



**Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**  
**Τμήμα Κοινωνικής & Εκπαιδευτικής Πολιτικής**

**Μεταπτυχιακό πρόγραμμα**  
**«Θεσμοί και πολιτικές υγείας»**



Διπλωματική Εργασία:

**«ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ**  
**ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**Το παράδειγμα του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου**

Επιβλέπων Καθηγητής: Σισσούρας Άρης

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Πατσαρίκα Άννα / Α.Μ. 03200708

ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2009

009167

ΘΕΜΑ:

**ΣΥΓΚΡΑΤΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΙΣ ΔΟΜΕΣ  
ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ:  
Το παράδειγμα του Κ.Υ. Λουτρακίου**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ .....	7
ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9

### ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

#### ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> : ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Υγεία.....	13
1.1.2. Η πρόκληση της παγκοσμιοποίησης .....	15
1.2. Πολιτικές Υγείας .....	16
1.3. Συστήματα Υγείας .....	17
1.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Προαγωγή Υγείας.....	20

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Περιεχόμενο της Π.Φ.Υ.....	22
2.2. Η υφιστάμενη κατάσταση	
2.2.1. Επίπεδα παροχής υπηρεσιών .....	23
2.2.2. Η παροχή Π.Φ.Υ.....	24
2.3. Βασικές προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.....	26
2.4. Υφιστάμενες αδυναμίες του συστήματος Π.Φ.Υ.....	27

##### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

3.1. Η Μεταρρύθμιση.....	31
3.2. Μεταρρυθμιστικές προτάσεις	
3.2.1. Η Πρόταση της Διεθνούς Επιτροπής.....	32
3.2.2. Η συζήτηση.....	33
3.2.3. Η Πρόταση της Ελληνικής Επιτροπής .....	33
3.2.4. Η συζήτηση.....	35
3.2.5. Η Πρόταση της Λειτουργικής Ανασυγκρότησης .....	36

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ Π.Φ.Υ.

4.1. Η Περίοδος από το 1834 μέχρι το 1940 .....	39
4.2. Η Περίοδος από το 1940 μέχρι το 1983 .....	42
4.3. Η Περίοδος από το 1983 έως σήμερα .....	45

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Αναγκαιότητα και επικαιρότητα της μελέτης .....	50
5.2. Σκοποί και στόχοι της έρευνας.....	51
5.3. Ερευνητική στρατηγική – Μέσο συλλογής δεδομένων.....	51
5.4. Περιορισμοί της έρευνας.....	52
5.5. Καθορισμός του πεδίου της συγκεκριμένης έρευνας .....	53
5.6. Παρουσίαση του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου .....	54

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1. Η ανίχνευση του αριθμού των ασθενών που προσέρχονται στα Τ.Ε.Π. χωρίς να χρησιμοποιήσουν τη δομή Κ.Υ .....	57
6.2. Η πορεία των ασθενών που δεν έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ .....	59
6.3. Η πορεία των ασθενών που έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ. ....	62
6.4. Η χρήση των διαγνωστικών εξετάσεων στο Τ.Ε.Π.....	64
6.5. Συγκεντρωτική εικόνα του συνόλου των Επειγόντων περιστατικών .....	66
6.6. Αποτελέσματα μελέτης περιστατικών τακτικού Διαβητολογικού Ιατρείου ....	69
6.7. Αποτελέσματα μελέτης περιστατικών τακτικού Χειρουργικού Ιατρείου .....	70
6.8. Αποτελέσματα μελέτης περιστατικών τακτικού Καρδιολογικού Ιατρείου.....	71

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>: ΕΡΜΗΝΕΙΑ –ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

7.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων για το σύνολο των προσερχόμενων στα Τ.Ε.Π.....	72
7.2. Συζήτηση των αποτελεσμάτων από τα στοιχεία του Παθολογικού Τ.Ε.Π .....	72
7.3. Συζήτηση των αποτελεσμάτων από τα στοιχεία του Χειρουργικού Τ.Ε.Π.....	74
7.4. Συζήτηση των αποτελεσμάτων από τα στοιχεία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων .....	76



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> : ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

8.1 Συμπεράσματα.....	78
8.2. Προτάσεις για την συγκράτηση των ασθενών στις δομές της Π.Φ.Υ	
8.2.1. Προτάσεις για την βελτίωση της λειτουργίας του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου.....	79
8.2.2. Αναφορά σε συγκριτική μελέτη και προτάσεις για την βελτίωση της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας .....	81
8.2.3. Πρόταση για την βελτίωση της λειτουργίας των Τ.Ε.Π.....	83

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Εκδόσεις.....	85
B. Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης.....	88

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

σελ

- Γράφημα 1: Κατανομή σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες του αριθμού των ασθενών- κατοίκων Λουτρακίου που προσήλθαν στο Παθολογικό ΤΕΠ ανάλογα με τη χρήση ή μη των δομών του ΚΥ ..... 57
- Γράφημα 2: Κατανομή σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες του αριθμού των ασθενών- κατοίκων Λουτρακίου που προσήλθαν στο Χειρουργικό ΤΕΠ ανάλογα με τη χρήση ή μη των δομών του Κ.Υ..... 58
- Γράφημα 3: Κατανομή σε απόλυτες συχνότητες της πορείας των ασθενών που δεν έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ., στο Παθολογικό Τ.Ε.Π..... 59
- Γράφημα 4: Κατανομή σε απόλυτες συχνότητες της πορείας των ασθενών που δεν έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ., στο Χειρουργικό ΤΕΠ..... 60
- Γράφημα 5: Κατανομή σε απόλυτες συχνότητες χειρουργικών περιστατικών που θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ ..... 61
- Γράφημα 6: Κατανομή σε απόλυτες συχνότητες της πορείας των ασθενών που έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ. ,στο Παθολογικό Τ.Ε.Π..... 62
- Γράφημα 7: Κατανομή σε σχετικές συχνότητες της πορείας των ασθενών που έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ., στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π ..... 63
- Γράφημα 8: Κατανομή σε απόλυτες συχνότητες του αριθμού των ατόμων που χρειάστηκαν παρακλινικές εξετάσεις στο Παθολογικό Τ.Ε.Π..... 64
- Γράφημα 9: Κατανομή σε απόλυτες συχνότητες του αριθμού των ατόμων που χρειάστηκαν παρακλινικές εξετάσεις στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π..... 65
- Γράφημα 10: Κατανομή σε σχετικές συχνότητες της πορείας του συνόλου των ασθενών που δεν έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ., στο Τ.Ε.Π ..... 66

Γράφημα 11: Κατανομή σε σχετικές συχνότητες της πορείας του συνόλου των ασθενών που δεν έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ., στο Τ.Ε.Π.....	67
Γράφημα 12: Κατανομή σε σχετικές συχνότητες της πορείας του συνόλου των ασθενών που έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ., στο Τ.Ε.Π .....	68
Γράφημα 13: Κατανομή σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες των ασθενών του Τακτικού Διαβητολογικού Ιατρείου ανάλογα με το αν είναι κάτοικοι Λουτρακίου.....	69
Γράφημα 14: Κατανομή σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες των ασθενών του Τακτικού Χειρουργικού Ιατρείου ανάλογα με το αν είναι κάτοικοι Λουτρακίου.....	70
Γράφημα 15: Κατανομή της αιτίας προσέλευσης των κατοίκων του Λουτρακίου στο Τακτικό Χειρουργικό Ιατρείο .....	70
Γράφημα 16: Κατανομή σε απόλυτες και σχετικές συχνότητες των ασθενών του Τακτικού Καρδιολογικού Ιατρείου ανάλογα με το αν είναι κάτοικοι Λουτρακίου.....	71
Γράφημα 17: Κατανομή της αιτίας προσέλευσης των κατοίκων του Λουτρακίου στο Τακτικό Καρδιολογικό Ιατρείο .....	71

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

Ε.Ι.	Εξωτερικά Ιατρεία
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Φ.Υ	Ενιαίος Φορέας Υγείας
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Υ.	Κέντρο Υγείας
Κ.Υ.Λ.	Κέντρο Υγείας Λουτρακίου
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Κ.Α.	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης
Ο.Τ.Α.	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Πε.Σ.Υ.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
Πε.Σ.Υ.Π.	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας- Πρόνοιας
Π.Ι.	Περιφερειακό Ιατρείο
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Σ.Α.Β.	Σταθμός Πρώτων Βοηθειών
Τ.Ε.Π.	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών



## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους διδάσκοντες στο μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του τμήματος Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για όσα με δίδαξαν στη διάρκεια της φοίτησης μου. Ιδιαίτερα θα ήθελα να αναφερθώ στους κ. Άρη Σισσούρα, Ομότιμο Καθηγητή στο Πανεπιστήμιο Πατρών, και Κυριάκο Σουλιώτη, Λέκτορα στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου οι οποίοι με τις πολύτιμες οδηγίες και υποδείξεις τους συνέβαλλαν στην εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στα παιδιά μου των οποίων η ύπαρξη με ωθεί να βάζω στόχους και να προσπαθώ κάθε φορά για το καλύτερο. Η αγωνία μου να τους δείξω ότι η μάθηση, η βελτίωση και η εξέλιξη είναι συνεχιζόμενες διαδικασίες που δεν πρέπει να σταματούν ποτέ αποτέλεσε ένα ισχυρό κίνητρο για την φοίτησή μου.

Επίσης, στον κ. Βασίλειο Μόσχο, πρώην Διευθυντή του Κ.Υ. Λουτρακίου και στην κ. Αθηνά Δημητρίου ΕΒ Γενικής Ιατρικής που συμμερίστηκαν τους προβληματισμούς μου. Η συζήτηση μαζί τους με βοήθησε στην ανάπτυξη του θέματος με το οποίο ασχολήθηκα.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ από την καρδιά μου στους φίλους μου Μιχάλη, Γιώργο, και Βασίλη όχι μόνο για τον τεχνική υποστήριξη και τον έλεγχο του κειμένου αλλά και την ενθάρρυνση σε όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο προσδιορισμός της έννοιας της υγείας, στο πέρασμα του χρόνου, διατυπώθηκε μέσα από μια πληθώρα αντιλήψεων και ερμηνεύθηκε με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Πέρα όμως και πάνω από τις όποιες αντιλήψεις και οπτικές έχει γίνει συνείδηση πια, ότι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας ενός πληθυσμού είναι βασικός μοχλός κοινωνικής, οικονομικής πολιτιστικής ανάπτυξης και ευημερίας.

Κάθε κοινωνία, ανεξάρτητα από τους όρους συγκρότησής της, κατασκευάζει τις αντιλήψεις της για την υγεία και την ασθένεια και τις μετουσιώνει σε αιτήματα προς το κοινωνικό –πολιτικό σύστημα. Σε κάθε πολιτικό σύστημα, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας αντανακλά τους όρους συγκρότησης και τις δομές του κράτους καθώς και την αντίληψη του πολιτικού, όπως αυτό διαμορφώνεται μέσα από το οικονομικό, για το κοινωνικό. Η αντανάκλαση αυτή, που μετουσιώνεται σε χάραξη πολιτικής υγείας, εκφράζεται μέσα από νομοθετήματα, δράσεις και παρεμβάσεις που διαμορφώνουν το εκάστοτε ισχύον σύστημα υγείας. Σαν μεταρρύθμιση, νοείται η κρατική παρέμβαση στην θεσμική, οργανωτική ή λειτουργική δομή ενός συστήματος που στοχεύει στην ανασυγκρότηση του και στην άρση των δυσλειτουργιών και των στρεβλώσεών του. Βασικό συστατικό της επιτυχίας μιας μεταρρυθμιστικής παρέμβασης είναι η διατύπωση των προβλημάτων του συστήματος, ο εντοπισμός των αιτιών και η επιλογή της εφαρμογής λύσεων που να πληρούν τα κριτήρια της ορθολογικότητας και εφικτότητας αφού έχει εξασφαλιστεί η συναίνεση των εμπλεκομένων ομάδων συμφερόντων.

Για κάθε σύστημα υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί τον πυρήνα του, τον άξονα στη βάση του οποίου και γύρω από αυτόν, δομείται το επίπεδο υγείας μιας κοινωνίας και στα όρια του οποίου αντανακλάται η υγεία του συστήματος.

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας φαίνεται να δομείται σε ένα σουρεαλιστικό πλαίσιο που βρίθει αντιθέσεων, αντιφάσεων, ανακολουθιών, όπου η συμφωνία όλων σε επίπεδο λόγου και προβληματισμού εξελίσσεται ασύμφωνα με την πρακτική και τις δράσεις. Ο κοινωνικός λόγος διατυπώνει αιτήματα ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας στη βάση της ισότητας και της δικαιοσύνης. Ο επιστημονικός λόγος αρθρώνεται πλούσιος, εντοπίζει τις αδυναμίες, διατυπώνει εκτιμήσεις, προτείνει. Ο πολιτικός λόγος έχει να επιδείξει πληθώρα νομοθετικών παρεμβάσεων που όμως, τελικά προσδίδουν έναν ασυστημικό χαρακτήρα στο σύστημα υγείας.

Τριάντα χρόνια μετά τη διακήρυξη της Alma-Ata, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα και η Προαγωγή της υγείας φαίνονται να μην έχουν προσανατολισμό. Ο ακρογωνιαίος λίθος του συστήματος φαίνεται να έχει σφηνώσει ανάμεσα στην έλλειψη κουλτούρας και τους δημοσιονομικούς περιορισμούς. Υπάρχει πληθώρα φορέων παραγωγής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. χωρίς όμως να υπάρχει συντονισμός και λειτουργική διασύνδεση μεταξύ τους τόσο σε κάθετο όσο και σε οριζόντιο επίπεδο. Η διαφοροποίηση της χρηματοδοτικής βάσης των ασφαλιστικών οργανισμών αποτρέπει από την παροχή μιας ενιαίας και επαρκούς δέσμης υπηρεσιών προς τους δικαιούχους. Η απειλή διαμόρφωσης διαφορετικών εργασιακών σχέσεων των επαγγελματιών υγείας, κυρίως των γιατρών, και ο φόβος των απωλειών μέρους των παροχών για τους ασφαλισμένους των «ευγενών» ταμείων, διαμορφώνουν το πεδίο αντιδράσεων στη συζήτηση για την ενιαιοποίηση των φορέων.

Η έλλειψη μηχανισμού παραπομπών και η απουσία ενός συστήματος προσανατολισμού και παρακολούθησης του ασθενή στις δομές ενέχονται για την κατασπατάληση χρόνου και πόρων, την μεγάλη ιδιωτική δαπάνη, την χαμηλού επιπέδου ικανοποίησης των πολιτών και την αναποτελεσματικότητα του συστήματος.



Η έλλειψη διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων εντείνει το φαινόμενο και επιπλέον προκαλεί ιατρική ανασφάλεια που με τη σειρά της ευθύνεται για την αύξηση των παραπομπών σε γιατρούς ειδικότητας, σε παρακλινικό έλεγχο και στις δευτεροβάθμιες δομές.

Είναι χαρακτηριστική επίσης η απουσία σύγχρονων εργαλείων για την χάραξη αποτελεσματικής πολιτικής υγείας: Δεν υπάρχουν μηχανισμοί συλλογής, καταγραφής και επεξεργασίας στοιχείων των ασθενών, που θα μπορούσαν να αποτελέσουν σημαντικό εργαλείο στην εκτίμηση των αναγκών υγείας και να υποδείξουν τα πεδία παρέμβασης για την αλλαγή του τρόπου ζωής και την προαγωγή υγείας του πληθυσμού μέσω στοχευμένων και εξειδικευμένων δράσεων. Τέλος, οι μηχανισμοί αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σε όλα τα επιμέρους στάδια της παροχής και της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών καθώς επίσης και των παραμέτρων κόστους-αποδοτικότητας και κόστους-αποτελεσματικότητας είναι ανύπαρκτοι.

Τα Κ.Υ., σαν μέρος του όλου συστήματος, βρίσκονται σε ακολουθία με τον νοσοκομειακό και νοσοκομειοκεντρικό-ιατροκεντρικό χαρακτήρα του. Επιπλέον, και σε έναν συσχετισμό τόσο αιτίας όσο και αποτελέσματος με τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά, υποχρηματοδοτούνται και υποστελεχώνονται, στις παρυφές μιας αντίληψης που θεωρεί υγεία την Δευτεροβάθμια παροχή. Οι κτηριακές υποδομές είναι παραμελημένες και ο εξοπλισμός ελλιπής. Τόσο το ιατρικό όσο και το υπόλοιπο προσωπικό έχει εκπαιδευτεί για προσφορά εργασίας σε νοσοκομειακού τύπου δομές, οι ομάδες υγείας είναι ανύπαρκτες, ενώ απουσιάζουν τα προγράμματα εκπαίδευσης και επιμόρφωσης υποχρεωτικού χαρακτήρα. Απουσιάζουν δράσεις με προσανατολισμό στην κοινωνική και την κατοίκων φροντίδα, τη συνέχεια στην φροντίδα, την μετανοσοκομειακή φροντίδα και την πλήρη αποκατάσταση. Η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής παρουσιάζεται υποτιμημένη, ενώ ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού παραμένει ασαφής σε ότι αφορά τον ρόλο του και τις αρμοδιότητές του. Οι υπηρεσίες παρέχονται με περιορισμένη χρονική διαθεσιμότητα και προσανατολισμό στην ιατρική φροντίδα. Τα προγράμματα πρόληψης και αγωγής υγείας είναι αποσπασματικά, μη στοχευμένα, και στα περιθώρια του χρόνου και του ανθρώπινου δυναμικού που επιτρέπουν τόσο ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας, όσο και οι απαιτήσεις του ιατρικού σώματος.

Με δεδομένες όλες αυτές τις δυσλειτουργίες οργανωτικού και λειτουργικού χαρακτήρα, και υπο την έγερση κοινωνικών απαιτήσεων, τις επιταγές της οικονομικής σύγκλισης με τον Ευρωπαϊκό χώρο και την απειλή από τους κινδύνους απόρροια της παγκοσμιοποίησης, όμως ταυτόχρονα με το βλέμμα στραμμένο στον άνθρωπο και τα προτάγματα που η Π.Ο.Υ. έθεσε, το διακύβευμα για την Π.Φ.Υ. της χώρας μας είναι μια μεταρρυθμιστική – αναμορφωτική παρέμβαση με άξονες:

- την εύρεση ενός ρεαλιστικού, εφικτού, και ορθολογιστικού μοντέλου οργάνωσης της Π.Φ.Υ.
- την εξασφάλιση της συναίνεσης και συνεπώς την συνέχειας του μοντέλου στο χρόνο
- την παροχή υπηρεσιών στη βάση της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ανταποκρισιμότητας
- την εξασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και την παροχή
- την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών
- την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών



**Σκοπός** αυτής της εργασίας είναι η περιγραφή των συνθηκών παροχής της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας όπως αυτή αναχνεύεται από την μελέτη του παραδείγματος του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου.

Οι επιμέρους **στόχοι** που τέθηκαν συνοψίζονται ως εξής:

- ✓ η παρουσίαση του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου
- ✓ η περιγραφή των τάσεων και των προοπτικών
- ✓ η επισήμανση των προβλημάτων
- ✓ η διατύπωση συμπερασμάτων
- ✓ η απόπειρα διατύπωσης προτάσεων

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη:

Στο **πρώτο μέρος** παρατίθενται τα θεωρητικά στοιχεία και το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης, ενώ στο δεύτερο τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας.

Στο πρώτο κεφάλαιο εκτίθενται οι εννοιολογικές διασαφηνίσεις των εννοιών που είναι απαραίτητες για την συζήτηση. Πιο συγκεκριμένα περιγράφεται η έννοια της υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και της Προαγωγής της υγείας, όπως έχουν διαμορφωθεί στα πλαίσια της σύγχρονης αντίληψης. Επιπλέον, παρουσιάζονται οι κυριότερες θεωρητικές προσεγγίσεις της έννοιας της υγείας και αναπτύσσεται η έννοια της πολιτικής υγείας και των συστημάτων υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο σκιαγραφείται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Συγκεκριμένα, αναπτύσσονται το περιεχόμενό της, οι υφιστάμενες συνθήκες παροχής της και περιγράφονται οι αδυναμίες και δυσλειτουργίες που παρατηρούνται. Επιπλέον γίνεται λόγος για τις προϋποθέσεις που πρέπει να εξασφαλιστούν προκειμένου να προχωρήσουμε στην αναμόρφωση του συστήματος.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναπτύσσονται οι μεταρρυθμιστικές προτάσεις που έχουν γίνει από Έλληνες και ξένους εμπειρογνώμονες και ο διάλογος που έχει αναπτυχθεί γύρω από αυτές.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική ανασκόπηση της εξέλιξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα όπως αυτή διαφαίνεται από την μελέτη των ανάλογων νομοθετικών ρυθμίσεων αλλά και των προσχεδίων που τελικά δεν έγιναν νομοθετήματα.

Στο **δεύτερο μέρος** παρατίθενται η έρευνα από τη συλλογή των στοιχείων του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών και των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του νοσοκομείου καθώς και οι προσεγγίσεις που γίνονται με αφορμή αυτήν.

Συγκεκριμένα, στο πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται η μεθοδολογία της που περιέχει τα επιχειρήματα ως προς την αναγκαιότητα και την σημαντικότητά της, αναπτύσσονται οι περιορισμοί της, περιγράφονται οι σκοποί και οι στόχοι της, καθώς και η ερευνητική στρατηγική που ακολουθήθηκε και ο τρόπος άντλησης δεδομένων.

Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθενται με αναλυτικό τρόπο τα περιγραφικά αποτελέσματα και στο έβδομο επιχειρείται η ερμηνεία τους και αναπτύσσεται η προβληματική που αυτά εγείρουν.

Στο όγδοο κεφάλαιο εκτίθενται τα συμπεράσματα που προέρχονται από τη μελέτη των αποτελεσμάτων και την ερμηνεία τους. Ταυτόχρονα γίνεται μια απόπειρα διατύπωσης προτάσεων για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου αλλά και των Κέντρων Υγείας γενικότερα. Επιπλέον, διατυπώνονται προτάσεις για την βελτίωση της λειτουργικότητας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας.



# **ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**

## **ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

## 1.1. Υγεία

Κάθε κοινωνία στο πέρασμα του χρόνου έχει αποδώσει με διαφορετικούς προσδιορισμούς την έννοια της υγείας και της ασθένειας. Στο Oxford English Dictionary, ως υγεία ορίζεται «*η ηρεμία του σώματος, μια κατάσταση όπου οι λειτουργίες του εκφράζονται κανονικά και αποτελεσματικά*», δίνοντας έτσι έναν ιατροκεντρικό χαρακτήρα στην έννοια. Σύμφωνα λοιπόν με τον παραπάνω ορισμό, τα όργανα του σώματος λειτουργούν με συνέπεια από μόνα τους αλλά και σε συνδυασμό εξασφαλίζοντας ηρεμία, κανονικότητα και αποτελεσματικότητα στο ανθρώπινο σώμα. Όμως η κανονικότητα και αποτελεσματικότητα του ανθρώπινου σώματος προσδιορίζονται κάθε φορά σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, τον γεωγραφικό χώρο και τις επικρατούσες κοινωνικές αντιλήψεις.

Μέχρι τον 19<sup>ο</sup> αιώνα ο Δυτικός κόσμος αντιλαμβανόταν την υγεία σαν αποτέλεσμα αρμονικής μίξης των «χυμών» του σώματος. Η διαταραχή αυτής της μίξης είχε σαν αποτέλεσμα την ασθένεια.

Με την ανάπτυξη της Παθολογοανατομίας και της Βακτηριολογίας διατυπώνεται το Βιοϊατρικό μοντέλο προσέγγισης της υγείας βασισμένο στη μηχανιστική αντίληψη περί κανονικότητας (προτύπου λειτουργίας και δομής) του οργανισμού στα πλαίσια του Καρτεσιανού τρόπου σκέψης. Το σώμα διαχωρίζεται από την ψυχή και περιγράφεται σαν μια μηχανή που αποτελείται από διάφορα εξαρτήματα. Οι άνθρωποι είναι υγείς όταν δεν εμφανίζουν συμπτώματα και δεν αποκλίνουν από τον κανόνα του φυσιολογικού. Συνέπεια αυτής της θεώρησης είναι ο προσανατολισμός στην θεραπεία από τον ειδικό –Θεό-γιατρό, στο άτομο που διαχωρίζεται από το οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό του περιβάλλον. Στα πλαίσια δε του βιολογικού ντετερμινισμού (σχέση αιτίας-αποτελέσματος), πολλά κοινωνικά φαινόμενα ερμηνεύθηκαν σαν αποτελέσματα γενετικής προδιάθεσης.

Σύμφωνα με την ψυχολογική προσέγγιση σαν υγεία θεωρείται ως η ικανότητα να εκπληρώνει κανείς τους ρόλους που του αναλογούν και να προσαρμόζεται στην εναλλαγή των καταστάσεων που αντιμετωπίζει στη ζωή του.

Η Πολιτική Οικονομία της Υγείας ( V. Navarro) που βασίζεται στη Μαρξιστική θεωρία για την ανάπτυξη του Ανθρώπινου Κεφαλαίου εκφράζει την κοινωνικοοικονομική προσέγγιση της έννοιας της υγείας. Η εκπαίδευση και η υγεία είναι βασικές συνιστώσες στην ανάπτυξη του Ανθρώπινου Κεφαλαίου που με τη σειρά του, σαν συντελεστής παραγωγής επιδρά καθοριστικά στην διατήρηση των συνθηκών κερδοφορίας. Η ασθένεια όχι μόνο κρατά το άτομο εκτός παραγωγικής διαδικασίας αλλά και για την αντιμετώπισή της προκύπτει κόστος για το κοινωνικό σύνολο. Τα ερωτήματα που διατυπώνονται σύμφωνα με τους Doyal και Poppel είναι η διαμόρφωση της σχέσης μεταξύ υγείας, ασθένειας και καπιταλισμού και της σχέσης μεταξύ καπιταλισμού και ιατρικής πρακτικής. Το πρώτο ερώτημα παραπέμπει «στην επίδραση του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος και της ταξικής διάρθρωσης στην κατανομή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας και κατ'επέκταση στην αξία αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης». Ως προς το δεύτερο ερώτημα «.....η θεραπευτική ιατρική με τη λειτουργική ατομικιστική της προσέγγιση



*εξυπηρετεί τα συμφέροντα του καπιταλιστικού συστήματος, δεδομένου ότι συσκοτίζει τους παράγοντες που προκαλούν την αρρώστια και προβάλλει την ατομική ευθύνη...»*

Η πολιτική προσέγγιση της υγείας αναδεικνύει δύο βασικές θεωρήσεις: Η πρώτη, βασισμένη στη φιλοσοφία της ελεύθερης αγοράς θεωρεί την υγεία ως ιδιωτικό αγαθό και τον χρήστη των υπηρεσιών υγείας ορθολογικό καταναλωτή. Γνωρίζει δηλαδή το είδος και την ποσότητα των υπηρεσιών είναι συμβατές με τις ανάγκες του, μπορεί να τις αξιολογήσει και να επιλέξει και τέλος, να κρίνει την αποτελεσματικότητα αλλά και την ποιότητα αυτών που έχει καταναλώσει. Η προσφορά διαμορφώνεται με όρους ελεύθερης αγοράς χωρίς κρατική παρέμβαση και δυνατότητα διαπραγμάτευσης των τιμών με αποτέλεσμα την ισορροπία του συστήματος που όμως αφήνει ευάλωτους τους οικονομικά και κοινωνικά ασθενέστερους. Η δεύτερη θεώρηση αντίθετα, διατυπώνει την άποψη ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό που χρήζει της παρέμβασης του κράτους πρόνοιας για τη διασφάλισή του αφού η καλή υγεία του ατόμου αποδεικνύεται συμφέρουσα για ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο. Έτσι επιτυγχάνεται ο έλεγχος των τιμών αλλά και η ποιότητα των υπηρεσιών και τέλος η ισότιμη και αποτελεσματική κατανομή των πόρων, σημαντικές παράμετροι για την επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας στη βάση του δικαίου. Κριτήριο κατανάλωσης του αγαθού είναι όχι το ατομικό εισόδημα, αλλά οι ανάγκες του ατόμου και της κοινωνίας.

Εάν όμως θεωρήσουμε ότι η έννοια της υγείας και της αρρώστιας είναι και κοινωνικές κατασκευές που αντανακλούν τους όρους συγκρότησης της κοινωνίας, τα άτομα καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας με βάση ατομικά (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση) και κοινωνικά (κοινωνική, οικονομική κατάσταση) κριτήρια αλλά και τις κοινωνικές αναπαραστάσεις για την αρρώστια και την υγεία που διαφέρουν από εποχή σε εποχή, από κοινωνία σε κοινωνία, από πολιτισμό σε πολιτισμό ( Οικονόμου 2005).

Ήδη από την αρχαιότητα ο Ηράκλειτος υποστήριξε ότι στο περιβάλλον όλα συνδέονται με όλα, ενώ ο Ιπποκράτης έθετε την πρώτη ολιστική προσέγγιση της έννοιας ορίζοντας σαν υγεία την αρμονία ψυχής και σώματος με το περιβάλλον. Ενώ ο Λουκρήτιος διατύπωσε την άποψη ότι υπάρχουν τόσες ασθένειες όσες και οι ασθενείς προσδιορίζοντας έτσι την υποκειμενικότητα της αρρώστιας σε αντιδιαστολή με την αντικειμενικότητα της αντιμετώπισης της ασθένειας ( Σουρτζή 1998).

Πέρα όμως από τις όποιες διαφορετικές προσεγγίσεις, η υγεία αποτέλεσε και αποτελεί βασικό αγαθό για όλους τους ανθρώπους σε όλες τις εποχές όλων των κοινωνιών, ανεξάρτητα από την κουλτούρα και πολιτικό σύστημα μέσα στα οποία δραστηριοποιούνται.

Το 1947, στο καταστατικό της, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) σε αντίθεση με τις ως τότε επικρατούσες αντιλήψεις που όριζαν την υγεία σαν την κατάσταση απουσίας νόσου ή αναπηρίας επαναπροσδιορίζει την έννοια ως την κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Σε ενίσχυση αυτής της προσέγγισης, στα πορίσματά της, η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας στην Alma-Ata (1978) υπογραμμίζει ότι «η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένας κοινωνικός στόχος μεγίστης σημασίας που αφορά όλο τον κόσμο και που η πραγματοποίησή του απαιτεί την δραστηριότητα πολλών άλλων τομέων πέρα από τον τομέα της υγείας». Έτσι, η υγεία –αρμονία του σώματος και της ψυχής-- επικουρείται από το φυσικό αλλά και το κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο τα άτομα δραστηριοποιούνται. Η καταπολέμηση των ανισοτήτων στο επίπεδο της υγείας, τόσο ανάμεσα στα κράτη όσο και εντός των κρατών, αναδεικνύεται σε βασικό άξονα της δράσης της



παγκόσμιας κοινότητας. Οι λαοί έχουν δικαίωμα και καθήκον να συμμετέχουν σε θέματα υγείας που τους αφορούν και οι κυβερνήσεις έχουν ευθύνη για την υγεία των λαών τους. Στην ίδια Συνδιάσκεψη, στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης, έγινε καθολικά αποδεκτή η θέση ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επίτευξη του στόχου «υγεία για όλους το 2000»

Από τη δεκαετία του '80, στα πλαίσια ενός ευρύτερου προβληματισμού κάτω από την πίεση των κοινωνικών κινημάτων, άρχισαν να μελετώνται οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ως αίτιο για τη νοσηρότητα του πληθυσμού αλλά και ως παράγοντας χρήσης των υπηρεσιών υγείας και άρα ως σημαντική συνιστώσα στον τρόπο σχεδιασμού των συστημάτων υγείας και την κατανομή των πόρων της υγείας. Το διακύβευμα «υγεία για όλους» αφορά όχι μόνο τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών αλλά και την άμβλυνση των ανισοτήτων τόσο σε οριζόντιο όσο και σε κάθετο επίπεδο με στόχο την κοινωνική ειρήνη και συνοχή και άρα και την επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας.

Επιπλέον, κατά τη δεκαετία του '90 δόθηκε έμφαση στα θέματα δημόσιας υγείας και προαγωγής της υγείας με έμφαση στους κινδύνους που προέρχονται από το φυσικό αλλά και το κοινωνικό –οικονομικό περιβάλλον. Η συζήτηση επικεντρώθηκε σε δύο άξονες: τις συνθήκες του πλαισίου διαβίωσης και την ατομική συμπεριφορά ως προς την προσωπική, οικογενειακή, εργασιακή και κοινωνική ζωή (Οικονόμου 2005). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την συνειδητοποίηση της ανάγκης μελέτης των γεωγραφικών, κοινωνικών, εργασιακών, πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων ομάδων του πληθυσμού, την ανίχνευση της κατάστασης της υγείας του, την διατύπωση του επιδημιολογικού προτύπου της περιοχής, την πρόβλεψη των αναγκών του και την επεξεργασία προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας, προσαρμοσμένων όμως ιδιαίτερες κάθε φορά συνθήκες. Η ολιστική προσέγγιση του Ιπποκράτη βρίσκει πεδίο εφαρμογής στις μέρες μας, με προσανατολισμό όχι στην θεραπεία της ασθένειας αλλά στη γιατρεία του ασθενή.

