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ. και Μπεαζόγλου Τ.**, Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία, Αθήνα ,Θεμέλιο, 2000
 - 27) **Μωραΐτης Ε.**, Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Εφικτή λύση ή ουτοπία; Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία, Αθήνα, Θεμέλιο-Κοινωνία και Υγεία, 2000

- 28) **Λιαρόπουλος Α.**, Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις, Αθήνα, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, 2003
- 29) **Φιλαλήθης Α.**, Η Ανάπτυξη των Ανθρώπινων Πόρων στην Υγεία, στο Κυριόπουλος Γ. (επιμέλεια), Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα στο Σταυροδρόμι των Επιλογών, Αθήνα, Θεμέλιο, 1995
- 30) **Beaglehole R. and Bonita R.**, Public Health at the crossroads, London, Cambridge University Press, 2nd edition, 2004
- 31) **Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. και Σούλης Σ.**, Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα 1995
- 32) **Δερβένης Χ. και Πολύζος Ν.**, Μελέτη για την Οργάνωση-Διοίκηση του Ε.Σ.Υ. και την Ανάπτυξη του Ιατρικού Δυναμικού, Υπουργείο Υγείας-Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα, 1995
- 33) **Ζηλιδής Χ.**, Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας: Η Μεταρρύθμιση 200-4, Αθήνα, Mediforce, 2005
- 34) **WHO**, «Review and Evaluation of Health Promotion. Fourth International Conference on Health Promotion, Jacarta 21-25 July 1997», Copenhagen ,WHO Regional Office for Europe, 1998
- 35) **Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Πολύζος Ν. και Σισσούρας Α.** (Επιστημονική Επιμέλεια), Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα, Θεμέλιο, 2000
- 36) **Mossialos E.**, Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey, European Commission, Luxembourg, Employment & social affairs, 1998
- 37) **ΚΕΔΚΕ**, Σύγχρονη Διοικητική Μεταρρύθμιση: Επιτελικό Κράτος - Περιφερική Αυτοδιοίκηση, Αθήνα, Μελέτη, 2008
- 38) **Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία**: Δημογραφικά Δεδομένα Δήμου Αιγάλεω, 2011
- 39) **Υπουργείο Εσωτερικών**: Δήμος Αιγάλεω Κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά, 2011
- 40) **Ακριβός Χ., Μιχαλόπουλος Ν. και Παππάς Κ.**, Στρατηγική Ανάπτυξη των ΟΤΑ, Αθήνα, ΕΣΤΑ, 2008

Διαδικτυακοί τόποι

www.espa.gr

www.ypes.gr

www.mnec.gr

www.ita.org.gr

www.statistics.gr

www.egaleo.gr

www.kedke.gr

www.europa.eu.int

www.nomotelia.gr

www.google.gr

www.aftodioikisi.gr

www.ota.gr

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Παράρτημα Α

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

(Παρακαλώ σημειώστε με \sqrt όσα ισχύουν)

1. Φύλο

1. Άντρας 2. Γυναίκα

2. Ηλικία

1. 18-24 2. 25-34 3. 35-44
4. 45-54 5. 55-64 6. 65 και άνω

3. Οικογενειακή Κατάσταση

1. Άγαμος/η 2. Έγγαμος/η 3. Διαζευγμένος/η
4. Σε διάσταση 5. Χήρος/α

4. Μορφωτικό Επίπεδο

1. Μερικές τάξεις Δημοτικού 2. Απολυτήριο Δημοτικού
3. Απολυτήριο Γυμνασίου 4. Απολυτήριο Λυκείου
5. Τεχνικές Σχολές 6. ΤΕΙ
7. ΑΕΙ 8. Μεταπτυχιακό- Διδακτορικό

5. Ετήσιο Προσωπικό Εισόδημα κατά το προηγούμενο έτος

1. 0- 4.500 € 2. 4.500-12.000 € 3. 12.000-18.000
4. 18.000 και άνω 5. Δεν ξέρω/δεν απαντώ

6. Ασφαλιστικός Φορέας

1. ΙΚΑ 2. ΔΗΜΟΣΙΟ 3. ΟΓΑ 4. ΟΑΕΕ
5. ΑΛΛΟ

7. Είστε ικανοποιημένος/η από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει ο Ασφαλιστικός σας Φορέας;