### **1.1.2. Η Πρόκληση της Παγκοσμιοποίησης**

Στη συγχρονία της ελεύθερης διακίνησης ατόμων, προϊόντων και υπηρεσιών, της τεχνολογίας, των τρόπων ζωής και των καταναλωτικών προτύπων, συνακόλουθα της παγκοσμιοποίησης και της ευρωπαϊκής σύγκλισης, σε σχέση με την υγεία, οι προς διερεύνηση άξονες είναι η «...έκταση και οι τρόποι με τους οποίους η παγκοσμιοποίηση συνδέεται με αλλαγές στη χρηματοδότηση και την οργανωτική δομή των κρατών πρόνοιας.....», «...η συμβολή της κοινωνικής πολιτικής στη διαδικασία και ο ρόλος που παίζουν οι μεταρρυθμίσεις των κρατών πρόνοιας στη διεθνοποίηση του εμπορίου της παραγωγής και των επενδύσεων...». Τέλος, ο τρίτος άξονας εξετάζει «...την υπερεθνική διάσταση της κοινωνικής πολιτικής..... είτε το βαθμό που η εθνική πολιτική επηρεάζεται από τις δράσεις και τις πολιτικές διεθνών φορέων και οργανισμών.....είτε το ρόλο των δικτύων και των προγραμμάτων συνεργασίας σε διεθνές επίπεδο για τη βελτίωση της διαχείρισης των παγκόσμιων κοινωνικών ζητημάτων...» Η παραδοχή ότι η υγεία αποτελεί ταυτόχρονα μέσο αφού είναι απαραίτητη για την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη αλλά και σκοπό, αφού η ανάπτυξη αυτή είναι προϋπόθεση για την πραγμάτωση ενός επιθυμητού επιπέδου



υγείας βρίσκεται στον πυρήνα της χάραξης των εθνικών στρατηγικών. Ταυτόχρονα όμως, « η αναγνώριση του γεγονότος ότι η υγεία και τα συστήματα υγείας αποτελούν ένα από τα πρωταρχικά πεδία όπου συντελούνται διαδικασίες αναδιανομής και κοινωνικής ενσωμάτωσης είχε ως αποτέλεσμα ο υγειονομικός τομέας να ενταχθεί στην ευρύτερη προβληματική της παγκοσμιοποίησης....»

Ο χαρακτήρας διάδρασης παγκοσμιοποίησης-υγείας είναι διττός: Αφενός επηρεάζεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μέσω της χειροτέρευσης των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας και αφετέρου, η οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας. Επίσης εμφανίζονται επιπτώσεις στη δημόσια υγεία από τη διασυννοριακή μετάδοση ασθενειών ή τη διακίνηση βλαβερών ουσιών (Οικονόμου 2003).

## 1.2. Πολιτικές Υγείας

Σαν πολιτική υγείας ορίζεται το σύνολο των μέτρων, αποφάσεων, δεσμεύσεων, δράσεων, που στοχεύουν όχι μόνο στη διατήρηση αλλά και στην προαγωγή υγείας του πληθυσμού. Είναι σημαντικός άξονας άσκησης κοινωνικής πολιτικής και μαζί με την πολιτική κοινωνικής ασφάλισης, εκπαίδευσης, στέγασης και απασχόλησης καταπολεμούν τους «πέντε κινδύνους» για την ανθρωπότητα όπως τους όρισε ο W. Beveridge : την ασθένεια, την ανεργία, την άγνοια, τη φτώχεια και την εξαθλίωση (Οικονόμου 2003).

Από την ανάγκη ασφάλισης κατά των κινδύνων που μεταπολεμικά, στην κατεστραμμένη Ευρώπη εκφράστηκαν με τα μοντέλα του Beveridge και του Bismark ως την σημερινή πραγματικότητα της μεταβιομηχανικής κοινωνίας και των συνεπειών της, τις επιταγές για Ευρωπαϊκή σύγκληση, την πρόκληση της Παγκοσμιοποίησης η θεώρηση της έννοιας της υγείας, τα προβλήματα χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας και η αντίληψη για την κρατική παρέμβαση καθόρισαν και τις εκάστοτε πολιτικές υγείας.

Οι σύγχρονες πολιτικές υγείας έχουν στόχο να παρέχουν ισότιμη πρόσβαση με κριτήριο την ανάγκη σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας και η παροχή αυτή να γίνεται με κριτήριο την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.

Οι χώροι παροχής υπηρεσιών υγείας νοούνται ως οργανώσεις Με τον όρο Οργάνωση λογίζεται η συνάρθρωση ατόμων, κανόνων, διαδικασιών και συστημάτων με στόχο την επίτευξη στόχων. Ο όρος αναφέρεται επίσης στη διαδικασία της διοίκησης, διαχείρισης και της διευθέτησης ενεργειών και διαδικασιών για την αποτελεσματική παραγωγή προϊόντων ή την παροχή υπηρεσιών. Ταυτόχρονα όμως λειτουργούν και σαν οργανισμοί αφού υπόκεινται σε κανόνες λειτουργίας, αλλά και αξιολογούνται ως προς την ισότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα και την ανταποκρισιμότητα ( Αγραφιώτης 2005). Αν αναλογιστεί κανείς το υψηλό κόστος λειτουργίας σε σχέση με το πεπερασμένο των οικονομικών πόρων που διατίθενται, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος λόγω των εξελίξεων στην ιατρική τεχνολογία και φαρμακευτική τεχνογνωσία και ταυτόχρονα την αναγκαιότητα συγκράτησης του κόστους, την αύξηση των αναγκών του πληθυσμού αλλά και τις πιέσεις για ποιοτική και δίκαιη παροχή υγείας καταλαβαίνει γιατί μια γενναία μεταρρυθμιστική κίνηση είναι επιβεβλημένη ....



Οι κυρίαρχες ιδεολογικές προσεγγίσεις για την διαμόρφωση των συστημάτων υγείας είναι δύο: η φιλελεύθερη προσέγγιση που αντιλαμβάνεται την υγεία ως ιδιωτικό αγαθό, και η σοσιαλδημοκρατική που την αντιλαμβάνεται ως δημόσιο.

Στην πρώτη, οι ανάγκες των «ορθολογικών» καταναλωτών καθορίζουν την προσφορά υπηρεσιών και η ζήτηση αυξάνεται μέχρι το σημείο που επιτυγχάνεται η ισορροπία της αγοράς. Η παρέμβαση του κράτους πρέπει να περιορίζεται στο πλαίσιο της ενημέρωσης σε θέματα υγιεινής και τα άτομα να υιοθετούν στάσεις και συμπεριφορές προς διατήρηση και προαγωγή της υγείας τους. Το κοινωνικό σύνολο-κράτος μπορεί να αρνηθεί το κόστος κάλυψης συνεπειών από επιβλαβείς συμπεριφορές. Οι τιμές διαμορφώνονται ελεύθερα, ο καταναλωτής είναι σε θέση να γνωρίζει τις ανάγκες του, η αγορά των υπηρεσιών είναι γνωστή σε αυτόν. Εξέλιξη της προσέγγισης αυτής είναι η νεοφιλελεύθερη αντίληψη που παρουσιάζει το προνοιακό κράτος πατερναλιστικό, πολυδάπανο, αναποτελεσματικό. Θεωρεί ότι προωθεί την εξάρτηση από τον κρατικό μηχανισμό, περιορίζει τις επιλογές του ατόμου και αποθαρρύνει τις επενδύσεις και την δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα, κινητήριου μοχλού οικονομικής ανάπτυξης. Ο γραφειοκρατικός χαρακτήρας του μηχανισμού συνιστά τροχοπέδη για την αποτελεσματικότητά του.

Η σοσιαλδημοκρατική οπτική θεωρεί επιβεβλημένη την κρατική παρέμβαση λόγω της ασυμμετρίας της πληροφόρησης και της κατοχής της γνώσης από το ιατρικό σώμα παράγοντες που εμποδίζουν τη λειτουργία του ανταγωνισμού στην αγορά και αποβαίνουν εις βάρος του καταναλωτή. Ταυτόχρονα υποστηρίζει, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού εμπλέκεται με τη διαδικασία παραγωγής και άρα και την οικονομική ανάπτυξη. Η κρατική παρέμβαση έχει να κάνει με την ορθολογική κατανομή των πόρων, τον σχεδιασμό και την χρηματοδότηση του συστήματος, τον έλεγχο της προσφοράς των υπηρεσιών.

### 1.3. Συστήματα Υγείας

Ως σύστημα υγείας νοείται ο τρόπος με τον οποίο κατανέμονται οι υγειονομικοί πόροι, με στόχο την κάλυψη των αναγκών υγείας. Οι υγειονομικοί πόροι περιλαμβάνουν όλες τις εισροές του συστήματος : χρήματα, υλικό κεφάλαιο ( ιατρικό τεχνολογικό εξοπλισμό, φάρμακα, κτηριακές υποδομές) και όλο το ανθρώπινο δυναμικό που εμπλέκεται στην παραγωγή υγείας. Κατά το Levy (1975) το σύστημα υγείας απαρτίζεται από τρία αλληλεπιδρώντα και αλληλοεξαρτώμενα υποσυστήματα: Την εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, τις υπηρεσίες υγείας και τον μηχανισμό κάλυψης των δαπανών.

Ο Σ. Σούλης (1998) διευρύνει την έννοια του συστήματος εκλαμβάνοντας το επιπλέον ως σύστημα συνολικού κύκλου εργασιών που επηρεάζεται από το κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό, φυσικό, τεχνολογικό, δημογραφικό, πολιτισμικό αλλά και ως μοντέλο παραγωγής που ακολουθεί το σχήμα εισροές-διαδικασία – εκροές και δίνει αποτελέσματα.

Επιπλέον πρέπει να ξαναθυμηθούμε ότι πραγματικά δυναμικό είναι ένα σύστημα όταν τα διάφορα υποσυστήματα που το απαρτίζουν αλληλεπιδρούν με τέτοιο τρόπο ώστε να ικανοποιείται η ανάγκη για την κάλυψη της οποίας υφίσταται (Σουλιώτης 2000).



Τα δημόσια συστήματα υγείας ταξινομούνται σε τρεις κυρίως κατηγορίες (Οικονόμου 2003):

- ❖ Τα ολοκληρωμένα συστήματα των οποίων η χρηματοδότηση είναι κρατική, οι επαγγελματίες υγείας αμείβονται με μισθό, έχουν κάθετη ιεραρχική δομή οργάνωσης και διοίκησης (Μ. Βρετανία).
- ❖ Τα συμβολαιακά με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή και το κράτος με παραγωγή υπηρεσιών με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβές μέσω συμβάσεων, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων και αποκεντρωμένο και πλουραλιστικό τρόπο διοίκησης (Γερμανία).
- ❖ Τα συστήματα αποζημίωσης με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές, ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης και ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από τους χρήστες οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα (Γαλλία).

Στον Ελληνικό χώρο έχει καθιερωθεί ένα μεικτό σύστημα, που «δανείζεται» χαρακτηριστικά εθνικού αλλά και ασφαλιστικού συστήματος με μεγάλη παράλληλα συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τη μεγαλύτερη στην Ευρώπη, ταλανίζεται από αδιαφανείς σχέσεις, χαρακτηρίζεται από νοσοκομειοκεντρικό και ιατροκεντρικό προσανατολισμό και εγκλωβίζεται στα πολιτικά, οικονομικά και λειτουργικά αδιέξοδα. Η ανακολουθία σκοπών και στόχων, η έλλειψη πολιτικής βούλησης, οι εκλογικές αντί των πολιτικών προτεραιοτήτων, οι αντιδράσεις των ομάδων συμφερόντων, η πληθώρα νομοθετημάτων που εφαρμόστηκαν επιλεκτικά ή που τέθηκαν χωρίς να ληφθούν υπ όψιν οι πραγματικές δυνατότητες, εμφανίζουν το σύστημα χωρίς ξεκάθαρο προσανατολισμό (Βενιέρης 2003). Η υποκοστολόγηση των ιατρικών πράξεων οδήγησε το σύστημα σε ελλείμματα, ενώ η αναπροσαρμογή των αποζημιώσεων αργότερα τα ταμεία σε αδιέξοδο. Επιπλέον, η ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων και οι ιδιομορφίες χρηματοδότησης του συστήματος, η ανισοκατανομή των υποδομών και του ανθρώπινου δυναμικού, οι διοικητικές αγκυλώσεις, η μη ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. και του θεσμού του οικογενειακού γιατρού έχουν σαν αποτέλεσμα ένα αναποτελεσματικό Ε.Σ.Υ. με ταυτόχρονη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών.

Δεν μπορούμε όμως να μιλήσουμε για αποτελεσματική πολιτική υγείας όταν δεν συνειδητοποιούμε τη σημαντικότητα της αποτελεσματικής πολιτικής Π.Φ.Υ. που αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη και της κοινότητας με το σύστημα και της αποτελεσματικής πολιτικής αγωγής υγείας στον πυρήνα της επιδίωξης για βελτίωση της ποιότητας της δημόσιας υγείας.

Από τα πρακτικά του 3<sup>ου</sup> συνεδρίου του Ελληνο-Αμερικανικού Επιμελητηρίου HEALTHWORLD, προκύπτει η σημερινή εικόνα του συστήματος υγείας στη χώρα μας (2005): «Ο δημόσιος τομέας της υγείας, εκλαμβάνεται συχνά ως σάκος του μποξ τον οποίο όλοι θεωρούν ότι μπορούν να χτυπούν κατά βούληση, χωρίς καμιά συνέπεια» διατυπώνει ο Ι. Τούντας συμπερασματικά, είκοσι και πλέον χρόνια από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ.. Επισημαίνει ότι η αύξηση της κατανάλωσης που οδηγεί στην αύξηση του κόστους έρχεται σε αντίθεση με την ανάγκη συγκράτησης των δαπανών, στόχο και προϋπόθεση για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος, που μαζί με την ισότητα στην πρόσβαση με κριτήριο την ανάγκη και την ποιότητα των υπηρεσιών είναι διαχρονικά ζητούμενα. Και προτείνει την λειτουργία περιφερειακών συστημάτων που να διαχειρίζονται την διαδικασία της οριζόντιας της οριζόντιας



συνεργασίας των υπηρεσιών μεταξύ τους αλλά και την κάθετη μεταξύ νοσοκομειακών, προνοσοκομειακών και μετανοσοκομειακών μονάδων και να γνωρίζουν τις ανάγκες του πληθυσμού ευθύνης τους. Σε αυτά τα συστήματα, οι αγοραστές, (ασφαλιστικά ταμεία) θα αγοράζουν υπηρεσίες από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα με κριτήριο το κόστος και την ποιότητα χωρίς όμως να καταργείται η δωρεάν περίθαλψη.

Ο Ι. Υφαντόπουλος, στο ίδιο συνέδριο, υπενθυμίζει τις εξαγγελίες των πολιτικών για διαχρονική αύξηση των δημόσιων δαπανών σε υποκατάσταση των ιδιωτικών το 1983 και διαπιστώνει ότι την εικοσαετία που πέρασε ο ιδιωτικός τομέας επεκτείνεται διαρκώς. Οι ροές των ασθενών στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη έχουν μειωθεί σημαντικά τονίζει δε, το ρόλο που έπαιξε η περιφερειακή ανασυγκρότηση των υπηρεσιών υγείας στην και η ίδρυση των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων της Κρήτης και των Ιωαννίνων. Αναφέρεται όμως και στα συμπεράσματα μιας έρευνας του Πανεπιστημίου Αθηνών που διεξήχθη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων της Αθήνας όπου διαπιστώνεται ότι το 28% των ασθενών από την επαρχία έρχεται με δική του πρωτοβουλία επειδή εμπιστεύεται λιγότερο τους γιατρούς της περιοχής του. Επίσης, το 50% περίπου των προσερχόμενων έφερε παραπεμπτικό σημείωμα από το γιατρό της περιοχής, γεγονός που σημαίνει ότι αφενός οι υποδομές σε πρωτοβάθμιας υπηρεσίες είναι περιορισμένες και αφετέρου ότι οι γιατροί συνηθίζουν να παραπέμπουν τα περιστατικά προς το κέντρο αποφεύγοντας την ανάληψη ευθυνών. Το 78% των ερωτηθέντων απάντησε θετικά στην ερώτηση για το αν νομίζει ότι η Τοπική Αυτοδιοίκηση θα μπορούσε να δώσει μια αξιόπιστη λύση στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει υποδηλώνοντας έτσι τις υψηλές προσδοκίες για την περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας.

Στο ίδιο Συνέδριο, ο Α. Διαφόπουλος διαπιστώνει ότι η λειτουργία του τομέα υγείας σήμερα στη χώρα μας παρουσιάζει μια σουρεαλιστική εικόνα. Υποστηρίζει ότι η αναζήτηση του «μυσαίου χώρου» στην υγεία φαίνεται η καλύτερη επιλογή αφού μπορεί να ανταποκριθεί στις επιστημονικές προκλήσεις και τις κοινωνικές απαιτήσεις ταυτόχρονα. Προτείνει την όσμωση του δημόσιου χαρακτήρα με την ιδιωτική επιχειρηματικότητα, με αποτέλεσμα ένα πολυμορφικό σύστημα ανάπτυξης, παροχής και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας με τη συμμετοχή κράτους, πανεπιστημίων, τοπικής Αυτοδιοίκησης, μη κερδοσκοπικών οργανισμών, φιλανθρωπικών οργανώσεων και ιδιωτικού τομέα. Το σύστημα αυτό, που μπορεί να μην είναι ενιαίο για όλες της μονάδες παροχής υγείας, μπορεί να εξασφαλίσει την παροχή ποιοτικής φροντίδας σε όλους, την αποκόμιση ενός λογικού κέρδους για τους ιδιώτες, την επάρκεια πόρων και υπηρεσιών για την τοπική αυτοδιοίκηση, την αναβάθμιση της εκπαιδευτικής δραστηριότητας για τα πανεπιστημιακά ιδρύματα, την ανεύρεση πόρων και μέσων για την ερευνητική κοινότητα. Έτσι, μπορούν να συγκεραστούν με συμπληρωματικό τρόπο στην ίδια δυναμική κατεύθυνση, η έλλειψη κεφαλαίων και η κακοδιοίκηση του δημοσίου με την υπεροχή του ιδιωτικού σε αυτούς τους τομείς, η μικρή αγορά που μπορεί να στηρίξει το επίπεδο τιμών της ιδιωτικής παροχής με το εύρος των καταναλωτών της δημόσιας, και να αξιοποιηθεί το υψηλού επιπέδου ανθρώπινο δυναμικό. Αυτό βέβαια προϋποθέτει να ξεπεραστούν οι αγκυλωτικές ιδεοληψίες για το κέρδος, την κρατική ευθύνη και την χρηματοδότηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, που παλινδρομούν τις όποιες μεταρρυθμιστικές απόπειρες.



#### 1.4. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) – Προαγωγή Υγείας

Η αντίληψη ότι υγεία δεν είναι μόνο η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας και παράλληλα η αναγνώριση της ορθότητας του «*κάλλιον προλαμβάνειν ή θεραπεύειν*», οδήγησαν στην αναγνώριση του ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα σε άλλες μορφές περίθαλψης και φροντίδας πλην της νοσοκομειακής.

Οι συζητήσεις οδήγησαν στην ξεχωριστή μνεία για την Π.Φ.Υ. στην διακήρυξη της Άλμα -Άτα, και τον ορισμό της ως «... η βασική φροντίδα της υγείας, η στηριζόμενη σε μεθόδους και τεχνολογία που είναι πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές, που καθίστανται προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες στην κοινότητα μέσω της ουσιαστικής συμμετοχής τους, και που έχουν ένα κόστος το οποίο η χώρα μπορούν να επωμιστούν...», «...φέρνει τη φροντίδα για την υγεία όσο γίνεται πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας και συνιστά το πρώτο σημείο μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας φροντίδας για την υγεία». Και συνεχίζει «...βασίζεται στην εφαρμογή των πορισμάτων της κοινωνικής και βιοϊατρικής έρευνας και της έρευνας για τις υπηρεσίες υγείας καθώς και στην εμπειρία της δημόσιας υγείας», «... παρέχει υπηρεσίες προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας αποκατάστασης όπως αρμόζει σε κάθε περίπτωση», «... περιλαμβάνει την εκπαίδευση και αγωγή και τις μεθόδους πρόληψης...».

Στο ίδιο κείμενο ορίζονται οι τομείς δραστηριοποίησης, η λειτουργική διασύνδεση της με τις Δευτεροβάθμιες Μονάδες παροχής υπηρεσιών, τονίζεται η συμμετοχή του ατόμου και της κοινότητας και ο η σημαντικότητα του ρόλου όλων των επαγγελματιών υγείας παράλληλα με αυτού των γιατρών. Προτρέπει δε, στην χάραξη ανάλογων πολιτικών από τις εθνικές κυβερνήσεις και στην υποστήριξη δράσεων στη βάση αυτής της φιλοσοφίας, και τονίζει την αναγκαιότητα συνεργασίας των χωρών με στόχο «υγεία για όλους το 2000».

Στη φιλοσοφία του κειμένου δύο σημεία αναδεικνύονται ως καταλυτικά για την διαμόρφωση της κουλτούρας των πολιτικών υγείας: Το ένα είναι ο «εκδημοκρατισμός» των συστημάτων με την προτροπή συμμετοχής του ανθρώπου-πολίτη- αποδέκτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας με εργαλεία την αυτοφροντίδα, την υπευθυνότητα και την ελεύθερη επιλογή. Το δεύτερο είναι ότι δόθηκε το έναυσμα για εστίαση σε φροντίδες υγείας που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας και ζωής και που σε αυτές περιλαμβάνονται η πρόληψη, η πληροφόρηση-αγωγή υγείας και η προστασία της υγείας.

«Κατά την P.L.Herberg (1989) σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής της Υγείας έπαιξαν τα μεταπολεμικά κινήματα που σχετίζονται με τη γυναικεία απελευθέρωση, την αυτοβοήθεια, την προστασία του καταναλωτή και τα δικαιώματα του πολίτη» (Οικονόμου 2003).

Ο M.Lalonde το 1974 διατύπωσε την άποψη ότι οι ανεπάρκειες των συστημάτων υγείας ο μη υγιεινός τρόπος ζωής, οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και οι βιολογικοί παράγοντες είναι τέσσερα στοιχεία που αλληλεπιδρούν και συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου θέτοντας τη βάση για την ανάπτυξη του κινήματος Προαγωγής της Υγείας.

Ο χάρτης της Ottawa το 1992 ορίζει την προαγωγή υγείας ως τη διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους

Αυτό απαιτεί μέτρα με στόχο:

- ✓ δημόσια πολιτική σε όλους τους τομείς με άξονα την προστασία της υγείας
- ✓ υγιές περιβάλλον που να περιβάλλει όλους τους τομείς δράσης του ανθρώπου
- ✓ υγιή τρόπο ζωής μέσω της ενημέρωσης
- ✓ υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας με την επίτευξη της ισορροπίας μεταξύ προαγωγής της υγείας, πρόληψης, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης της ασθένειας ( Σουρτζή Π. 1988).

Βασική φιλοσοφία του χάρτη είναι «να προστίθενται χρόνια στη ζωή –να προστίθεται ζωή στα χρόνια». Στην ίδια φιλοσοφία κινούνται και τα συμπεράσματα από την Συνδιάσκεψη της Riga, λίγο αργότερα, επιβεβαιώνοντας την αναγκαιότητα μιας ολιστικής προσέγγισης της ασθένειας και του ασθενή, αλλά και του ρόλου που μπορεί να παίξει το ίδιο το άτομο στην διατήρηση και προαγωγή της υγείας του.

Είναι φανερό, ότι με δεδομένη την ολιστική αντίληψη για την υγεία, χωρίς κουλτούρα Προαγωγής της Υγείας, δεν μπορεί να επιτευχθεί υψηλό επίπεδο υγείας Η Π.Φ.Υ. είναι το πεδίο ανάπτυξης, ενδυνάμωσης και εφαρμογής της κουλτούρας αυτής. Ταυτόχρονα δε, αποτελεί την πύλη εισόδου αλλά και τον ηθμό προς το Δευτεροβάθμιο επίπεδο παροχής υπηρεσιών, την επένδυση του σήμερα για την ανάπτυξη του αύριο. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, τριάντα χρόνια μετά την διακήρυξη της Alma-Ata, έχει την πρόθεση να υποστηρίξει την ενδυνάμωση της ΠΦΥ και των τεσσάρων αρχών που περιλαμβάνει η **Παγκόσμια Έκθεση για την Υγεία 2008:**

- ❖ την καθολική ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού
- ❖ την ανθρωποκεντρική οργάνωση των υπηρεσιών
- ❖ των δημόσιων πολιτικών που προάγουν την υγεία
- ❖ την συμμετοχική ηγεσία που απαιτείται για την υλοποίηση τους

Η πρόθεση αυτή ,δύσκολα θα βρει απήχηση στην (επίσημη) σύγχρονη Ελλάδα διαπιστώνει ο Α. Φιλαλήθης (2008) , εκφράζει όμως την προσδοκία ότι « η επιστημονική, ερευνητική και εκπαιδευτική πρόοδος που έχει συντελεστεί , ακόμα και αν δεν είναι κυρίαρχη στο κοινωνικό και πολιτικό πεδίο, αποτελεί μια ισχυρή βάση για την κινητοποίηση υπέρ της Π.Φ.Υ., η οποία , έστω και από κάτω προς τα πάνω, μπορεί να υποκαταστήσει την έλλειψη κινητικότητας από πάνω προς τα κάτω»



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 2.1. Περιεχόμενο της Π.Φ.Υ.

Οι κύριοι **τομείς ενδιαφέροντος** των συστημάτων υγείας που βασίζονται στην κουλτούρα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της WHO (1979) είναι:

- Εκπαίδευση στα κύρια προβλήματα υγείας και τις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους.
- Διαφώτιση σε θέματα διατροφής.
- Εξασφάλιση στοιχειωδών εγκαταστάσεων ύδρευσης και υγιεινής.
- Φροντίδα της μητέρας και του παιδιού – Οικογενειακός Προγραμματισμός.
- Εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού.
- Πρόληψη και καταπολέμηση των ενδημικών νόσων.
- Θεραπεία των κοινών νοσημάτων- φροντίδα τραυμάτων.
- Παροχή φαρμάκων.

**Ο σκοπός των Κέντρων Υγείας** στην Ελλάδα όπως έχει καθοριστεί από το άρθρο 15 του Ν.1397/83 είναι:

- Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους και σε όσους διαμένουν προσωρινά σε αυτή.
- Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτα περιστατικά έως την διακομιδή τους στο νοσοκομείο.
- Η διακομιδή των ασθενών με ασθενοφόρο ή άλλο μέσο στο νοσοκομείο ή το Κ.Υ.
- Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- Η εφαρμογή προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής και η διαφώτιση του πληθυσμού σε θέματα υγείας.
- Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- Η ιατρική της εργασίας.
- Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
- Η ενημέρωση και διαφώτιση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η συνεχής εκπαίδευση όλου του προσωπικού.
- Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους σε περίπτωση απουσίας φαρμακείου στην περιοχή.

Η υποδομή που προβλέπεται για τα Κ.Υ. στη χώρα μας αφορά την ύπαρξη εξεταστηρίων ασθενών, τη λειτουργία οδοντιατρικού ιατρείου και ακτινολογικού και μικροβιολογικού εργαστηρίου, τη δυνατότητα παροχών για τις οποίες απαιτείται σπητικό χειρουργείο ή μονάδα βραχείας νοσηλείας, την επάνδρωση με ασθενοφόρο

και βέβαια τον βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό (στηθοσκόπιο, πιεσόμετρο, ωτοσκόπιο κλπ.).

Έτσι, το **εύρος των υπηρεσιών** που καλείται το Κ.Υ. να προσφέρει εκτείνεται σε τρεις βασικούς τομείς:

- της πρόληψης
- της διάγνωσης και της θεραπείας
- της αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας

Όσον αφορά την πρόληψη, μπορεί αυτή να εκταθεί σε θέματα αγωγής υγείας, συμβουλευτικής ιατρικής, γενετικής και περιγεννητικής φροντίδας, οδοντιατρικής πρόληψης, εμβολιασμούς, μαζικό προσυμπτωματικό έλεγχο χρόνιων νοσημάτων, έλεγχο ανηλίκων για την εμφάνιση νοσημάτων στο μέλλον, οικογενειακό προγραμματισμό και πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, δημόσια περιβαλλοντική και επαγγελματική υγιεινή.

Ως προς τον δεύτερο τομέα μπορεί να προσφέρει διάγνωση και θεραπεία, παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων, πρώτες βοήθειες ή και διακομιδή ασθενών, οδοντιατρική φροντίδα, δυνατότητα ολιγόωρης νοσηλείας, και διατήρηση ενός συστήματος παραπομπών είτε για εργαστηριακές- απεικονιστικές εξετάσεις είτε για εκτίμηση του ασθενούς από γιατρούς ειδικοτήτων όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Στο κομμάτι που αναλογεί στην αποκατάσταση και την κοινωνική φροντίδα, η δραστηριότητα του Κ.Υ. επεκτείνεται στην κατ οίκον νοσηλεία, την τελική φροντίδα, την μετανοσοκομειακή περίθαλψη, την φυσιοθεραπεία και την κοινωνική εργασία.( Θεοδωράκης 2006)

## 2.2. Η υφιστάμενη κατάσταση

### 2.2.1. Επίπεδα παροχής υπηρεσιών

Διακρίνονται **τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας**:

❖ Το Πρωτοβάθμιο (εξωνοσοκομειακό ή ανοιχτή περίθαλψη) το οποίο αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα. Περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας, τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων (τακτικών και επειγόντων περιστατικών) τα ιατρεία των Ασφαλιστικών Ταμείων (Ι.Κ.Α.) τα Δημοτικά Ιατρεία και τους ιδιώτες γιατρούς συμβεβλημένους και μη, με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

❖ Το Δευτεροβάθμιο (νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη) που αφορά Δημόσια και Ιδιωτικά νοσοκομεία και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, καλύπτει πληθυσμό 50.000- 500.000 ατόμων και βρίσκεται στην έδρα της Νομαρχίας.

❖ Το Τριτοβάθμιο επίπεδο παρέχει περίθαλψη σε εξειδικευμένα προβλήματα υγείας και αφορά Περιφερειακά Νοσοκομεία και Πανεπιστημιακές Κλινικές.



## 2.2.2. Η παροχή Π.Φ.Υ.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε επίπεδο λειτουργίας, στον Ελληνικό χώρο, παρουσιάζει την εξής εικόνα σύμφωνα με μελέτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας ( Τούντας και συν 2008) :

Παρέχεται από ένα **πλέγμα φορέων** που απαρτίζεται από Κέντρα Υγείας στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές, Εξωτερικά Ιατρεία (τακτικά και έκτακτα) των νοσοκομείων και 300 μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. στις αστικές. Υπάρχει επίσης ένας μεγάλος αριθμός ιδιωτών που συμβάλλεται με τους ασφαλιστικούς φορείς για την παροχή υπηρεσιών στους δικαιούχους. Όλο αυτό το πλέγμα λειτουργεί χωρίς συντονισμό και διασύνδεση, με αποτέλεσμα όχι μόνο την αποσπασματική κάλυψη και την διαφοροποίηση ως προς τον αριθμό και την ποιότητα των παροχών, αλλά και το κενό στην παροχή. Το γεγονός αυτό, έχει οδηγήσει στην δραστηριοποίηση ιδιωτικών σχημάτων για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη με έναν μεγάλο κύκλο εργασιών, οι οποίες όμως δεν παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας. Από την πλευρά των χρηστών, οι χρηματοδοτικοί περιορισμοί του συστήματος και οι δυσλειτουργίες που το χαρακτηρίζουν, ωθούν στο να προσφύγουν σε ιδιωτικές υπηρεσίες των οποίων το κόστος επωμίζονται επιπλέον.

Η **ασάφεια αλλά και υποβάθμιση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού** έχουν σαν αποτέλεσμα την αναποτελεσματική **περιπλάνηση του χρήστη στο σύστημα** με αποτέλεσμα την δαπάνη πόρων και την χαμηλού βαθμού ικανοποίηση τους από το σύστημα. Σε αυτό συντελούν, η αδυναμία υποστήριξης της κλινικής πρακτικής και της αντιμετώπισης των περιστατικών από τεκμηριωμένες επιστημονικά πρακτικές, η ανυπαρξία ενός συστήματος αποτελεσματικού ελέγχου της συνταγογράφησης και των παραπομπών για παρακλινικές εξετάσεις. Η έλλειψη ενός μηχανισμού παρακολούθησης των ατομικών ιατρικών πληροφοριών έχει σαν συνέπεια την αδυναμία επανατροφοδότησης του συστήματος με στοιχεία που αντανάκλουν τις ανάγκες υγείας και άρα δυσχεραίνουν τον σχεδιασμό και προγραμματισμό του συστήματος.

Η όποια μεταρρυθμιστική προσπάθεια, που έχει σαν στόχο την ενιαία παροχή και χρηματοδοτική βάση έχει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα των δομών του Ι.Κ.Α. ως το πλέον αρνητικό σημείο. Το πλαίσιο χρήσης των υπηρεσιών, το εργασιακό καθεστώς, το προβλεπόμενο διοικητικό κόστος είναι τα σημεία αμφισβήτησης της λειτουργικότητας ενός τέτοιου εγχειρήματος. Η διαχείριση των πόρων από έναν φορέα με μεγάλη διαπραγματευτική ικανότητα, αμφισβητείται ως προς την λειτουργικότητα της. Επί πλέον, η εμπειρία από τη λειτουργία των ιατρείων του Ι.Κ.Α. μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η υψηλή αντιπροσώπευση δεν είναι αρκετή για την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα αν δεν συνοδεύεται από την δυνατότητα ευέλικτων συμβάσεων. (Κοντιάδης, Σουλιώτης 2005)

Ο αρχικός σχεδιασμός των Κέντρων Υγείας προέβλεπε την κάλυψη ενός πληθυσμού από 2.500-35.000 κατοίκους ανάλογα με τις ιδιομορφίες της περιοχής. Στις μη αστικές περιοχές λειτουργούν 201 Κέντρα Υγείας και 1478 Περιφερειακά Ιατρεία. Επίσης λειτουργούν, 3 Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου στο Βύρανα, στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού χωριού και στα Καλύβια Αττικής και 17 Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι μόνο το 20% των κατοίκων των αγροτικών περιοχών προσφεύγει στα Κ. Υ. και τα Π. Ι. ενώ το υπόλοιπο 80% προσφεύγει σε άλλες δομές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης που βρίσκονται σε αστικές περιοχές : σε ιδιώτες γιατρούς (47,5%), σε Ε.Ι. δημόσιων



νοσοκομείων (15,3%) και σε ιατρεία ασφαλιστικών ταμείων(13,7%). Οι μεγαλύτερες ελλείψεις αφορούν εξοπλισμό και τεχνολογία αγωγής υγείας (π.χ. εξοπλισμός προβολών), προσυμπτωματικού ελέγχου (π.χ. Παπ-Τεστ) κατ'οίκον νοσηλείας, φυσικής αποκατάστασης, εκπαίδευσης προσωπικού, πληροφορικής τεχνολογίας. Η διαθέσιμη διαγνωστική και θεραπευτική τεχνολογία (π.χ. ηλεκτροκαρδιογράφοι, οδοντιατρικά μηχανήματα) μάλλον κρίνεται ικανοποιητική. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Χάρτη Υγείας του 2004 του Υπουργείου Υγείας, ο αριθμός των ιατρών της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης του ΕΣΥ ,μη συμπεριλαμβανομένων αυτών που απασχολούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων είναι 3.342 από τους οποίους το 20% είναι Γενικοί Γιατροί, το 21,9% Παθολόγοι, το 17,3% Οδοντίατροι, το 12% Παιδίατροι, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό, 20% περίπου είναι αγροτικοί γιατροί. Η χαμηλότερη αναλογία γιατρών Κ.Υ. ανά 1000 κατοίκους παρατηρήθηκε στο Πε.ΣΥ.Π. Δυτικής Ελλάδας (0,31) ενώ η υψηλότερη στο Πε.ΣΥ.Π. Ν. Αιγαίου και Γ' Αττικής (1,93) Οι αντίστοιχες αναλογίες νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους είναι για το Πε.ΣΥ.Π. Ν. Αιγαίου 0,22 και για το Πε.ΣΥ.Π. Α'Κεντρικής Μακεδονίας 0,63. Από τα στοιχεία χρήσης των Κ.Υ. της χώρας προκύπτει ότι για το 2004 πραγματοποιήθηκαν 4.083.583 επισκέψεις.

Στα 132 νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., λειτουργούν Εξωτερικά Ιατρεία που καλύπτουν το σύνολο σχεδόν των ιατρικών ειδικοτήτων. Από το 2002, με τον Ν.2889/2001 λειτουργούν Απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία στα οποία έχουν δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου οι Επιμελητές Α' και Διευθυντές του Ε.Σ.Υ. και οι Πανεπιστημιακοί γιατροί. Η καταγραφή του στελεχιακού δυναμικού δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί γιατί το δυναμικό αυτό εξυπηρετεί και τις ανάγκες της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη παρέχεται επιπλέον από 36 κύριους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθένειας και διαφοροποιείται ως προς τον τρόπο και το είδος της παροχής. Οι δικαιούχοι περίθαλψης ανέρχονται σε 10.594.000 άτομα. Επιπλέον υπάρχουν 30 μικρότεροι φορείς. Εκφράζονται αμφιβολίες για την αξιοπιστία των στοιχείων λόγω απουσίας έγκυρου μηχανισμού συλλογής και ενημέρωσης των ασφαλισμένων, και για τη δυνατότητα νόμιμης ή παράνομης εγγραφής σε περισσότερους του ενός φορέων.

Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας, μπορούν να λάβουν όλοι οι ασφαλισμένοι από το Ε.Σ.Υ., τα Δημοτικά Ιατρεία και άλλους φορείς.

Σε αυτές τις συνθήκες, οι φορείς ασφάλισης ασθένειας αδυνατούν να λειτουργήσουν ως ικανοί καταναλωτές ενώ η πολυδιάσπαση του ασφαλιστικού συστήματος δυσχεραίνει την όποια προσπάθεια της εποπτεύουσας αρχής να ασκήσει ενιαία πολιτική υγείας και να επιβάλλει ορθολογική διαχείριση και αποτελεσματικό έλεγχο. Επιπλέον, υπάρχουν σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ασφαλισμένων των ταμείων ως προς τις παροχές που δικαιούνται, τον αριθμό των γιατρών στους οποίους έχουν πρόσβαση και το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής τους, στις υποδομές που μπορούν να χρησιμοποιήσουν και στα ποσά των άμεσων πληρωμών που πρέπει να καταβάλλουν. Σύμφωνα με μελέτες, η υψηλή οικονομική επιβάρυνση για υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, έχει σαν αποτέλεσμα τον αποκλεισμό από τη χρήση υπηρεσιών για λόγους όπως αδυναμία πληρωμής, κόστος χρόνου, απόσταση, δυσχέρεια πρόσβασης.

Το Ι.Κ.Α. διαθέτει 5 νοσοκομεία , 42 νομαρχιακές μονάδες υγείας και άλλες 50 δορυφορικές (πολυϊατρεία και διαγνωστικά εργαστήρια), δομή η οποία είναι προσανατολισμένη στην κάλυψη του αστικού πληθυσμού. Οι μονάδες λειτουργούν για 12 ώρες ημερησίως ενώ τις υπόλοιπες ώρες ο πληθυσμός καλύπτεται από τους Σταθμούς Πρώτων Βοηθειών (Σ.Α.Β.) οι οποίοι είναι λειτουργικό μέρος των



νομαρχιακών μονάδων υγείας. Τα Σ.Α.Β. υπολειπονται αφού οι ασφαλισμένοι προτιμούν να εξυπηρετηθούν από τα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και τις Ιδιωτικές κλινικές με τις οποίες είναι συμβεβλημένο το Ι.Κ.Α.

Το ίδρυμα διαθέτει Κέντρο Προστασίας Μάνας και Παιδιού, Κέντρο Προγεννητικού Ελεγχου, Κέντρα Μαστού, Κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής, Διαγνωστικό Κέντρο και Ιατρικής της Εργασίας, Μονάδα Προληπτικής Ιατρικής, Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού, Διαγνωστικά Πνευμονολογικά Κέντρα, Γραφεία Κοινωνικής Μέριμνας και 2 γραφεία συντονιστών υγείας. Διαθέτει επίσης συμβάσεις με πάνω από 2.800 ιδιωτικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και φυσιοθεραπευτήρια, για υπηρεσίες που δεν παρέχονται από τις δομές του. Ως προς τις κτηριακές εγκαταστάσεις παρατηρείται μεγάλη έλλειψη χώρου, ακαταλληλότητα χώρων και ανεπαρκώς συντηρημένα κτήρια. Ο τεχνολογικός εξοπλισμός του, αν και υψηλής ποιότητας σε γενικές γραμμές εμφανίζεται άνισα κατανομημένος. Οι μονάδες του στελεχώνονται από 8.077 ιατρούς (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων) πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και 5.000 μερικής απασχόλησης με δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου (Τούντας και συν. 2008).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα στοιχεία που προκύπτουν από μια έρευνα που έγινε σε καρδιολογικά εξωτερικά ιατρεία τεσσάρων μεγάλων νοσοκομείων της Αθήνας το χρονικό διάστημα Μαΐου-Ιουνίου 2001, με πληθυσμό αναφοράς 300 ασθενείς που έκαναν χρήση των εξωτερικών ιατρείων με μόνιμο τόπο διαμονής εκτός Αθηνών. (Πιερράκος- Υφαντόπουλος 2007). Το 49% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι έχουν προσωπικό γιατρό στην Αθήνα. Περίπου το 49% προσήλθε στα εξωτερικά ιατρεία με παραπεμπτικό από το γιατρό τους, το 25% από δική του πρωτοβουλία, και το 23% περίπου με παραπεμπτικό. Ας σημειωθεί ότι οι προσερχόμενοι επιβαρύνθηκαν ένα αρκετά μεγάλο κόστος μεταφοράς. Οι ερωτώμενοι πίστευαν ότι στην Αθήνα προσφέρονται καλύτερες υπηρεσίες και ενώ βαθμολόγησαν με μικρό βαθμό (5,34 στη δεκάβαθμη κλίμακα) το Κ.Υ. του τόπου κατοικίας τους, έδωσαν μεγάλο βαθμό στις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων (8,23). Τα μεγάλα ποσοστά παραπομπών ουσιαστικά θεωρούνται προτροπή των λειτουργών Π.Φ.Υ. του τόπου κατοικίας, για αναζήτηση υπηρεσιών στην Αθήνα. Από την έρευνα, φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή ένδειξη για προβληματική λειτουργία των δομών της Π.Φ.Υ. στην επαρχία, με συνακόλουθο την αντίστοιχη επιβάρυνση των μονάδων Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας της Αθήνας, οι οποίες επιβαρύνονται πέρα από τα όρια αντοχής τους με ταυτόχρονη αύξηση του κόστους λειτουργίας τους και αύξηση της λίστας προγραμματισμένων επισκέψεων και του χρόνου αναμονής.

### **2.3. Βασικές προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της Π.Φ.Υ.**

Από την αδυναμία εφαρμογής της μεταρρυθμιστικής πρότασης της επιτροπής της Κοινωνίας Των Εθνών το 1929 μέχρι σήμερα, γίνεται λόγος για την αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος χωρίς τελικά να οδηγούμαστε σε ένα σύστημα που να είναι αποδοτικό, να διασφαλίζει την αρχή της ισότητας, την ποιότητα των υπηρεσιών και να απολαμβάνει αισθήματος ικανοποίησης και εμπιστοσύνης.



Το 1983, μέσα σε ένα γενικότερο κλίμα πολιτικής και κοινωνικής αισιοδοξίας από τον άνεμο των υποσχόμενων αλλαγών που θα ενδυνάμωναν το κράτος πρόνοιας και θα έθεταν τους πολίτες σε μια ισότιμη βάση δικαίου, ιδρύθηκαν τα Κ.Υ. με στόχο την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όμως, μέχρι σήμερα ακόμα γίνονται συζητήσεις για την ανάγκη ανάληψης του ρόλου τους όπως έχει διατυπωθεί στον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ. Θα έλεγε κανείς ότι εκλαμβάνονται σαν κτηριακές και όχι λειτουργικές οντότητες, σαν νοσοκομειακή προέκταση μειωμένων δυνατοτήτων. Φαίνεται να σέρνονται ουραγοί πίσω από ένα νοσοκομειοκεντρικό σύστημα υγείας, χωρίς ουσιαστική κουλτούρα πρωτοβάθμιας και πολλές φορές απολαμβάνουν της μη εμπιστοσύνης του πληθυσμού στον οποίο αναφέρονται αλλά και της απαξίωσης των λειτουργιών τους.

Για είκοσι πέντε και πλέον χρόνια ορίζονται οι ίδιες προϋποθέσεις αναμόρφωσης του συστήματος προς μια λειτουργική κατεύθυνση, τις οποίες ίσως είναι χρήσιμο να ξαναθυμηθούμε. Οι ίδιες προϋποθέσεις μάλιστα απαιτούνται για την αναμόρφωση όλου του συστήματος υγείας, υποσύνολο του οποίου είναι η Π.Φ.Υ.

Χρειάζεται λοιπόν μια γενναία μεταρρύθμιση αποδεκτή από όλους τους κοινωνικούς εταίρους και τις ομάδες συμφερόντων, ώστε να εξασφαλιστεί η μέγιστη δυνατή συναίνεση και η συνέχειά της στο χρόνο, προς ένα κοινό όραμα ανεξάρτητα από πρόσωπα και κόμματα εξουσίας. Για να επιτευχθεί αυτό, προϋποτίθεται διάλογος με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, τους κοινωνικούς εταίρους και τα πολιτικά κόμματα, απαλλαγμένος από τις κορπορατιστικές επιρροές, μικροκομματικών και συντεχνιακών συμφερόντων, με τολμηρό βλέμμα στα προβλήματα και τις ρεαλιστικά προσφερόμενες λύσεις τους, χωρίς ιδεολογικές αγκυλώσεις και με πρόθεση αξιοποίησης της διεθνούς εμπειρίας.

Απαιτείται ισχυρή πολιτική βούληση ικανή να ξεκινήσει το εγχείρημα, να εξασφαλίσει τον διάλογο, να νομοθετήσει με γενναιότητα. Γενναίες αποφάσεις πρέπει να παρθούν και για τον τρόπο χρηματοδότησης του συστήματος, τον προσδιορισμό του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας, την απαλοιφή των γραφειοκρατικών δυσλειτουργιών καθώς και την εφαρμογή μεθόδων total quality management.

Τέλος, χρειάζεται η ουσιαστική περιφερειακοποίηση του συστήματος με ουσιαστικές αρμοδιότητες στη λήψη αποφάσεων και τη διαχείριση των οικονομικών, και με αποτελεσματικό συντονισμό της οριζόντιας διασύνδεσής του με άλλες μονάδες και οργανισμούς που μπορούν να εμπλακούν στη φροντίδα υγείας.

## **2.4. Υφιστάμενες αδυναμίες του συστήματος Π.Φ.Υ.**

Η συζήτηση στο παρελθόν, ανέδειξε ως «αγκάθια» για την ουσιαστική αναμόρφωση του συστήματος, **την ενοποίηση των ταμείων και τον διαχωρισμό των κλάδων υγείας τους από τους κλάδους πρόνοιας**. Αυτό θεωρήθηκε απαραίτητο μέτρο για να εκπληρωθεί το κριτήριο της ισότητας στην παροχή και ταυτόχρονα να εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση του συστήματος. Όσες φορές όμως και αν ήρθε η πρόταση στο προσκήνιο, ξεσήκωσε θύελλα αντιδράσεων, τόσο από τους γιατρούς του Ι.Κ.Α. υπό το φόβο της αλλαγής του εργασιακού καθεστώτος τους, όσο και από τους ασφαλισμένους των «ευγενών» ταμείων υπό τον φόβο της



μείωσης των παροχών. Επιπλέον, μια τέτοια ρύθμιση εκτιμήθηκε ότι θα έχει υψηλό διοικητικό κόστος.

Ένα άλλο σημείο κλειδί, είναι ο **νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος και η απουσία κουλτούρας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αγωγής υγείας**, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση του ρόλου της Π.Φ.Υ. και τελικά την απαξίωσή της. Η διοικητική υπαγωγή των Κ.Υ. στα νοσοκομεία τα οδήγησε στην αναπαραγωγή ενός νοσοκομειοκεντρικού μοντέλου, εντελώς ακατάλληλο για την επίτευξη των στόχων και σκοπών της Π.Φ.Υ. Θα πρέπει να θεωρηθεί, ότι η σχέση μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας είναι ισόβαρη και ότι οι δραστηριότητες της πρώτης είναι εξίσου σημαντικές με της δεύτερης και η άποψη αυτή να εκφραστεί με την ύπαρξη ενός ρυθμιστικού νομικού πλαισίου. Διαχωρισμός είναι σωστό να γίνει και στην κατάρτιση του προϋπολογισμού των δαπανών για την υγεία ώστε η Π.Φ.Υ. να κατοχυρώσει το κομμάτι που της αναλογεί ( Φιορέτος και συν. 1994).

Ένα σύστημα είναι αποδοτικό όταν δεν καταναλώνει πολλούς πόρους ή δεν πληρώνει στους ιδιοκτήτες των πόρων υψηλές αμοιβές. Σύμφωνα με το παραπάνω οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας έχουν αποτύχει σε αυτό, πράγμα που αποδεικνύεται από τα μεγάλα περιθώρια κέρδους των εταιριών, την αλόγιστη συνταγογράφηση και κατανάλωση φαρμάκων, την υπερβολική χρήση ακριβών διαγνωστικών εξετάσεων και την υπερκατανάλωση των υπηρεσιών γενικότερα. **Η ρύθμιση της ζήτησης** αφορά τόσο τους χρήστες όσο και τον πάροχο, κυρίως όμως αφορά το σύστημα στο σύνολό του.

**Η Κοινωνική και η Οικογενειακή** (Γενική) Ιατρική, κύριες συνιστώσες της Ιατρικής στην Κοινότητα, θα πρέπει να αναπτυχθούν παράλληλα και σε συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες, με ξεκάθαρο θεσμικό πλαίσιο πεδίου δράσης. Ταυτόχρονα, το περιεχόμενο της εκπαίδευσης για τις παραπάνω ειδικότητες ,καθώς και της επιμόρφωσης για τους υπόλοιπους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι εκσυγχρονισμένο και να κατευθύνει σε σαφείς στόχους, σύμφωνους με τις αρχές της Π.Φ.Υ. Είναι σημαντικό να προσδιοριστούν οι αρμοδιότητες και οι σχέσεις των διαφόρων κατηγοριών προσωπικού υπό την οπτική της δημιουργίας της νέας κουλτούρας.

Η απουσία συστηματικών **παρεμβάσεων για την πρόληψη** χρόνιων νοσημάτων υποθηκεύουν το μελλοντικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού και κάνουν την υγεία να φαίνεται ατομική ευθύνη (Σουλιώτης 2003, 2004). Προκειμένου η **παρέμβαση στην κοινότητα** να είναι στοχευμένη και εξειδικευμένη και άρα αποτελεσματική, απαιτείται η κατάρτιση προγραμμάτων που να λαμβάνουν υπόψη τους τα δημογραφικά στοιχεία, τη νοσηρότητα και τις ιδιαίτερες ανάγκες του πληθυσμού αναφοράς.

Το ήδη ισχυρό ιατρικό σώμα και επηρεάζει τις ισορροπίες όχι μόνο με τους χρήστες αλλά και με τις υπηρεσίες ως θεσμό και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Το πρόβλημα επιδεινώνεται με την έλλειψη ορθολογικής **πολιτικής στελέχωσης** και την υποστελέχωση, την άνιση κατανομή προσωπικού, το φαινόμενο των αποσπάσεων και μετακινήσεων του προσωπικού. Επιπλέον, η διεύθυνση των ΚΥ ασκείται από γιατρό ο οποίος καταλαμβάνει την θέση με βάση επιστημονικά προσόντα και ιατρική εμπειρία που όμως δεν εξασφαλίζουν διοικητική ικανότητα και μάλιστα με προσανατολισμό στην ΠΦΥ.( Μωραΐτης & συν 1995).

Η μη ανάπτυξη των Κ.Υ. Αστικού τύπου ή **δικτύων ΠΦΥ** έχει εμποδίσει την καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Η αδράνεια του **θεσμού του οικογενειακού γιατρού** ως διαχειριστή των αναγκών και πλοηγού του χρήστη στο σύστημα, αλλά και ως gate keeper, σε συνδυασμό με την απουσία πρωτοκόλλων



διάγνωσης και θεραπείας και την έλλειψη συστήματος παραπομπών , έχει σαν αποτέλεσμα την άσκοπη περιπλάνηση του ασθενή στο σύστημα, την διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων που δεν είναι απαραίτητες, τον πληθωρισμό επισκέψεων, την αυξημένη ιδιωτική δαπάνη, την ασυνέχεια στην φροντίδα και τελικά την κατασπατάληση πόρων και την μειωμένου βαθμού ικανοποίηση από την παροχή. Η απουσία δομών που να λειτουργούν τις απογευματινές και βραδινές ώρες έχει σαν συνέπεια την προσφυγή σε ιδιώτες ή τον συνωστισμό στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Οι **παρεχόμενες υπηρεσίες** σήμερα, καθιλώνονται στο επίπεδο της αναπαραγωγής της συνταγογραφίας και της διάγνωσης και θεραπείας, όχι με πάντα αποτελεσματικό τρόπο, αφού συχνά δεν υπάρχει η δυνατότητα ολοκληρωμένης διάγνωσης ούτε και η ουσιαστικά λειτουργική διασύνδεση με τα νοσοκομεία. Επιπλέον, δεν υπάρχει καμία δράση που να κατευθύνεται στην προσπάθεια συνέχειας στην φροντίδα. Η απουσία κουλτούρας και ομάδων επαγγελματιών υγείας κάνουν τις όποιες προσπάθειες εφαρμογής προγραμμάτων να φαίνονται υπόθεση κάποιων ιδεαλιστών ενώ συχνά προσκρούουν στις αντιδράσεις των προϊσταμένων αλλά και των συναδέλφων. Τέλος, η μη αξιολόγηση των υπηρεσιών συντελεί στην αναπαραγωγή του υφιστάμενου μοντέλου παροχής Π.Φ.Υ., το οποίο όμως δεν είναι αποδοτικό και αποτελεσματικό. ( Σουλιώτης 2003, Θεοδωράκης 2006)

Ως προς την ποιότητα και καταλληλότητα των παροχών, είναι χαρακτηριστική η απουσία συστημάτων καταγραφής και μοντέλων αξιολόγησης της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών σε όλα τα επιμέρους σημεία της. Ως προς την ικανοποίηση του χρήστη, η υψηλή ιδιωτική δαπάνη τεκμηριώνει αρνητικά συμπεράσματα.

Πριν όμως από όλα αυτά το μεγάλο ερώτημα που τίθεται είναι στο πως η πολιτική υγείας που ακολουθείται απαντά στο ζήτημα της διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας γενικά, και των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ειδικότερα. Να αναγνωρίσει δηλαδή, Πώς, Γιατί και από Ποιους δημιουργείται η ζήτηση ώστε να αξιοποιήσει τις απαντήσεις για το σχεδιασμό και προγραμματισμό της παραγωγής υπηρεσιών υγείας. Οι μέθοδοι σχεδιασμού βοηθούν στο να προσδιοριστούν οι δυνατότητες ενώ ο προγραμματισμός είναι σημαντική συνιστώσα στη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας, όπως επίσης και η διαχείριση με στόχους και η αξιολόγηση.

Σαν **αξιολόγηση** ορίζεται η αποτίμηση του αν κατά πόσο ο στόχος της υπηρεσίας που είναι η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού πραγματοποιήθηκε. Η αξιολόγηση της περίθαλψης εκτείνεται στις δομές, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Η αποτίμηση γίνεται ως προς την εκτίμηση των προσφερόμενων πόρων, ως προς την ποσοτική και ποιοτική εκτίμηση των προσφερόμενων υπηρεσιών αλλά και του κόστους τους, καθώς και ως προς τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί μια υπηρεσία να προσφέρει, αλλά ταυτόχρονα να κοστίζει τόσο ώστε να είναι απαγορευτική στην εφαρμογή της. Γι αυτό και είναι σημαντική η οικονομική αξιολόγηση, η ανάλυση δηλαδή κόστους--οφέλους, κόστους --αποτελεσματικότητας και κόστους -- χρησιμότητας, ώστε να συμβάλλουν στην αναδιανομή των πόρων ( Γεωργούση , Κυριακόπουλος 1991).

Ως προς την **ποιότητα**, εννοείται η παροχή επιστημονικά τεκμηριωμένης φροντίδας με διαδικασίες που να σέβονται την προσωπικότητα του ασθενή και να είναι στο πνεύμα της ορθολογικής κατανομής των πόρων. Το γεγονός ότι περιλαμβάνει πολλές παραμέτρους και ταυτόχρονα είναι υποκειμενική, την κάνει δύσκολα μετρήσιμη και μας οδηγεί στην ανάγκη αξιολόγησης μέσω κριτηρίων για όλες τις επιμέρους διαδικασίες που ενέχονται στην πορεία του χρήστη στο σύστημα. Οι ολικής ποιότητας διαδικασίες πρέπει να εξασφαλίζουν την ικανοποίηση των χρηστών ως προς τις τρέχουσες αλλά και τις μελλοντικές ανάγκες τους. Όμως « ...η



*βασική αρχή της διαχείρισης ολικής ποιότητας -σωστό από την αρχή- είναι απραγματοποίητη σε έναν τομέα που όλα είναι λάθος από την αρχή...»(Τσαλίκης 2003).*

Σε έναν χώρο υγείας η εφαρμογή μεθόδων ποιότητας εκτείνεται στα κλινικά επίπεδα, το φυσικό περιβάλλον, την ικανοποίηση των χρηστών, την ανάπτυξη του προσωπικού και τη σχέση με τους χρήστες. Η **ικανοποίηση των ασθενών** είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας, την πρόσβαση και την χρήση των υπηρεσιών αλλά και τη συνεργασία αυτών που παρέχουν φροντίδα. Οι προσπάθειες των οργανισμών θα πρέπει να στρέφονται όχι μόνο στη διαχείριση αλλά και στην βελτίωση της ποιότητας (Παπανικολάου 2003).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 3.1. Η Μεταρρύθμιση

Από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. έως τώρα, 25 χρόνια μετά, γίνεται πολύς λόγος για την ανάγκη εκσυγχρονισμού του, είτε σε ακαδημαϊκό επίπεδο, είτε σε επίπεδο νομοθετικών παρεμβάσεων. Ενώ τα προβλήματα εντοπίζονται και υπάρχουν προτάσεις οι παρεμβάσεις φαίνονται να γίνονται αποσπασματικά και ανακόλουθα, ώστε κάθε φορά να μιλάμε για μεταρρύθμιση της μεταρρύθμισης, και να καταλήγουμε σε απορύθμιση με ταυτόχρονα διαιώνιση της υφιστάμενης κατάστασης. Η κατ αρχήν συμφωνία όλων ως προς τους στόχους της πολιτικής υγείας, στην πράξη μετατρέπεται σε πεδίο ασυμφωνίας και τελικά αυτό που διαπιστώνεται είναι το έλλειμμα πολιτικής σε επίπεδο λήψης αποφάσεων, θεωρητικών επεξεργασιών και εμπειρικών μελετών για τον έλεγχο τους (Σισσούρας –Καρόκης 1997).

Οι προτάσεις απευθύνονται τόσο στο οργανωτικό όσο και στο χρηματοδοτικό επίπεδο και διακρίνονται σε τέσσερα επίπεδα (Γεωργούση 1997):

✓ Πρόταση **διοικητικής ρύθμισης** με εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, οργανωτικό και λειτουργικό πρότυπο ανάλογο του Κ.Υ. με δομή σαν τμήμα του Ε.Σ.Υ.. Όμως έτσι αναπαράγεται η γραφειοκρατία και δεν λαμβάνονται υπ όψιν οι συνθήκες της αγοράς.

✓ Πρόταση **λειτουργικής ρύθμισης** με εφαρμογή του θεσμού οικογενειακού γιατρού ως αποκλειστικού διαμεσολαβητή, με εντολή διαχείρισης προϋπολογισμών κατά το βρετανικό πρότυπο. Όμως στην προσαρμογή του στην Ελληνική πραγματικότητα εκτιμάται ότι το Βρετανικό σύστημα θα υποστεί στρεβλώσεις και τα ισχύοντα καταναλωτικά πρότυπα και οι συμπεριφορές του ιατρικού σώματος θα καταστήσουν έως και ανέφικτο τον διαμεσολαβητικό ρόλο του οικογενειακού γιατρού.

✓ Πρόταση **οργανωτικής ενοποίησης** με εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, οργανωτική συνένωση των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. κατά γεωγραφική περιοχή, και απορρόφηση των πολυϊατρείων του Ι.Κ.Α. από το Ε.Σ.Υ. Η πρόταση αυτή όμως, προσκρούει στα προβλήματα της ασφάλισης υγείας και δεν λαμβάνει καθόλου υπ όψιν την δυσκολία απορρόφησης ενός ήδη ανεπτυγμένου και με σύνθετη δομή οργανισμού (Ι.Κ.Α.) και του μετασχηματισμού του σε ένα νέο οργανωτικό σχήμα.

✓ Πρόταση **ελεγχόμενης ρύθμισης** με εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, απορρόφηση των υπαρχουσών δομών προς την κατεύθυνση του Ι.Κ.Α. και δημιουργία Δικτύων Π.Φ.Υ. με βάση τα πολυϊατρεία του. Οι ενστάσεις καταγράφουν τις επιφυλάξεις για την εξομοίωση της ποιότητας υπηρεσιών με αυτές που παρέχει το Ι.Κ.Α., και την υπάρχουσα διαχειριστική και διοικητική δυνατότητα που χαρακτηρίζονται ως χαμηλού επιπέδου.



## 3.2. Μεταρρυθμιστικές Προτάσεις

### 3.2.1. Η πρόταση της Διεθνούς Επιτροπής

Το 1994 και κατά παραγγελία της κυβέρνησης, επιτροπή ξένων εμπειρογνομόνων επισκέπτεται τη χώρα μας με σκοπό την διερεύνηση των προβλημάτων του συστήματος υγείας και την διατύπωση προτάσεων για αύξηση της ικανοποίησης του πληθυσμού χωρίς όμως να προκύψει πρόσθετο οικονομικό κόστος. Η επιτροπή Abel-Smith συντάσσει έκθεση στην οποία διαπιστώνει ότι, το ελληνικό σύστημα υγείας προσανατολίζεται στην θεραπεία και χαρακτηρίζεται από απουσία παρεμβάσεων για τη δημόσια υγεία, πληθωρισμό γιατρών ειδικοτήτων, αντιδεοντολογικές συμπεριφορές και υπανάπτυκτη Π.Φ.Υ. Κάνει αναφορά στην απουσία συνέχειας στη φροντίδα και εντοπίζει το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Η επιτροπή τονίζει την αναγκαιότητα για στροφή στην Π.Φ.Υ. και τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού. Εισηγείται την ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων σε ένα ενοποιημένο ταμείο υγείας, την αλλαγή του θεσμικού πλαισίου των νοσοκομείων ως προς την οργάνωση και τις αμοιβές του προσωπικού, την οργάνωση της Π.Φ.Υ. με έμφαση στην ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Οι οικογενειακοί γιατροί θα εργάζονταν ιδιωτικά στο ιατρείο τους, με λίστα ασφαλισμένων και θα αμείβονταν κατά κεφαλή.

Για τη διαχείριση του νέου ταμείου προϋπόθεση θα ήταν η δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.) στον οποίο θα εντάσσονταν σε πρώτη φάση τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία, και σε δεύτερο χρόνο εθελοντικά τα υπόλοιπα με μεταβίβαση όλων των πόρων που προορίζονταν για την περίθαλψη των ασφαλισμένων τους. Προέβλεπε τη σύσταση και λειτουργία περιφερειακών υγειονομικών συμβουλίων με ουσιαστικές αρμοδιότητες και την ευθύνη διαχείρισης των πόρων που θα τους εκχωρούσε ο Ε.Φ.Υ. Σκοπός του Ε.Φ.Υ. θα ήταν η οργάνωση, η χρηματοδότηση και ο έλεγχος της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η διαχείριση των πόρων της υγείας.

Οι ασφαλισμένοι κάθε χρόνο θα είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν τον Γενικό-Οικογενειακό γιατρό της αρεσκείας τους, ο οποίος θα μπορούσε να απασχολεί το προσωπικό που επιθυμούσε, θα ήταν υπεύθυνος για την υγεία τους και θα είχε την ευθύνη παραπομπής τους σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Θα είχε ετήσιες συμβάσεις με το Ταμείο Υγείας και θα αποζημιωνόταν από αυτό εκ των προτέρων με βάση των αριθμό των εγγεγραμμένων κατοίκων στον κατάλογό του. Θα του παρεχόταν προϋπολογισμός για να αγοράζει φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις για τους ασθενείς του. Προτεινόταν μάλιστα η δημιουργία ενός σώματος 5.000-6.000 γιατρών αυτής της ειδικότητας.

Για την πραγματοποίηση της μεταρρύθμισης προτεινόταν εντατικά προγράμματα εκπαίδευσης για τα διοικητικά στελέχη, τους γιατρούς δημόσιας υγείας και τους γιατρούς γενικής ιατρικής. Επί πλέον κρινόταν απαραίτητη η θέσπιση ειδικότητας οικογενειακής ιατρικής και η σύσταση ενός θεσμικού οργάνου, υπεύθυνου για την τήρηση του κώδικα ιατρικής δεοντολογίας.

Το κόστος υλοποίησης της μεταρρύθμισης εκτιμήθηκε ότι θα καλύπτονταν από τα ποσά που θα προέκυπταν από τον έλεγχο των δαπανών για φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις (Abel- Smith 1994).



### 3.2.2. Η συζήτηση

Η πρόταση, θεωρήθηκε, (Νιάκας 1995) ότι δεν έλαβε υπόψη της την ιστορική παράδοση του Ελληνικού συστήματος υγείας το οποίο αναπτύχθηκε μέσω του θεσμού της κοινωνικής ασφάλισης κατά το μοντέλο (Bismark) τη γεωγραφική και χωρική κατανομή του πληθυσμού, τις υπάρχουσες δυνατότητες και το οικονομικό περιβάλλον. Διατυπώνονται ερωτήματα για τον αριθμό των Γενικών Γιατρών και τον τόπο και τρόπο εκπαίδευσής τους σε σχέση με τις απαιτήσεις που εγείρει η πρόταση, καθώς και για τον ρόλο του Ι.Κ.Α. Αυτό, σε συνδυασμό με το σύστημα των παραπομπών εκτιμήθηκε ότι θα αυξήσει τη δυσαρέσκεια των χρηστών και την οικονομική επιβάρυνση του συστήματος. Επιπλέον χαρακτηρίζει ότι «...είναι αδικαιολόγητο και ξεφεύγει κάθε ορίου κοινής λογικής η πρόταση για την ύπαρξη προϋπολογισμών» Ο Γ. Φιλαλήθης (1995) ασκεί κριτική στην πρόταση λέγοντας «...ότι δεν προσθέτει τίποτα νέο- κομίζει γλαύκας εις Αθήνας...» και επισημαίνει ότι δεν έχει γίνει πρόβλεψη για το μεταβατικό στάδιο σε περίπτωση εφαρμογής της. Ταυτόχρονα, ασκεί κριτική στην άποψη του Δ. Νιάκα ως προς τις απόψεις του για τους Γενικούς Γιατρούς, την εκπαίδευσή τους και τον ρόλο τους και τον κατηγορεί ότι «...τάσσεται Υπέρ της διατήρησης του status quo...» και ότι αν και επικαλείται το πρότυπο Bismark για τις αστικές περιοχές υπερασπίζεται το ΕΣΥ για τις αγροτικές, το οποίο κινείται στα πρότυπα του μοντέλου Beveridge.