1. Πολύ 2. Λίγο 3. Πολύ Λίγο 4. Καθόλου

8. Ποιες είναι οι υπηρεσίες που συνήθως κάνετε χρήση;

(Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με \sqrt)

		Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια	Καθόλου
		4	3	2	1	0
8.1	Εξωτερικά Ιατρεία					
8.2	Ιδιωτικούς Ιατρούς					
8.3	Συνταγές Φαρμάκων					
8.4	Γενικές, Ειδικές Εξετάσεις					
8.5	Νοσηλεία στο σπίτι					

9. Όταν κάνετε χρήση των υπηρεσιών υγείας:
(Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με √)

		Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια	Καθόλου
		4	3	2	1	0
9.1	Υπάρχει προγραμματισμός για ραντεβού					
9.2	Υπάρχει μεγάλος χρόνος αναμονής για ραντεβού					
9.3	Είναι ευγενικό το ιατρικό προσωπικό					
9.4	Είναι ευγενικοί οι διοικητικοί υπάλληλοι					
9.5	Είναι ευγενικοί οι νοσηλευτές					
9.6	Το ωράριο λειτουργίας των ιατρών σας ικανοποιεί					
9.7	Οι χώροι είναι κατάλληλοι και καθαροί για την φροντίδα					
9.8	Είστε ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας					
9.9	Οι εισφορές που δώσατε στο ταμείο σας πιστεύετε ότι ανταποκρίνονται στην παροχή υγείας					

10. Πέραν των υπηρεσιών υγείας του Ασφαλιστικού σας Φορέας κάνετε χρήση των παροχών της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου σας;

1. Πολύ συχνά 2. Συχνά 3. Σπάνια 4. Πολύ σπάνια
5. Καθόλου

11. Ποιες από τις παρακάτω παροχές της Κοινωνικής Υπηρεσίας κάνετε χρήση;

1. 2.
3. 4.

12. Θεωρείτε ότι η Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου σας βρίσκεται σε λογική απόσταση από το σπίτι σας;

1. Κοντά 2. Μακριά 3. Πολύ μακριά
4. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

13. Πως κρίνετε το επίπεδο παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Δήμου Αιγάλεω;

1. Ικανοποιητικό 2. Καλό 3. Μέτριο 4. Κακό

- 14. Ποιο κατά τα η γνώμη σας είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζετε;**
(Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με √)

		Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ σπάνια	Καθόλου
		4	3	2	1	0
14.1	Έλλειψη γιατρών					
14.2	Έλλειψη νοσηλευτών					
14.3	Μη διαθέσιμα ραντεβού					
14.4	Ακατάλληλοι χώροι νοσηλείας					
14.5	Έλλειψη φαρμακευτικού υλικού					
14.6	Αδιαφορία					

- 15. Έχετε οικογενειακό γιατρό;**

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

- 15.1 Θα προτιμούσατε να είστε συμβεβλημένος με κάποιον οικογενειακό γιατρό;**

1. Πολύ 2. Ίσως 3. Καθόλου 4. Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

- 16. Πως θα χαρακτηρίζατε το σύστημα υγείας;**

1. Ικανοποιητικό 2. Καλό 3. Μέτριο 4. Κακό

- 17. Πιστεύετε ότι τα χρήματα που έχετε συνεισφέρει ως εργαζόμενος ήταν αρκετά ώστε να έχετε καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ;**

1. ΝΑΙ 2. ΟΧΙ

- 18. Τι θα προτείνατε για τη βελτίωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην χώρα μας;**

.....

.....

.....

.....

Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας!

Παράρτημα Β

Ανάλυση SWOT της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Δήμου Αιγιάλεω