### 3.2.3. Η πρόταση της Ελληνικής Επιτροπής

Στο μεταξύ, το 1995, συγκροτείται με απόφαση του υπουργείου Υγείας «Επιτροπή Οικογενειακού Γιατρού και Ανάπτυξης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» με πρόεδρο τον Ε. Μωραΐτη και έργο την διατύπωση μιας πρότασης για την μεταρρύθμιση του συστήματος που θα εξασφάλιζε το δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος, ένα ευρύ φάσμα ποιοτικών υπηρεσιών και την ικανοποίηση του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, στόχος ήταν να εξασφαλιστεί για όλους τους πολίτες η δυνατότητα ιατρικής περίθαλψης, εργαστηριακών εξετάσεων, υπηρεσιών ειδικοτήτων, πρόληψης, νοσηλείας, αποκατάστασης, κοινωνικής φροντίδας και επείγουσας περίθαλψης σε 24ωρη βάση. Η ποιότητα θα εξασφαλιζόταν από την ενσωμάτωση μηχανισμών όπως συνεχιζόμενη εκπαίδευση, πρωτόκολλα, διαδικασίες ελέγχου. Τέλος η εξασφάλιση της ικανοποίησης του πληθυσμού θα αφορούσε την εύκολη πρόσβαση, το δικαίωμα επιλογής γιατρού, την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την απλούστευση των γραφειοκρατικών διαδικασιών, την δυνατότητα προσυνηνομένων επισκέψεων, την οργάνωση συστήματος παραπομπών και χορήγησης πιστοποιητικών, τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου, το σεβασμό της αξιοπρέπειας. Για τους σκοπούς αυτούς μελετήθηκαν δύο προτάσεις:



✓ Ένα σύστημα που να βασίζεται σε ιδιώτες γιατρούς που θα συμβάλλονταν με το σύστημα και θα παρείχαν υπηρεσίες από τα ιατρεία τους είτε μόνοι τους είτε σαν ομάδα. Τα πλεονεκτήματα σε μια τέτοια περίπτωση είναι η αξιοποίηση των υποδομών του ιδιωτικού τομέα, η εξασφάλιση της ελεύθερης επιλογής γιατρού και ο ποιοτικός ανταγωνισμός. Θεωρήθηκε ότι η καθιέρωση ενός συστήματος κινήτρων - αντικινήτρων και ενός συστήματος χρηματοδότησης μπορεί τελικά να εξασφαλίσει τη συγκράτηση των δαπανών, ιδιαίτερα των φαρμακευτικών, των παρακλινικών εξετάσεων, και αυτών από τη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών. Στα μειονεκτήματα αναφέρονται προβλήματα κουλτούρας, ειδικευσης των γιατρών, και εξασφάλισης του συνολικών επιθυμητών υπηρεσιών.

✓ Η άλλη πρόταση αφορούσε την δημιουργία ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου, με δημόσιο χαρακτήρα συστήματος Π.Φ.Υ. που θα βασίζεται σε ένα ευρύ δίκτυο Κ.Υ. με την επιφύλαξη όμως της εμφάνισης φαινομένων που σχετίζονται με τον κρατικό χαρακτήρα (διοικητική ακαμψία, γραφειοκρατία, υπαλληλοποίηση, κακή διαχείριση των πόρων, ανεπαρκής υποστήριξη, εξάρτηση από πολιτικές μεταβολές κ.α.).

Ομόφωνα η επιτροπή κατέληξε στο δεύτερο σενάριο και πρότεινε την σύσταση ενός ανεξάρτητου, εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας, **Οργανισμού Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας**, με αυτονομία της Π.Φ.Υ., έντονα αποκεντρωτικό χαρακτήρα και ισχυρή περιφερειακή διάρθρωση. Η χρηματοδότηση του οργανισμού θα γινόταν κυρίως μέσω του **Ενιαίου Φορέα Υγείας** με τη μορφή ετήσιας συνολικής αμοιβής για ένα πακέτο παροχών που θα προσφέρει στους ασφαλισμένους του (των φορέων που έχουν ενταχθεί σε αυτόν) τις οποίες θα αγοράζει από τον Οργανισμό Π.Φ.Υ. Άλλες πηγές χρηματοδότησης θα ήταν από το Υπουργείο, για επενδύσεις, εκπαίδευση και έρευνα, από παροχή υπηρεσιών σε μη δικαιούχους, και από κοινοτικού, εθνικού και τοπικού χαρακτήρα πόρους. Αν η δημιουργία ενός ενιαίου οργανισμού δεν ήταν εφικτή προτεινόταν εναλλακτικά η δημιουργία ανεξάρτητων Περιφερειακών Οργανισμών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ενός σε κάθε υγειονομική περιφέρεια, ενταγμένων στα οργανωτικά πλαίσια του Ε.Σ.Υ.

Οι υπηρεσίες θα παρέχονταν από τα Κ.Υ και τα Περιφερειακά Ιατρεία τους στις αγροτικές περιοχές και τα Πολυϊατρεία και τα Περιφερειακά τους οικογενειακά ιατρεία στις αστικές. Στα Κ.Υ και τα Πολυϊατρεία θα υπηρετούσαν γιατροί βασικών ειδικοτήτων και θα υπήρχε η δυνατότητα πραγματοποίησης βασικών εργαστηριακών εξετάσεων ενώ στα περιφερειακά θα υπηρετούσαν γιατροί γενικής ιατρικής (οικογενειακοί). Υπήρχε επίσης πρόβλεψη για τον εφοδιασμό των ασφαλισμένων με ηλεκτρονική κάρτα υγείας.

Για την εργασιακή σχέση και τον τρόπο αμοιβής των οικογενειακών γιατρών προτάθηκε η διατήρηση του εργασιακού καθεστώτος για όσους επιθυμούσαν να παραμείνουν, με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση με μόνιμη σχέση εργασίας και αμοιβή με μισθό. Οι νέοι γιατροί που θα εντάσσονταν στο σύστημα, θα ήταν πενταετούς σύμβασης εργασίας, με αμοιβή κατά κεφαλή και λίστα μέχρι 1.800 ασφαλισμένων. Θα εργάζονταν στα ιδιωτικά ιατρεία τους σε ομάδες και θα διέθεταν το αναγκαίο προσωπικό (Μωραΐτης και συν.1995).



### 3.2.4. Η συζήτηση

Για την πρόταση της δημιουργίας του Ε.Φ.Υ. διατυπώθηκε η άποψη ότι σαν νέος θεσμός θα είχε να αντιμετωπίσει νομικά, διοικητικά και οργανωτικά προβλήματα, να περάσει από στάδια προσαρμογής και αναθεώρησης και να αντιμετωπίσει δυσπιστία και άρνηση. Η Π.Φ.Υ. που ως θεσμός έχει ξεπεράσει τα προαναφερθέντα στάδια και έχει γίνει αποδεκτός, χρειάζεται μόνο ένα σύγχρονο οργανωτικό και λειτουργικό υπόδειγμα, που να ικανοποιεί τις ανάγκες και να καλύπτει τα υπάρχοντα κενά. Έπειτα, με τη δημιουργία του Ε.Φ.Υ. δίνεται λύση στα προβλήματα χρηματοδότησης και όχι στην εφαρμογή πολιτικής Π.Φ.Υ. η οποία ενδέχεται για άλλη μια φορά να θεωρηθεί δευτερεύουσας σημασίας ( Γεωργούση 1997).

Σε αντίθεση, άλλοι θεώρησαν τον Ε.Φ.Υ. σαν ευκαιρία –τομή για άσκηση πολιτικής υγείας υποστηρίζοντας ότι αν δεν γίνει μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών δεν μπορεί να βελτιωθεί το επίπεδο αποδοτικότητας των διατιθέμενων πόρων ούτε να επιτευχθεί η ισότητα στην πρόσβαση και στην χρήση καθώς και στο επίπεδο υγείας των πολιτών. Διαβλέπουν επίσης ότι με την σύσταση του Ε.Φ.Υ., μπορεί να δημιουργηθεί μία βάση ανάπτυξης σύγχρονων εργαλείων πολιτικής που η παραδοσιακή γραφειοκρατική δομή αδυνατεί να ενσωματώσει: Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας και καταλληλότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και έλεγχο της αποδοτικότητας στην χρήση των πόρων, αξιολόγηση της ιατρικής τεχνολογίας, εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών, καθορισμό δεικτών ώστε να μπορούν να γίνουν μετρήσεις. Και καταληκτικά, αν στόχος της μεταρρύθμισης είναι η διαχείριση των ελλειμμάτων τότε ο Ε.Φ.Υ. δεν έχει εφαρμογή (Σισσούρας, Καρόκης 1997).

Η υλοποίηση της προτεινόμενης μεταρρύθμισης θέτει ως προϋπόθεση τη σύσταση του Ε.Φ.Υ. και την συγκατάθεση των ασφαλιστικών οργανισμών, κυρίως του Ι.Κ.Α.. Με δεδομένες τις δυσκολίες του όλου εγχειρήματος, μελετήθηκε η εναλλακτική πρόταση η ανάπτυξη ολοκληρωμένων Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ( Κυριόπουλος, Γεωργούση 2000).

Κεντρικός πυρήνας του κάθε δικτύου θα ήταν ένα κέντρο υγείας ή ένα πολυϊατρείο του Ι.Κ.Α. στελεχωμένα με τις βασικές ειδικότητες, ενώ περιφερειακά θα παρείχαν υπηρεσίες υγείας οικογενειακοί γιατροί μόνοι τους ή σε ομάδες. Τα δίκτυα θα συνδέονταν με άλλα δίκτυα, πολυϊατρεία, νοσοκομεία και διαγνωστικά εργαστήρια προκειμένου να εξασφαλίζεται η ολοκληρωμένη και συνεχής φροντίδα. Η λειτουργία τους προσδιορίζεται σε ημερήσια βάση, ενώ θα εφημερεύουν εκ περιτροπής. Οι ασφαλιστικοί φορείς θα είχαν την υποχρέωση παροχής ενιαίας και επαρκούς δέσμης υπηρεσιών υγείας.

Ως προς το εύρος του πληθυσμού αναφοράς δικτύου, εκτιμήθηκε ότι μπορεί να είναι 10.000-50.000 άτομα, ενώ τονίστηκε η ανάγκη συνεκτίμησης της γεωγραφικής κατανομής και της πυκνότητας του πληθυσμού καθώς και των ιδιαιτεροτήτων του. Το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα, θα είναι ο γενικός-οικογενειακός γιατρός στον κατάλογο του οποίου είναι εγγεγραμμένος. Αυτός θα έχει την ευθύνη παραπομπής του για διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και εκτίμηση από γιατρό άλλης ειδικότητας σύμφωνα με προκαθορισμένα πρωτόκολλα. Επίσης θα έχει την ευθύνη της παραπομπής του σε νοσοκομείο καθώς και της συνέχειας στην φροντίδα. Σε έκτακτη ανάγκη ο χρήστης θα μπορούσε να παρακάμπτει τον γενικό γιατρό.



Βασικός άξονας του δικτύου αναδεικνύεται ο γενικός - οικογενειακός γιατρός που όμως, συγκρινόμενος με τα διεθνή πρότυπα δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην ανάγκες τις οποίες καλείται να καλύψει. Για το λόγο αυτό κρίθηκε αναγκαία η αναπροσαρμογή των εκπαιδευτικών και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων όχι μόνο των ιατρικών σχολών αλλά και όλου του φάσματος των επαγγελματιών υγείας που ενέχονται στην παροχή Π.Φ.Υ.

Η αποζημίωση των γιατρών προκύπτει από τον συνδυασμό μηνιαίου μισθού, κατά κεφαλήν αποζημίωσης, επιδόματος υπερωριακής απασχόλησης και ενός πρόσθετου ποσού που θα λειτουργεί σαν κίνητρο για την εφαρμογή προληπτικών ιατρικών πράξεων και δραστηριοτήτων.

Με τον τρόπο αυτό συγκρατείται η άσκοπη και ανεξέλεγκτη περιήγηση του χρήστη στο σύστημα που οδηγεί στην διάσπαση της συνέχειας στην φροντίδα, στην αδυναμία παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας, στην κατασπατάληση πόρων. Ταυτόχρονα εκπληρώνονται τα κριτήρια της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών καθώς και της ικανοποίησης του χρήστη.

Ως προς τα μειονεκτήματα της εγκατάστασης των δικτύων διατυπώνονται ερωτηματικά σε σχέση με τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα καθώς δεν προβλέπεται επίσημα μηχανισμός αξιοποίησης των δομών του. Η δυνατότητα απορρόφησης ιδιωτών γιατρών από τα δίκτυα εκτιμάται μικρή λόγω της πληθώρας των γιατρών του Ι.Κ.Α. Εκφράζονται επίσης φόβοι για την δημιουργία ενός ιατρικού σώματος πολλών ταχυτήτων με αφετηρία το διαφορετικό μισθολογικό καθεστώς για ίδιες εργασιακές συνθήκες, στοιχείο ικανό να αποσταθεροποιήσει το νέο σύστημα. Σαν προβλήμα επίσης, καταγράφεται η αρνητική εικόνα που υπάρχει για τις υποδομές και τις υπηρεσίες του ΙΚΑ ( Θεοδώρου 2000).

### 3.2.5. Η πρόταση της Λειτουργικής Ανασυγκρότησης

Οι Κ. Σουλιώτης και Χ Λιονής, έχουν δώσει μια πρόταση λειτουργικής ανασυγκρότηση της Π.Φ.Υ., με «εκμετάλλευση» των υποδομών του ΙΚΑ για τις αστικές περιοχές και ταυτόχρονα ενδυνάμωση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού:

Επισημαίνουν τη μεγάλη έκταση των απ' ευθείας ιδιωτικών πληρωμών και την ανεπάρκεια που δείχνει η κοινωνική ασφάλιση να καλύψει τις ανάγκες των πολιτών σε συνδυασμό με την περιορισμένη κρατική δυνατότητα, εξαιτίας των δημοσιονομικών προβλημάτων.

Ως προς την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών επισημαίνουν ότι αυτή γίνεται από ένα άτυπο δίκτυο που αποτελείται από τις δομές του Ε.Σ.Υ. για τις αγροτικές περιοχές και του Ι.Κ.Α. για τις αστικές. Το δίκτυο θα συμπληρώνεται με ιδιώτες που θα έχουν συμβάσεις με τα ταμεία που δεν διαθέτουν δικό τους μηχανισμό παραγωγής υπηρεσιών, ώστε να εξασφαλίζεται η επάρκεια και η ποιότητα των υπηρεσιών. Το δίκτυο, αν και διαθέτει ορθολογική χωροκατανομή, καλή πυκνότητα ιατρικού δυναμικού, και ικανοποιητικού επιπέδου τεχνολογία, δεν υπάρχουν δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας και απουσιάζουν ενέργειες με στόχο τη συνέχεια στη φροντίδα.

Από την άποψη της λειτουργικότητας, οι γενικοί και οικογενειακοί γιατροί αν και θα μπορούσαν να προσφέρουν ένα ικανοποιητικό πακέτο υπηρεσιών, αναλώνονται



στην αναπαραγωγή της συνταγογραφίας και την περίθαλψη. Σημαντικά στοιχεία είναι η απουσία κατευθυντήριων οδηγιών, προγραμμάτων συλλογής και ανάλυσης πληροφοριών, διαγνωστικών εργαλείων και μέσων διαλογής, η αποσπασματική ενασχόληση με προγράμματα αγωγής υγείας, η αδυναμία τεκμηρίωσης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης και της αξιολόγησης της κλινικής πράξης. Οι αδυναμίες και τα κενά στην προπτυχιακή, μεταπτυχιακή και δια βίου εκπαίδευση, αντανακλώνται στη συνολική εικόνα της σημερινής κατάστασης.

Κρίνουν ότι η πρόταση να ενταχθούν οι δομές του Ι.Κ.Α. στο Ε.Σ.Υ. θα προσκρούσει σε ένα φάσμα προβλημάτων, από το καθεστώς της ιδιοκτησίας και της χρήσης των μέσων παραγωγής, ως το εργασιακό καθεστώς των γιατρών και της αμφίβολης ποιότητας και ποσότητας υπηρεσιών, πλέον του εκτιμώμενου υψηλού διοικητικού κόστους ενός τέτοιου εγχειρήματος.

Από την άλλη, η συγκέντρωση των πόρων σε έναν ενιαίο φορέα διαχείρισης με την ελπίδα της ισχυρής διαπραγματευτικής δυνατότητας λόγω της υψηλής αντιπροσώπευσης, δεν έχει βάση μιας και το για Ι.Κ.Α., το οποίο διαθέτει μεγάλο αριθμό ασφαλισμένων δεν ισχύει κάτι τέτοιο εξαιτίας του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου. Επί πλέον, η ενιαιοποίηση των υπηρεσιών πέραν του ότι προσκρούει σε οικονομικά κοινωνικά και πολιτικά εμπόδια, δεν εξασφαλίζει την εκπλήρωση των κριτηρίων της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας.

Η όποια μεταρρυθμιστική κίνηση, επισημαίνεται ότι θα πρέπει να εξασφαλίζει ευχερή πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες με σχεδόν μηδενικό κόστος τη στιγμή της ανταλλαγής, με προσανατολισμό στον ασθενή και την οικογένειά του. Η δέσμη αυτή θα πρέπει να περιλαμβάνει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων αλλά και των μεγαλύτερων παραγόντων κινδύνου, τη συνέχεια στη φροντίδα και την ολοκληρωμένη φροντίδα, και όλα αυτά στο μοναδικό κοινωνικό, οικογενειακό, πολιτιστικό και ψυχολογικό περιβάλλον του χρήστη. Σημαντικοί άξονες στο αναμορφωμένο σύστημα θα είναι η **συντονισμένη και ελεγχόμενη κίνηση μέσα στο σύστημα και ο θεσμός του προσωπικού γιατρού**, ο οποίος αρχικά θα αμείβεται με έναν συνδυασμό μισθού και κατά κεφαλής αποζημίωση.

Στις αγροτικές περιοχές ο θεσμός θα καθιερωθεί στα Κ.Υ., με ανώτερο όριο ατόμων ανά γιατρό, που όμως ο ίδιος θα μπορεί να διευρύνει. Προτείνεται η καθιέρωση κινήτρων για τη διεύρυνση, καθώς και μηχανισμός ελέγχου και δυνατότητα τροποποίησης της κλινικής συμπεριφοράς για όσους δεν συμπληρώνουν τον ελάχιστο αριθμό ατόμων. Για τις αστικές περιοχές, προτείνεται η διαχείριση του θεσμού από τα ασφαλιστικά ταμεία, είτε μέσα από τις δομές τους, είτε μέσω συμβάσεων.

Σημείο κλειδί για το νέο σύστημα θα είναι η καθιέρωση ενός **συστήματος παραπομπών** προς άλλους ειδικευόμενους ή υπηρεσίες και η καθιέρωση αντικινήτρων για την παραβίασή του.

Άλλα σημεία, είναι η διεύρυνση του ωραρίου λειτουργίας των μονάδων, η καθιέρωση του ελέγχου της κλινικής αποτελεσματικότητας, οι μηχανισμοί που θα πρέπει να δημιουργηθούν για την υποστήριξη της υπάρχουσας γνώσης και την καθοδήγηση της ιατρικής πρακτικής, η ενδυνάμωση του θεσμού του νοσηλευτή στην κοινότητα, η δημιουργία των προϋποθέσεων για την τήρηση ιατρικού φακέλου, η καθιέρωση μηχανισμών πιστοποίησης των φορέων που θα έχουν το δικαίωμα πώλησης υπηρεσιών και των ιδιωτικών φορέων παραγωγής υπηρεσιών.

Αυτή η πρόταση της λειτουργικής ανασυγκρότησης της Π.Φ.Υ., φαίνεται να είναι μια ρεαλιστική λύση που μπορεί να τεθεί μεσοπρόθεσμα σε εφαρμογή. Αξιοποιεί τις υπάρχουσες υποδομές και δεν απαιτεί πόρους για την δημιουργία άλλων, ούτε



απειλεί το εργασιακό καθεστώς των γιατρών πράγμα που συνιστά σημείο τριβών. Εξασφαλίζει την αναβάθμιση της ποιότητας και εισάγει τον θεσμό του οικογενειακού γιατρού και τελικά μπορεί να αποτελέσει τη βάση για μια μελλοντική διοικητική μεταρρύθμιση (Σουλιώτης, Λιονής 2003).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ Π.Φ.Υ.

### 4.1. Η περίοδος από το 1834 μέχρι το 1940

Η εξέλιξη της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, ακολούθησε την εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος, όντας υποσύστημα του. Επηρεάστηκε δε, από τις πολιτικές τάσεις, τις οικονομικές συνθήκες, τις ιστορικές συγκυρίες, τις κοινωνικές εξελίξεις, τις συντεχνιακές πιέσεις, τις θεσμικές, οργανωτικές και διοικητικές δομές.

Η σύσταση του κράτους μετά τη Τουρκοκρατία, οι δύο Παγκόσμιοι πόλεμοι, η Μικρασιατική καταστροφή, ο εμφύλιος πόλεμος, η δικτατορία αλλά και το όλο πολιτικό περιβάλλον και η δημοσιονομική πολιτική, καθόρισαν τον τρόπο ανάπτυξης των δομών, την έκταση των παροχών, το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο όχι μόνο του συστήματος υγείας αλλά και όλων των παραμέτρων της κοινωνικής ασφάλειας.

Σε γενικές γραμμές, τις στιγμές που στην Ευρώπη άρχισε να σχηματίζεται και να εξελίσσεται το κοινωνικό κράτος, στην Ελλάδα, η ανάγκη και ο κίνδυνος αντιμετωπιζόταν από την οικογενειακή δομή και τους ισχυρούς δεσμούς της κοινότητας. Η αγροτική οικονομία έδωσε λύσεις στη φτώχεια και αργότερα η μετανάστευση, εσωτερική και εξωτερική, με αποτέλεσμα την αργοπορημένη αναγνώριση του αγαθού της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος και ως τομέα κρατικής ευθύνης (Βενιέρης 2003).

Η περίοδος από την Εθνική Απελευθέρωση ως το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου έχει να επιδείξει αποσπασματικές προσπάθειες εφαρμογής εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, ενώ όπως και στην Ευρώπη τα αισθήματα φιλανθρωπίας και φιλευσπλαχνίας των προνομιούχων έθεταν τις βάσεις για την ιδρυματική –νοσοκομειακή περίθαλψη, τη νοσηλευτική πρακτική και τον θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού.

Μετά την Επανάσταση του 1821, ο κυβερνήτης Ι. Καποδίστριας όντας ο ίδιος γιατρός, προβληματίστηκε με την οργάνωση του Τομέα Υγείας. Όμως η δολοφονία του τον πρόλαβε και τα οράματά του έμειναν ανεκπλήρωτα (Αλεξιάδου και συν 2006).

Η βασιλεία του Όθωνα στη συνέχεια, αναθέτει με νόμο το 1834 την υγειονομική προστασία του πληθυσμού στην τοπική αυτοδιοίκηση και το 1837 ιδρύεται η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών. Επιπλέον, το υπουργείο Εσωτερικών θεσπίζει αστυνομικά μέτρα, συστήνοντας την υγειονομική αστυνομία, διορίζοντας νομιάτρους και καθιερώνοντας τον υποχρεωτικό δαμαλισμό (Οικονόμου 2004). Το 1852 θεσπίζεται ο θεσμός του Επαρχιακού Γιατρού, χωρίς όμως να καλύπτονται οι ανάγκες των αγροτικών περιοχών, ενώ στις αστικές σε υποτυπώδη μορφή παρέχεται περίθαλψη από το πρώτο Δημοτικό Νοσοκομείο «Η Ελπίς». Την περίοδο αυτή πρωτοβάθμια περίθαλψη προσφέρουν τα μοναστήρια, με την οικονομική ενίσχυση της εκκλησίας και πρακτικούς γιατρούς που δραστηριοποιούνταν όμως κατά παράβαση των όρων της επιστήμης, γεγονός που είχε σαν αποτέλεσμα τις προστριβές με τους επιστήμονες και την δημιουργία κλίματος ανασφάλειας στον πληθυσμό. Παράλληλα έχουμε την ίδρυση δύο Περιφερειακών Ιατρείων στελεχωμένων με ένα γιατρό, έναν φαρμακοποιό και έναν χειρουργό με αποστολή την δωρεάν παροχή περίθαλψης (Αλεξιάδου και συν. 2006).



Το 1854 εκδηλώθηκε στην Αθήνα και τον Πειραιά επιδημία χολέρας για την αντιμετώπισή τους, το κράτος ιδρύει υγειονομία και λοιμοκαθαρθήρια. Η εποπτεία της δημόσιας υγείας ανατίθεται στο υπουργείο Εσωτερικών το οποίο λαμβάνει μέτρα για την άσκηση του ιατρικού, οδοντιατρικού, νοσηλευτικού, μαιευτικού, φαρμακευτικού και κτηνιατρικού επαγγέλματος για να καταπολεμηθεί η κυριαρχία των πρακτικών και χωρίς εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας. Το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα ιδρύονται νοσοκομεία όπως ο Άγιος Ανδρέας Πατρών, (1872), το Ζάνειο Πειραιά (1837), το Αιγινήτειο (1875), ο Ευαγγελισμός (1881), το Δρομοκαεΐτειο (1887), το Αρεταίειο (1895), το Παίδων Αγία Σοφία (1896) (Οικονόμου 2004).

Κατά τον Χ. Οικονόμου «...ο περιορισμός του ρόλου του κράτους, η λήψη κατασταλακτικών αστυνομικών μέτρων επιτήρησης και ελέγχου της υγείας, η σταδιακή ισχυροποίηση της θέσης του ιατρικού σώματος και η εκτεταμένη ιδιωτική πρωτοβουλία στην ίδρυση νοσηλευτικών ιδρυμάτων αποτελούν το τρίπτυχο της υγειονομικής πολιτικής του 19<sup>ου</sup> αιώνα στην Ελλάδα...».

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των προσφύγων συστήνεται η Υγειονομική Υπηρεσία της Γενικής Διοίκησης Εποικισμού στη Μακεδονία (1917) και υγειονομικές υπηρεσίες στη Χίο και τη Λέσβο. Το ίδιο διάστημα τα διάφορα Ταμεία Αλληλοβοήθειας που στο μεταξύ είχαν δημιουργηθεί, με πρώτο το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο το 1836, προσπάθησαν να λύσουν το Πρόβλημα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης για τους ασφαλισμένους τους μέσω συμβάσεων με ιδιώτες και οργάνωσης πολυιατρείων (Μωραΐτης και συν. 1995).

Προσπάθεια ουσιαστικής κρατικής μέριμνας με στόχο την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας εκδηλώνεται την δεκαετία του 1910 με την ίδρυση του Υπουργείου Περιθάλψεως το 1917 (Ν.748), και την υποχρεωτική καθιέρωση λήψης μέτρων ασφάλισης των εργαζομένων από τους εργοδότες, για τους κινδύνους της ζωής, της υγείας και της αναπηρίας. (Ν.3934/1911 «Περί υγιεινής και ασφάλειας των εργατών και περί ωρών εργασίας»). Με το Ν.281/14 «Περί Σωματείων» παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης αλληλοβοηθητικών σωματείων για την εξασφάλιση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, επιδομάτων κηδείας, ανεργίας και τοκετού και η θέσπιση εφάπαξ βοηθημάτων και συντάξεων γήρατος, αναπηρίας και θανάτου.

Με τον Ν.582/15 ιδρύεται στη Θεσσαλονίκη το γραφείο Δημόσιας Υγείας με σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων των επιδημιών στη Μακεδονία. Η έλευση όμως των 1.500.000 προσφύγων από τη Μ. Ασία το 1922, αναγκάζει την τότε κυβέρνηση να λάβει δραστικά μέτρα: Ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής που αναλαμβάνει να οργανώσει στην ύπαιθρο δομές για την παροχή υπηρεσιών υγείας χωρίς όμως τα οικονομικά προβλήματα της χώρας και το προσφυγικό ζήτημα να αφήνουν μεγάλα περιθώρια (Αλεξιάδου και συν. 2006).

Ο πρώτος σημαντικός σταθμός για την κοινωνική ασφάλιση υγείας είναι η καθιέρωση του Ν.551/15 «περί ευθύνης προς αποζημίωση των εξ ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων» που όμως προέβλεπε πολύ χαμηλές αποζημιώσεις. Το δεύτερο σημαντικό σημείο είναι ο Ν.2868/1922 «περί υποχρεωτικής ασφάλισης των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων» για επιχειρήσεις που απασχολούσαν πάνω από 70 εργαζόμενους. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία Ταμείων ανά επιχείρηση χωρίς να γενικευθεί η υποχρεωτική ασφάλιση λόγω του αριθμητικού ορίου που τέθηκε. Όμως ο νόμος εφαρμόστηκε ελλιπώς, οι παροχές ήταν χαμηλού ύψους και ποιότητας και ανομοιόμορφες. Ο μικρός αριθμός των ασφαλισμένων για κάθε ταμείο είχε σαν αποτέλεσμα την ανεπαρκή χρηματοδοτική βάση. Επιπλέον η ύπαρξη των ταμείων εξαρτήθηκε από τη βιωσιμότητα της επιχείρησης (Οικονόμου 2004).



Στον τομέα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην επαρχία για την κάλυψη κυρίως του αγροτικού πληθυσμού, η πρώτη κρατική παρέμβαση γίνεται το 1923 με την ψήφιση του νομοθετικού διατάγματος « Περὶ οργανώσεως της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας », που προέβλεπε την πρόσληψη κοινοτικών και δημοτικών γιατρών. Επειδή όμως δεν προβλεπόταν η εξασφάλιση των αναγκαίων πόρων, το βάρος μετατιθόταν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Το 1932, μετά την οικονομική κρίση του 1929, την ραγδαία συρρίκνωση του εισοδήματος των εργαζομένων, ακολούθησε η επιτακτική ανάγκη προστασίας του εργατικού εισοδήματος. Η κυβέρνηση Βενιζέλου ψηφίζει το Ν.6298 «Περὶ Ἰδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων» στο οποίο υπάγονται ὅλοι οι εργαζόμενοι στις ιδιωτικές επιχειρήσεις, ξεσηκώνοντας θύελλα αντιδράσεων ἀπὸ τους εργοδότες, που υποστήριζαν ὅτι η οικονομία θα καταρρεύσει αφού για τη βιομηχανία το βάρος των ασφαλιστικών εισφορών θα ήταν μεγάλο, ἀπὸ τους γιατρού, που υποστήριζαν ὅτι περιορίζεται η ελευθερία ἐπιλογῆς γιατρού, και ἀπὸ αὐτούς που υποστήριζαν ὅτι το κόστος των εργοδοτικών εισφορών θα μετακυλυθεὶ στους καταναλωτές (Μωραϊτης και συν.1995, Οικονόμου 2004). Τελικά ο νόμος δεν ἐφαρμόστηκε αφού ο Βενιζέλος ἔχασε τις ἐκλογές. Τελικά το Ι.Κ.Α. ἰδρύθηκε το 1937 και στηρίχτηκε στις ἀρχές της κοινωνικής ἀσφάλισης του Bismark.

Την ἴδια χρονιά, με τον Αναγκαστικό Νόμο 965 /37 « Περὶ οργανώσεως των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ἰδρυμάτων » δίνεται η δυνατότητα για την ἴδρυση κρατικών υπηρεσιῶν πρωτοβάθμιας φροντίδας. Με αὐτὸν προβλέπεται η σύσταση κρατικών πολυιατρείων στις πόλεις και υγειονομικών σταθμῶν στις κοινότητες. Το νομοθέτημα αὐτὸ εἶναι η πρώτη αξιόλογη παρέμβαση του κράτους στην οργάνωση ἐνὸς δικτύου εξωνοσοκομειακῶν υπηρεσιῶν σε Πανελλήνιο ἐπίπεδο, και ἀποτέλεσε σημαντική καινοτομία. Ὅμως οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, η ἔλλειψη κρατικής οργάνωσης, το βάρος που δόθηκε στις αστικές περιοχές, ἔχχαν σαν ἀποτέλεσμα την καθυστέρηση της ἀνάπτυξης του συστήματος στην επαρχία. Με την ἔναρξη του πολέμου σήμανε και το τέλος της προοπτικής ἀνάπτυξης των υπηρεσιῶν Π.Φ.Υ.

Αὐτὸ που χαρακτηρίζει την περίοδο του μεσοπολέμου εἶναι η ουσιαστική ἀπουσία κάθε προσπάθειας για την οργάνωση ἐνὸς αποτελεσματικού δικτύου παροχῆς υπηρεσιῶν. Οι περιορισμένες κρατικές παρεμβάσεις την περίοδο αὐτή, μπορούν να ταξινομηθοῦν σε δύο κατηγορίες: εἴτε στις ἀποσπασματικές που υπαγορεύθηκαν ἀπὸ ὀξυμένες κοινωνικές ἀνάγκες εἴτε στις στοχευμένες για συγκεκριμένα νοσήματα. Το κράτος ἀρκέστηκε κυρίως στην πρόσληψη γιατρῶν για τις ἀνάγκες των προσφύγων, στην ἴδρυση ἐνὸς δικτύου αγροτικῶν ιατρείων στη Μακεδονία για τις ἀνάγκες των αγροτικῶν προσφύγων και στη συντήρηση ἐνὸς μικροῦ ἀριθμοῦ ιατρείων για συγκεκριμένα νοσήματα (αντιφυματικά, ανθελονοσιακά, αντιτραχωματικά, ἀφροδισίων νοσημάτων) τα οποία ὁμως ἀναπτύχθηκαν στις αστικές περιοχές, ἐνὸς στις αγροτικές λειτούργησαν μόνο τα προσφυγικά και τα ανθελονοσιακά.

Την περίοδο αὐτή γίνονται κάποιες καινοτόμες δραστηριότητες ἀυτοἀσφάλισης ὅπως ο θεσμός της «κοντότας», με τον οποίο ἀρκετές κοινότητες εξασφάλιζαν Π.Φ.Υ. για τους κατοίκους καθώς και η δημιουργία των «Αγροτικῶν Υγειονομικῶν Σταθμῶν», ἰδέα που ἔχει τη βάση της στον Συνεταιρισμὸ των Ἀμπελακίων (Μωραϊτης και συν. 1995).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ἕνα πρόγραμμα που καταρτίστηκε ἀπὸ την Οργάνωση Υγείας Της Κοινωνίας Των Ἐθνῶν το 1928 μετὰ ἀπὸ αἴτημα της κυβέρνησης Βενιζέλου και του τότε υφυπουργοῦ Υγείας Α. Δοξιάδη για την οργάνωση του υγειονομικῶν συστήματος. Η ἐκθεση διαπίστωνε την ἀνισοκατανομή του ιατρικῶν



δυναμικού και των κλινών, την ανεπαρκή εκπαίδευση του υγειονομικού δυναμικού και του εξοπλισμού, τις προβληματικές κτηριακές υποδομές, την υπερπληθώρα νοσηλευομένων και την μη ικανοποιητική παροχή υπηρεσιών. Πρότεινε μάλιστα την σύσταση ενός κεντρικού οργάνου για τον συντονισμό των υπηρεσιών υγείας. Τα κέντρα υγείας θα αποτελούσαν την βασική υγειονομική μονάδα τόσο στις αστικές όσο και στις αγροτικές περιοχές και θα υπάγονταν στο Κέντρο Διαμερίσματος που θα υπήρχε σε κάθε περιφέρεια. Στην Αθήνα και τον Πειραιά προβλεπόταν η σύσταση Μητροπολιτικής Υπηρεσίας Υγιεινής, που θα ενοποιούσε όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες. Το πρόγραμμα αυτό δεν εφαρμόστηκε και έτσι χάθηκε μια ευκαιρία οργάνωσης ενός άρτιου συστήματος υγείας. Ωστόσο με βάση τις προτάσεις αυτές, ιδρύθηκε η Υγειονομική Σχολή Αθηνών (Ν.4069/1929) και το Υγειονομικό Κέντρο Αμπελοκήπων (Ν.4333/1929) που υπήρξε το πρώτο πολυδύναμο κέντρο στην Ελλάδα, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγιεινής και την εκπαίδευση του υγειονομικού δυναμικού (Οικονόμου 2004).

#### 4.2. Η περίοδος από το 1940 μέχρι το 1983

Το τέλος του Β' Παγκοσμίου πολέμου και της κατοχής ακολούθησε ο εμφύλιος και το κράτος έως το 1950 βρίσκεται σε κατάσταση προσπάθειας ανασυγκρότησης και αποκατάστασης των ζημιών, αλλά και σε μεγάλη οικονομική δυσχέρεια. Η κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού που πέρασε της κακουχίας του πολέμου και την πείνα των κατοχικών χρόνων ήταν άσχημη, οι υλικοτεχνικές υποδομές σχεδόν ανύπαρκτες, οι κτηριακές εγκαταστάσεις ανεπαρκείς. Το υγειονομικό προσωπικό ήταν λίγο και χαμηλής εκπαίδευσης, άνισα κατανομημένο, και με σημαντικές ελλείψεις σε κάποιες ειδικότητες.

Ο Ν. Λούρος, το 1945 στη μελέτη του για «Την υγειονομική οργάνωση της χώρας» πρότεινε την περιφερειοποίηση των υπηρεσιών υγείας και την ίδρυση Κ.Υ. και τόνιζε την σημασία της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής.

Ο Αναγκαστικός Νόμος 1429/1950 «Περί υποχρεωτικής θητείας των γιατρών στην ύπαιθρο» ήταν μια αποτυχημένη προσπάθεια ιατρικής στελέχωσης στην επαρχία, αφού δεν εφαρμόστηκε.

Το 1953 το Νομοθετικό Διάταγμα 2592 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» προωθεί αρχές αντίστιχες με αυτές του ιδρυτικού νομού του Ε.Σ.Υ. της Μ. Βρετανίας. Προβλέπει την διαίρεση της χώρας σε Υγειονομικές Περιφέρειες και τη σύσταση σε κάθε μια από αυτές Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας για τον συντονισμό των υπηρεσιών. Θεσμοθέτησε την σύσταση Κεντρικού και Περιφερειακών Συμβουλίων Ιατρικής Αντιλήψεως και Επιτροπές Ιατρικής Αντιλήψεως στις πρωτεύουσες των νομών, με γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό ρόλο. Για τη χρηματοδότηση του συστήματος, καθιερωνόταν η σύσταση «Ενιαίου Ταμείου» μέσω ειδικών λογαριασμών στο κατάστημα της Εθνικής Τράπεζας στην έδρα κάθε περιφέρειας για τη συγκέντρωση των οικονομικών πόρων κάθε προέλευσης. Για παροχή των υπηρεσιών προβλεπόταν η σύσταση ενός Νοσοκομείου στην έδρα κάθε περιφέρειας και Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών στις αγροτικές περιοχές. Οι Κοινοτικοί Σταθμοί θα χρηματοδοτούνταν από τα νοσήλια των εύπορων ασθενών και ποσών που θα καταβάλλονταν από το κράτος και την Τοπική Αυτοδιοίκηση για λογαριασμό των απόρων.

Ο Ν.3487/1955 «Περί Κοινωνικής Ασφαλίσεως των Αγροτών» θεσμοθετεί τη λειτουργία Κοινοτικών και Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών 6-10 κλινών (Μωραΐτης 1995, Οικονόμου, 2003 Αλεξιάδου). Όμως καταργήθηκαν οι



υγειονομικές περιφέρειες και οι ειδικοί λογαριασμοί και υποβαθμίστηκε ο ρόλος των Συμβουλίων. Η αποκεντρωτική φιλοσοφία του σχεδιασμού ερχόταν σε αντίθεση με το ευρύτερο συγκεντρωτικό κοινωνικό, διοικητικό και θεσμικό πλαίσιο. Επιπροσθέτως, η χαμηλή πυκνότητα και η άνιση γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού λόγω της εξωτερικής και εσωτερικής μετανάστευσης, απόρροια των δυσμενών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών απασχόλησης και διαβίωσης, καθώς και το κλίμα πολιτικής αστάθειας έθεταν περιορισμούς στην ανάπτυξη ενός αποκεντρωτικού συστήματος υγείας (Οικονόμου 2004).

Στο Ν.4053/1960 «Περί οργανώσεως του αντιφυματικού αγώνος» περιελήφθησαν διατάξεις με τις οποίες καθιερωνόταν η υποχρεωτική άσκηση της ιατρικής για τρία χρόνια στην επαρχία για τη στελέχωση της υπαίθρου. Την ίδια χρονιά επιχειρείται η καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού με το Ν.Δ.4111/60

Με το Νομοθετικό Διάταγμα 4440/1964 τα κοινοτικά ιατρεία μετονομάζονται σε αγροτικά Α και Β τάξης και θεσπίζεται η διάκρισή τους σε ορεινά, ημιορεινά και πεδινά με στόχο τη δημιουργία κινήτρων για την στελέχωσή τους σε ιατρικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα όμως δεν υπήρξαν τα αναμενόμενα και τέσσερα χρόνια αργότερα, με το Ν.Δ. 67/1968 θεσπίζεται η υποχρεωτική Υπηρεσία Υπαίθρου ετήσιας διάρκειας για τους αποφοίτους των Ιατρικών Σχολών και η ίδρυση Κινητών Υγειονομικών Μονάδων για την κάλυψη προβληματικών περιοχών. Δέκα χρόνια αργότερα, για την αντιμετώπιση των λειτουργικών προβλημάτων από τον προσωρινό χαρακτήρα της ιατρικής κάλυψης λόγω του κατά κανόνα άπειρου και συχνά διακινούμενου ιατρικού προσωπικού, με το Ν.828/1978, θεσπίζονται και θέσεις 600 μόνιμων αγροτικών γιατρών.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 80 η φροντίδα υγείας βασίστηκε στις αρχές της Κοινωνικής Ασφάλισης με την επέκτασή της για όλες τις κατηγορίες του πληθυσμού με αποτέλεσμα τον κατακερματισμό του συστήματος «... σε έναν μεγάλο αριθμό φορέων με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας, διαφορετικά συστήματα παροχής υπηρεσιών και διαφορετικό εύρος κάλυψης με αποτέλεσμα την εμφάνιση ανισοτήτων ως προς την έκταση, την ποιότητα και την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και αλληλοεπικαλύψεων, αλλά ταυτόχρονα και κενών...» επισημαίνει ο Οικονόμου. Και συνεχίζει «...η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέβαλλε στην ανισοκατανομή των υλικών και ανθρώπινων υγειονομικών πόρων, ενώ τα προβλήματα εντεινόνταν από το χαμηλό επίπεδο των δαπανών υγείας, αφού αυτές απορροφούσαν μέχρι το 1975 κάτω από το 2,5% του ΑΕΠ.»

Συμπερασματικά, (Μωραΐτης και συν. 1995) σαν κυριότερες αδυναμίες του «συστήματος (:):» της Π.Φ.Υ. στη χώρα μας, από την περίοδο μετά τον πόλεμο και μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 80, αναφέρονται η έλλειψη γιατρών γενικής ιατρικής, η πολλαπλότητα των φορέων κάλυψης των αναγκών υγείας, η έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου δυναμικού, η άνιση χωροκατανομή των υπηρεσιών σε βάρος της επαρχίας. Η έλλειψη κατάλληλης, επαρκούς και ποιοτικής υποδομής σε συνδυασμό με τα προβλήματα από τον θεσμό των αγροτικών γιατρών, όξυνε τα προβλήματα και υποβάθμιζε επιπλέον τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η οδοντιατρική περίθαλψη και η πρόληψη ήταν ανύπαρκτες για το μεγαλύτερο μέρος της επαρχίας. Ακόμα και οι στοιχειώδης εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις γίνονταν στο νοσοκομείο, όπως επίσης και η εκτίμηση από ειδικευμένους γιατρούς, γεγονός που ανάγκαζε τον πληθυσμό να μετακινείται για την ουσιαστική κάλυψη των προβλημάτων υγείας του ή ακόμα χειρότερα να αδιαφορεί για αυτά. Στα αστικά κέντρα η κατάσταση ήταν λίγο καλύτερη, απείχε όμως κατά πολύ από το να χαρακτηριστεί ικανοποιητική. Η έλλειψη συνεργασίας των εξωνοσοκομειακών με τους νοσοκομειακούς γιατρούς που είχε σαν συνέπεια την ταλαιπωρία του ασθενή,



την σπατάλη των πόρων οδήγησε στην εκδήλωση αισθήματος αναξιοπιστίας και αμφισβήτησης ως προς το «σύστημα» και εκδηλώθηκε με ροές ασθενών προς τα αστικά κέντρα και τον ιδιωτικό τομέα.

Όλο αυτό το διάστημα δεν έλειψαν προτάσεις για την οργάνωση του συστήματος υγείας με στόχο την ουσιαστική παροχή υπηρεσιών:

Η πρόταση των Ζαφείρα και Ελευθερίου το 1965 εισηγείται την θεσμοθέτηση της πλήρους και καθολικής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, με τη σύσταση ενός Ενιαίου Φορέα. Αυτό θα είχε σαν αποτέλεσμα την άρση των ανισοτήτων στην πρόσβαση και τις παροχές, την αποφυγή των αλληλοεπικαλύψεων, τον καλύτερο προγραμματισμό, την μείωση των λειτουργικών δαπανών και την ορθολογικότερη διαχείριση των πόρων. Η χρηματοδότηση του θα γινόταν από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, τον κρατικό προϋπολογισμό, και τα έσοδα από την επιβολή ενός ενιαίου έμμεσου φόρου υπέρ της υγειονομικής περίθαλψης. Η Π.Φ.Υ. θα στηριζόταν σε οικογενειακούς γιατρούς οι οποίοι θα αμείβονταν κατά κεφαλή και οι εισαγωγές στα νοσοκομεία θα βασιζόταν σε ένα σύστημα παραπομπών. Προβλεπόταν ακόμα η απαγόρευση της ίδρυσης νέων ιδιωτικών κλινικών.

Το 1969 μια άλλη σημαντική πρόταση κατατίθεται από τον Λ. Πάτρα, ο οποίος εντοπίζει το ανέφικτο της σύστασης Ενιαίου Φορέα λόγω των διαφορετικών νομικών πλαισίων στα οποία υπόκεινται οι ασφαλιστικοί οργανισμοί. Αντί αυτού, προτείνει τη θέσπιση ενός συντονιστικού οργάνου για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς υγείας, καθώς και ενός οργάνου κατανομής των λειτουργικών οικονομικών βαρών. Και αυτός πρότεινε το θεσμό του γενικού οικογενειακού γιατρού με κατά κεφαλή αμοιβή και την καθιέρωση συστήματος παραπομπών. Επίσης προτάθηκε η διάκριση σε υγειονομικές περιφέρειες, η δημιουργία περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων, η καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών, η σύνταξη Εθνικού Συνταγολογίου, και η υιοθέτηση κριτηρίων για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών από τις ιδιωτικές κλινικές.

Σε έκθεσή του για την υγεία, στο πλαίσιο του αναπτυξιακού προγράμματος 1976-1980, το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (Κ.Ε.Π.Ε.), διαπίστωνε ότι το χαμηλό ποσοστό των δαπανών για την υγεία σε σχέση με το ΑΕΠ και η κατάρτιση της ασφάλισης οδηγούσαν σε ανισότητες στο εύρος των παροχών και την ποιότητα τους. Εξέτασε μάλιστα τρία σενάρια για την μεταρρύθμιση του συστήματος: την δημιουργία μιας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας, την ενοποίηση των κλάδων ασθένειας των βασικών φορέων και τη θέσπιση της συνεργασίας και συντονισμού των υφιστάμενων ασφαλιστικών φορέων. Αν και η σύσταση Ενιαίου Φορέα Υγείας θεωρήθηκε η καλύτερη πρόταση για την παροχή ισότιμων και ποιοτικών υπηρεσιών, απορρίφθηκε λόγω των μεγάλων θεσμικών αλλαγών που απαιτούσε. Πιο εφικτό θεωρήθηκε το τρίτο σενάριο του συντονισμού για τη βελτίωση της λειτουργικότητας του συστήματος και την σταδιακή εναρμόνιση των παροχών όλων των φορέων.

Το 1980, ο τότε Υπουργός Κοινωνικών Υπηρεσιών, Σ. Δοξιάδης, κατέθεσε ένα σχέδιο νόμου με τίτλο : «Μέτρα προστασίας της υγείας» με σκοπό τη στροφή στην πρωτοβάθμια φροντίδα και την αποκέντρωση των υπηρεσιών και στόχο τη ριζική αναμόρφωση του συστήματος. Το νομοσχέδιο έγινε στόχος τόσο από την αντιπολίτευση όσο και από την κυβερνητική παράταξη και δεν ψηφίστηκε. Οι ιατρικοί σύλλογοι το χαρακτήρισαν απαράδεκτο, αντικοινωνικό, αντιατρικό, αντιοικονομικό και αντικοινωνικό και προχώρησαν σε απεργιακές κινητοποιήσεις. Ένα κύριο σημείο σύγκρουσης ήταν το εργασιακό καθεστώς των γιατρών μας και δεν προβλεπόταν η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση γι αυτούς. Ένα άλλο ήταν



ότι η έμφαση που δόθηκε στην πρωτοβάθμια θα λειτουργούσε ως φραγμός για την κατασκευή νέων νοσοκομείων και θα οδηγούσε τελικά στην υποβάθμιση της νοσοκομειακής περίθαλψης και την περικοπή των δαπανών για την υγεία. Στην πράξη όμως, η δημιουργία ενός δικτύου ΠΦΥ απαιτεί την αύξηση των δαπανών ενώ διαφαίνεται ότι μάλλον θεωρήθηκε ότι με αυτόν τον τρόπο θα τίθετο σε αμφισβήτηση ο ρόλος του νοσοκομείου ως κύριας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας και άρα και ο ιατροκεντρικός –βιοιατρικός χαρακτήρας του συστήματος (Οικονόμου 2004).

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 70, το αίτημα για μεταρρύθμιση του συστήματος ήταν κοινός τόπος όχι μόνο στην επιστημονική κοινότητα αλλά και στους πολίτες που εξέφραζαν πολύ χαμηλή ικανοποίηση από αυτό. Εντασσόταν δε, στο γενικότερο αίτημα για μεταρρυθμίσεις και κοινωνικές παροχές που εκφράστηκε με την πολιτική στροφή σε ένα σοσιαλιστικό σύστημα διακυβέρνησης της χώρας με την εκλογική νίκη του ΠΑ.ΣΟ.Κ το 1981.

### **4.3. Η περίοδος από το 1983 έως σήμερα**

Το 1983, με τον Ν.1397 επιχειρείται η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου, Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο θα παρέχει υπηρεσίες ισότιμα, σε όλους τους πολίτες, με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα, κάτω από την κρατική ευθύνη. Το σύστημα αυτό, δίνει έμφαση στην Π.Φ.Υ., με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας, την καθιέρωση τομέων Κοινωνικής Ιατρικής στα νοσοκομεία με στόχο την σύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα και την θεσμοθέτηση της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής. Απαγορεύεται η ίδρυση νέων και η επέκταση παλαιών ιδιωτικών κλινικών, καθιερώνεται ο θεσμός του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και συστήνονται υγειονομικές περιφέρειες (ΠΕ.Σ.Υ).

Σε κάθε νομό, συστήνονται Κ.Υ. που λειτουργούν σαν αποκεντρωμένες μονάδες του οικείου νοσοκομείου, και Περιφερειακά Ιατρεία σαν αποκεντρωμένες μονάδες των Κ.Υ. Στόχος είναι η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μόνιμους και μη κατοίκους της περιοχής. Διακρίνονται στα Αστικού και μη Αστικού Τύπου. Τα πρώτα θα στελεχώνονταν με γιατρούς ειδικοτήτων σε αντιστοιχία με τα νοσοκομεία και με Οικογενειακούς γιατρούς. Τα δεύτερα θα επανδρώνονταν κυρίως με γιατρούς ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και θα καλύπτονταν και από επισκέπτες γιατρούς ειδικοτήτων του οικείου νοσοκομείου.

Συστήνονται και λειτουργούν 160 Κ.Υ. από τα 400 που προβλέπονταν σε μη αστικές περιοχές σε ελάχιστο χρονικό διάστημα, με στόχο την άρση των κοινωνικών ανισοτήτων ανάμεσα στους κατοίκους των κέντρων και της περιφέρειας, αλλά και την κάλυψη των υγειονομικών κενών της επαρχίας. Στη συνέχεια όμως η προσπάθεια ατόνησε και δεν υλοποιήθηκαν η ίδρυση Κ.Υ. Αστικού Τύπου ούτε ενοποιήθηκαν οι μονάδες παροχής Π.Φ.Υ.

Ο Ν. 2071 /92, αποκύημα της πολιτικής αλλαγής που ακολούθησε και την νεοφιλελεύθερη στροφή, επιχειρεί να εκσυγχρονίσει και να οργανώσει το ΕΣΥ. Τα Κ.Υ. υπάγονται στις Διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιών, δίνεται η δυνατότητα στους γιατρούς για μερική απασχόληση με παράλληλη άσκηση ιδιωτικού έργου, απελευθερώνεται ο ιδιωτικός τομέας και δίνεται η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών καθώς και η δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα.

Η αλλαγή πολιτικού σκηνικού μετέπειτα έφερε τους Ν.2194/1994 με τον οποίο επανήλθε το εργασιακό καθεστώς των γιατρών και η υπαγωγή των Κ.Υ. στα



νοσοκομεία, και τον Ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ» με έμφαση στα δικαιώματα των ασθενών, την καθιέρωση του θεσμού του manager και των σφαιρικών προϋπολογισμών. Υπεύθυνο για την αξιολόγηση των υπηρεσιών θα ήταν το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών. Για την καλύτερη διαχείριση του Ε.Σ.Υ. θα ιδρύονταν η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας και το Συμβούλιο Συντονισμού και Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας Ως προς την Π.Φ.Υ., σημαντικό βήμα ήταν η ενδυνάμωση του ρόλου του γενικού γιατρού και η θεσμοθέτηση ενός τρόπου συντονισμού της λειτουργίας των διαφόρων δομών της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης μέσω των δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης, θεσμοθετήθηκαν η κατ'οίκον νοσηλεία, υπηρεσίες αποκατάστασης και η λειτουργία απογευματινών εξωτερικών ιατρείων στα νοσοκομεία. Στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, προβλεπόταν η ίδρυση περιφερειακών εργαστηρίων δημόσιας υγείας και η σύσταση γνωμοδοτικού επιστημονικού συμβουλίου, διεύθυνσης σχολικής υγιεινής και περιφερειακών γραφείων σχολικής υγείας.

Το 1995 κατατίθεται το προσχέδιο Κρεμαστινού που προέβλεπε τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας και Περιφερειακών Υγειονομικών Συμβουλίων, την εφαρμογή σφαιρικών προϋπολογισμών, την εισαγωγή του γενικού οικογενειακού γιατρού την έμφαση στην πρόληψη και την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας, τη συνεχόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού, την εφαρμογή μέτρων ποιοτικού ελέγχου. Όμως, η αλλαγή στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου είχε σαν αποτέλεσμα την μη εφαρμογή του σχεδίου.

Την επόμενη χρονιά (1996) κατατίθεται νέο σχέδιο από τους Πεπονή – Παπαδέλη, περισσότερο μετριοπαθές από το προηγούμενο (Οικονόμου 2004). Προτεινόταν η εφαρμογή περιφερειακών σφαιρικών προϋπολογισμών αντί της ενοποίησης των ταμείων, η εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, η αναβάθμιση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών, η ίδρυση εθνικού κέντρου ελέγχου ποιότητας, ο εξορθολογισμός των φαρμακευτικών δαπανών. Και αυτό το σχέδιο μπήκε στην άκρη όμως με την προκήρυξη εκλογών και την αλλαγή της ηγεσίας του Υπουργείου.

Με ένα άλλο σχέδιο νόμου το 2000, με πρόβλεψη την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης μέχρι το 2006, ο Υπουργός Α. Παπαδόπουλος επιχείρησε την αναμόρφωση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος. Σε κάθε διοικητική περιφέρεια προβλεπόταν η συγκρότηση Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (Πε.Σ.Υ.) στο οποίο θα υπάγονταν όλες οι μονάδες υγείας του ΕΣΥ, με αρμοδιότητα την έγκριση, τον έλεγχο και την εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων, την αξιολόγηση του παραγόμενου έργου και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, την κατάρτιση του Υγειονομικού Χάρτη. Καθιερωνόταν η εισαγωγή διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων και ο καθορισμός κλειστού αριθμού μηχανημάτων ανά περιφέρεια. Προβλεπόταν επίσης, η σύσταση Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Πρόληψης, Εθνικού και Περιφερειακών Συμβουλίων Δημόσιας Υγείας και η λειτουργία Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.

Ο Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.) , με περιφερειακή συγκρότηση και υπό την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας –Πρόνοιας και Εργασίας-Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Θα ήταν υπεύθυνος για την οικονομική διαχείριση των πόρων των μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών και όποιων άλλων φορέων επιθυμούσαν. Σταδιακά θα εφαρμοζόταν μια ενιαία δέσμη παροχών και όσα ταμεία δεν συμμετείχαν θα πλήρωναν για τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. με βάση ειδικό τιμολόγιο. Ο οργανισμός θα είχε τη δυνατότητα να αγοράζει υπηρεσίες τόσο από το Ε.Σ.Υ. όσο και από τον ιδιωτικό τομέα με κριτήρια ποιότητας και κόστους. Υπήρξαν επίσης προτάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της εκπαίδευσης και του τρόπου



απόκτησης ειδικότητας των γιατρών, την θέσπιση κινήτρων για τις ειδικότητες όπως Δημόσιας Υγείας, Ιατρικής της Εργασίας, και Γενικής Ιατρικής, καθώς και κινήτρων για μεταπτυχιακή εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και δια βίου εκπαίδευση όλου του ανθρώπινου δυναμικού.

Σε σχέση με την Π.Φ.Τ., επιπλέον, προβλεπόταν η ίδρυση Αστικών Κ.Υ., και η θέσπιση του θεσμού του Οικογενειακού γιατρού και της Νοσηλεύτριας Π.Φ.Τ. Σε κάθε Πε.Σ.Τ. θα υπήρχε τηλεφωνική υπηρεσία υγείας, υπηρεσία διαχείρισης χρόνιων ασθενειών, υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι, νοσοκομείων ημέρας και μονάδων αποκατάστασης. Στόχος ήταν η σταδιακή εξομοίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών με την διαμόρφωση ενιαίας δέσμης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών. Στα νοσοκομεία, προτεινόταν η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η δυνατότητα περίθαλψης ασφαλισμένων ιδιωτικών εταιριών και ιδιωτών με ειδικές τιμές και νοσήλιο. Απουσίαζαν όμως οι απαραίτητες οικονομοτεχνικές μελέτες, υπήρχε ασάφεια ως προς τις πηγές και τα κριτήρια κατανομής των πόρων, δεν διασφαλιζόταν η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και η ανεξαρτησία των Πε.Σ.Υ. από τον κυβερνητικό μηχανισμό ούτε η άρση των ανισοτήτων.

Οι προτάσεις Παπαδόπουλου έτυχαν σφοδρής κριτικής από τους κοινωνικούς εταίρους, χαρακτηρίστηκαν αποσπασματικές και οδήγησαν στην αλλαγή της ηγεσίας του υπουργείου.

Το 2001 με τον Ν. 2889 για τη «Βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ» δεν επηρεάστηκε ουσιαστικά το σύστημα της Π.Φ.Τ. αφού δεν επήλθε κάποια σημαντική μεταβολή εκτός από την υπαγωγή των μονάδων στα Π.ε.Σ.Τ.Π. Το ίδιο και το 2003 με το Ν. 3172 που αφορούσε την οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό της Δημόσιας Υγείας και καθιέρωνε θεσμικά όργανα, ρύθμιζε θέματα προσωπικού και εκπαίδευσης και καθιέρωνε την σύνταξη Χάρτη Υγείας.

Αντίθετα, ο Ν. 3235/2004 επανακαθορίζει τις μονάδες μέσω των οποίων παρέχεται η Π.Φ.Υ. Προβλέπεται η ενοποίηση όλων των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών Υγείας του ΕΣΥ και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), ενώ συστήνεται σε κάθε Πε.Σ.Τ.Π. Γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τον σχεδιασμό και το συντονισμό παροχών Π.Φ.Τ., τον έλεγχο των Κ.Τ., την παρακολούθηση, υποστήριξη και αξιολόγηση της δέσμης παροχής φροντίδας υγείας. Καθιερώνεται το σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων στις μονάδες παροχής Π.Φ.Τ. του Ε.Σ.Τ. και γίνεται λόγος για την παροχή υπηρεσιών ημερήσιας νοσηλείας, μετανοσοκομειακής φροντίδας, φροντίδας στο σπίτι, φυσικής αποκατάστασης και αποθεραπείας. Θεσμοθετείται η επιλογή προσωπικού γιατρού από κάθε πολίτη και ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας. Συστήνεται φορέας πιστοποίησης των Κ.Τ. του Ε.Σ.Τ. και του Ο.Κ.Α. με την υποχρέωση ετήσιας έκθεσης αξιολόγησης για κάθε μονάδα σχετικά με τις υποδομές και τον εξοπλισμό, τον αριθμό και τα απαιτούμενα προσόντα αλλά και την εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού, την τήρηση των υγειονομικών διατάξεων τις διαδικασίες πρόσβασης, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη διασύνδεση με άλλους φορείς και το νοσοκομείο. Σε περίπτωση μη πλήρωσης των κριτηρίων καθορίζεται προθεσμία συμμόρφωσης της μονάδας και σε περίπτωση μη εναρμονισμού της με τις υποδείξεις ο φορέας διοικητικής υπαγωγής υποδεικνύει άλλον τρόπο για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των κατοίκων της περιοχής μέχρι τη συμμόρφωση.

Με το Ν.3329/05 καθορίζονται σε 7 οι Υγειονομικές Περιφέρειες και σε κάθε μία από αυτές συστήνονται Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας.



Την ίδια χρονιά με τον Ν.3370 ρυθμίζονται θέματα Δημόσιας Υγείας. Στο άρθρο 1 του νόμου αναγνωρίζεται η Δημόσια Υγεία ως επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου, τονίζεται ο διεπιστημονικός της χαρακτήρας και ο προσανατολισμός της στην κοινότητα. Συστήνονται Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, Γενική και Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας με στόχο την παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού, την προστασία και προαγωγή της υγείας και την πρόληψη νοσημάτων, την προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων, την αντιμετώπιση αναδυόμενων και έκτακτων κινδύνων, την εκτίμηση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη μέτρων βελτίωσής τους. Το Εθνικό Συμβούλιο θα εισηγείται το για την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων για την πολιτική δημόσιας υγείας και θα διαμορφώνεται τετραετές Εθνικό Σχέδιο Δράσης. Συστήνεται επίσης Σώμα Λειτουργιών Δημόσιας Υγείας με διεπιστημονικό χαρακτήρα. Οι Τομείς Κοινωνικής Ιατρικής των νοσοκομείων και η ειδικότητα της Κοινωνικής Ιατρικής μετονομάζονται σε Τομείς Δημόσιας Υγείας και Ιατρικής Δημόσιας Υγείας αντίστοιχα.

Το 2008 ο Υπουργός Δ. Αβραμόπουλος καταθέτει ένα προσχέδιο νόμου και λίγο αργότερα ένα δεύτερο αναθεωρημένο., για την οργάνωση και λειτουργία του Γενικού Συστήματος Π.Φ.Υ., στο οποίο θα εντάσσονται: τα Κ.Υ. πόλης, τα Κ.Υ. περιφέρειας και τα Περιφερειακά Πολυιατρεία (μετονομασία των Αστικού τύπου Κ.Υ., Αγροτικού τύπου και Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων αντίστοιχα), οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι μονάδες Π.Φ.Υ. και οι υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλείας των Ο.Τ.Α., οι μονάδες ψυχικής υγείας, το Ε.Κ.Α.Β., οι υπηρεσίες επείγουσας ιατρικής, τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και εξαρτησιογόνων ουσιών, τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού, τα αντικαπνιστικά κέντρα, η ανοικτή γραμμή επικοινωνίας, (υπό σύσταση) και ιδιωτικοί φορείς. Ορίζεται, με ελεύθερη επιλογή ως Οικογενειακός γιατρός από τον ασφαλισμένο, γιατρός γενικής ιατρικής ή παθολογίας ή οφθαλμολογίας ή γυναικολογίας, ή οδοντιατρικής ή ορθοπαιδικής ή παιδιατρικής που έχει ενταχθεί στο Γενικό Σύστημα ο οποίος θα έχει την ευθύνη παραπομπής του για παρακλινικές εξετάσεις και εισαγωγή στο νοσοκομείο. Καθιερώνονται Πρωτόκολλα Ιατρικών Πράξεων τα οποία κωδικοποιούν τις ιατρικές πράξεις, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και οι πράξεις πρόληψης, κατά κατηγορία πληθυσμού, ηλικία, φύλλο, ειδικές συνθήκες και προσδιορίζονται οι αμοιβές και τα ποία ενεργούνται υποχρεωτικά με την φροντίδα του οικογενειακού γιατρού. Καθιερώνεται η Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας ετήσιας δαπάνης με προέγκριση και πίστωση στην αρχή κάθε ημερολογιακού έτους, το πιστωτικό όριο της οποίας και το ποσοστό κάλυψης από τον ασφαλιστικό οργανισμό ορίζεται με αποφάσεις του ασφαλιστικού οργανισμού και την οποία καταχωρείται κάθε υπηρεσία υγείας που λαμβάνει ο δικαιούχος. Το όριο αυτό για το πρώτο έτος εφαρμογής ορίζεται με βάση τις ατομικές παραμέτρους του ασφαλισμένου (ηλικία, φύλλο, χρόνιες παθήσεις, αναπηρίες κλπ), την πολιτική του ασφαλιστικού οργανισμού και την ιστορική μέση δαπάνη, αναπροσαρμόζεται σε ετήσια βάση και μηδενίζεται κάθε τέλος του έτους. Στην κάρτα επίσης θα καταγράφονται τα στοιχεία του ιατρικού φακέλου του ασθενούς. Ο κάθε πάροχος θα αποζημιώνεται με ευθύνη του από τον ασφαλιστικό φορέα. Το προσχέδιο νόμου κρίθηκε για τον τρόπο διαχείρισης της κάρτας, για τη μη καθιέρωση ασφαλιστικών τιμών για τα φάρμακα, τους γιατρούς των ιατρικών ειδικοτήτων που προέβλεπε ότι θα μπορούσαν να οριστούν σαν οικογενειακοί γιατροί. Ταυτόχρονα, δεν εξασφάλιζε την ισότητα στην παροχή αφού δεν προέβλεπε την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων.