Ισχυρά Σημεία	<ul style="list-style-type: none">✓ Επαρκείς τεχνογνωσία στη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.✓ Καλή μελέτη οργάνωσης και λειτουργιάς η οποία αποτυπώνεται στο καταστατικό της υπηρεσίας.✓ Καλή κτιριακή υποδομή ικανή να φιλοξενήσει πολλές ενέργειες που σκοπό θα έχουν την ανάπτυξη της ΠΦΥ στο δήμο.✓ Έντονο ενδιαφέρον του Δημάρχου για την ανάπτυξη της παροχής ΠΦΥ από την κοινωνική υπηρεσία του δήμου.
Αδύνατα Σημεία	<ul style="list-style-type: none">●* Η Κοινωνική υπηρεσία του δήμου Αιγιάλεω παρουσιάζει έλλειψη προσωπικού παραϊατρικών ειδικοτήτων.●* Μικρός αριθμός τακτικού προσωπικού για την ανάληψη και πραγματοποίηση έργων αγωγής και προαγωγής της υγείας.●* Οι παραπάνω ελλείψεις σε προσωπικό οδηγούν στην αδυναμία σχεδιασμού ενός οργανογράμματος και εφαρμογής ενός σταθερού πλάνου οργάνωσης και διοίκησης της υπηρεσίας.●* Η Κοινωνική Υπηρεσία δεν διαθέτει καμιά πηγή εσόδων εκτός από τις τακτικές επιχορηγήσεις του δήμου, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζει προβλήματα εύρεση πόρων για την εκτέλεση έργων ΠΦΥ.

Ευκαιρίες	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Τα χρηματοδοτούμενα προγράμματα από τα κοινοτικά πλαίσια στήριξης (ΕΣΠΑ) όπως π.χ. τα ΚΗΦΗ, πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.
Απειλές	<ul style="list-style-type: none"> ✎ Ενδεχόμενες περικοπές ή μειώσεις επιχορηγήσεων από την κεντρική κυβέρνηση ✎ Αποχώρηση έμπειρου μη τακτικού προσωπικού λόγω του υφιστάμενου καθεστώτος εργασιακών συμβάσεων.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΩΝ

Παράρτημα Γ

Η παρούσα διπλωματική εργασία παρουσιάστηκε ως αναρτημένη παρουσίαση (Poster) στο **6^ο Πανελλήνιο Συνέδριο “Προαγωγής και Αγωγής Υγείας”**, Αθήνα, 14-15/11/2011

Περίληψη αναρτημένης παρουσίασης (Poster)

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Δήμο Αιγάλεω

Ιωάννης Αγαπίδης και Χαράλαμπος Οικονόμου

ΠΜΣ Διοίκηση της Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα έχει σαν σκοπό να μελετήσει σε τοπικό επίπεδο την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους δημότες του Αιγάλεω. Επιπλέον, διερευνά τις αντιλήψεις των δημοτών για την αποτελεσματικότητα και την παροχή υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλιστικούς τους φορείς. Δόθηκε η δυνατότητα στους δημότες να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας που κάνουν χρήση και να παρουσιάσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Μέθοδος: Η ποσοτική αυτή έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου διεξήχθη για την ανάδειξη θεμάτων που αφορούν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του δήμου τους και γενικότερα την επάρκεια του Συστήματος Υγείας. Εκατό άτομα (N=100) από το δήμο Αιγάλεω συμμετείχαν στη μελέτη αυτή. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το υπολογιστικό φύλλο Excel.

Αποτελέσματα: Τα άτομα της μελέτης δεν ήταν πολύ ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες υγείας που καλύπτει ο ασφαλιστικός τους φορέας, με αποτέλεσμα να κάνουν χρήση αυτών κυρίως για συνταγογράφηση φαρμάκων και πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων. Όσον αφορά τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του δήμου τους εμφανίστηκαν να μην κάνουν συχνά χρήση αυτών, με την πλειοψηφία των ερωτηθέντων να θεωρεί ως μη ικανοποιητικό το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εξέφρασαν δε την ανάγκη για προσλήψεις ιατρικού προσωπικού, βελτιώσεις στους χρόνους αναμονής για ραντεβού, την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και διάφορα άλλα ζητήματα, έτσι ώστε να εξαλείψει η κοινωνική δυσαρέσκεια.

Συμπεράσματα: Οι δημότες του Αιγάλεω που συμμετείχαν στη μελέτη υπογράμμισαν την ανάγκη για καλύτερη ενημέρωση, οργάνωση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών από την κοινότητα. Δεδομένης της κοινωνικής δυσαρέσκειας και της κρίσιμης οικονομικής συγκυρίας προβάλλει επιτακτική η ανάγκη για ανακατανομή των πόρων από την πολυδάπανη και ενδεχομένως αναποτελεσματική νοσοκομειακή περίθαλψη προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας που έχει σαν στρατηγικό της στόχο την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή της υγείας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