# **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ**

## **ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**



## 5<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 5.1. Αναγκαιότητα και επικαιρότητα της μελέτης

Για ένα Εθνικό Σύστημα, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο. Πράγματι, η εμπειρία από τη μελέτη των συστημάτων υγείας διαπιστώνεται ότι η Π.Φ.Υ. αποτελεί ουσιαστική επένδυση για ένα σύστημα υγείας. Έχει γίνει αποδεκτό, σε παγκόσμιο επίπεδο, ότι αποτελεί το μοναδικό μέσο για την υλοποίηση των στόχων του Π.Ο.Υ., την εξασφάλιση δηλαδή της φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Η ολιστική προσέγγιση της υγείας και της προαγωγής της υγείας όπως εκφράστηκε στην διακήρυξη της Alma-Ata, αναγνώριζε ότι οι παράγοντες που καθορίζουν το επίπεδο υγείας βρίσκονται εκτός του ορίου της ιατρικής παρέμβασης, και ότι ο πυρήνας της βελτίωσης του επιπέδου της, βρίσκεται στην ουσία της Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. αναφέρεται στην πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας και δεν αφορά μόνο την επαφή με το γιατρό και τη θεραπεία, αλλά δράσεις πρόληψης και προαγωγής, αποκατάστασης και μετανοδοκμειακής φροντίδας. Όλες αυτές οι εφαρμογές έχουν διττή δράση : αφενός βελτιώνουν το επίπεδο ποιότητας της ζωής και αφετέρου διασφαλίζουν την ποιότητα της αυριανής ζωής. Ως προς το σύστημα υγείας, συγκρατούν τις δαπάνες και το καθιστούν αποτελεσματικό και αποδοτικό.

Στη χώρα μας, την τελευταία εικοσαετία, με δεδομένες τις συνθήκες που επικρατούν, γίνεται πολύς λόγος για μεταρρυθμιστικές κινήσεις, οργανωτικές και λειτουργικές, με στόχο την αναμόρφωση της Π.Φ.Υ. Τα προβλήματα είναι εντοπισμένα, οι προτάσεις πολλές, οι αντιδράσεις σε κάθε μεταρρυθμιστική κίνηση ακόμα περισσότερες. Κάθε φορά οι αλλαγές που νομοθετούνται είτε δεν είναι ρεαλιστικές, είτε εφαρμόζονται αποσπασματικά ώστε να καθίστανται αναποτελεσματικές.

Παρά τους φιλόδοξους αρχικούς στόχους της Π.Φ.Υ., όπως καθορίστηκαν από τον ιδρυτικό νόμο του Ε.Σ.Υ., το πεδίο της, πλην ελαχίστων εξαιρέσεων, φαίνεται να είναι η αναπαραγωγή και η αντιμετώπιση περιστατικών τα οποία, είτε είναι ελάσσονος σημασίας, είτε δεν προσφέρεται άλλη επιλογή στον ασθενή.

Με δεδομένα τα παραπάνω και υπό το πρίσμα της προσπάθειας για Ευρωπαϊκή οικονομική σύγκλιση και της αντιμετώπισης των προβλημάτων που εγείρει η Παγκοσμιοποίηση αλλά και οι περιορισμοί της δημοσιονομικής πολιτικής, η ανάγκη για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας και της απόδοσης στην Π.Φ.Υ. του μέρους που της αναλογεί, γίνεται ακόμα πιο επιτακτική.

Η παρούσα μελέτη, έστω και σε μικροεπίπεδο, εύχεται να προσθέσει ένα πολύ μικρό λιθαράκι στην γενικότερη προβληματική.

## 5.2. Σκοποί και στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να ανιχνεύσει τη διαφυγή των ασθενών από τη δομή του Κ.Υ. προς το Γενικό Νοσοκομείο.

Συγκεκριμένα, ως βασικοί στόχοι τέθηκαν:

- Η ανίχνευση του αριθμού των ασθενών που προσφεύγουν στα Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου χωρίς να χρησιμοποιήσουν τη δομή του Κ.Υ.
- Η πορεία των ασθενών που προσέφυγαν στα Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου χωρίς να χρησιμοποιήσουν τη δομή του Κ.Υ.
- Η πορεία των ασθενών που προσφεύγουν στα Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου αφού προηγουμένως χρησιμοποίησαν τη δομή του Κ.Υ.
- Η χρήση διαγνωστικών εξετάσεων για τους ασθενείς-κατοίκους Λουτρακίου στα Τ.Ε.Π.
- Η ανίχνευση του αριθμού των περιστατικών που αυτοπαραπέμφθηκαν ενώ θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ.
- Ο αριθμός των ασθενών που παρακολουθείται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του νοσοκομείου

Ο στόχος της εργασίας, αφορά την προσπάθεια σκιαγράφησης του μεγέθους της διαφυγής των ασθενών από τη δομή του Κ.Υ. προς το νοσοκομείο και την απόπειρα διατύπωσης υποθέσεων αναφορικά με τις αιτίες της καθώς και προτάσεων για την δυνατότητα συγκράτησης των ασθενών στις δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

## 5.3. Ερευνητική στρατηγική - μέσο συλλογής δεδομένων

Η έρευνα αφορά τη μελέτη της διαφυγής των ασθενών με μόνιμο τόπο κατοικίας το Λουτράκι Κορινθίας, μιας αστικής περιοχής, προς το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Κορίνθου.

Μελετήθηκαν αναδρομικά τα βιβλία κίνησης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του Παθολογικού και Χειρουργικού Τομέα του νοσοκομείου και στοιχεία από το Τακτικό Χειρουργικό Εξωτερικό Ιατρείο, και το Τακτικό Καρδιολογικό Εξωτερικό Ιατρείο, για το χρονικό διάστημα από 01-06-2008 έως και 31-12-2008, και από το Τακτικό Διαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο για το χρονικό διάστημα από 01-06-2008 έως και 31-12-2008.

Ως προς τα βιβλία των Τ.Ε.Π., μετρήθηκε ο αριθμός των προσερχόμενων ασθενών που δήλωσαν τόπο διαμονής το Λουτράκι, σε σχέση με τον συνολικό αριθμό προσέλευσης, και καταγράφηκε η αιτία προσέλευσης. Επίσης, έγινε καταγραφή της πορείας των ασθενών στη δομή του νοσοκομείου. Η πορεία τους χωρίστηκε στις εξής επιμέρους κατηγορίες: σε αυτούς που έμειναν στο Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας (Θ.Β.Ν.) για ολιγόωρη παρακολούθηση, σε αυτούς για τους οποίους απαιτήθηκε εργαστηριακός ή απεικονιστικός έλεγχος, σε αυτούς που εισήχθησαν σε κλινική του νοσοκομείου, σε αυτούς που παραπέμφθηκαν σε άλλο ιατρείο ή διακομίστηκαν σε δομή της Αθήνας και σε αυτούς που αφού εξετάστηκαν έλαβαν είτε ιατρική οδηγία είτε οδηγία για φαρμακευτική αγωγή. Στη συνέχεια, έγινε παραβολή με τα βιβλία



κίνησης των ασθενών του Κ.Υ. Λουτρακίου σε μια προσπάθεια διαπίστωσης αν αυτοί οι ασθενείς είχαν χρησιμοποιήσει τη δομή του Κ.Υ. πριν την προσέλευσή τους στο νοσοκομείο για την ίδια αιτία. Ειδικότερα, για τους ασθενείς του Χειρουργικού Τ.Ε.Π., στο οποίο καταλήγουν όλα τα περιστατικά που δεν είναι παθολογικά, προτιμήθηκε να μη γίνει άλλος διαχωρισμός πέραν της προϋπόθεσης της παρακλινικής εξέτασης προκειμένου να τεθεί διάγνωση. Αυτό έγινε γιατί, από την αναδρομική μελέτη με τα στοιχεία των βιβλίων κίνησης των ασθενών, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί πόσα και ποιά περιστατικά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ.

Από τα διαθέσιμα στοιχεία, δεν ήταν δυνατό να διευκρινιστεί σε ποιο ποσοστό η παραμονή των ασθενών στο Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας κρίθηκε απαραίτητη για την παρακολούθηση της εξέλιξης των συμπτωμάτων ή συνεστήθη μέχρι την διενέργεια των εργαστηριακών εξετάσεων ώστε να γίνει η διάγνωση και να αποφασιστεί η αντιμετώπιση.

Ως προς το Τακτικό Διαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο, από τις καρτέλες του ιστορικού των ασθενών μετρήθηκαν αυτοί που είχαν δηλώσει ως μόνιμο τόπο διαμονής το Λουτράκι σε σχέση με τον συνολικό αριθμό προσέλευσης. Για αυτήν την κατηγορία δεν λήφθηκε υπόψιν το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα λόγω πρακτικών δυσκολιών αλλά μελετήθηκε η προσέλευση για το διάστημα από αρχή του 2007 έως και το πρώτο εξάμηνο του 2009.

Ως προς το Τακτικό Χειρουργικό Εξωτερικό Ιατρείο μελετήθηκε, σε σχέση με τον συνολικό αριθμό προσέλευσης, ο αριθμός των προσερχόμενων ασθενών που δήλωσαν ως τόπο διαμονής το Λουτράκι και καταγράφηκε η αιτία προσέλευσης και οι ιατρικές πράξεις που απαιτήθηκαν, για το χρονικό διάστημα από 01-06-2008 έως και 31-12-2008.

#### 5.4. Περιορισμοί της μελέτης

Η απουσία ενός συστήματος παρακολούθησης και καταγραφής της πορείας του ασθενή στις δομές του συστήματος υγείας, συνιστά και τον κύριο περιορισμό της μελέτης. Έτσι, φτάνοντας στη χρήση των δομών του νοσοκομείου είναι δύσκολο να γνωρίζουμε, εκτός από τις περιπτώσεις που ανιχνεύθηκαν από την παραβολή των στοιχείων, αν ο ασθενής αυτοπαραπέμπεται, αν προσέρχεται μετά από σύσταση κάποιου ιδιώτη γιατρού, αν προσέρχεται μετά από τηλεφωνική επικοινωνία με γιατρό του Κ.Υ. ή αν έχει απευθυνθεί με δική του πρωτοβουλία στο Ε.Κ.Α.Β., το οποίο προωθεί τους ασθενείς στο νοσοκομείο.

Από τα στοιχεία απουσιάζει ένας αριθμός ασθενών που κατ'επίσημο είναι αρκετά μεγάλος και που διαμένει προσωρινά στο Λουτράκι είτε για διάστημα λίγων ημερών, είτε για διάστημα κάποιων μηνών, αλλά δηλώνει άλλο τόπο μόνιμης κατοικίας.

Από τη μελέτη των βιβλίων κίνησης διαπιστώνεται ότι πολλά στοιχεία, είτε δεν καταγράφονται, είτε δεν καταγράφονται με ακρίβεια, είτε δεν είναι ευανάγνωστα. Το γεγονός ότι η μελέτη έγινε αναδρομικά, δυσκολεύει την διερεύνηση της αιτίας προσέλευσης στο νοσοκομείο τόσο από την άποψη των συνθηκών πρόσβασης όσο και από την άποψη της αναφερόμενης συμπτωματολογίας, καθώς και του ελέγχου της ιατρικής παρέμβασης.

Οι ίδιοι συνθήκες επικρατούν και στο Κ.Υ, όπου επιπλέον, οι παραπομπές δεν καταγράφονται πάντα στα βιβλία κίνησης ασθενών ή και γίνονται προφορικά.



Σχετικά με τα περιστατικά που ενώ αυτοπαραπέμφθηκαν στο Τ.Ε.Π. θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ. προκύπτει ότι: από τα στοιχεία των βιβλίων κίνησης ασθενών του Χειρουργικού Τ.Ε.Π., δεν μπορεί να γίνει πλήρως αντιληπτό, για πόσα και ποιά από τα περιστατικά που δεν εισήχθησαν σε κλινική θα χρειαζόταν ειδικευμένος γιατρός και όχι γιατρός ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, και άρα να εξαχθούν και συμπεράσματα για το πόσα από αυτά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ. Για τα περιστατικά που αυτοπαραπέμφθηκαν στο Παθολογικό Τ.Ε.Π., ο υπολογισμός

Ως προς τα στοιχεία που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν από τη μελέτη των βιβλίων κίνησης ασθενών των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων του νοσοκομείου, υπάρχουν οι εξής περιορισμοί:

Στο Τακτικό Εξωτερικό Ορθοπαιδικό Ιατρείο του νοσοκομείου δεν τηρούνται βιβλία κίνησης ασθενών και δεν είναι δυνατό να βρεθούν στοιχεία προκειμένου να συμπεριληφθούν στην έρευνα.

Στο Τακτικό Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν μελετήθηκαν από τις καρτέλες ιστορικού των ασθενών στις οποίες όμως παρατηρήθηκε ελλιπής ενημέρωση ως προς τις ημερομηνίες επανεξέτασης, την σύσταση για εργαστηριακό έλεγχο και τα αντίστοιχα ευρήματα και την ιατρική σύσταση, γεγονός που καθιστά ανασφαλής οποιαδήποτε απόπειρα διατύπωσης συμπερασμάτων.

Το Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο Υπέρτασης ουσιαστικά είναι σε αδράνεια.

Συνεπώς, με δεδομένους τους παραπάνω περιορισμούς, με τη συγκεκριμένη μελέτη επιχειρείται μόνο η περιγραφή συγκεκριμένων ποσοτικών μεταβλητών, αρκετών όμως για να σκιαγραφήσουν την παρούσα κατάσταση.

## **5.5. Καθορισμός του πεδίου της συγκεκριμένης έρευνας**

Αν και η περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας εκτείνεται σε ένα μεγάλο γεωγραφικό εύρος και καλύπτει πληθυσμό 31.863 κατοίκων, η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στα στενά όρια Δήμου Λουτρακίου και την εξυπηρέτηση των κατοίκων του στη δομή του Κ.Υ. Η επιλογή αυτή, κατά πρώτο λόγο, έγινε επειδή η καταγραφή των περιστατικών από τα βιβλία κίνησης ασθενών των Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου και η σύγκρισή τους με τα περιστατικά των ιατρείων της ευρύτερης περιοχής ευθύνης του Κ.Υ. θα πολλαπλασίαζε την δυσκολία της καταγραφής και επεξεργασίας των δεδομένων, με αποτέλεσμα να ξέφευγε κατά πολύ από τα χρονικά όρια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας στο πλαίσιο ενός Μεταπτυχιακού Προγράμματος.

Επιπλέον, η σκέψη ήταν, ότι θα είχε ενδιαφέρον η διαφυγή ασθενών και η διερεύνηση της συγκράτησης τους από το Κ.Υ. λόγω της μικρής χιλιομετρικής του απόστασης από την Κόρινθο και της ευκολίας της πρόσβασης στο νοσοκομείο. Οι κάτοικοι του Λουτρακίου, εξυπηρετούνται από τα μέσα μαζικής μεταφοράς για τη συγκεκριμένη διαδρομή με τη χρήση ενός μέσου μεγάλης πυκνότητα δρομολογίων, κάτι που δεν συμβαίνει για τα υπόλοιπα σημεία της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ.

Η σκέψη της διερεύνησης της παραπομπής και συγκράτησης των ασθενών των Ιατρείων της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ. στη δομή του Κ.Υ. απορρίφθηκε για τους ίδιους λόγους.



## 5.6 Παρουσίαση του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου

Το Λουτράκι είναι μια τουριστική κωμόπολη του νομού Κορινθίας σε απόσταση 14 χιλιομέτρων από την Κόρινθο. Υπάρχει και συντομότερος δρόμος, 7 χιλιομέτρων, που συνδέει τις δύο πόλεις όμως η κυκλοφορία σε αυτόν διακόπτεται πολλές φορές κατά τη διάρκεια του εικοσιτετραώρου από την βύθιση της γέφυρας εξ αιτίας της διέλευσης πλοίων από τον Ισθμό της Κορίνθου. Σύμφωνα με την απογραφή της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας το 2001, έχει πληθυσμό 13.239 μόνιμους κατοίκους. Κατά τη θερινή περίοδο πλήθος παραθεριστών διαμένει στην πόλη και στους γύρω οικισμούς, οι οποίοι είναι γεμάτοι εξοχικές κατοικίες, φαινόμενο που κατ' εκτίμηση τριπλασιάζει τον αριθμό αυτών που διαμένουν στην περιοχή. Μεγάλο μέρος των παραθεριστών ανήκει στην τρίτη ηλικία με εγκατεστημένα χρόνια προβλήματα υγείας και συνέπεια χαρακτηρίζεται από αυξημένες υγειονομικές ανάγκες. Από άποψη ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού, παρατηρείται υψηλή παρουσία ασφαλισμένων του Ο.Γ.Α. και του Ι.Κ.Α.

Στην πόλη, εκτός από το Κέντρο Υγείας που διοικητικά ανήκει στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου, υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το τοπικό παράρτημα του Ι.Κ.Α. και τα Δημοτικά Ιατρεία που λειτουργούν με περιορισμένο ωράριο, καθώς και από ιδιώτες γιατρούς.

Το Κέντρο Υγείας που συστάθηκε με την Α3α/οικ. 6580/08-04-86 Υπουργική Απόφαση, βρίσκεται στα όρια της πόλης και καταλαμβάνει χώρο 1.138 τ.μ. **Η περιοχή ευθύνης του, αριθμεί συνολικά 31.863 μόνιμους κατοίκους** Λειτουργεί σε **εικοσιτετράωρη βάση**, σε πρωινό ωράριο για τα τακτικά περιστατικά και την διενέργεια συνταγογραφίας, και τις υπόλοιπες ώρες εφημερεύει με γιατρούς ειδικότητας Γενικής Ιατρικής. Διαθέτει ασθενοφόρο που έχει παραχωρηθεί από τον Δήμο Λουτρακίου, στον οποίο εντάσσονται εργασιακά και οι οδηγοί που το διακινούν μετά από εκπαίδευσή τους από το Ε.Κ.Α.Β.

Το ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο είναι σε αδράνεια εδώ και πολλά χρόνια λόγω της απουσίας του απαραίτητου για την λειτουργία τους προσωπικού. Οι θάλαμοι βραχείας νοσηλείας δεν χρησιμοποιούνται επειδή το νοσηλευτικό προσωπικό δεν επαρκεί και η αίθουσα μικροεπεμβάσεων ίσως δεν έχει χρησιμοποιηθεί ποτέ. Για την ολιγόωρη παρακολούθηση των ασθενών καθώς και για τις μικροεπεμβάσεις χρησιμοποιείται ο χώρος των εξεταστηρίων.

Δύο φορές το μήνα επισκέπτονται το Κ.Υ. παρασκευαστές του νοσοκομείου οι οποίοι κάνουν επί τόπου αιμοληψία. Επίσης προβλέπεται να προσφέρουν υπηρεσία επισκέπτες γιατροί ειδικότητας Μαιευτικής –Γυναικολογίας, Ψυχιατρικής και Χειρουργικής μία φορά το μήνα.

Σε επίπεδο πρόληψης και προαγωγής υγείας, γίνονται εμβολιασμοί, λήψεις τεστ – Παπ και οδοντιατρικός έλεγχος σε παιδιά κάτω των 18 ετών, σποραδικά μάλιστα οργανώνονται και εκδηλώσεις για θέματα αγωγής υγείας.

Μέχρι και το χρονικό διάστημα της διεξαγωγής της έρευνας γινόταν περιοδικός έλεγχος και έλεγχος των εμβολίων των παιδιών των δημοτικών σχολείων της περιοχής ευθύνης του Κ.Υ. , από τον παιδίατρο και την επισκέπτρια υγείας. Επίσης, σε δύο Περιφερειακά Ιατρεία, είχε διαμορφωθεί γυναικολογικό εξεταστήριο και γίνονταν επί τόπου λήψεις test Παπανικολάου και ενημέρωση σε θέματα προαγωγής υγείας από τη μαία του Κ. Υ.

Στην περιοχή ευθύνης του Κ.Υ. ανήκουν:

- το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο των Αγίων Θεοδώρων (καλύπτει περιοχή 5.960 κατοίκων) στο οποίο υπάγεται το Περιφερειακό Ιατρείο Ισθμίων (καλύπτει περιοχή 2.669 κατοίκων)
- το Περιφερειακό Ιατρείο της Περαιχώρας, (καλύπτει περιοχή 1.305 κατοίκων) το οποίο εξυπηρετεί το Τοπικό Διαμέρισμα Πισίων και τον οικισμό Σχίνου ( 661 κάτοικοι)
- το Περιφερειακό Ιατρείο της Αλμυρής (καλύπτει περιοχή 2.233 κατοίκων) το οποίο εξυπηρετεί το Τοπικό Διαμέρισμα Κατακαλίου (433 κάτοικοι)
- το Περιφερειακό Ιατρείο του Σοφικού (1758 κάτοικοι) το οποίο εξυπηρετεί τα Τοπικά Διαμερίσματα Αγγελόκαστρου (505 κάτοικοι) και Κόρφου (469 κάτοικοι).
- το Περιφερειακό Ιατρείο των Αθικίων (2.239 κάτοικοι) το οποίο εξυπηρετεί το Τοπικό Διαμέρισμα Αγίου Ιωάννη ( 392 κάτοικοι)

Το χρονικό διάστημα στο οποίο αναφέρεται η έρευνα στο Κ.Υ. υπηρετούσαν δύο γιατροί ΕΑ΄ ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, δύο ΕΒ΄ ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, ένας ΕΓ΄ ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, ένας ΕΑ΄ ειδικότητας Παιδιατρικής, δύο ΕΑ΄ Οδοντίατροι. Επίσης υπηρετούν δύο Νοσηλεύτριες Τ.Ε. και τρεις Δ.Ε., μία Μαία Τ.Ε. και μία Επισκέπτρια Υγείας Τ.Ε, ενώ δύο υπάλληλοι, ένας Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων Τ.Ε. και ένας Ραδιολογίας- Ακτινολογίας Τ.Ε που κατέχουν οργανική θέση στο Κ.Υ. προσφέρουν τις υπηρεσίες τους αποκλειστικά στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα με την Υ4α/οικ.3433 Υπουργική Απόφαση « Σύσταση θέσεων προσωπικού των Κέντρων Υγείας», για το Κ.Υ. Λουτρακίου προβλέπονται επιπλέον δύο γιατροί ειδικότητας Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας, δύο ειδικότητας Παιδιατρικής και ένας ειδικότητας Μικροβιολογίας. Επίσης προβλέπονται επιπλέον τρεις θέσεις Επισκεπτών Υγείας, δύο Μαιών, μία Κοινωνικής Εργασίας, μία Διαιτολογίας, μία Φυσιοθεραπείας.



## ΧΩΡΟΘΕΤΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 6.1. Η ανίχνευση του αριθμού των ασθενών που προσέρχονται στα Τ.Ε.Π χωρίς να χρησιμοποιήσουν τη δομή του Κ.Υ.

Στο Παθολογικό Τ.Ε.Π. προσήλθαν το χρονικό διάστημα από 01/06/08 έως και 31/12/08, 744 ασθενείς οι οποίοι δήλωσαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας το Λουτράκι . Αυτοί χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: σε αυτούς που έκαναν χρήση των δομών του Κέντρου Υγείας Λουτρακίου ( Κ.Υ.Λ.) πριν την επίσκεψή τους στα Τ.Ε.Π. και σε αυτούς που δεν έκαναν χρήση.

Στη γραφική παράσταση 1 εμφανίζεται η κατανομή των απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των προσερχόμενων ασθενών του δείγματος στο Παθολογικό Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου Κορίνθου ανάλογα με το αν χρησιμοποίησαν τη δομή του Κ.Υ.Λ. ή όχι. Διαπιστώνεται ότι από το σύνολο των 744 ασθενών του δείγματος των κατοίκων του Λουτρακίου, οι 629, (85%) προσήλθαν χωρίς να έχουν χρησιμοποιήσει πρώτα τη δομή του Κ. Υ. Λ. ενώ οι 115, (15%) την είχαν χρησιμοποιήσει πριν απευθυνθούν στο νοσοκομείο.

Γραφική Παράσταση 1





Στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. προσήλθαν, το χρονικό διάστημα από 01/06/08 έως και 31/12/08, 964 ασθενείς οι οποίοι δήλωσαν τόπο μόνιμης κατοικίας το Λουτράκι. Αυτοί χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: σε αυτούς που έκαναν χρήση των δομών του Κ.Υ.Α. πριν την επίσκεψή τους στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. και σε αυτούς που δεν έκαναν χρήση.

Στη γραφική παράσταση 2 εμφανίζεται η κατανομή απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων των προσερχόμενων ασθενών του δείγματος των κατοίκων του Λουτρακίου στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. του Νοσοκομείου Κορίνθου ανάλογα με το αν χρησιμοποίησαν τη δομή του Κέντρου Υγείας πριν ή όχι. Διαπιστώνεται ότι από το σύνολο των 964 ασθενών του δείγματος οι 842 (87%) προσήλθαν χωρίς να έχουν χρησιμοποιήσει πρώτα τη δομή του Κ. Υ. Α., ενώ οι 122 (13%) τη χρησιμοποίησαν

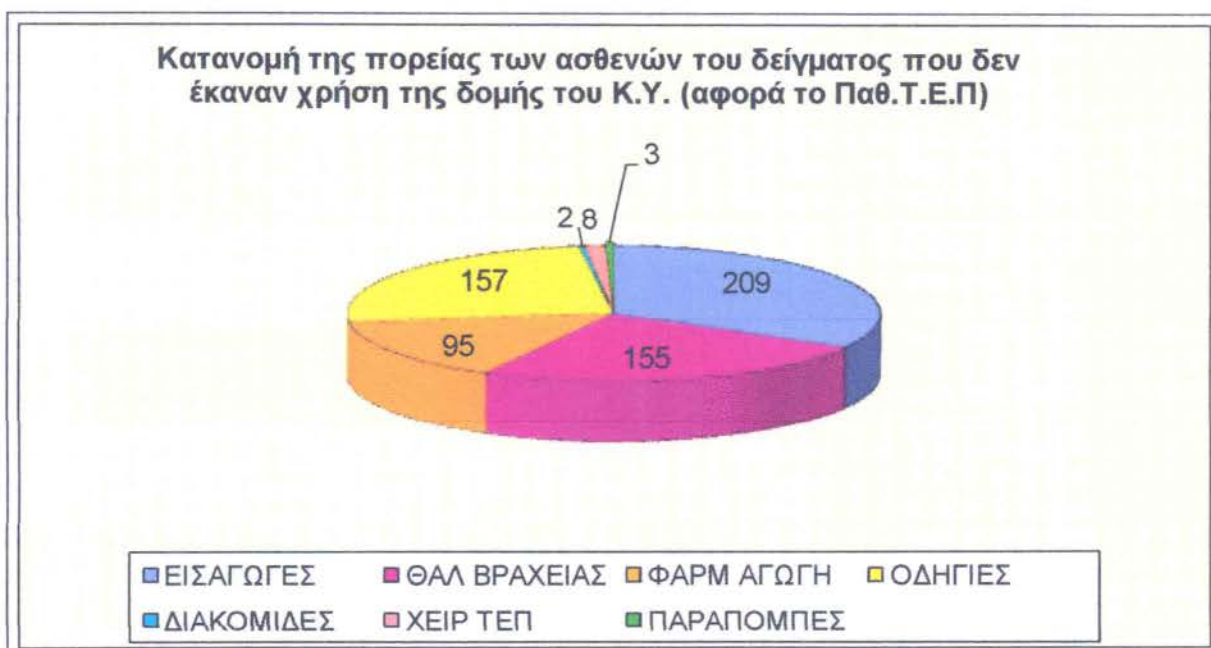
**Γραφική Παράσταση 2**



## 6.2. Η πορεία των ασθενών που δεν έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ.

Στη γραφική παράσταση 3 εμφανίζεται η κατανομή απόλυτων συχνοτήτων της κατηγορίας του δείγματος που δεν χρησιμοποίησε τη δομή του Κ.Υ.Λ. ανάλογα με εξέλιξή τους μετά την επίσκεψη στο Παθολογικό Τ.Ε.Π. Συγκεκριμένα, 209 ασθενείς (34%) εισήχθησαν σε κάποια από τις κλινικές του Παθολογικού τομέα, 2 διακομίσθηκαν σε Νοσοκομεία των Αθηνών, 8 (1%) παραπέμφθηκαν στο χειρουργικό Τ.Ε.Π., για 3 ζητήθηκε εκτίμηση από γιατρό άλλης ειδικότητας, 155 (25%) νοσηλεύθηκαν σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας (Θ.Β.Ν.) για λίγες ώρες. Επίσης φαίνεται ότι από τους υπόλοιπους 252 ασθενείς που εξετάστηκαν, οι 95 (15%) χρειάστηκαν φαρμακευτική αγωγή ενώ οι 157 (25%) απλές οδηγίες.

Γραφική Παράσταση 3





Στη γραφική παράσταση 4 εμφανίζεται η κατανομή απόλυτων συχνοτήτων της πορείας της ομάδας του δείγματος που δεν έκανε χρήση της δομής του Κ.Υ. πριν απευθυνθεί στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, απεικονίζεται το ποσοστό 15% (129) που έκανε εισαγωγή σε κάποια από τις κλινικές του Χειρουργικού τομέα, 1% (8) που διακομίσθηκε σε Νοσοκομεία των Αθηνών, 5% (39) αυτών που παραπέμφθηκαν σε τακτικό ιατρείο. Η Γραφική Παράσταση μας δείχνει ότι το 32% των ασθενών (269), στατιστικά σημαντικό θα λέγαμε ποσοστό, θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί στη δομή του Κ.Υ., αν απευθυνόταν εκεί, αφού δεν χρειάστηκε Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, ούτε διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων. Αντίθετα, για την αντιμετώπιση του 47% των ασθενών (397), απαιτήθηκε εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος προκειμένου να αντιμετωπιστεί. Αν συνδυάσουμε τις δύο τελευταίες κατηγορίες διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 79% (666) των προσερχομένων, οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν άμεσα.

**Γραφική Παράσταση 4**



Στην γραφική παράσταση 5 έχουν απεικονιστεί ενδεικτικά, ανάλογα με την αντιμετώπιση, 92 από τα 666 περιστατικά (13%) που κατέφυγαν στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. αλλά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ., μιας και θεωρούνται περιστατικά ρουτίνας. Η περιγραφή αφορά 52 περιπτώσεις που προσήλθαν με την ένδειξη θλαστικό τραύμα και χρειάστηκαν συρραφή, 18 περιπτώσεις επιπολής τραυμάτων τα οποία έχρηζαν περιποίησης, 15 περιπτώσεις αφαίρεσης ξένου σώματος, 8 περιπτώσεις με την ένδειξη απόστημα, και 5 περιστατικά εγκυμάτων.

Γραφική Παράσταση 5

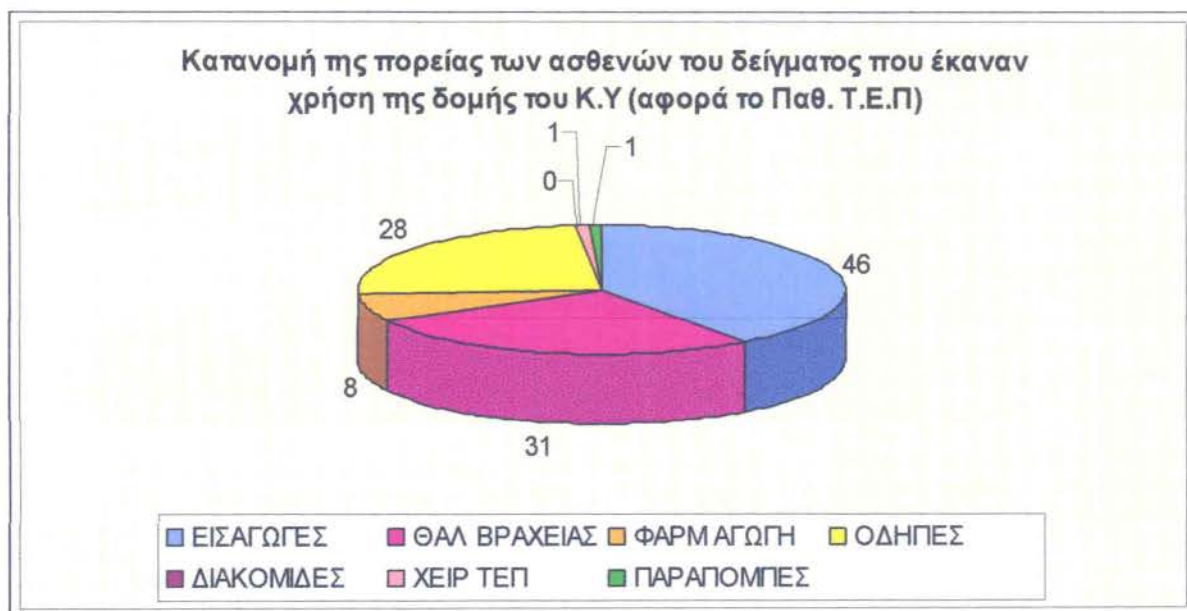




### 6.3. Η πορεία των ασθενών που έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ.

Στη γραφική παράσταση 6 εμφανίζεται η κατανομή απόλυτων συχνοτήτων της κατηγορίας του δείγματος που χρησιμοποίησε τη δομή του Κ.Υ.Λ. ανάλογα με την εξέλιξή τους μετά την επίσκεψη στο Παθολογικό Τ.Ε.Π. Συγκεκριμένα, 46 ασθενείς(40%) εισήχθησαν σε κάποια από τις κλινικές του Παθολογικού τομέα , 1 παραπέμφθηκε στο χειρουργικό Τ.Ε.Π., για 1 ζητήθηκε εκτίμηση από γιατρό άλλης ειδικότητας και 31 (13%) νοσηλεύθηκαν σε Θ.Β.Ν. για λίγες ώρες. Επίσης φαίνεται ότι από τους υπόλοιπους 36 ασθενείς που εξετάστηκαν, οι 8 (7%) χρειάστηκαν φαρμακευτική αγωγή ενώ οι 28 (24%) απλές οδηγίες.

Γραφική Παράσταση 6



Στη γραφική παράσταση 7 εμφανίζεται η κατανομή απόλυτων συχνοτήτων της πορείας της ομάδας του δείγματος που έκανε χρήση της δομής του Κ.Υ. πριν απευθυνθεί στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, απεικονίζεται το ποσοστό 11% (13) που έκανε εισαγωγή σε κάποια από τις κλινικές του Χειρουργικού τομέα, 2% (2) που διακομίσθηκε σε Νοσοκομεία των Αθηνών, 4% (5) αυτών που παραπέμφθηκαν σε τακτικό ιατρείο. Η Γραφική Παράσταση μας δείχνει ότι το 47% των ασθενών (58), στατιστικά σημαντικό θα λέγαμε ποσοστό, θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί στη δομή του Κ.Υ., αν απευθυνόταν εκεί, αφού δεν χρειάστηκε Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, ούτε διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων. Αντίθετα, για την αντιμετώπιση του 36% των ασθενών (44), απαιτήθηκε εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος προκειμένου να αντιμετωπιστεί. Αν συνδυάσουμε τις δύο τελευταίες κατηγορίες διαπιστώνουμε ότι σε ποσοστό 83% (102) των προσερχομένων, οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν άμεσα.

**Γραφική Παράσταση 7**

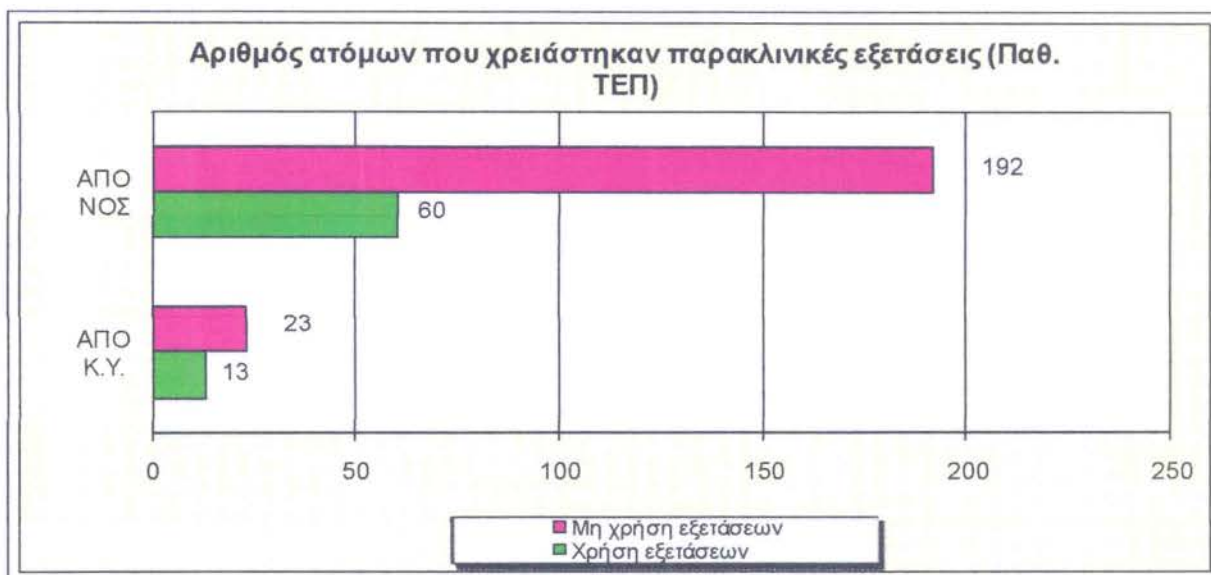




#### 6.4. Η χρήση των διαγνωστικών εξετάσεων στο Τ.Ε.Π.

Στη γραφική παράσταση 8 παρουσιάζεται η κατανομή σε απόλυτες συχνότητες του αριθμού των ατόμων που χρειάστηκαν διαγνωστικές εξετάσεις στο Παθολογικό Τ.Ε.Π., χωρίς να συνυπολογιστούν αυτές που έγιναν για τα άτομα που νοσηλεύθηκαν στο Θ.Β.Ν., εισήχθησαν, διακομίσθηκαν ή παραπέμφθηκαν, αφού ούτως ή άλλως δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ.. Η περιγραφή αφορά και τις δυο κατηγορίες ασθενών. Διαπιστώνεται ότι μόνο για τους 60 (23,8%) από τους 252 ασθενείς που δεν έκαναν χρήση των δομών του Κ.Υ. προηγουμένως απαιτήθηκε εργαστηριακός ή απεικονιστικός έλεγχος προκειμένου να γίνει διάγνωση, ενώ για τους υπόλοιπους 192 (86,2%) απαιτήθηκε. Αντίστοιχα για αυτούς που έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ. πριν απευθυνθούν στο νοσοκομείο, σε 13 (36,1%) από τις 36 περιπτώσεις απαιτήθηκαν παρακλινικές εξετάσεις ενώ στις υπόλοιπες 23 (36,1%) όχι.

Γραφική Παράσταση 8



Στη γραφική παράσταση 9 παρουσιάζεται η κατανομή σε απόλυτες συχνότητες του αριθμού των ατόμων που χρειάστηκαν διαγνωστικές εξετάσεις στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. , χωρίς να συνυπολογιστούν αυτές που έγιναν για τα άτομα που εισήχθησαν, διακομίσθηκαν ή παραπέμφθηκαν, αφού ούτως ή άλλως δεν θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ.. Η περιγραφή αφορά και τις δυο κατηγορίες ασθενών. Διαπιστώνεται ότι για τους 269 από τους 666 ασθενείς που δεν έκαναν χρήση των δομών του Κ.Υ. δεν απαιτήθηκε εργαστηριακός ή απεικονιστικός έλεγχος προκειμένου να γίνει διάγνωση, ενώ για τους υπόλοιπους 397 απαιτήθηκε. Αντίστοιχα για αυτούς που έκαναν χρήση της δομής του Κ.Υ. πριν απευθυνθούν στο νοσοκομείο ,σε 44 από τις 102 περιπτώσεις απαιτήθηκαν παρακλινικές εξετάσεις ενώ στις υπόλοιπες 58 όχι.

**Γραφική Παράσταση 9**





## 6.5. Συγκεντρωτική εικόνα του συνόλου των Επειγόντων περιστατικών

Συνοψίζοντας τα στοιχεία και τα δύο Τ.Ε.Π. βλέπουμε ότι για στο σύνολο των ασθενών με τόπο κατοικίας το Λουτράκι το 14% χρησιμοποίησε πρώτα τις δομές του Κ.Υ. ενώ το 86% τις παρέκαμψε (Γραφική παράσταση 10 ) Συγκεκριμένα, από τους 1708 ασθενείς που προσήλθαν, οι 237 (14%) χρησιμοποίησαν πρώτα τη δομή του Κ.Υ., ενώ οι 1471 (86%) την παρέκαμψαν.

Γραφική Παράσταση 10



Η γραφική παράσταση 11 απεικονίζει την πορεία των ασθενών με μόνιμο τόπο διαμονής το Λουτράκι που παρέκαμψαν τη δομή του Κ.Υ. και απευθύνθηκαν στα Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου. Δεν έχει συνυπολογισθεί ο αριθμός των περιστατικών που διακομίστηκαν σε νοσοκομεία της Αθήνας, επειδή είναι μικρός (10). Έτσι, διαπιστώνεται ότι από τα 1471 περιστατικά που προσήλθαν στα Τ.Ε.Π., τα 338 εισήχθησαν (23%), 155 (11%) παρέμειναν σε Θ.Β.Ν. για ολιγόωρη παρακολούθηση, 3% (50) παραπέμφθηκαν σε τακτικό ιατρείο επειδή δεν αντιμετώπιζαν οξύ πρόβλημα. Διαπιστώνεται επίσης ότι το 32% (461) του συνόλου των ασθενών με τόπο μόνιμης κατοικίας το Λουτράκι, που προσήλθε στο ΤΕΠ χωρίς να απευθυνθεί στη δομή του Κ.Υ. αντιμετωπίστηκε χωρίς να χρειαστεί διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων. Σχεδόν το ίδιο ποσοστό, 31% (457), εμφανίζει και η ομάδα που για την αντιμετώπιση της χρειάστηκαν διαγνωστικές εξετάσεις.

**Γραφική Παράσταση 11**





Η γραφική παράσταση 12 απεικονίζει την πορεία των ασθενών με μόνιμο τόπο διαμονής το Λουτράκι που δεν παρέκαμψαν τη δομή του Κ.Υ. αλλά τελικά απευθύνθηκαν και στα Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου. Δεν έχει συνυπολογισθεί ο αριθμός των περιστατικών που διακομίστηκαν σε νοσοκομεία της Αθήνας, επειδή είναι μικρός (2). Έτσι, διαπιστώνεται ότι από τα 237 περιστατικά που προσήλθαν στα Τ.Ε.Π., τα 59 εισήχθησαν (25%), τα 31 (13%) παρέμειναν σε Θ.Β.Ν. για ολιγόωρη παρακολούθηση, 3% (7) παραπέμφθηκαν σε τακτικό ιατρείο επειδή δεν αντιμετώπιζαν οξύ πρόβλημα. Διαπιστώνεται επίσης ότι το 35% (81) του συνόλου των ασθενών με τόπο μόνιμης κατοικίας το Λουτράκι, που προσήλθε στο Τ.Ε.Π. χωρίς να απευθυνθεί στη δομή του Κ.Υ. αντιμετωπίστηκε χωρίς να χρειαστεί διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, ενώ σε ποσοστό 24% (57) , εμφανίζεται η ομάδα που για την αντιμετώπιση της χρειάστηκαν διαγνωστικές εξετάσεις.

**Γραφική Παράσταση 12**



## 6.6. Αποτελέσματα της μελέτης των περιστατικών του τακτικού Διαβητολογικού Ιατρείου

Στο τακτικό Διαβητολογικό Ιατρείο, το χρονικό διάστημα από 01-06-2007 έως και 31-12-2008, παρακολούθηθηκαν 1006 ασθενείς από τους οποίους οι 143 (14%), προέρχονταν από το Λουτράκι. Οι υπόλοιποι 863 (86%) προέρχονταν από άλλες περιοχές. (Γραφική παράσταση 13).

Γραφική Παράσταση 13





## 6.7. Αποτελέσματα της μελέτης των περιστατικών του τακτικού Χειρουργικού Ιατρείου

Στο τακτικό Χειρουργικό Ιατρείο για το χρονικό διάστημα από 01-06-08 έως και 31-12-08 προσήλθαν συνολικά 1938 ασθενείς. Από αυτούς οι 123 (6%) δήλωσαν τόπο μόνιμης διαμονής το Λουτράκι (Γραφική παράσταση 14).

Οι αιτιολογία προσέλευσης των κατοίκων του Λουτρακίου στο ιατρείο, κατανέμεται ως εξής: 55 περιστατικά προσήλθαν για αλλαγές τραυμάτων και περιποίηση εγκαυμάτων (44%), 33 για εκτίμηση από ειδικευμένο χειρουργό (27%), 17 για αφαίρεση ραμμάτων (14%), 13 για διάνοιξη και παροχέτευση αποστημάτων (11%) και 5 για αφαίρεση σπύλων ή ονύχων (4%).

Γραφική Παράσταση 14



Γραφική Παράσταση 15



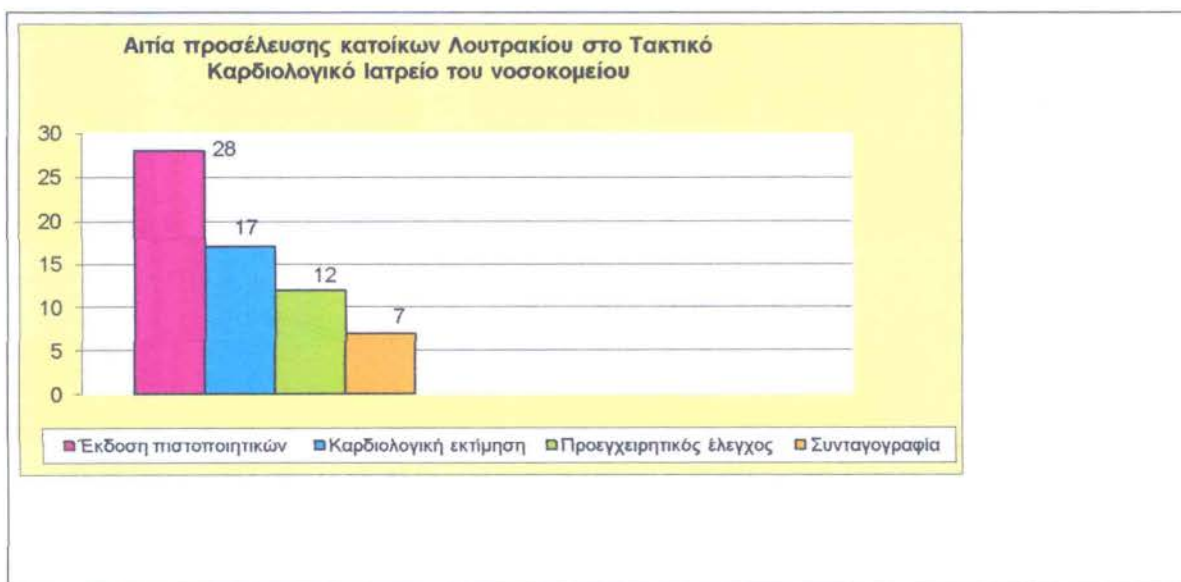
## 6.8. Αποτελέσματα της μελέτης των περιστατικών του τακτικού Καρδιολογικού Ιατρείου

Στο τακτικό Καρδιολογικό Ιατρείο του νοσοκομείου για το χρονικό διάστημα από 01-06-08 έως και 31-12-08 προσήλθαν 940 ασθενείς. Από αυτούς, οι 64 (7%) ήταν κάτοικοι Λουτρακίου. Η αιτιολογία προσέλευσης στο ιατρείο των κατοίκων του Λουτρακίου κατανέμεται ως εξής: 28 περιπτώσεις έκδοσης πιστοποιητικού (43%), 17 περιπτώσεις καρδιολογικής εκτίμησης (27%), 12 για προεγχειρητικό έλεγχο (19%) και 7 για συνταγογράφηση φαρμάκων (11%).

Γραφική Παράσταση 16



Γραφική Παράσταση 17





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>: ΕΡΜΗΝΕΙΑ –ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### 7.1. Συζήτηση των αποτελεσμάτων για το σύνολο των προσερχόμενων στα Τ.Ε.Π.

Παρά το γεγονός ότι πρόκειται για αναδρομική μελέτη και δεν μπορούν να μελετηθούν περισσότερες παράμετροι που θα διαφώτιζαν τα αίτια της έκτασης του φαινομένου, είναι σαφές ότι υπάρχει μια μεγάλη παράκαμψη του Κ.Υ. εκ μέρους των ασθενών, οι οποίοι κατευθύνονται στο ΤΕΠ του νοσοκομείου.

Από τα στοιχεία προκύπτει ότι μόνο το 14% του συνόλου των κατοίκων Λουτρακίου απευθύνθηκε στο Κ.Υ. πριν την προσέλευσή του στα Τ.Ε.Π., ενώ το 86% φαίνεται να αυτοπαραπέμπεται.

Διαπιστώνεται ότι το 32% του συνολικού αριθμού των ατόμων που προσήλθαν στα Τ.Ε.Π. θα μπορούσε να συγκρατηθεί στη δομή του Κ.Υ. αν απευθυνόταν εκεί, αφού δεν χρειαζόταν διενέργεια ακτινοσκοπικού ή εργαστηριακού ελέγχου για να αντιμετωπιστεί (γραφ. παρ. 11). Αλλά και το 35% της ομάδας που απευθύνθηκε πρώτα στο Κ.Υ. και μετά στο νοσοκομείο, επίσης δεν χρειάστηκε τελικά ακτινοσκοπικό ή εργαστηριακό έλεγχο για να αντιμετωπιστεί (γραφ. παρ. 12). Αν το μεταφράσουμε σε απόλυτους αριθμούς θα βρούμε ότι οι 542 από τους 1708 κατοίκους Λουτρακίου που απασχόλησαν το Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου, (31,73%) θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν στο Κ.Υ., με τις συνθήκες που αυτό λειτουργεί.

### 7.2. Συζήτηση των αποτελεσμάτων από τα στοιχεία του Παθολογικού Τ.Ε.Π.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης των στοιχείων του Παθολογικού Τ.Ε.Π. διαπιστώνεται ότι:

Για την ομάδα των ασθενών που φαίνεται να αυτοπαραπέμπονται:

- ✓ το 25% εξετάστηκε και πήρε συστάσεις για τον τρόπο αντιμετώπισης που προβλήματος που παρουσίαζε ενώ μόνο το 15% χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή (γρ. παρ.3)
- ✓ το 25% παρέμεινε για ολιγόωρη παρακολούθηση σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας (γρ. παρ.3)
- ✓ το 34% χρειάστηκε νοσηλεία σε δευτεροβάθμιο επίπεδο και δύο περιπτώσεις διακομίσθηκαν σε νοσοκομεία της Αθήνας. (γρ. παρ. 3)
- ✓ Αν εξαιρέσουμε τον αριθμό αυτών που εισήχθησαν, διακομίσθηκαν, παραπέμφθηκαν ή παρέμειναν σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας για το 23,8% των υπολοίπων απαιτήθηκε παρακλινικός έλεγχος (γρ. παρ. 8)

Για την ομάδα των ασθενών που παραπέμπεται από το Κ.Υ:

- ✓ το 24% εξετάστηκε και πήρε συστάσεις για τον τρόπο αντιμετώπισης που προβλήματος που παρουσίαζε ενώ μόνο το 7% χρειάστηκε φαρμακευτική αγωγή (γραφ. παρ. 6)
- ✓ το 27% παρέμεινε για ολιγόωρη παρακολούθηση σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας.(γραφ. παρ. 6)
- ✓ το 40% χρειάστηκε νοσηλεία σε δευτεροβάθμιο επίπεδο .(γραφ. παρ. 6)
- ✓ Αν εξαιρέσουμε τον αριθμό αυτών που εισήχθησαν, διακομίσθηκαν, παραπέμφθηκαν ή παρέμειναν σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας για το 36,1% των υπολοίπων απαιτήθηκε παρακλινικός έλεγχος (γραφ. παρ. 8)

Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων και των δύο ομάδων που προσήλθαν στο Παθολογικό Τ.Ε.Π. παρατηρούμε ότι:

- Υπάρχει ένα τεράστιο ποσοστό ασθενών –κατοίκων Λουτρακίου (85%) που προσέρχεται στα Παθολογικά ΤΕΠ παρακάμπτοντας τη δομή του Κ.Υ. Φαίνεται αδύνατο, αν και δεν υπάρχουν στοιχεία για το ποσοστό της παραπομπής με οποιονδήποτε άλλο τρόπο (π.χ. τηλεφωνικά ή από ιδιώτη γιατρό) να μην οφείλεται κατά κύριο λόγο σε αυτοπαραπομπή (γραφ. παρ. 1)
- Οι ασθενείς που προήλθαν από το Κ.Υ. και πήραν απλά οδηγίες εμφανίζονται σε σχεδόν ίδιο ποσοστό με αυτό της άλλης ομάδας. Υπάρχει όμως η αμφιβολία ότι μπορεί ήδη να είχαν πάρει φαρμακευτική αγωγή από το Κ.Υ. Το γεγονός που ενισχύει την υπόθεση αυτή είναι ότι εμφανίζονται οι ασθενείς που δεν χρησιμοποίησαν τη δομή του Κ.Υ. και χρειάστηκαν φαρμακευτική αγωγή , σε διπλάσιο και πλέον ποσοστό.
- Φαίνεται επίσης , η παραμονή σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας να κυμαίνεται σε παρόμοια ποσοστά και για τις δύο ομάδες. Η παραμονή όμως σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας συνδυάζεται με διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Εδώ, γεννάται το ερώτημα αν οι ασθενείς πραγματικά χρειαζόταν παρακολούθηση σε Θ.Β.Ν. ή αν παρέμειναν για το χρονικό διάστημα που απαιτήθηκε μέχρι να διενεργηθούν οι εργαστηριακές εξετάσεις.
- Αν εξαιρέσουμε από το σύνολο των κατοίκων Λουτρακίου τον αριθμό αυτών που εισήχθησαν, διακομίσθηκαν, παραπέμφθηκαν ή παρέμειναν σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας για το 25,35% των υπολοίπων απαιτήθηκε παρακλινικός έλεγχος (γραφ. παρ. 8) Από την ομάδα του Κ.Υ. το επιμέρους ποσοστό του 36,1%, σημαντικά μεγαλύτερο από το 23,8% της άλλης ομάδας ίσως υπογραμμίζει την ανάγκη σύνδεσης του Κ.Υ. με τα εργαστήρια του νοσοκομείου με κάποιον άλλο τρόπο και όχι μέσω των Τ.Ε.Π.
- Για τους ασθενείς που παραπέμφθηκαν από το Κ.Υ., υπό την συνθήκη που αυτό λειτουργεί, το ποσοστό του 40% που εισήχθη στο νοσοκομείο, σε συνδυασμό με αυτό του 27% που παρέμειναν σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας έστω και χωρίς να γνωρίζουμε αν αυτό έγινε για τη διενέργεια εξετάσεων προκειμένου να τεθεί διάγνωση , υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της παραπομπής.
- Για το σύνολο των κατοίκων του Λουτρακίου (288) που προσήλθε στα Τ.Ε.Π. (εξαιρουμένων αυτών που εισήχθησαν, διακομίσθηκαν, παραπέμφθηκαν ή



παρέμειναν σε Θ.Β.Ν. ) προκύπτει ότι το 38,7% θα μπορούσε να συγκρατηθεί στη δομή του Κ.Υ. αφού εξετάστηκε και είτε πήρε οδηγία απλή οδηγία για την αντιμετώπιση του προβλήματός του είτε για φαρμακευτική αγωγή.

- Για το σύνολο των κατοίκων του Λουτρακίου (288) που προσήλθε στα ΤΕΠ (εξαιρουμένων αυτών που εισήχθησαν, διακομίσθηκαν, παραπέμφθηκαν ή παρέμειναν σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας το 25,34%, προκειμένου να αντιμετωπιστεί, χρειάστηκε παρακλινικός έλεγχος.

### **7.3. Συζήτηση των αποτελεσμάτων από τα στοιχεία του Χειρουργικού Τ.Ε.Π.**

**Από τα αποτελέσματα της μελέτης των στοιχείων του Χειρουργικού Τ.Ε.Π. διαπιστώνεται ότι:**

Για την ομάδα των ασθενών που φαίνεται να αυτοπαραπέμπονται:

- ✓ 15% εισήχθη σε κλινική και 1% διακομίσθηκε σε νοσοκομείο της Αθήνας (γρ. παρ. 4)
- ✓ 5% παραπέμφθηκε σε τακτικό ιατρείο αφού αντιμετωπίστηκε το οξύ σύμπτωμα (γρ. παρ. 4)
- ✓ 13% των περιστατικών που δεν διακομίσθηκαν, εισήχθηκαν ή παραπέμφθηκαν σε τακτικό ιατρείο, φαίνονται να είναι περιστατικά ρουτίνας (γρ. παρ. 5)
- ✓ 32% αντιμετωπίστηκε χωρίς να απαιτηθεί εργαστηριακός ή ακτινοδιαγνωστικός έλεγχος(γρ. παρ. 9)
- ✓ 47% αντιμετωπίστηκε με τη συνδρομή εργαστηριακού ή ακτινοδιαγνωστικού ελέγχου (γρ. παρ. 9)

Για την ομάδα των ασθενών που παραπέμπεται από το Κ.Υ.

- ✓ 11% εισήχθη σε κλινική και 2% διακομίσθηκε σε νοσοκομείο της Αθήνας (γρ. παρ. 7)
- ✓ 4% παραπέμφθηκε σε τακτικό ιατρείο αφού αντιμετωπίστηκε το οξύ σύμπτωμα (γρ. παρ. 7)
- ✓ 47% αντιμετωπίστηκε χωρίς να απαιτηθεί εργαστηριακός ή ακτινοδιαγνωστικός έλεγχος (γρ. παρ. 9)
- ✓ 36% αντιμετωπίστηκε με τη συνδρομή εργαστηριακού ή ακτινοδιαγνωστικού ελέγχου(γρ.παρ. 9)

Από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων και των δύο ομάδων που προσήλθαν στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. παρατηρούμε ότι:

- Υπάρχει ένα τεράστιο ποσοστό ασθενών –κατοίκων Λουτρακίου (87%) που προσέρχεται στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. παρακάμπτοντας τη δομή του Κ.Υ. Φαίνεται αδύνατο, αν και δεν υπάρχουν στοιχεία για το ποσοστό της παραπομπής με οποιονδήποτε άλλο τρόπο (π.χ. τηλεφωνικά ή από ιδιώτη γιατρό) να μην οφείλεται κατά κύριο λόγο σε αυτοπαραπομπή (γρ. παρ. 5).
- Το ποσοστό των ασθενών που παρέμειναν σε Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας είναι τόσο αμελητέο ώστε δεν καταγράφεται. Αν συνδυάσουμε αυτό το γεγονός με το ότι ο παρακλινικός έλεγχος που κατά κύριο λόγο πραγματοποιείται στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π είναι ακτινοδιαγνωστικός και δεν υπάρχει χρόνος αναμονής για το αποτέλεσμα, ενισχύεται η υποψία ότι η παραμονή στο Θάλαμο Βραχείας Νοσηλείας σε ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό στο Παθολογικό Τ.Ε.Π. μπορεί και να μην είναι απαραίτητη.
- το ποσοστά των εισαγωγών και διακομιδών είναι σχεδόν παραπλήσια και για τις δύο ομάδες.
- το πολύ μεγάλο ποσοστό αυτών που πέρασαν και από το Κ.Υ. και τελικά στο Τ.Ε.Π. δεν χρειάστηκαν ακτινοδιαγνωστικό έλεγχο, ( 47%) κατευθύνει σε δύο υποθέσεις: ή δεν παραπέμφθηκαν από γιατρό του Κ.Υ. αλλά κατευθύνθηκαν από μόνοι τους στο νοσοκομείο από ανασφάλεια, ή παραπέμφθηκαν από γιατρό του Κ.Υ. στα πλαίσια της ανασφάλειας που δημιουργεί η απουσία της δυνατότητας ελέγχου. (γρ. παρ. 7).
- Δεν είναι ευκαταφρόνητα τα ποσοστά ασθενών που παραπέμφθηκαν σε τακτικό ιατρείο. Το 4% και 5% μας ωθεί να πιθανολογήσουμε ότι μια ομάδα ασθενών υποτιμά τα πρώιμα σημεία εκδήλωσης μιας χρόνιας κατάστασης και καταφεύγει σε γιατρό όταν του προκαλούν μεγάλη δυσχέρεια ή ότι παρουσιάζει ως οξεία μια μόνιμη κατάσταση για να εξυπηρετηθεί άμεσα και να αποφύγει την λίστα αναμονής στα τακτικά ιατρεία.
- από το σύνολο των 768 κατοίκων του Λουτρακίου που προσήλθαν στο Χειρουργικό Τ.Ε.Π. (εξαιρουμένων αυτών που εισήχθησαν σε κλινική , διακομίσθηκαν ή παραπέμφθηκαν ), για τους 441 απαιτήθηκε εργαστηριακός έλεγχος, ενώ για τους 327 όχι.

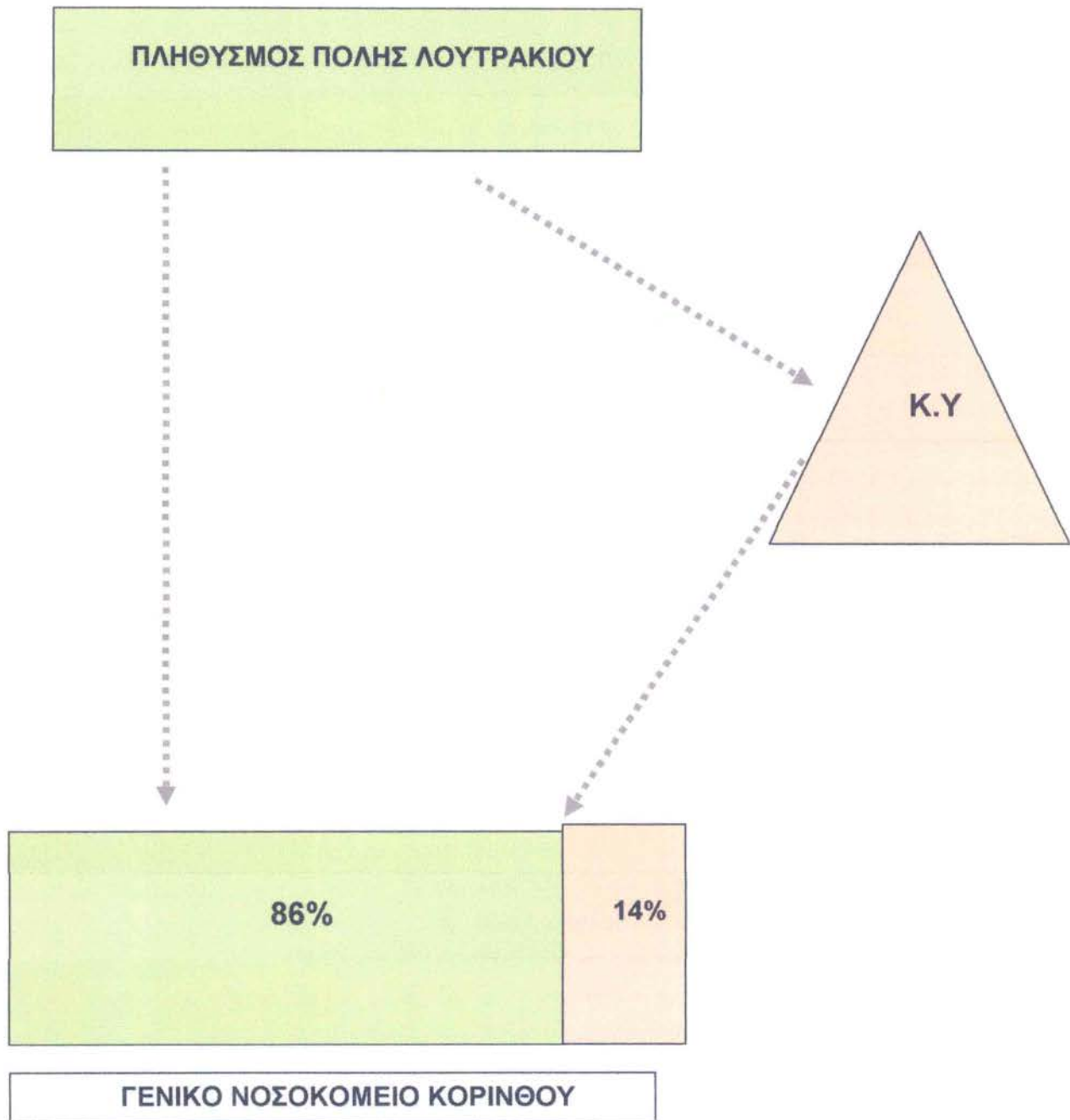


#### **7.4. Συζήτηση των αποτελεσμάτων από τα στοιχεία των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων**

**Από τα αποτελέσματα της μελέτης των στοιχείων των τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων διαπιστώνεται ότι:**

Σε αντίθεση με την εικόνα των Τ.Ε.Π., αυτή των τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων, παρουσιάζει μικρή προσέλευση των κατοίκων Λουτρακίου. Η προσέλευση επί του συνόλου των προσερχομένων ήταν στο Διαβητολογικό 14% , στο Χειρουργικό 6% και στο Καρδιολογικό 7%. Φαίνεται, ότι οι ασθενείς εμπιστεύονται άλλους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας για τα μη επείγουσες ανάγκες τους. Μπορεί να υποθέσει κανείς ότι απευθύνονται είτε σε γιατρούς από το Κ.Υ. στους οποίους απευθύνονται συγκεκριμένα, είτε σε δομές των ασφαλιστικών τους φορέων, είτε καταφεύγουν στην ιδιωτική δαπάνη. Δυστυχώς, δεν ήταν δυνατή η αναδρομικά περεταίρω διερεύνηση των στοιχείων για να υπάρχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα.

**ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΗΣ ΡΟΗΣ  
ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup> : ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 8.1. Συμπεράσματα

- Φαίνεται ότι το γεγονός του πολύ μικρού κόστους χρήσης των υπηρεσιών ,της μικρής χιλιομετρικής απόστασης του Κ.Υ. από το νοσοκομείο, της δυνατότητας προσέγγισης του χωρίς την χρήση κάποιου μηχανισμού παραπομπής αλλά και της απουσίας περιορισμών παραπομπής, αποτελεί παράγοντα αύξησης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας από τη νοσοκομειακή δομή. Εδώ πρέπει να συνυπολογίσουμε ότι υπάρχει μια συνεχής ροή ατόμων που διακινείται για διάφορες αιτίες ανάμεσα στις δύο πόλεις και άρα για κάποιους, που αντιμετωπίζουν ή νομίζουν ότι αντιμετωπίζουν οξύ πρόβλημα υγείας είναι πιο προσιτό να απευθυνθούν στη δομή του νοσοκομείου.
- Επίσης, πολλές φορές οι ασθενείς δεν γνωρίζουν το επιστημονικό πεδίο της Γενικής Ιατρικής ή μπορεί να αμφισβητούν την επάρκεια του για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. Κάποιοι άλλοι, εμπιστεύονται περισσότερο τη νοσοκομειακή δομή, μη γνωρίζοντας ή χωρίς να αξιολογούν το γεγονός ότι στο Κ.Υ. αντιμετωπίζονται από ειδικευμένους γιατρούς, γεγονός που δεν ισχύει πάντα στο νοσοκομείο. Εδώ ίσως φαίνεται ότι η ανάγκη ενδυνάμωσης του κύρους της συγκεκριμένης ειδικότητας θα μπορούσε να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην συγκράτηση των ασθενών στη δομή του Κ.Υ.
- Η κατάσταση ίσως επιβαρύνεται, από την επίγνωση εκ μέρους των χρηστών της αδυναμίας διενέργειας ακτινολογικού και εργαστηριακού ελέγχου από το Κ.Υ., οπότε προσερχόμενοι κατευθείαν στο νοσοκομείο υπολογίζουν ότι θα ταλαιπωρηθούν λιγότερο και θα κερδίσουν χρόνο. Επιπλέον, ακόμα και αν ο παρακλινικός έλεγχος για τα επείγοντα περιστατικά υποδεικνύεται από γιατρό του Κ.Υ., για να διενεργηθεί στο νοσοκομείο, ο ασθενής πρέπει να προσέλθει στο Τ.Ε.Π. για να γίνει η αιμοληψία από το γιατρό, οπότε εξετάζεται και πάλι. Για τον ακτινολογικό έλεγχο, είναι ασαφές στους περισσότερους γιατρούς και ασθενείς, αν είναι αρκετό το παραπεμπτικό που δίνεται από τους γιατρούς του Κ.Υ. Συνεπώς, στην προοπτική ότι πρέπει να εξεταστούν στο Τ.Ε.Π. επιλέγουν να κερδίσουν χρόνο και να ταλαιπωρηθούν λιγότερο.
- Θα ήταν ενδιαφέρον να μπορούσαμε να εντοπίσουμε το ποσοστό παθολογικών ευρημάτων στις ζητούμενες εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις. Και να δρομολογηθεί μια προοπτική μελέτη για να δειχθεί το δικαιολογημένο ή όχι της χρήσης τους με στόχο την διατύπωση κατευθύνσεων ορθολογικότερης αντιμετώπισης των περιστατικών. Σε ανάλογη μελέτη, η διαπίστωση του χαμηλού ποσοστού των παθολογικών ευρημάτων, έχει ωθήσει στη διατύπωση ερωτηματικών σχετικά με την αμυντική ιατρική, την ιατρική ανασφάλεια, και την ποιότητα εκπαίδευσης των γιατρών ( Παπαδάκης και συν. 1993).
- Τα παραπάνω συνιστούν κατά τη γνώμη μας παραμέτρους που επιβαρύνουν την προσέλευση των ασθενών στο τμήμα επειγόντων. Συνακόλουθο αυτού , είναι η συσσώρευση ασθενών , η αύξηση του χρόνου αναμονής και της ταλαιπωρίας τους και η επιβάρυνση της απασχόλησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Τα στοιχεία αυτά αξιολογούνται ως παράγοντες που μειώνουν το επίπεδο της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών και της ικανοποίησης όχι μόνο των ασθενών αλλά και των εργαζομένων από τις συνθήκες εργασίας.



Εμπειρικά, δεν είναι λίγοι αυτοί που χρησιμοποιούν και τις δύο δομές χωρίς να το αναφέρουν για να διασταυρώσουν την ιατρική γνώμáτευση και την θεραπευτική οδηγία ή που το αναφέρουν αλλά δεν μεταφέρουν ακριβώς τα απαραίτητα στοιχεία ως προς την ιατρική αντιμετώπιση. Επίσης, κάποιιο παρουσιάζουν το πρόβλημά τους ως οξύ για να εξετασθούν άμεσα παρακάμπτοντας τη διαδικασία των ραντεβού για τα Τακτικά Ιατρεία, το Μικροβιολογικό, Αιματολογικό και Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο του νοσοκομείου που συνεπάγεται χρόνο αναμονής.

Σχετικά με τις παραπομπές από το Κ.Υ. στο νοσοκομείο, η ανασφάλεια από την απουσία δυνατότητας διενέργειας παρακλινικών εξετάσεων, η απουσία πρωτοκόλλων αντιμετώπισης, η έλλειψη ενός μηχανισμού παραπομπών σε άλλη δομή, η κούραση του ιατρικού προσωπικού από τις συνθήκες εργασίας, η ευκολία στην πρόσβαση και η μικρή χιλιομετρική απόσταση και άρα και η σχετικά μικρή ταλαιπωρία του ασθενούς εκτιμώνται σαν παράγοντες όχι μόνο της δυνατότητας μείωσης της προσέλευσης στη δομή του Κ.Υ. αλλά και αύξησης του αριθμού των παραπομπών στο νοσοκομείο.

Ο μεγάλος αριθμός παρακλινικών εξετάσεων στο Τ.Ε.Π., είναι ένα σημείο προβληματισμού ως προς την αναγκαιότητα διενέργειας τους. Η απουσία πρωτοκόλλων αντιμετώπισης, ο μεγάλος αριθμός ασθενών και η κούραση από τις συνθήκες εφημερίας, η πιθανή ανασφάλεια των γιατρών και ο φόβος από τις συνέπειες της λάθος διάγνωσης η απουσία αρκετές φορές ειδικευμένων γιατρών στα Τ.Ε.Π πιθανόν να αποτελούν παράγοντα αύξησης των παραπομπών για παρακλινικό έλεγχο. Έτσι, μπορεί να βρισκόμαστε μπροστά σε έναν κύκλο, όπου από το Κ.Υ. οι ασθενείς παραπέμπονται στο νοσοκομείο για τους προαναφερθέντες λόγους, και εκεί, επίσης για τους λόγους που πιθανολογούνται να ισχύουν, επιβεβαιώνεται η αναγκαιότητα της παραπομπής.

## **8.2. Προτάσεις για την συγκράτηση των ασθενών στις δομές της Π.Φ.Τ.**

### **8.2.1. Προτάσεις για τη βελτίωση της λειτουργίας του Κ.Υ. Λουτρακίου**

Αναμφισβήτητα, ο ρόλος των Κέντρων Υγείας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας εκτείνεται σε δύο άξονες: Ο πρώτος, η λειτουργία τους ως ηθμού για την επιλογή των περιστατικών που θα προωθηθούν σε Δευτεροβάθμιο επίπεδο είναι καθοριστικής σημασίας για την διασφάλιση των κριτηρίων της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας. Ο δεύτερος άξονας, αυτός της πρόληψης και της προαγωγής υγείας, είναι αυτός που θα εξασφαλίσει όχι μόνο την ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας σε μελλοντικό χρόνο αλλά και συνακόλουθα την εξοικονόμηση πόρων.

Η ανασυγκρότηση του συστήματος υγείας και η οριοθέτηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε αυτό, με τρόπο που να εκπληρώνονται τα κριτήρια που έχουν



τεθεί ως στόχος και με δεδομένους τους δημοσιονομικούς περιορισμούς, είναι θέμα πολιτικής βούλησης αλλά και πολιτικών δράσεων.

Οι παρεμβάσεις όμως σε μικροεπίπεδο, προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο παροχής υπηρεσιών, είναι κατά κύριο λόγο θέμα οργάνωσης. Αφού ακόμα δεν μπορούμε να μιλήσουμε για λειτουργική διασύνδεση όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας, από τη σκοπιά του Ε.Σ.Υ., θα πρέπει να επιδιώξουμε τη λειτουργική διασύνδεση των Κ.Υ. με τα νοσοκομεία. Αφού δεν μπορούμε να αναμορφώσουμε το σύστημα, ας παρέμβουμε με έναν τρόπο που δεν είναι θέμα δημοσιονομικού περιορισμού και νομικού πλαισίου, αλλά που μπορεί να βελτιώσει την παροχή υπηρεσιών και το επίπεδο ικανοποίησης των πολιτών. Κυρίως όμως ας φροντίσουμε να αποκτήσουμε κουλτούρα πρωτοβάθμιας, αρχής γενομένης από το ανθρώπινο δυναμικό που υπηρετεί την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η έστω και περιορισμένη ανάλυση των στοιχείων της παρούσας μελέτης οδηγεί στο εξής αδιαμφισβήτητο συμπέρασμα:

Υπάρχει μια μεγάλου βαθμού διαφυγή των κατοίκων του Λουτρακίου προς το νοσοκομείο, όσον αφορά τα έκτακτα περιστατικά. Η διαφυγή μπορεί να οφείλεται στην αίσθηση των κατοίκων ότι τελικά ούτως ή άλλως θα απευθυνθεί στο νοσοκομείο αφού το Κ.Υ. υπολείπεται σε υποδομές. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την παράκαμψη του Κ.Υ. ακόμα και για τον παραμικρό λόγο, και την συσσώρευσή του στα Τ.Ε.Π.

**Αφού προς το παρόν δεν είναι εφικτή η δημιουργία των υποδομών που λείπουν θα πρέπει να στραφούμε σε άλλα μέσα για την βελτίωση της λειτουργικότητας του Κ.Υ., προκειμένου να επιτύχουμε έναν ικανοποιητικό βαθμό συγκράτησης ασθενών στη δομή του.**

#### **Σε οργανωτικό επίπεδο:**

- Μια μεγάλη αδυναμία που παρατηρήθηκε εκ μέρους του Κ.Υ. είναι η απουσία ιατρικού φακέλου και η καταγραφή επισκέψεων του ασθενούς. Η ηλεκτρονική καταγραφή αποτελεί βέβαια την ιδανική κατάσταση, αλλά αφού προϋποθέτει την ύπαρξη υποδομών δεν φαίνεται να είναι εφικτή. Όμως η τήρηση κάρτας ασθενούς θα επέτρεπε την αποτελεσματικότερη εκτίμηση των αναγκών του και την πληρέστερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας του. Ταυτόχρονα θα ενέπνεε και το ανάλογο κλίμα εμπιστοσύνης του ασθενούς προς το Κ.Υ. ώστε να απευθύνεται σε αυτό πριν επιλέξει άλλη λύση. Ο ιατρικός φάκελος θα προφύλασσε και από τις παρενέργειες του φαινομένου της περιπλάνησης του ίδιου ασθενούς σε περισσότερους από έναν γιατρούς του Κ.Υ., προκειμένου να πάρει δεύτερη γνώμη ή να εξυπηρετηθεί γρηγορότερα, θα καταπολεμούσε ίσως το φαινόμενο της πολυφαρμακίας και θα προφύλασσε από ανεπαρκή ρύθμιση ασθενών με χρόνια νοσήματα.
- Θα μπορούσαν να γίνουν παρεμβάσεις ως προς έναν πιο λειτουργικό τρόπο διασύνδεση του Κ.Υ. με το ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου. Είναι χαρακτηριστικό, ότι όσοι γιατροί του Κ.Υ. ρωτήθηκαν, κανείς δεν γνώριζε με βεβαιότητα για ποιο λόγο ο ασθενής θα πρέπει να εξετασθεί και από γιατρό των Τ.Ε.Π. προκειμένου να διενεργηθεί παρακλινικός έλεγχος. Για το

ακτινολογικό εργαστήριο μάλιστα, όπου η διαδικασία είναι πιο απλή μιας και δεν απαιτείται αιμοληψία, υπάρχει σύγχυση για τον αν μια ακτινογραφία θα μπορούσε να γίνει με παραπομπή από το Κ.Υ. ή όχι.

#### **Σε λειτουργικό επίπεδο:**

- Ενώ στο Κ.Υ. γίνεται διανομή εντύπων για τη διαχείριση διάφορων νοσημάτων και παραγόντων κινδύνου, δεν υπάρχουν μέθοδοι αξιολόγησης και καταγραφής του βαθμού συμμόρφωσης του ασθενούς.
- Η καταγραφή του επιδημιολογικού προφίλ της περιοχής και η χαρτογράφηση των αναγκών υγείας θα αποτελούσαν την αφετηρία για αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Η καταγραφή του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών και των παραπόνων τους, θα ήταν χρήσιμο εργαλείο στη διερεύνηση των αιτιών της δυσαρέσκειας και της παράκαμψης του Κ.Υ. και θα οδηγούσε στη διατύπωση προτάσεων για την βελτίωση του τρόπου παροχής υπηρεσιών και την αύξηση του επιπέδου συγκράτησης.

Η εφαρμογή όλων αυτών των παρεμβάσεων θα πρέπει να έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα και να διασφαλιστεί από όλους τους εμπλεκόμενους στην παροχή υπηρεσιών του Κ.Υ.

Μακροπρόθεσμα, ο στόχος που πρέπει να τεθεί, για το συγκεκριμένο Κ.Υ. είναι η λειτουργία του Θαλάμου Βραχείας Νοσηλείας και του μικροβιολογικού και ακτινολογικού εργαστηρίου και η στελέχωση του με ιατρικό και λοιπό προσωπικό.

#### **8.2.2. Αναφορά σε συγκριτική μελέτη και προτάσεις για την βελτίωση της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας**

Το 1992, το Κ.Υ. Σπηλίου και η Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, σε συνεργασία με το Dalby Health Sciences Centre του Πανεπιστημίου Lund της Σουηδίας, εργάστηκαν πάνω σε μια πρόταση ανάπτυξης του Ελληνικού Κέντρου Υγείας. Η ανάπτυξη στηρίχθηκε στα εξής βήματα:

- Ευαισθητοποίηση του προσωπικού και της κοινότητας στις αρχές της Π.Φ.Υ.
- Αποτύπωση των χαρακτηριστικών της κοινότητας
- Αποτύπωση των χαρακτηριστικών της κοινότητας με την βοήθεια πληροφορικού συστήματος
- Σχεδιασμός, οργάνωση και προγραμματισμός των δραστηριοτήτων του Κ.Υ. οι οποίες στηρίχτηκαν στα τοπικά δεδομένα
- Παροχή υπηρεσιών στη βάση των προβλημάτων υγείας που το Κ.Υ. ανίχνευσε
- Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών στηριγμένη στη διαχρονική παρακολούθηση των δεικτών υγείας του πληθυσμού και σε μελέτες κόστους-αποτελεσματικότητας και κόστους αποδοτικότητας



Δημιουργήθηκε Τοπική Επιτροπή Υγείας, η οποία συμμετείχε στο σχεδιασμό και τη στήριξη των δραστηριοτήτων του Κ.Υ. Απογράφηκε ο πληθυσμός ευθύνης και εξασφαλίστηκε η συνεχής ροή πληροφοριών για την μεταβολή των δημογραφικών στοιχείων του. Αναπτύχθηκε υπολογιστικό πρόγραμμα καταγραφής και στατιστικής επεξεργασίας των πληροφοριών. Η ομάδα υγείας αποτέλεσε βασική παράμετρο της επιτυχίας του εγχειρήματος. Αναπτύχθηκαν επίσης, προγράμματα εκπαιδευτικής παρέμβασης. (Λιονής, Κούτης 1992)

Παρά τις όποιες λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος υγείας, παρά τους χρηματοδοτικούς και δημοσιονομικούς περιορισμούς, το Κ.Υ. αναφέρεται σε μια περιορισμένη κοινότητα, και σαν κομμάτι της θα μπορούσε να αναπτυχθεί. Η εμπειρία από το Κ.Υ. Σπηλίου απέδειξε ότι πέρα από τους όποιους περιορισμούς, η *ανάπτυξη της Π.Φ.Τ.* είναι θέμα κουλτούρας.

Η πρόταση της λειτουργικής ανασυγκρότησης φαίνεται να είναι η πιο εφικτή με δεδομένες τις υπάρχουσες συνθήκες, και την πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών φορέων

Όμως παρά το αδύναμο οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο, και στην αναμονή του νομοθετήματος που θα δώσει διέξοδο στα αδιέξοδα του συστήματος, καλό είναι, να μελετήσουμε παρεμβάσεις σε επιμέρους σημεία του συστήματος, οι οποίες τελικά έχουν εφαρμογή και είναι ζητούμενα, ανεξάρτητα του συστήματος.

#### **Οι παρεμβάσεις αυτές θα μπορούσαν να εκτείνονται στα εξής σημεία:**

- Ενδυνάμωση της ειδικότητας της Γενικής Ιατρικής.
- Καθιέρωση του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού ως σημείο αναφοράς τους ασθενούς, και πύλη εισόδου του στο σύστημα υγείας.
- Όλο το ανθρώπινο δυναμικό να αποκτήσει κουλτούρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, ώστε να στηρίζει τον θεσμό του Κ.Υ. στον ουσιαστικό ρόλο που καλείται να διαδραματίσει, μέσα από εκπαιδευτικές διαδικασίες.
- Αναγνώριση των πιο συχνών νοσημάτων και η ανίχνευση των αναγκών και των ιδιαιτεροτήτων του πληθυσμού.
- Να αποκτήσει υποχρεωτικό χαρακτήρα η κάρτα παρακολούθησης των ασθενών
- Εφαρμογή μεθόδων αξιολόγησης της για όλα τα επιμέρους τμήματα της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών.
- Εφαρμογή μεθόδων εκτίμησης και αξιολόγησης των παρεμβάσεων.
- Καθιέρωση μεθόδων ελέγχου της κλινικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας.
- Καθιέρωση πρωτοκόλλων διαχείρισης των περιστατικών.
- Καθιέρωση παραπεμπτικών μηχανισμών για περαιτέρω έλεγχο του ασθενούς ή Δευτεροβάθμια Φροντίδα του.
- Κατάρτιση και υλοποίηση Προγραμμάτων Αγωγής Υγείας
- Διασύνδεση και συνεργασία των Κ.Υ. με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, Οργανώσεις και διάφορους κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς.
- Ανάπτυξη των Περιφερειακών Ιατρείων στην βάση της ίδιας φιλοσοφίας.
- Καθιέρωση μέτρων και κινήτρων για τη διασφάλιση και συνεχή βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας των παροχών σε όλες τις επιμέρους διαδικασίες.
- Ανάπτυξη μηχανισμών καταγραφής και επεξεργασίας των πληροφοριών.
- Ανάπτυξη υποστηρικτικών μηχανισμών.
- Καθιέρωση διαδικασιών εκτίμησης και των επιστημονικών και διαπροσωπικών ικανοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού.
- Ανάπτυξη της χρήσης των νέων τεχνολογιών.



- Δημιουργία Ομάδων Διαχείρισης Υγείας με τη συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων
- Απόδοση ρόλων και αρμοδιοτήτων στο υγειονομικό προσωπικό
- Ανάπτυξη υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας.
- Διασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα.
- Ανάπτυξη Κοινωνικών Υπηρεσιών.
- Καθιέρωση μεθόδων αξιολόγησης των υπηρεσιών από τους χρήστες και μέτρησης του βαθμού της ικανοποίησής τους.

### 8.2.3. Πρόταση για την βελτίωση της λειτουργίας των Τ.Ε.Π.

Αν και η μελέτη έχει σαν στόχο την διερεύνηση προτάσεων για την βελτίωση του τρόπου λειτουργίας του Κ.Υ., από την ανάγνωση των αποτελεσμάτων, η σκέψη δεν μπορεί να μην κατευθυνθεί και στον τρόπο λειτουργίας των Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου.

Η μεγάλη προσέλευση ασθενών σε αυτά, έχει σαν αποτέλεσμα την συσσώρευση στις αίθουσες αναμονής, την αύξηση του χρόνου αναμονής, τον εκνευρισμό των ασθενών που εκφράζεται με άσχημη συμπεριφορά προς το προσωπικό, παραμέτρους που συντελούν στην διαμόρφωση άσχημης γνώμης για το Ε.Σ.Υ. και χαμηλού επιπέδου ικανοποίησης των πολιτών.

Οι δύσκολες συνθήκες εργασίας και οι άσχημες συνθήκες εφημερίας, υπο την πίεση της ευθύνης για την ανθρώπινη ζωή ήδη έχουν περιγραφεί σαν παράγοντες της εμφάνισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η άσκοπη συσσώρευση ασθενών με τα συνακόλουθά της, δημιουργούν επιπλέον φόρτο εργασίας τόσο στο ιατρικό όσο και στο υπόλοιπο προσωπικό με αποτέλεσμα όχι μόνο εντάσεις και εκνευρισμούς αλλά και τον κίνδυνο πλημμελούς εφαρμογής των κανόνων της επιστήμης. Όλοι οι προαναφερθέντες λόγοι, έχουν επίσης σαν αποτέλεσμα το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού από την εργασία του, παράγοντας που επιβαρύνει την ψυχολογική- συναισθηματική κατάσταση του και τελικά επιδρά αρνητικά σε όλες τις εκφράσεις της κοινωνικής, οικογενειακής και προσωπικής του ζωής. Ας μην ξεχνάμε ότι ο χώρος παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελεί πεδίο έντασης της εργασίας και όχι του κεφαλαίου. Το φαινόμενο εκφράζεται με δύσθυμη συμπεριφορά προς τους ασθενείς και τους συνεργάτες και επιδρά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπλέον, η συρροή ατόμων στο Τ.Ε.Π. με συμπτωματολογία που δεν μπορεί να χαρακτηριστεί έκτακτη, επείγουσα ή και που θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί σε μια άλλη δομή, απορροφά πολύτιμους από τους ήδη περιορισμένους πόρους που θα μπορούσαν να διατεθούν αλλού.

Το Τμήμα Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης σε μια μελέτη του προσπάθησε να διερευνήσει τον προσδιορισμό του αριθμού των ασθενών που ενώ θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν σε πρωτοβάθμιο επίπεδο αλλά προσήλθαν στο Τμήμα Επειγόντων του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Λιονής Χ. και συν. 1996). Η μελέτη αφορούσε δώδεκα εφημερίες του νοσοκομείου, και περιέλαβε σαν πληθυσμό αναφοράς τους ασθενείς στους οποίους δεν ήταν εμφανής η αιτία και η φύση του προβλήματός τους



(παιδιατρικά, ουρολογικά, οφθαλμολογικά, τραυματιολογικά, καρδιολογικά, οδοντιατρικά κλπ περιστατικά). Για το σκοπό αυτό συστάθηκε ένα Ιατρείο Διαλογής το οποίο λειτούργησε με ειδικευόμενους και ειδικευμένους γιατρού ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και δέχτηκε τελικά 577 περιστατικά από τα 5.200 που προσήλθαν στις εφημερίες.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης φάνηκε ότι από το σύνολο των περιστατικών που δέθηκε το Ιατρείο Διαλογής, το 86,4% χαρακτηρίστηκαν ως μη επείγοντα, και το 40% ως μη έκτακτα (παρουσίαζαν συμπτώματα ή σημεία παλαιότερα της βδομάδας). Το εντυπωσιακό όμως ήταν ότι το 60.8% δεν έχρηζε παραπομπής σε άλλο ιατρείο των Τ.Ε.Π.

Η πρόταση που μπορεί να διερευνηθεί από τα αποτελέσματα της μελέτης, είναι η θεσμοθέτηση της λειτουργίας αντίστοιχων Ιατρείων Διαλογής στα Τ.Ε.Π. των νοσοκομείων, στελεχωμένα με γιατρούς ειδικότητας Γενικής Ιατρικής και στόχους: την ολοκληρωμένη ανακούφιση των άλλων κλινικών ειδικοτήτων με την αντιμετώπιση των περιστατικών που δεν χαρακτηρίζονται έκτακτα ή επείγοντα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Α. Εκδόσεις

Abel-Smith *και συν* (1994) Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας .Φαρμέτρικα, Αθήνα

Αγραφιώτης Δ. (2005) Το Νοσοκομείο ως Οργάνωση στο Υγεία-Αρρώστια-Κοινωνία. Τηπωθήτω, Αθήνα

Αλεξιάδου και *συν*. Η Ιστορική Εξέλιξη του Θεσμού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας .Διοικητική Ενημέρωση, 35: 106-110, 2006

Βενιέρης Δ. (2003) Η Πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Νούς «ασθενής» έν σώματι «υγεί»; στο Βενιέρης Δ., Παπαθεοδώρου Χ. (επιμ.) Η Κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα:

Προκλήσεις και προοπτικές. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Βοζίκης Α., Λοπατατζίδης Α.(2006) Κοινωνική Ασφάλιση και Διαχείριση Ζήτησης Υπηρεσιών Υγείας στο Σουλιώτης Κ. (επιμ.) Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα

Γεωργούση Ε. Κυριόπουλος Γ., Σχεδιασμός, οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 3 (10) : 128-132, 1991

Γεωργούση Ε.(1997) Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία στον Ενιαίο Φορέας Υγείας στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (επιμ.) Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη. Θεμέλιο, Αθήνα

Γεωργούση Ε. Κυριόπουλος Γ. (2000) Τα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία : Συγκλίσεις προς μια ενιαία υγειονομική αγορά στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.) Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία. Θεμέλιο, Αθήνα

Θεοδώρου Μ. (2000) Δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία: Λύση ή υπεκφυγή; στο Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος , Μπεαζόγλου Τ. (επιμ.) Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία. Θεμέλιο, Αθήνα

Θεωδωράκης Π. (2006) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Σουλιώτης Κ. (επιμ.) Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ. και *συν*. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , 12 (4) :169-188 ,2000



Κυριόπουλος Γ.(1996) Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Γενική Ιατρική στην Ελλάδα: Το πολιτικό πρόβλημα και οι διαστάσεις του , στο Κυριόπουλος Γ. , Φιλαλήθης Α. (επιμ.) Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο, Αθήνα

Λιαρόπουλος Λ. (2005) Η Αναζήτηση του μεσαίου χώρου (και) στην υγεία στο Χατζηανδρέου Ε., Σουλιώτης Κ. (επιμ.) Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας - Διεθνής εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα. Παπαζήσης, Αθήνα

Λιονής Χ. (επιμ.) (2002)Κάνοντας την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεσματική στην καθ' ημέραν πράξη. Πε. Σ. Υ. Κρήτης, Ηράκλειο

Λιονής Χ. και συν., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Ιατρείο Διαλογής σε Περιφερειακό Νοσοκομείο: Ο ρόλος της Γενικής- Οικογενειακής Ιατρικής. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία 8 (2) :77- 86 ,1996

Λιονής Χ, Κούτης Α. Πρόταση ανάπτυξης του ελληνικού κέντρου υγείας. Η εμπειρία από το Κ.Υ. Σπηλίου. Ιατρική , 62 (4) :392-396 , 1992

Μωραΐτης Ε. (1996) Μια ρεαλιστική πρόταση για δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος Ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα στο Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Α. (επιμ) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα .Θεμέλιο, Αθήνα ιατρικής

Μωραΐτης Ε. και συν (1995) Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα

Νιάκας Δ. Είναι εφικτές οι προτάσεις της Διεθνούς Επιτροπής των Ξένων Εμπειρογνομόνων, για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα; Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 7 (1) :33- 38 ,1995

Οικονόμου Χ. Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα και οι προτάσεις της Επιτροπής των Διεθνών Εμπειρογνομόνων. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 3 (3) :113- 137 ,1994

Οικονόμου Χ. (2003) Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες. Διόνικος Αθήνα

Οικονόμου Χ.(2005) Κοινωνιολογία της υγείας Α' Βασικές Θεωρητικές Προσεγγίσεις. Διόνικος, Αθήνα.

Παπαδάκης Γ. και συν. Συχνότητα και αξιολόγηση αποτελέσματος εργαστηριακών εξετάσεων σε ασθενείς που προσέρχονται στα Έκτακτα Παθολογικά Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείου Γενικής Εφημερίας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 5 ( 2) : 91-97 ,1993

Παπανικολάου Β. (2003) Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση χρηστών στο Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ. (επιμ.) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Θεμέλιο, Αθήνα

Πιερράκος Γ., Υφαντόπουλος Ι. Παράγοντες που διαμορφώνουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(6): 578-582, 2007

Σισσούρας Α., Καρόκης Α. (1997) Ενιαίος Φορέας Υγείας : μια ευκαιρία-τομή για άσκηση πολιτικής υγείας στη χώρα μας στο Κυριόπουλος Γ., Σισσούρας Α. (επιμ.) Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη. Θεμέλιο, Αθήνα  
Σκουτέλης Γ. (1995) Ενιαίος Φορέας Υγείας: Ρεαλισμός και στο Κυριόπουλος Γ. (επιμ.) Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των επιλογών. Θεμέλιο, Αθήνα

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

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

Σουλιώτης Κ, Λιονής Χ. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας- μια πρόταση για την άρση του αδιεξόδου . Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20 (5 ): 466-476, 2003

Σουλιώτης Κ., Μαριόλης Α. Η διαμόρφωση ενός Ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 16 (2): 87-92 ,2004

Σουρτζή Π., Προαγωγή Υγείας: Ιστορική Εξέλιξη, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 10 (4 ):179- 185 ,1998

Τούντας Ι. και συν. (2008) Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996-2006.Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα

Τούντας Ι. (2005) Η Μεταρρύθμιση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας στο Χατζηανδρέου Ε., Σουλιώτης Κ. (επιμ.) Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας- Διεθνής εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα. Παπαζήσης, Αθήνα

Τσαλίκης Γ.(2003) Η διαλεκτική της ποσότητας και της ποιότητας: θεωρία, ουτοπία και πράξη στο Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ. (επιμ.) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας Θεμέλιο, Αθήνα

Τσάμης Ν.(2005) Θεωρία και Πρακτική της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Τρίτο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Αττικής, Πειραιάς

Υφαντόπουλος Ι. (2005) Η Αναμόρφωση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα: Προκλήσεις και Προοπτικές στο Χατζηανδρέου Ε., Σουλιώτης Κ. (επιμ.) Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας -Διεθνής εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα. Παπαζήσης, Αθήνα



Φιλαλήθης Α. Η Έκθεση της Επιτροπής Εμπειρογνομόνων και ο Διάλογος για την Ανάπτυξη της Γενικής Ιατρικής στην Ελλάδα . Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 7 (1) :11- 13 ,1995

Φιλαλήθης Α. 30 χρόνια μετά την Άλμα-Άτα: ένα νέο ξεκίνημα για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 20 (3) :108-111 ,2008

Φιορέτος Μ. και συν. , Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Σημερινή κατάσταση και προϋποθέσεις μελλοντικής ανάπτυξης. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 6 (3 ):131- 138 ,1994

## **Β. Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης**

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν.3934/1911, Περί Υγιεινής και Ασφαλείας των εργατών και Περί ωρών εργασίας. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 21-11- 1911, ΦΕΚ 319/Α

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν.281/1914, Περί Σωματείων. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 25-06- 1914, ΦΕΚ 171/Α

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν.582/1915, Περί Γενικής Διοικήσεως των Νέων Χωρών, Αθήνα 17-01- 1915, ΦΕΚ 21/Α

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν.551/1915, Περί Ευθύνης προς αποζημίωσιν των εξ'ατυχήματος εν τη εργασία παθόντων εργατών ή υπαλλήλων , Αθήνα 08-01- 1915, ΦΕΚ 11/Α

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν.748/1917, Περί συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 21-08-1917, ΦΕΚ 170/Α

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν.748/1917, Περί συστάσεως Υπουργείου Περιθάλψεως. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 1917, ΦΕΚ 170/Α

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 2868/1922, Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 20-07-1922, ΦΕΚ 119/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 4069/1929, Περί ιδρύσεως και λειτουργίας έν Αθήναις Υγειονομικής Σχολής και περί αποστολής εις το εξωτερικόν προς μετεκπαίδευσιν ιατρών δι'ειδικήν υγειονομικήν μόρφωσιν. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 09-03-1929, ΦΕΚ 94/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 4333/1929, Περί ιδρύσεως παρά τω Υπουργείω Υγιεινής υπηρεσίας υπό τόν τίτλον Υγειονομικών Κέντρον Αθηνών και μεταφοράς εις το Υπουργείον Υγιεινής Υγειονομικών Υπηρεσιών λειτουργουσών ήδη πάρ'εταίροις Υπουργείοις. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 17-08-1929, ΦΕΚ 292/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 6298/1934, Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 10-10-1934, ΦΕΚ 346/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Α. Ν. 965/1937, Περί Οργανώσεως των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 24-11-1937, ΦΕΚ 476/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Α. Ν. 1429/1950, Περί Υποχρεωτικής Θητείας των Ιατρών εις την Υπαιθρον. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 02-03-1950, ΦΕΚ 72/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν.Δ. 2592/1953, Περί Οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 18-09-1953, ΦΕΚ 254/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 4053/1960, Περί οργανώσεως του Αντιφυματικού Αγώνος. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 15-06-1960, ΦΕΚ 83/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 3487/1955, Περί κοινωνικής ασφαλίσεως των αγροτών. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 31-12-1955, ΦΕΚ 354/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν.Δ. 4111/1960, Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των περί Υγειονομικών Συλλογων, Ιατρικών και Παραίατρικών Επαγγελμάτων, Ασφαλίσεως Υγειονομικών, Φαρμάκων και των περί Ιατρικής εν γένει Αντιλήψεως και Δημοσίας Υγείας Διατάξεων. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 09-10-1960, ΦΕΚ 163/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 67/1968, Περί Λήψεως Μέτρων για την Κάλυψιν των Υγειονομικών Αναγκών της Υπαιθρου. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 20-12-1968, ΦΕΚ 303/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 828/1978, Περί μονιμοποιήσεως προσωπικού Αγροτικών Ιατρείων και Υγειονομικών Σταθμών ως και περί ρυθμίσεως εταιρών συναφών θεμάτων αρμοδιότητος του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών. Αθήνα 28-11-1978, ΦΕΚ 202/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 1397/1983, Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 07-10-1983, ΦΕΚ 143/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 2071/1992, Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 15-07-1992, ΦΕΚ 123/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 2194/1994, Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 16-03-1994, ΦΕΚ 34/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 2519/1997, Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 21-08-1997, ΦΕΚ 165/Α.



Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 2889/2001, Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 02-03-2001, ΦΕΚ 37/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 3235/2004, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 18-02- 2004, ΦΕΚ 53/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 3329/2005, Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 04-04- 2005, ΦΕΚ 81/Α.

Εφημερίς της Κυβερνήσεως Ν. 3370/2005, Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα 11-07- 2005, ΦΕΚ 176/Α.